



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL
EM GRUPO DE CONVÍVIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

KEVIN FONTELLES MORAIS

CAMPINA GRANDE
OUTUBRO/2024

KEVIN FONTELLES MORAIS

**PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL
EM GRUPO DE CONVÍVIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde

Área de Concentração: Psicologia da Saúde

Orientador(a): Profa. Dra. Fabiola de Araújo Leite Medeiros

CAMPINA GRANDE

OUTUBRO – 2024

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M828p Moraes, Kevin Fontelles.

Percepção de pessoas idosas sobre a promoção de saúde mental em grupo de convívio na atenção primária à saúde [manuscrito] / Kevin Fontelles Moraes. - 2024.

68 p. : il. colorido.

Digitado. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2025. "Orientação : Profa. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros, Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS. "

1. Idoso - envelhecimento. 2. Promoção da Saúde. 3. Psicologia do envelhecimento. 4. Saúde mental I. Título

21. ed. CDD 155.67

KEVIN FONTELLES MORAIS

**PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL
EM GRUPO DE CONVIVIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde

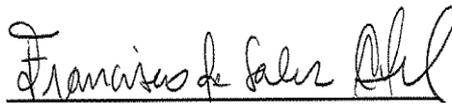
Área de Concentração: Psicologia da Saúde

Aprovado em: 23/10/2024

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Francisco de Sales Clementino
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)



Prof. Dra. Josevânia da Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir, imerecidamente, continuar nesta jornada;

À Nossa Senhora, por sempre interceder por este componente do vale de lágrimas;

À Santa Tereza do Menino Jesus, por jamais me negar a sua intercessão e suas rosas;

Aos meus pais, por construírem as bases pelas quais hoje me sustento solidamente;

À candura de minh'alma, minha esposa Liliane, por sempre me incentivar a ser melhor;

Ao meu anjo da guarda, minha avó Vanda, por sempre rezar por mim;

Ao meu padrinho, Adriano, por me incentivar nos caminhos da Madre Igreja;

Aos meus padrinhos, Dona Luciene e Seu Antônio, por me adotarem como filho;

À minha “mãe acadêmica” Dra. Fabíola, por sua leveza e por me guiar pelo caminho das pedras;

Ao eterno Dr. Sales, por sempre me incentivar e esperar apenas o melhor de mim;

À Fabrícia, por me ajudar na transição em tornar-me um Enfermeiro;

À Dra. Camila Abrantes, pela inspiração;

Aos meus colegas da Residência em Cardiologia – Amanda, Isabel, Luiza, Rayssa, Ellen, Cláudia, Thamires, Cleyton e Emerson -, pelos incentivos, amizade e ensinamentos e por agirem como opióides em momentos de tantas dores;

“O homem começa a morrer não na velhice, mas na idade em que perde o entusiasmo.”

- Honoré de Balzac

RESUMO

Tratou-se de um estudo descritivo e observacional, de abordagem qualitativa que teve como campo de pesquisa o Centro Municipal de Convivência do Idoso, localizado no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. O objetivo geral foi identificar a percepção de pessoas idosas sobre as vivências e potencialidades de promoção a saúde mental em um grupo de convívio na Atenção Primária a Saúde, sendo desenvolvido através dos seguintes objetivos específicos: - Avaliar as vivências da pessoa idosa acerca no grupo de convívio em relação à promoção à saúde mental; Averiguar as percepções de pessoas idosas acerca do grupo de convívio como espaço de promoção à saúde mental; Descrever as potencialidades e/ou fragilidades do grupo de convívio em relação a promoção à saúde mental. A amostra feita a partir de uma amostragem por conveniência, totalizando treze pessoas, sendo os dados coletados entre os meses de maio a setembro de 2024. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: 1) Miniexame do Estado Mental; 2) formulário sociodemográfico e de saúde das pessoas participantes; 3) roteiro de entrevista sobre a percepção de pessoas idosas sobre as potencialidades do grupo de convívio em relação a promoção a saúde mental na Atenção Primária. A análise dos dados subjetivos foi feita com base na Análise de Conteúdo proposta por Bardin, enquanto os dados objetivos foram analisados mediante estatística descritiva. A pesquisa seguiu os princípios da bioética em que se considerou a equidade, a autonomia e a justiça estabelecidos pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada por parecer de número: 6.466.247. Os resultados da pesquisa demonstraram uma maior presença do sexo feminino com idade entre 60 e 80 anos e portadoras de algum tipo de comorbidade. A análise categorial temática proporcionou quatro categorias temáticas e uma subcategoria, a saber: Categoria 1 - A interação social como fonte de bem-estar, e uma Subcategoria - As vivências no grupo de convívio e a promoção da saúde mental; Categoria 2 - O grupo de convívio como fator protetor contra a solidão e o sofrimento mental da pessoa idosa; Categoria 3 - O grupo de convívio como promotor de atividades em saúde; Categoria 4: O grupo de convívio como promotor de acolhimento e atenção; e a subcategoria 1 - O grupo de convívio como promotor de acolhimento no envelhecimento normal ou patológico. Concluiu-se que os grupos de convivência demonstram-se como instrumentos que podem auxiliar no processo de promoção da saúde da pessoa idosa, uma vez que suscitam a realização de atividades, bem como o estabelecimento de interação e laços sociais que culminam em uma rede de apoio capaz de promover o bem-estar, o lazer e o desenvolvimento da pessoa idosa.

Palavras-chave: envelhecimento; promoção de saúde; saúde mental.

ABSTRACT

This was a descriptive and observational study, with a qualitative approach, whose research field was the Municipal Center for Senior Citizens, located in the city of Campina Grande, Paraíba, Brazil. The general objective was to identify the perception of elderly people about the experiences and potential for promoting mental health in a social group in Primary Health Care, being developed through the following specific objectives: - To evaluate the experiences of elderly people about the social group in relation to the promotion of mental health; To investigate the perceptions of elderly people about the social group as a space for promoting mental health; To describe the potentialities and/or weaknesses of the social group in relation to the promotion of mental health. The sample was made from a convenience sample, totaling thirteen people, with data collected between May and September 2024. The instruments used in data collection were: 1) Mini-Mental State Examination; 2) sociodemographic and health form of the participants; 3) interview script on the perception of elderly people about the potential of the social group in relation to the promotion of mental health in Primary Care. The analysis of subjective data was based on the Content Analysis proposed by Bardin, while the objective data were analyzed using descriptive statistics. The research followed the principles of bioethics in which equity, autonomy and justice were considered, established by Resolution No. 466 of December 12, 2012 of the National Health Council and was approved by opinion number: 6,466,247. The results of the research demonstrated a greater presence of females aged between 60 and 80 years and with some type of comorbidity. The thematic categorical analysis provided four thematic categories and one subcategory, namely: Category 1 - Social interaction as a source of well-being, and one Subcategory - Experiences in the social group and the promotion of mental health; Category 2 - The social group as a protective factor against loneliness and mental suffering in the elderly; Category 3 - The social group as a promoter of health activities; Category 4: The social group as a promoter of care and attention; and subcategory 1 - The social group as a promoter of care in normal or pathological aging. It was concluded that social groups are instruments that can assist in the process of promoting the health of the elderly, since they encourage the performance of activities, as well as the establishment of interaction and social ties that culminate in a support network capable of promoting the well-being, leisure and development of the elderly.

Keywords: aging; health promotion; mental health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estimativa da pirâmide etária brasileira até o ano de 2035.....	16
Figura 2 – Causas de mortalidade específica no Brasil no ano de 2022.....	17
Figura 3 – Evolução das políticas públicas voltadas à pessoa idosa.....	22
Figura 4 – Alocação da manutenção das reservas e regulação das perdas em detrimento das perdas ocasionadas pelo envelhecimento.....	25
Figura 5 – Cada área das ciências (comportamentais, sociais e biológicas) atuam para a melhoria da plasticidade e, portanto, do desenvolvimento do indivíduo.....	27
Imagem 1 - Fachada do CMCI-CG.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa, em dados sociodemográficos e econômicos	37
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias temáticas sobre as percepções das pessoas idosas sobre a promoção de Saúde mental em grupo de convívio na Atenção Primária em Saúde	39
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CMCI	Centro Municipal de Convivência do Idoso
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEEN	Mini-exame do Estado Mental
PB	Paraíba
PNI	Política Nacional do Idoso
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PS	Psicologia da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SOC	Seleção, Organização, Compensação
SUS	Sistema Único de Saúde
TAGV	Termo de Autorização de Gravação de Voz
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo Geral	18
2.2	Objetivos Específicos	18
3	REFERÊNCIAL TEÓRICO	19
3.1	Evolução Histórica das Políticas de Saúde do Idoso e as interfaces da promoção da saúde da População Idosa	19
3.2	O Paradigma <i>Life Span</i>	22
4	MÉTODOS	28
4.1	Tipo de Estudo	28
4.2	Local da Pesquisa	28
4.3	Participantes	30
4.4	Etapas para Coleta dos Dados	30
4.5	Instrumentos	32
4.6	Procedimentos	32
4.7	Análise dos dados	32
4.8	Aspectos éticos	33
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1	Diário de Campo	35
5.2	Análise e discussão dos dados	37
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	57
	APÊNDICE B – DIÁRIO DE CAMPO	58
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	59
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	60
	APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)	62
	APÊNDICE F – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL ..	64
	ANEXO A – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	68

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa criada pela portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, caracteriza-se como pessoa idosa o indivíduo que possui 60 anos ou mais. De acordo com dados do censo brasileiro de 2022 (IBGE) estima-se que a faixa etária de 60 anos ou mais representa cerca de 15,8% da população total, com uma tendência de crescimento para 31% até 2050. Este segmento populacional apresentou um aumento de 56% em relação a 2010, atingindo 32,1 milhões de pessoas. No que concerne à análise por gênero, verificou-se que as mulheres constituem 55,7% da população idosa, enquanto os homens representam 44,3%. Tal fato deriva principalmente graças ao aumento na expectativa de vida, assim como na redução da mortalidade e pelas melhorias na urbanização, alimentação e avanços tecnológicos na área da saúde (Brasil, 2006; Neto *et al.*, 2021).

Segundo Zanatta, Campos e Coelho (2021), esse contexto suscita questões fundamentais para todos os campos de saberes. Aqui considera-se a Psicogerontologia como sendo a área cujos estudos investigam os processos de envelhecimento, enfatizando a importância das intervenções multidimensionais para o entendimento desses processos, cuja Psicologia assume um papel vital (Papalia, Olds & Felman., 2007).

De acordo com Kreuz e Franco (2017), o envelhecimento é um processo gradativo que engloba aprendizagem, desenvolvimento e amadurecimento, mas que, de contrapartida, ocasiona perdas físicas, sociais e cognitivas que cobram do indivíduo uma adaptação saudável às mudanças desta fase. Nesse sentido, Bulsing e Jung (2016) implicam que o envelhecimento para além de um processo contínuo e irreversível, é percebido com mais aspectos negativos que positivos.

Em uma perspectiva crítica a este estereótipo, Zanatta, Campos e Coelho (2021) explicam que tal fato se deve à concentração excessiva nas perdas advindas dessa fase, perdendo, portanto, a possibilidade de vislumbrar a beleza das conquistas e feitos nessa etapa. Em ampliação, Papalia, Olds e Feldman (2008) observam que esta percepção é oriunda da noção de que o processo do envelhecimento traz consigo a preocupação com as peculiaridades desta etapa, sendo a morte a principal delas.

Dessa forma, como maneira de modificar a supracitada noção, faz-se necessário a adaptação das políticas públicas para o envelhecimento saudável e ativo, a prevenção, a autonomia e a independência, em consonância com a ampliação do entendimento do processo saúde/doença numa perspectiva de determinação social e, sobretudo, da promoção da saúde (Sales *et al.*, 2022).

Aqui, cita-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) como mecanismo norteador das ações de promoção em saúde, cujas diretrizes determinam que as intervenções em saúde devem ampliar seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes (Brasil, 2006b).

No contexto da saúde da pessoa idosa e tomando como base a PNPS, Vilela e colaboradores (2019) observam que se faz mister o desenvolvimento de ações capazes de favorecer a promoção da saúde para a população idosa, principalmente àquelas capazes de contribuir com a realização de ações propositivas que potencializem o protagonismo, a valorização dos saberes adquiridos, o convívio, o compartilhamento das vivências e das experiências de vida.

Dentre essas, destaca-se o papel das práticas grupais no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS), consideradas potenciais ferramentas para ampliação do entendimento do usuário sobre seus problemas de saúde, além de suscitar mudanças nos hábitos de vida que constituam risco à saúde (Nogueira *et al.*, 2016).

De acordo com Casemiro e Ferreira (2020), a participação de pessoas idosas em grupos de convivência oportuniza, o suporte informacional, emocional e até instrumental, cujos laços sociais estabelecidos geram consequências físicas e mentais positivas, uma vez que se apresentam como mecanismo protetivo que vai de encontro à solidão e ao isolamento social. Adstrito ao supracitado, Leandro-Franço e Murta (2014) implicam que ações efetivas de promoção da saúde mental são importantes para que as pessoas idosas passem a sentir-se úteis e integrados socialmente, sendo um importante fator para o envelhecimento ativo e saudável.

Nesse sentido, faz-se mister citar os benefícios na participação das pessoas idosas, cujas supratricitadas ações podem acarretar em oportunidades como: afastar a solidão, propiciar amizades, aumentar a autoestima, melhorar a integração com familiares, resgatar valores pessoais e sociais, oferecer suporte social e a adoção de um estilo de vida mais ativo, haja vista que as atividades realizadas podem suscitar o lazer, bem como atividades culturais, intelectuais, físicas, manuais, artísticas e de convívio grupal.

Aqui, cita-se a Psicologia da Saúde (PS) como potencial área para o entendimento sobre como o comportamento atua nos mecanismos de saúde e doença, cujas ações estão para além da abordagem dos cuidados de saúde, mas também à saúde pública, educação para a saúde, financiamento e entre outros (Stone, 1979).

Em uma acepção mais clássica, Matarazzo (1980) disserta que a PS utiliza os conhecimentos oriundos da Psicologia tendo enfoque nos processos de promoção, prevenção e

proteção da saúde, perpassando também pelo tratamento e prevenção de doenças, corroborando ainda para o estabelecimento de sua etiologia e diagnóstico.

Apesar de seu caráter amplo, ainda há, no Brasil, uma confusão no que diz respeito à sua conceituação e ao seu campo de ação, sendo confundida, muitas vezes, com a Psicologia Hospitalar. Partindo dessa premissa, Castro e Bornholdt (2004) descrevem que, no que diz respeito ao foco das ações, enquanto a Psicologia Hospitalar terá sua função centrada nos âmbitos secundário e terciário de atenção à saúde, a Psicologia da Saúde tem seu foco de ações na prevenção, na proteção e, sobretudo, na promoção da saúde, cujas intervenções estão geralmente associadas à APS.

No entanto, conforme Freitas e Mandú (2010) e Maeyama e colaboradores (2020) explicam, o preceito da promoção da saúde não é consolidado como deveria, principalmente no contexto da APS, cujas práticas ainda parecem estar voltadas para a lógica clínico-epidemiológica com ênfase para o controle de riscos e doenças; ainda, cita-se também o despreparo das referidas equipes no manejo do novo perfil de pessoa idosa, principalmente no que concerne ao campo da promoção da saúde (Maeyama *et al.*, 2020).

Mais ainda, pesquisas demonstram que os grupos de promoção da saúde acabam por ter mais enfoque nas doenças ou nos problemas de saúde apresentados pelos usuários que na potencialização do integrante enquanto agente de mudança e da promoção da autonomia (Nogueira *et al.*, 2016). Em se tratando mais especificadamente da atenção à saúde mental da pessoa idosa, pesquisa demonstra que a atenção à saúde mental da pessoa idosa na APS é, em sua maioria, caracterizada por práticas de cuidados ambulatoriais (Garcia *et al.*, 2017). Além de que se observa uma incipiência em movimentos de promoção da saúde mental e no tensionamento de ações na perspectiva psicossocial na APS e que, por isso, faz-se mister transpor os desafios da produção do cuidado em saúde mental, visando avançar na prevenção de agravos e na promoção da saúde mental da pessoa idosa (Souza *et al.*, 2022).

A partir da observação do recente cenário imposto pela pandemia do novo coronavírus, percebe-se que, apesar de o sistema de saúde brasileiro apresentar proposições para o enfrentamento das questões de saúde envolvidas no contexto supracitado – tanto em função dos casos agudos quanto dos próprios problemas em saúde pública -, pouco se discute acerca dos impactos – sobretudo mentais - da doença e do referido contexto à longo prazo na saúde da população, em especial a população idosa; tampouco acerca dos enfrentamentos destes.

Nesse sentido, a proposição da referida pesquisa gira em torno não da questão do adoecimento em si – fato por demais explorado -, mas da noção de que não só é possível promover saúde, mas também se faz imprescindível, uma vez que o enfrentamento das

condições adoecedoras é uma ferramenta potente no que diz respeito à melhoria da qualidade de vida.

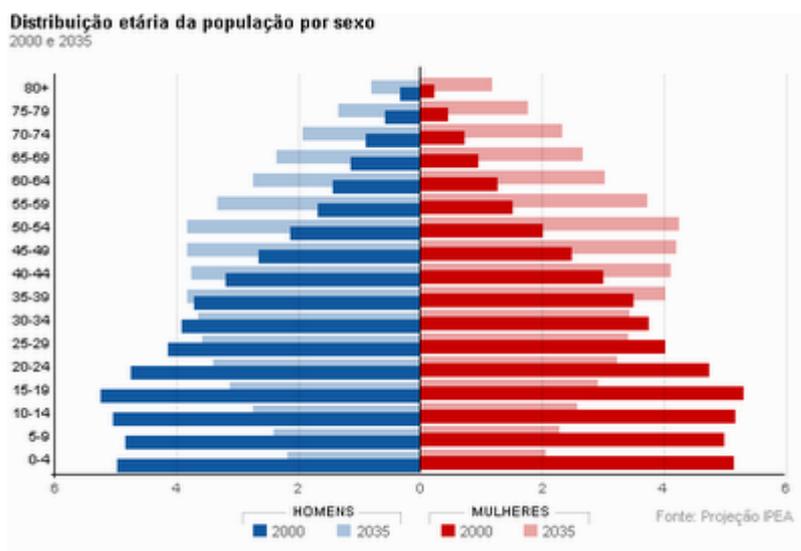
Esse estudo partiu das seguintes questões norteadoras: *Como um grupo de convívio de pessoas idosas pode gerar promoção à da saúde mental dos participantes? Como os participantes percebem o grupo de convívio em relação à promoção da saúde mental?*

Dessa forma este estudo visa contribuir para a ampliação acerca do conhecimento das potencialidades dos grupos de convívio na promoção da saúde mental no âmbito da APS, oportunizando o incremento do leque de abordagens e de possibilidades terapêuticas voltadas à população idosa.

A realização dessa pesquisa justifica-se uma vez que mesmo com a consolidação de leis, portarias e normas que visam estabelecer uma atenção à saúde da pessoa idosa dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) e ratificados pela Lei 8.080 de 1990, ainda existem lacunas acerca dessa atenção, principalmente no que tange à temática da promoção da saúde mental da pessoa idosa, cujo enfoque gira em torno do atendimento às condições crônicas e problemas de saúde inerentes à saúde da pessoa idosa, corroborando para uma atenção à saúde pautada no modelo médico-hegemônico e hospitalocêntrico.

Outrossim, destaca-se a mudança do perfil demográfico brasileiro, que passa a ser protagonizado por um momento de envelhecimento da população, cuja modificação na estrutura da pirâmide etária perpassa por um estreitamento da base – camada mais jovem da população – e um alargamento do ápice – camada mais idosa -, tendo por maioria o sexo feminino (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA, 2017).

Figura 1: Estimativa da pirâmide etária brasileira até o ano de 2035.



Fonte: IPEA, 2017.

Da mesma forma, o perfil epidemiológico demonstra, diferente do início do século, um aumento significativo nas doenças crônicas não transmissíveis assim como também das doenças infectocontagiosas, aumento este decorrente tanto em função do envelhecimento da população – que por sua vez são mais suscetíveis ao desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) -, como também pela recente mudança no estilo de vida da população idosa, que passou a se inserir em contextos antes tidos como tabus – tais como a sexualidade -, ficando, portanto, sujeitos ao contágio por doenças infectocontagiosas – em especial as infecções sexualmente transmissíveis (Andrade *et al*, 2017).

Figura 2: Causas de mortalidade específica no Brasil no ano de 2022.

GRUPOS DE CAUSAS (CID-10)	TOTAL (ano-base 2022)
Doenças do aparelho circulatório	397.920
Neoplasias (tumores)	242.963
Doenças do aparelho respiratório	176.111
Causas externas	152.090
Doenças infecciosas e parasitárias	131.856
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	92.694
Sintomas, sinais e achados anormais clínico-laboratoriais	86.778
Doenças do aparelho digestivo	76.242
Doenças do aparelho geniturinário	56.256
Doenças do sistema nervoso	55.777
Transtornos mentais e comportamentais	19.294

Fonte: DataSUS, 2022.

Este cenário, aliado ao aumento nos custos na saúde e ainda aos problemas crônicos enfrentados pelos sistemas de saúde acabam por onerar especialmente o setor público acima da sua capacidade de financiamento, haja vista que passam a necessitar de serviços assistenciais de cuidado e cura (IPEA, 2017). Ainda, destaca-se o foco das pesquisas voltadas para a população idosa tendo foco na doença e e suas conseqüentes fisiopatologias, em detrimento da promoção da saúde.

A motivação da presente pesquisa originou-se da inquietude no que diz respeito à promoção da saúde mental da pessoa idosa, especialmente no período pós-pandemia do vírus da COVID-19 onde, durante a época citada, pude realizar pesquisa voltada para a identificação dos rebatimentos da supracitada doença na população idosa, identificando, dentre outros, sentimentos de medo, solidão e depressão.

Logo, acredita-se que este estudo poderá contribuir de modo a expandir o leque de possibilidades terapêuticas e suscitar o estabelecimento de novas estratégias para a promoção da saúde mental da pessoa idosa, e além disso, corroborar para a evolução das pesquisas científicas no campo das ciências gerontológicas e comportamentais, favorecendo um arcabouço teórico capaz de fornecer subsídios para a formulação de políticas públicas e novas ações de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar as percepções de pessoas idosas sobre o grupo de convívio na Atenção Primária à Saúde como ferramenta de promoção da saúde mental.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar as vivências da pessoa idosa acerca no grupo de convívio em relação à promoção à saúde mental;
- Averiguar as percepções de pessoas idosas acerca do grupo de convívio como espaço de promoção à saúde mental.
- Descrever as potencialidades e/ou fragilidades do grupo de convívio em relação a promoção à saúde mental.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Evolução Histórica das Políticas de Saúde do Idoso e as interfaces da promoção da saúde da População Idosa

O Sistema Único de Saúde (SUS), alicerçado pelos preceitos contidos na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) – que garante a saúde como direito e dever do Estado – e regulamentado por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, compreende dentre seus princípios e diretrizes o acesso universal, equânime e integral a serviços de ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, abrangendo diferentes realidades e necessidades de saúde da população (Brasil, 2006a).

Dentre essas, destaca-se a população idosa, cujas crescentes demandas decorrentes do envelhecimento populacional acarretaram a elaboração e instituição da Política Nacional do Idoso (PNI) - Lei nº 8.842 - no ano de 1994, que, dentre outros aspectos, assegurou direitos sociais e favoreceu condições para a promoção da autonomia, integração e participação social, reafirmando também o direito à saúde dessa população (Brasil, 2006a; Brasil, 1994).

No entanto, levando em consideração o contexto temporal e as necessidades ainda vigentes de tal população, houve a instituição da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) – Portaria nº 1.395 - no ano de 1999, determinando a promoção e elaboração de planos, projetos e atividades conforme diretrizes estabelecidas, assim como também afirmando que a principal afecção da população idosa é a perda de sua capacidade funcional, necessária para a realização de Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (Brasil, 1999).

Aqui, enfatiza-se o próprio envelhecimento da população brasileira evidenciado no Censo de 2000, cuja população apresentava aproximadamente 14,5 milhões de pessoas idosas, em sua maioria de baixo nível sócioeconômico e educacional, com alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e causadoras de limitações funcionais (IBGE, 2002; Brasil, 2006a).

Nesse sentido, com vistas à promoção de um processo de envelhecimento saudável e ativo, no ano de 2002 a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou orientações acerca da temática, instituindo o envelhecimento ativo como uma das diretrizes para as políticas de saúde, baseada nos pilares: saúde, participação e segurança, que objetivaram o aumento na expectativa de uma vida saudável e da promoção da qualidade de vida no envelhecimento (OMS, 2002); fato esse que influenciou a instituição do Estatuto do Idoso; fato esse que influenciou a

instituição do Estatuto do Idoso, destacado em documentos nacionais publicados pelo Ministério da Saúde em anos subsequentes (Brasil, 2014).

O Estatuto do Idoso, instruído no ano de 2003 através da lei 10.741/2003, ampliou a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, especificando, dentre outras, o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção (Brasil, 2003). Porém, apesar dos avanços obtidos ao longo dos anos, a prática era tida como insatisfatória em virtude dos impasses e evoluções tímidas no referido campo, havendo, portanto, a necessidade de uma reorganização e elaboração de uma nova política, baseada nos novos preceitos e nos desafios ainda não superados, tais como a não inserção das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso.

Dessa forma, no ano de 2006 foi publicada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria nº2.528/2006, apresentando finalidades, justificativas, diretrizes e outros direcionamentos acerca da saúde da população idosa; para além disso, no mesmo ano, são publicadas as Diretrizes do Pacto pela Saúde, contemplando o Pacto pela Vida, cujo conteúdo enfatiza a saúde da pessoa idosa como uma das prioridades pactuadas entre as três esferas de governo (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b).

Porém, apesar dos avanços e tentativas de instituições mais sólidas, desafios continuam a permear a saúde da população idosa. Dessa forma, no ano de 2014, a partir de um Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, é lançado um documento que propõe um modelo de atenção integral, baseando-se em diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS, cujo principal objetivo fora o de subsidiar as discussões sobre a organização do cuidado ofertado à pessoa idosa no SUS, enfatizando a articulação intersetorial como importante recurso para qualificar a atenção (Brasil, 2014).

Nesse sentido, no ano de 2018 foram publicadas orientações técnicas para a implementação de uma linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS, que visou nortear a construção e a implementação de uma linha de cuidado no âmbito municipal e do Distrito Federal (DF) na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a partir da identificação das necessidades da população idosa, considerando, dentre outras, a sua capacidade funcional e os aspectos da promoção da saúde dessa população (Brasil, 2018).

De acordo com Buss (2009), a promoção da saúde apresenta duas conceituações possíveis, sendo a primeira relacionada à transformação comportamental dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e no das culturas da comunidade, cujas ações de saúde focalizam-se em componentes educativos relacionados à riscos comportamentais passíveis de serem mudados, tais como o estilo de vida.

A segunda conceituação – tida como mais moderna – caracteriza a promoção da saúde a partir da protagonização dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, ou seja, a saúde é um produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida; aqui, as ações de saúde estariam voltadas para o coletivo de indivíduos e ao ambiente (Buss, 2009). Tal definição advém da Carta de Ottawa – resultado da Conferência de Ottawa, realizada no ano de 1986 -, que caracteriza a promoção da saúde como sendo um processo de capacitação da comunidade para atuação na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, enfatizando o controle social nesse processo (OMS, 1986).

Ainda, no ano de 2002 a realização da Assembleia Mundial para o Envelhecimento – evento esse que teve a participação e compromisso do Brasil com os resultados –, culminou no Plano de Madri, documento fundamentado, dentre outros, na participação ativa dos idosos na sociedade, no fomento à saúde e bem-estar na velhice através da promoção do envelhecimento saudável; e criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento (ONU, 2002).

Nesse sentido, levando em consideração as políticas de saúde da pessoa idosa no contexto nacional, enfatiza-se que tal temática é abordada já na própria PNI no ano de 1994, fato corroborado e ampliado também na PNSPI no ano de 2006. No que concerne às diretrizes da PNSPI, é estabelecido que o envelhecimento deve ser um processo de saúde, de forma ativa e livre de qualquer tipo de dependência funcional, destacando a promoção da saúde como requisito mister para um envelhecimento ativo e saudável (Brasil, 2006a).

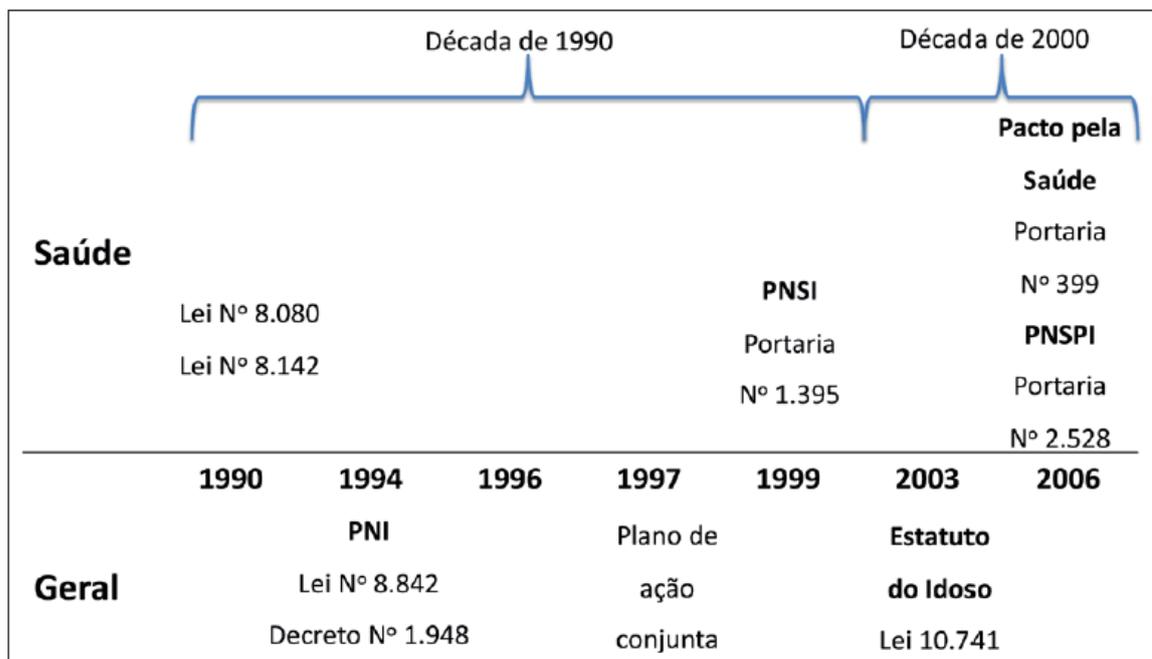
Quanto ao supracitado, a política compreende, em sua diretriz 3.1, a promoção do envelhecimento ativo e saudável como sendo o processo de envelhecimento capaz de preservar a capacidade funcional e a autonomia, enfatizando que a promoção da saúde não finaliza ao atingir os 60 anos de idade, não sendo, portanto, um privilégio apenas da população mais jovem (Brasil, 2006a).

Da mesma forma, o documento “Orientações Técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS” publicado no ano de 2018 corrobora com a PNSPI, a partir da afirmação de que ações de promoção da saúde e prevenção de agravos devem ser trabalhadas na população idosa, principalmente dentre aquelas que possuem capacidade funcional alta e estável, com vistas a manter um envelhecimento ativo e saudável (Brasil, 2018).

Outrossim, em documento progresso resultado do XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde realizado no ano de 2014 reforça tal afirmativa ao destacar a necessidade da ampliação de ações de promoção da saúde dirigidas à população idosa,

reafirmando também a necessidade de tais ações como requisito para um envelhecimento saudável (Brasil, 2014).

Figura 3: Evolução das políticas públicas voltadas à pessoa idosa.



Fonte: Torres *et al*, 2020.

Dessa forma, observa-se que o cuidado e a abordagem da saúde da pessoa idosa perpassam não apenas por cuidados focalizados nas doenças ou condições inerentes ao envelhecimento, mas principalmente por mecanismos de prevenção, proteção e promoção da saúde, haja vista que se apresentam como mecanismos vitais para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, processo esse que leva em consideração inúmeros mecanismos biopsicossociais.

3.2 O paradigma da Teoria *Life Span*

A teoria *Life Span* foi criada num campo interdisciplinar de estudos cuja perspectiva se trata do desenvolvimento psicológico, com base em preceitos das ciências antropológicas, biológicas e sociais que afirma a multiplicidade de influências sobre as origens e direções do desenvolvimento humano ao longo do curso da vida, considerando que o envelhecimento humano não deverá ser estudado num campo de disciplina ou ciência isolada, mas precisa ser compreendido como processo complexo e principalmente heterogêneo (Baltes & Baltes, 1990).

Assim, quando associada as políticas públicas da pessoa idosa no Brasil, a *Life Span* aparece como uma possibilidade de refletir na oferta dos programas e projetos lançados a cada ano no país que deem suporte real as necessidades da faixa etária que vida acima dos 60 anos e que precisam de programas que forneçam atividades e estímulos para que os idosos possam desfrutar de estratégias que gerem inclusão social, espaços educativos para conviver com as suas incapacidades e potencializar a sua funcionalidade, assim como gerar oportunidades para o desenvolvimento sociocultural e psicológico numa proposta de saúde e educação contínuos (Scoralick-lempke, Barbosa, 2012).

De acordo com a PNSPI, a saúde da pessoa idosa é caracterizada como sendo a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Brasil, 2006a), compreendendo o envelhecimento bem sucedido a partir da alta capacidade funcional física e mental.

Nesse sentido, a mesma política institui que é dever de todo profissional da saúde promover a qualidade de vida da pessoa idosa, preservando sua autonomia e sua independência funcional, sendo, portanto, meta em todos os níveis de atenção à saúde, a partir da ideia de que há importância na longevidade, mas que também, deve-se viver bem, cuja ideia deve ser baseada e norteadas a partir de uma abordagem global e interprofissional (Brasil, 2006a).

Para tanto, faz-se necessário romper com os modelos de atenção à saúde em vigência, caracterizados por uma abordagem médico-centrada, estabelecendo um modelo com vistas à promoção da saúde, da autonomia e da independência da pessoa idosa, com estimulação para o autocuidado (Brasil, 2006a). Assim, observa-se que a perspectiva *Life Span* proposta por Baltes¹ (1986) como norteadora de um novo paradigma para o enfrentamento dos declínios funcionais inerentes ao processo de envelhecimento, cujas abordagens tradicionais dos modelos de saúde não são capazes de responder à complexidade da saúde da pessoa idosa, haja vista que tendem a associar o envelhecimento ao declínio, à doença e à incapacidade.

¹ Paul B. Baltes foi um psicólogo com grande influência piagetiana, tendo interesse também pelas variações culturais e pela psicologia cultural. Assim que concluiu o Mestrado, casou-se com Margret M. Baltes, indo a os Estados Unidos, a convite de K. Warner Schaie, estudioso do desenvolvimento intelectual na vida adulta. A partir dessas influências já se delineavam as bases teóricas da psicologia *Life Span* e do modelo de desenvolvimento bem sucedido, este elaborado em parceria com Margret Baltes e chamado de modelo de otimização seletiva com compensação (SOC). Acreditava no caráter incompleto da arquitetura do desenvolvimento humano, no caráter normativo do envelhecimento e na existência de descontinuidade entre a velhice inicial e a velhice avançada. Nesta, segundo ele, os efeitos da desorganização do organismo tornam-se cada vez mais prováveis, em um contexto no qual as sociedades não estão preparadas para fazer frente ao desafio de compensar as perdas decorrentes desse processo. À vista desses fatos, Baltes perguntava de forma incisiva, se o limite para os investimentos humanos no prolongamento da vida não deveria ser determinado pela perda de dignidade imposta por uma fase final e pela morte em meio à dependência e à perda da identidade (Neri, 2006).

De acordo com Baltes (1987) e Baltes & Baltes (1990), a Teoria *Life Span* é uma orientação dialética que concebe o processo de envelhecimento como um processo multideterminado e heterogêneo, sendo caracterizado em três tipos: **normal** (referindo-se às alterações inevitáveis do envelhecimento); **patológico** (na vigência de doenças ou disfuncionalidades) e **saudável/ótimo** (caracterizado por excelente qualidade de vida, baixo risco de doenças/incapacidades, bem como ótima funcionalidade física e mental) (Lempke-Scoralick & Barbosa, 2012).

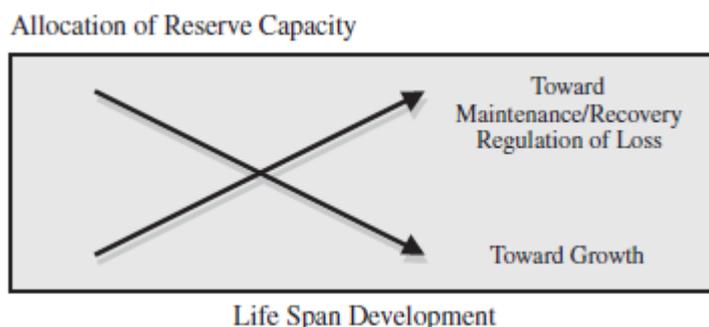
Aqui destaca-se a influência dos fatores socioculturais no processo do envelhecimento, cuja criação de oportunidades de lazer, socialização e educação é tida como fundamental, haja vista que permite o equilíbrio entre os declínios funcionais do envelhecimento e os benefícios dessas atividades (Lempke-Scoralick & Barbosa, 2012).

Para Baltes (1990), o envelhecimento saudável está associado à ideia de que o indivíduo apresenta seu potencial de desenvolvimento preservado durante todo seu curso de vida - corroborando com o exposto na PNSPI, que considera o potencial para o bem-estar físico, social e mental da pessoa idosa ao longo da vida como mecanismo para atingir o envelhecimento ativo e saudável - cujo equilíbrio entre limitações e potencialidades podem ser otimizadas através de intervenções, como a aquisição de novas aprendizagens e manutenção do envelhecimento saudável (Brasil, 2006a; Lempke-Scoralick & Barbosa, 2012).

Em se tratando de envelhecimento bem-sucedido, dentro do paradigma *Life Span*, é proposto a utilização da estratégia de Seleção, Otimização e Compensação (SOC) ao longo da vida. Esta apresenta meios para que haja um equilíbrio entre os limites e as potencialidades em decorrência do processo de envelhecimento, em relação aos diversos domínios do funcionamento do ser humano, contribuindo, portanto, para o aumento da resiliência (Baltes, 1987; Fontes, 2010; Silva, 2019).

Na SOC, a Seleção envolve a direcionalidade das metas ou resultados; a Otimização indica os meios relacionados às metas para alcançar os resultados desejados e a Compensação é direcionada à resposta da perda, com meios relevantes para alcançar os resultados desejados. Essa proposição diz respeito à dinâmica de ganhos e perdas, bem como de alocação de recursos bioculturais no desenvolvimento. Nesse sentido, ao observarmos o processo de envelhecimento, observa-se uma maior alocação de recursos para a manutenção e na regulação de perdas, em detrimento do aumento ou manutenção da capacidade e da saúde (Silva, 2019), conforme a imagem a seguir:

Figura 4: Alocação da manutenção das reservas e regulação das perdas em detrimento das perdas ocasionadas pelo envelhecimento.



Fonte: Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2007.

Para tanto, dentre as possíveis intervenções para o aumento da alocação de recursos para o aumento das capacidades funcionais e de desenvolvimento da pessoa idosa, a PNSPI, em sua diretriz 3.1, destaca a importância da promoção do envelhecimento ativo e saudável a partir da inserção de pessoas idosas em grupos de terceira idade, assim como da promoção da participação em grupos operativos e de convivência de ações de promoção que valorizem as experiências positivas, realizando a difusão dessas na rede, norteadas e captando experiências; fato também destacado na diretriz 5.3, cuja formação de grupos socioeducativos e de autoajuda, principalmente dentre aqueles com doenças e agravos mais prevalentes, devem ser promovidos (Brasil, 2006a).

De acordo com Secco (2018), os grupos de idosos consistem em uma intervenção coletiva e interdisciplinar capaz de promover a autonomia e o desenvolvimento contínuo do nível de saúde e condições de vida de seus integrantes, possuindo, portanto, capacidade de consolidação de um processo de produção de saúde e fortalecimento das políticas públicas e em especial o SUS.

Ratificando o exposto, Previato e colaboradores (2019) destacam o grupo de convivência de idosos como promotores de satisfação, troca de afetos, socialização e construção de vínculos, possibilitando a autonomia e o protagonismo dos participantes. Dessa forma, Souza e colaboradores (2022) observam os referidos grupos como intervenções psicossociais coletivas que oferecem benefícios, favorecendo, inclusive, o manejo de sintomas depressivos e prevenindo o declínio funcional.

Aqui, salienta-se a promoção para a adoção de grupos integradores com inserção da avaliação, diagnóstico e ao próprio/enfrentamento da saúde mental da pessoa idosa, como forma de promoção do envelhecimento ativo e saudável, de acordo com a PNSPI (Brasil, 2006).

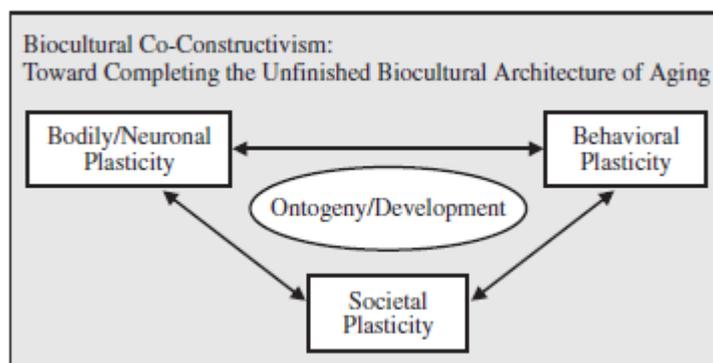
Nesse sentido, Biazin e colaboradores (2021) demonstram, a partir de um relato de experiência, as potencialidades de um grupo de promoção à saúde na melhoria da qualidade de vida e na promoção da saúde mental de pessoas idosas participantes, sendo caracterizada como um forte auxiliar na formação de uma rede de apoio social além de suscitarem o auto-cuidado, principalmente no quesito da saúde mental e no enfrentamento da depressão.

Para além, pesquisas como as realizadas por Cachioni *et al.*, (2017); Pereira, Couto & Scorsolini-Comin (2015); e Casemiro & Ferreira (2020), observaram que as interações em grupo, principalmente àquelas possibilitadas por grupos de convivência, impactam positivamente na saúde mental das pessoas idosas participantes, uma vez que possibilitam a realização de atividades físicas, intelectuais e sociais, além de atividades como a dança, a roda de conversa e os jogos, que fazem com que essas pessoas sintam-se úteis, ativos e integrados socialmente (Leandro-França & Murta, 2014).

Esses relatos introduzem o conceito de plasticidade – conceito central na teoria *Life Span* -, que se refere ao potencial de mudança do indivíduo e à sua capacidade de flexibilidade para lidar com novas situações, sendo este potencial proporcional à capacidade de reserva de cada pessoa, constituída por recursos internos e externos que podem modificar de acordo com o tempo e com a situação (Baltes, 1987; Silva, 2019).

Em síntese, as limitações do envelhecimento podem ser minimizadas pela ativação das capacidades, dependendo do grau de plasticidade individual, permitindo ao indivíduo uma flexibilidade em lidar com diversas situações vitais relacionadas a convivência social, às perdas afetivas, e ao próprio lidar da memória para aprendizagem e para vida social. Dessa forma, os pressupostos da teoria levam a uma concepção de desenvolvimento das capacidades cognitivas que podem ocorrer durante toda a vida, inclusive na etapa do envelhecimento. Frente à isso cita-se, dentre outros, a importância da inserção social, de oportunidades de socialização e educação na velhice, como sendo essencial para melhoria dos declínios funcionais previstos para essa etapa da vida (Néri, 2006).

Figura 5: Cada área das ciências (comportamentais, sociais e biológicas) atuam para a melhoria da plasticidade e, portanto, do desenvolvimento do indivíduo.



Fonte: Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2007.

Logo, uma vez que a perspectiva *Life Span* afirma que o desenvolvimento e a manutenção de padrões efetivos de envelhecimento não somente dependem de natureza genético-biológica, mas também de fatores socioculturais, compreende-se que a oferta de programas e atividades, tais como os grupos de promoção à saúde, são importantes a fim de que haja um equilíbrio entre os declínios funcionais decorrentes do próprio processo de envelhecimento e os benefícios proporcionados por tal estratégia (Baltes *et al.*, 1980; Baltes, 1987; Lempke-Scoralick & Barbosa, 2012).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo tipo descritivo e observacional de abordagem qualitativa, cuja abordagem seguiu a percepção do estudo do fenômeno no determinado contexto em que acontece, onde os resultados expressos serviram de narrativa para dar fundamento ao constructo estudado pelo objeto (Triviños, 1987).

Para Triviños o foco essencial do estudo descritivo reside no desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes e seus problemas, descrevendo "com exatidão" os fatos e fenômenos de determinada realidade:

[...] os estudos descritivos exigem do investigador, para que a pesquisa tenha certo grau de validade científica, uma precisa delimitação de técnicas, métodos, modelos e teorias que orientarão a coleta e interpretação dos dados. A população e a amostra devem ser claramente delimitadas, da mesma maneira, os objetivos do estudo, os termos e as variáveis, as hipóteses, as questões de pesquisa etc (Triviños, 1987, p__).

Quanto ao tipo observacional, o mesmo autor salienta que trata-se de uma categoria típica de pesquisa, na qual a coleta de informações mais importante é a observação participante, indo até o local da pesquisa com propósitos bastante definidos, sendo não o local como enfoque da pesquisa, mas parte dela, como os participantes de um grupo, por exemplo (Triviños, 1987).

Em ampliação, Minayo (2014) enfatiza que o objetivo da pesquisa qualitativa envolve o conhecimento da realidade social a partir da abordagem subjetiva e reflexiva do sujeito da pesquisa acerca de sua vivência, fazendo, dessa forma, com que a realidade antes invisível passe a ser exposta e, então, interpretada.

Nesse sentido, por se tratar de uma abordagem qualitativa, a validade da pesquisa não se dá pelo tamanho da amostra, como na pesquisa quantitativa, mas, sim, pela profundidade com que o estudo é realizado (Augusto *et al*, 2013).

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro Municipal de Convivência do Idoso (CMCI), no município de Campina Grande – PB. De acordo com o IBGE, o município apresenta uma população estimada em aproximadamente 409.731 habitantes (IBGE, 2021), localizando-se a 125 km da Capital João Pessoa, na região denominada agreste paraibano, parte oriental do Planalto da Borborema, sendo considerada a segunda cidade mais populosa do Estado.

No que concerne à escolha do local de pesquisa, o mesmo localiza-se entre os bairros dos Cuités e Jardim Continental, tendo sido inaugurada no ano de 2000 pela Prefeitura Municipal, surgindo como resultado de um movimento tendo início na década de 1990, com grupos de convivência em diversos bairros de Campina Grande, sendo especialmente voltada para a população idosa do município (Filomena, 2020).

Imagem 1: Fachada do CMCI-CG



Fonte: Google Imagens, 2024.

No local são oferecidos dentre outros, serviços de Proteção Social Básica às pessoas idosas sendo estas acompanhadas por uma equipe composta por vários profissionais entre Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Psicólogos, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Pedagogos e Educadores Físicos, que realizam suas ações de maneira transdisciplinar, a partir de atividades como corais, bandas, atividades artísticas, fisioterapia, exercícios físicos, jogos e afins.

Quanto à estrutura física, o serviço possui salas de atendimento médico, de enfermagem, sala de fisioterapia, cozinha, área de refeitório, área para jogatinas, uma biblioteca, salas de conversa e um pátio voltado para atividades de dança e de atividades de educação em saúde. Tendo preocupação em especial com sua ambiência, o serviço disponibiliza transporte para a condução das pessoas idosas, tendo funcionamento de segunda a sexta-feira.

4.3 Participantes

A população do estudo foi composta por pessoas idosas participantes do CMC. Salienta-se que, atualmente, estima-se que participem do grupo cerca de 60 pessoas idosas. A amostra do estudo foi composta por treze pessoas idosas, obedecendo o critério de saturação teórica proposto por Fontanella, Ricas e Turato (2008), conceituado como sendo:

[...] a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (Fontanella, Ricas & Turato, 2008).

Os critérios de inclusão foram: Pessoas idosas com 60+ anos; participantes do grupo de convívio de saúde há mais de um ano e que não apresentaram declínio funcional de acordo com aplicação do Mini-Exame Mental (MEEN). Não houve critério de exclusão e nenhum participante foi excluído da amostra.

A coleta da amostra foi feita a partir de uma amostragem por conveniência, ou seja, utilizada quando o pesquisador necessita de participantes que experienciaram situações específicas e significativas (Polit & Beck, 2011). Para Gil (2008), a amostragem por conveniência:

[...] constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem. Por isso mesmo é destituída de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo. Aplica-se este tipo de amostragem em estudos exploratórios ou qualitativos, onde não é requerido elevado nível de precisão (Gil, 2008, p. 94).

Nesse sentido, por se tratar de um estudo cujos resultados dependeram da seleção de participantes que experienciaram determinadas situações e por se tratar de uma pesquisa puramente qualitativa, explica-se o motivo da escolha da supracitada amostragem.

4.4 Etapas para a coleta dos dados

Os dados da pesquisa foram coletados entre os meses de maio a setembro de 2024, seguindo-se de acordo com as seguintes etapas:

1 ETAPA: Conversa com a Equipe de Saúde para explanação do projeto aos participantes e apresentação da voluntariedade quanto a participação.

Nesta primeira etapa, houve uma conversa inicial com a equipe do serviço onde a pesquisa foi realizada, com a explicação do projeto, suas nuances, potencialidades, métodos, benefícios e riscos do estudo, assim como também a entrega de uma cópia do projeto em questão e a discussão sobre como os dados seriam coletados, versando sobre a garantia da voluntariedade e do anonimato dos participantes do estudo.

Logo após, foi realizada uma apresentação do pesquisador pelos profissionais do serviço às pessoas idosas participantes do grupo de convivência e uma breve conversa acerca da realização da pesquisa, com posterior marcação das datas cujas coletas seriam realizadas.

2 ETAPA: Momento de convite para participação e coleta dos dados

A coleta dos dados deu-se a partir do convite do participante, explicando sobre o estudo, sobre a voluntariedade da participação, a garantia do anonimato e o método de coleta de dados onde, após concordância o pesquisador, assim como o voluntário da pesquisa, dirigiu-se para uma sala cedida pelo serviço, com fins de garantir a privacidade para a realização da pesquisa.

Em momentos anteriores à realização da pesquisa, foi confirmada a concordância da participação na pesquisa através do preenchimento e assinatura do TCLE e do TAGV em duas vias iguais, onde uma cópia ficava em poder do pesquisador e outra em poder do participante da pesquisa.

Logo após, foi aplicado um instrumento de Miniexame do Estado Mental (MEEM), a fim de observar a capacidade cognitiva do participante em participar da pesquisa onde, após aprovação, seguiu-se com a aplicação de um questionário sociodemográfico (APENDICE A) preenchido pelo pesquisador e, em momentos ulteriores, a realização da entrevista, norteadas por um instrumento com perguntas pré-estruturadas (APENDICE C), sendo o discurso gravado a partir de um instrumento gravador de voz, onde cada participação foi identificada por um código alfanumérico (A1, A2 ...).

3 ETAPA: Descrição por diário de campo de todas as reuniões realizadas.

Além da coleta dos dados propriamente dita, houve a participação do pesquisador – de forma a não interferir nas dinâmicas - das atividades realizadas pelo grupo, cujas observações acerca dos temas discutidos e atividades realizadas foram registradas em instrumento próprio de diário de campo (APENDICE B).

4.5 Instrumentos de coleta dos dados

Os instrumentos de coleta dos dados foram utilizados de modo a atingir os objetivos específicos acima elencados, sendo eles o Formulário de dados socioeconômicos e de saúde, utilizado com a finalidade de caracterizar o sujeito da pesquisa; o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo 01), com o objetivo de analisar a capacidade cognitiva do participante da pesquisa; o Diário de Campo (Anexo B), utilizado junto à estratégia da observação não-participante, a fim de compilar as observações e as percepções do pesquisador acerca do ambiente e das atividades realizadas no serviço; e o Roterio de entrevista semiestruturada (Apêndice C), com o intuito de coletar os discursos dos sujeitos da pesquisa, a fim de atingir a coleta dos dados subjetivos.

4.6 Procedimentos

Toda entrevista foi realizada a partir da aplicação do roteiro de entrevista semiestruturada, onde o pesquisador utilizou-se de um aparelho gravador de voz com a finalidade de registrar todas as respostas e reações dos participantes, sendo pré-requisito para a realização da pesquisa a solicitação da autorização do participante mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Autorização de Gravação de Voz (TAGV), cuja leitura dos documentos foi feita de forma conjunta com o participante da pesquisa com o intuito de sanar possíveis dúvidas e explicitando o caráter voluntário do estudo.

4.7 Processamento e Análise dos dados

Para a análise dos dados coletados durante as entrevistas foi realizada uma Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016) que caracteriza tal método como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. [...]. (Bardin, 2016, p. 31).

Desse modo, seguindo o método proposto pelo supracitado teórico, a análise dos dados subjetivos deu-se a partir de três etapas subsequentes, a fim de organizar os resultados obtidos durante as entrevistas, sendo elas:

1. Etapa de Pré-análise: Fase da organização propriamente dita, que compreendeu a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação;

2. Etapa de exploração do material: Considerada exaustiva, e visou a exploração do conteúdo das falas colhidas, consistindo essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração.

3. Etapa de tratamento dos resultados e interpretações dos discursos: os resultados obtidos por meio da coleta dos dados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, permitindo estabelecer o grupamento dos dados em categorias temáticas, tendo como base a similaridade semântica dos conteúdos analisados por meio dos discursos dos participantes da pesquisa.

Dessa forma, após a identificação das categorias temáticas foi possível a interpretação dos dados subjetivos evidenciados durante os discursos, possibilitando, portanto, a análise mais aprofundada dos referidos dados.

No que concerne à análise dos dados objetivos obtidos a partir do formulário de caracterização demográfica deu-se pela realização de uma análise estatística simples, cujos dados foram compilados de maneira numérica e de porcentagem e apresentados em uma tabela (Tabela 1), a fim de possibilitar uma melhor visualização e interpretação dos dados obtidos.

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa seguiu os princípios da bioética, da equidade, da autonomia e da justiça estabelecidos pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e nº 510 do ano de 2016, que dispõe sobre a participação de seres humanos em pesquisas científicas (Brasil, 2012), e foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP-UEPB) onde, após apreciação e análise, foi aprovada sob parecer de número 6.466.247.

Em seguida, o projeto foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (SMS-CG) para fins de conhecimento e autorização e, logo após, ao serviço onde o estudo fora realizado. Como instrumentos éticos, foram aplicados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e o Termo de Autorização de Gravação de Voz

(TAGV) (APÊNDICE D) para garantir a legitimidade de todo o processo ético da pesquisa com seres humanos.

Os participantes da pesquisa tiveram a garantia da confidencialidade dos dados e o anonimato na participação da pesquisa a partir da utilização de um código alfanumérico para a identificação do participante (A1 ... A2), sendo a numeração correspondente à sequência da entrevista e do formulário preenchido. Ainda, foi exposto aos participantes a garantia da desistência da participação na pesquisa em qualquer momento da coleta e também à posteriori, além de que, na vigência de quaisquer danos de natureza psicológica ou social, fora explicitado o oferecimento de auxílio, sendo este, garantido mediante consultas psicológicas ou de natureza social oferecidas pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Da mesma forma, foi assumido o compromisso quanto à devolutiva dos resultados verificados no presente estudo para a instituição onde a pesquisa foi realizada tanto para a equipe do serviço quanto para as pessoas idosas participantes do grupo de convivência a partir de uma apresentação feita pelo pesquisador, além de uma cópia impressa da presente dissertação.

Também salienta-se a guarda dos materiais e dados do estudo em arquivo próprio, localizado na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) no departamento do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde (PPGPS) sob os cuidados da Prof. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros, cujos materiais serão disponibilizados para fins de produção científica.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Análise do grupo a partir do Diário de Campo

Durante a participação das atividades realizadas pelo grupo de convivência, foi possível observar que a interação social e sobretudo os laços sociais funcionam como um importante instrumento de manutenção da pessoa idosa no citado grupo, demonstrado a partir de abraços, apertos de mão e conversas cujos temas giravam em torno da vida cotidiana e suas vicissitudes. Para além, o acolhimento dos profissionais para com as pessoas idosas atuava como algo a ser elogiado, haja vista que os laços sociais perpassavam também entre os citados.

Fato interessante de se citar foi o próprio acolhimento com o pesquisador, realizado a partir de abraços e desejos de boas-vindas, seguido de uma oração em conjunto – respeitando todas as crenças –, sendo tudo isto realizado pelas próprias pessoas idosas, demonstrando que o acolhimento e a valorização parece ser algo importante para todos do grupo. Este mesmo acolhimento deu-se em momentos posteriores, cujas interações sociais com o pesquisador ocorreu a partir de conversas iniciadas e guiadas pelas próprias pessoas idosas, com indagações acerca da vida e até mesmo o aconselhamento e lembranças de experiências passadas, além do próprio convite para a participação nas atividades.

No que concerne às discussões realizadas, pôde-se observar discussões de temas relacionadas à saúde e os direitos das pessoas idosas, bem como discussões acerca da violência contra a pessoa idosa, sexualidade, cultura e lazer, além da organização de viagens e apresentações culturais – haja vista que as visitas ocorreram durante o período junino. Fato importante de se citar é a de que os profissionais não atuavam na posição de coordenadores, mas de suscitadores de discussão, sendo o curso do diálogo protagonizado pelas próprias pessoas idosas, cujo respeito entre os participantes e suas opiniões pareceu ser algo mister e incentivado.

Além disso, durante uma das discussões acerca da prevenção do suicídio, pôde-se observar discursos voltados para problemas de ordem mental protagonizados pela tristeza e a depressão suscitados pela solidão – algo que pareceu ser corroborado por boa parte das pessoas idosas. Tais discursos foram seguidos por opiniões de ordem religiosa aliados à discursos de apoio e de experiências passadas como forma de enfrentamento de tais situações, complementados pela presença do psicólogo e da assistente social do serviço.

Para além, em se tratando de atividades realizadas pelas pessoas idosas do grupo pode-se citar o ensaio de danças – sendo estas divididas entre grupos que praticam a dança do ventre,

quadrilha junina e forró -, jogatinas em grupo, cantorias, instrumentos de música, pinturas, artesanato e costura, além das próprias conversas em grupo acerca de temas desejados pelos participantes – como as experiências passadas, as vicissitudes da vida e a perspectiva de futuro -, cuja participação em cada uma perpassa pelo desejo da pessoa idosa. Tais atividades entram em conformidade com o que preconiza à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), que prevê em suas diretrizes, dentre outras, a *promoção do envelhecimento ativo e saudável*, a partir da realização de atividades que mantenham a pessoa idosa ativa, respeitando seus limites e promovendo, sobretudo, a sua funcionalidade e o seu desenvolvimento.

Desse modo, observa-se que o grupo de convivência em questão leva em consideração não apenas as diretrizes e políticas nacionais de saúde e de sua promoção para a população idosa, mas também estabelece suas ações levando em consideração macrofatores que fazem parte da singularidade do cuidado em saúde da pessoa idosa, tais como a maior vulnerabilidade; a necessidade de intervenções multidimensionais; a heterogeneidade dos processos de envelhecimento – tais como os fatores socioeconômicos, culturais e hábitos de vida; a capacidade funcional, além de ações de manutenção da autonomia e da independência.

Além disso, cita-se o próprio ambiente onde as atividades do grupo são realizadas, cuja ambiência parece atuar como uma forma de incentivo às práticas das atividades, onde fotos e imagens de atividades pregressas, além de pinturas e artesanatos confeccionados pelos próprios participantes estão expostos nos muros do casarão, cuja arquitetura e a organização do ambiente – com móveis e objetos clássicos - respeitam a vontade dos participantes e demonstra-se como um ambiente aconchegante e acolhedor.

Em se tratando das atividades realizadas pelos profissionais, cita-se, além das discussões em grupo e a realização de educação em saúde, o atendimento às demandas das pessoas idosas tais como o atendimento psicológico – com escuta e intervenções -, o atendimento de fisioterapia e de educação física, a consulta de enfermagem e médica – sendo esta em falta durante o período da coleta dos dados -, e as intervenções e aconselhamentos sociais realizadas pelo serviço de assistência social.

Dessa forma, foi possível observar que o grupo, assim como o serviço onde grupo realiza suas atividades, funcionam como uma atmosfera ímpar, capaz de transmitir bem-estar e acolhimento mesmo em sua estrutura física, além de que as atividades realizadas e as próprias tomadas de decisões perpassam principalmente pelas pessoas idosas participantes, suscitando sua valorização e a promoção de sua autonomia.

5.2 – Análise e discussão dos dados

Ao realizar-se a caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes da pesquisa, foi possível identificar os seguintes números (Tabela 1):

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa, em dados sociodemográficos e econômicos (n=13) – Campina Grande – 2024.

Variável	Total (%)	Quantidade (n)
Sexo	100%	13
Feminino	92%	12
Masculino	7%	1
Idade	100%	13
Entre 60 – 65 anos	23%	3
Entre 65 – 70 anos	23%	3
Entre 70 – 75 anos	30%	4
Mais de 75 anos	23%	3
Estado Conjugal	100%	13
Solteiro	7%	1
Casado	7%	1
Divorciado	38%	5
Viúvo	46%	6
Cor / Raça	100%	13
Branco	61%	8
Amarelo	7%	1
Preto	15%	2
Parda	15%	2
Religião	100%	13
Católica	84%	11
Protestante	7%	1
Espírita	7%	1
Grau de Escolaridade	100%	13
Ausente	23%	3
Ensino Fundamental Incompleto	46%	6
Ensino Fundamental Completo	15%	2
Ensino Médio Completo	15%	2
Renda Familiar	100%	13
1 Salário mínimo	53%	7
2 Salários mínimos	30%	4
3 Salários mínimos ou mais	15%	2
Fonte de Renda	100%	13

Aposentado	61%	8
Trabalho Remunerado	7%	1
Pensionista	23%	3
BPC	7%	1
Plano de Saúde	100%	13
SUS	84%	11
Privado	15%	2
Problemas de Saúde	100%	13
Sim	100%	13
Não	0%	0
Caracterização da Saúde	100%	13
Ruim	7%	1
Regular	53%	7
Boa	30%	4
Muito Boa	7%	1
Tempo de Participação no Grupo	100%	13
1 a 5 anos	61%	8
5 a 10 anos	7%	1
10 a 20 anos	7%	1
Mais de 20 anos	23%	3
Quem convidou para o Grupo?	100%	13
Outro usuário	7%	1
Amigo	76%	10
Serviços de Saúde	15%	2

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Dentre os participantes da pesquisa, verificou-se uma maioria feminina, com idade variando entre 60 e mais que 75 anos, de maioria viúva, de cor branca, católica e com ensino fundamental incompleto. No que concerne à renda familiar, maioria afirmou receber apenas um salário mínimo tendo por fonte de renda a aposentadoria.

Tais dados corroboram com pesquisas realizadas em grupos de convivência, onde demonstram a predominância do sexo feminino em detrimento do sexo masculino, uma vez que aquelas possuem, além de uma expectativa de vida maior, um maior engajamento em seu autocuidado com a saúde assim como também apresentam maior presença em atividades comunitárias (Andrade *et al*, 2014; Pereira *et al*, 2015; Previato *et al*, 2019; Meneses Aguiar e Martins, 2021; Casemiro & Ferreira, 2020). Da mesma forma, a religião católica e a presença da cor branca ser maioria reflete também o achado do estudo de Freire *et al* (2015), indo também ao encontro da realidade brasileira.

No que concerne à renda familiar, estudo realizado no Estado da Bahia no ano de 2021 evidenciou o mesmo perfil, podendo ser interligado provavelmente ao baixo nível de

escolaridade das pessoas participantes do estudo, refletindo uma realidade nacional de achados comuns de baixa escolaridade na população idosa, haja vista a dificuldade de acesso à educação em realidades pregressas. Desse modo, verifica-se a aposentadoria e a presença de um salário mínimo como única fonte de renda, provavelmente acarretado pelo nível de escolaridade (Meneses, Aguiar e Martins, 2021).

Em se tratando da predominância da viuvez, estudos como os de Cavalli *et al* (2014); Stedille, Martini & Schmidt (2017) e Casemiro & Ferreira (2020), explicam que a morte do cônjuge pode aumentar a busca por engajamento social, servindo como estratégia para lidar com o sofrimento da perda e da solidão. Quanto ao tempo de participação no grupo, o resultado reflete provavelmente a satisfação e os benefícios da pessoa idosa em participar dos encontros, haja vista outros estudos que demonstram o mesmo achado (Andrade *et al*, 2014; Meneses, Aguiar e Martins, 2021).

No que tange à saúde, maioria afirmou utilizar o Sistema Único de Saúde como plano (84%) e todos os participantes (100%) afirmaram possuir algum tipo de problema de saúde, tendo maioria caracterizando sua saúde como sendo regular (53%). Em se tratando do tempo de participação do grupo, houve variação de um (61%) a mais que vinte anos (23%), sendo a introdução no grupo realizado por convite de amigos (76%).

Este resultado corrobora com o achado de Meneses, Aguiar e Martins (2021), onde maioria relatou apresentar algum tipo de problema de saúde – geralmente protagonizado por doenças como a Hipertensão Arterial Sistêmica, o Diabetes Melito, doenças do aparelho cardiovascular e do sistema musculoesquelético, além da depressão.

Em se tratando dos dados subjetivos proporcionados pelos discursos e analisados mediante aplicação do método da Análise de Conteúdo, foi possível identificar as seguintes categorias temáticas:

Quadro 1 – Categorias temáticas sobre as percepções das pessoas idosas sobre a promoção de Saúde mental em grupo de convívio na Atenção Primária em Saúde:

Categorias Temáticas	Abordagem
Categoria 1 – A interação social como fonte de bem-estar	Enfatizou a <i>importância da interação social</i> como fonte de bem-estar e de promoção de saúde mental para a pessoa idosa.

Categoria 2 – O grupo de convívio como fator protetor contra a solidão e sofrimento mental da pessoa idosa	Demonstrou a importância do grupo como <i>fator de proteção contra o sofrimento mental</i> protagonizado pela solidão.
Subcategoria 1 - As vivências no grupo de convívio e a promoção da saúde mental	Demonstra, a partir dos discursos, sobre <i>como as vivências, associadas laços sociais das pessoas idosas no grupo de convívio atuam como fator promotor de saúde mental</i>
Categoria 3 – O grupo de convívio como promotor de atividades em saúde	Demonstrou como as atividades realizadas pelo grupo <i>promovem o bem-estar e a saúde mental da pessoa idosa.</i>
Categoria 4 – O grupo de convívio como promotor de acolhimento no envelhecimento normal ou patológico	Enfatizou <i>o acolhimento e a atenção como fatores de valorização da pessoa idosa no processo de envelhecer.</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Ressalta-se que, na perspectiva *Life Span*, o processo de envelhecimento como um processo multideterminado e heterogêneo, é caracterizado como: normal (referindo-se às alterações inevitáveis do envelhecimento); patológico (na vigência de doenças ou disfuncionalidades) e saudável/ótimo (caracterizado por excelente qualidade de vida, baixo risco de doenças/incapacidades, bem como ótima funcionalidade física e mental) (Lempke-Scoralick & Barbosa, 2012), e dentre esse contexto foi possível elencar que o grupo de convívio corrobora significativamente com a interação social, proteção contra o sofrimento mental, promoção de saúde e valorização da pessoa idosa no processo de envelhecer, conforme observado nas categorias e suas discussões a seguir:

Categoria 1 – A interação social como fonte de bem-estar

Esta categoria enfatiza a importância do contato social como fonte de bem-estar e de promoção de saúde para a pessoa idosa, conforme identificado nas falas a seguir:

Aqui é onde eu tenho alegria, amizade. Ai pronto, porque eu moro só, né? E Deus. Aí não tem canto nenhum pra eu sair. Só o divertimento

que eu tenho é aqui. A minha segunda casa é aqui. Casa de alegria, né? Porque aqui eu tenho amigos, todo mundo trata bem [...] (A2).

[...] muito especial, porque a gente desopila muito, a gente faz amizade com outras pessoas que a gente não conhece, a gente se diverte bastante (A5).

Eu gosto muito de vim pra aqui, porque a gente faz amizade da mesma idade, a gente dança, interage um com os outros [...] (A12).

Ao analisar os discursos supracitados, verifica-se que os grupos de convivência proporcionam o contato social e a criação de vínculos de amizade, promovendo assim o bem-estar. Tal fato também pode ser observado no estudo de Tozo e Damasceno (2017), Braz *et al*, (2015 está em Casemiro e Damasceno), Cachioni *et al* (2017) e Casemiro e Damasceno (2020), onde foi possível verificar que os grupos de convivência, por possibilitarem a troca de informações, discussões e a exposição de angústias, medos e a troca de afetos e informações sobre o cuidado com a saúde, oferecem a criação de um espaço de convivência saudável, promotor de saúde e bem-estar.

Além disso, como citam Casemiro e Ferreira (2020), os grupos de convivência favorecem a saúde mental e contribuem para o envelhecimento bem-sucedido, tendo em vista que esses espaços fornecem oportunidades de suporte social, engajamento em atividades prazerosas e experiência de sentimentos positivos.

Da mesma forma, Previato e colaboradores (2019) demonstraram, assim como no presente estudo, que os grupos de convivência para a pessoa idosa proporcionam a construção de vínculos a partir da socialização, estimulando também a autonomia e o protagonismo dessa população, uma vez que, como cita Neri (2006), no processo de envelhecimento, há uma redução na amplitude da rede de relações sociais e na participação social e que, exatamente por perceberem o limitado tempo de vida pela frente, os mesmos passam a selecionar metas, parceiros e formas de interação para que possam otimizar os recursos de que ainda dispõem.

Em seu estudo, Amaral, Guerra, Nascimento e Maciel (2013) puderam demonstrar que um dos importantes fatores que afeta os sistemas de defesa do organismo e o torne mais suscetível à doenças é a falta de interação social, haja vista que os laços sociais possuem influência positiva na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas frente à situações de estresse (Knopp, Ribeiro & Mármore, 2020).

Tais condutas adaptativas adentram ao conceito da plasticidade estudada por Baltes (1986) e tida como um dos principais focos da Teoria *Life Span*. De acordo com o referido conceito, o indivíduo possui em si um potencial de mudança e uma flexibilidade para lidar com novas situações, sendo dependente da capacidade de reserva da pessoa, que é constituída por recursos internos e externos. Dessa forma, para Baltes (1987) e Staudinger, Marsike e Baltes (1993), as limitações inerentes ao processo de envelhecimento podem ser reduzidas pela ativação das suas capacidades.

Logo, ao analisar o conceito supracitado, é possível afirmar que a ativação das capacidades individuais não dependem apenas de processos intrínsecos, mas extrínsecos, protagonizadas por fatores socioculturais – sobretudo a interação social – e a realização de atividades.

Dessa forma, como citam Glidden e colaboradores (2019), a interação social passa a ser o principal motivo pelo qual as pessoas idosas buscam a participação nos grupos de convivência, uma vez que, como citam Silva e colaboradores (2023), a socialização promove um suporte necessário na melhoria da saúde, na prevenção de doenças e na promoção do bem-estar, impactando positivamente na saúde mental e mantendo-o ativo na sociedade.

Ainda, de acordo com a PNSPI, para que o envelhecimento bem sucedido seja atingido, é necessário, dentre outras, o engajamento social ativo a partir de sua integração social em todos os níveis de atenção, a fim de garantir o enfrentamento de suas fragilidades ao mesmo tempo que passam a ser agentes promotores de sua própria saúde (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, 2006).

Nesse sentido, observa-se uma maior relevância das pessoas idosas no envolvimento com relacionamentos sociais próximos que ofereçam experiências emocionais significativas, indo de encontro à ampliação da rede de relações ou da busca de informações e status, características típicas das pessoas mais jovens (Neri, 2006).

Tais fatos demonstram que os fatores socioculturais, protagonizados pela socialização e pela criação de oportunidades de lazer e atividades pautam influência no processo de desenvolvimento, como identificado na perspectiva *Life Span* (Baltes & Baltes, 1990), permitindo, portanto, um equilíbrio entre os declínios – gerados pelo processo do envelhecimento – e as benesses das atividades realizadas (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012).

Ainda, observa-se que, conforme cita a seletividade socioemocional – microteoria *Life Span* – o contato social, na velhice, é a principal motivação na regulação emocional da pessoa idosa, onde os mesmos passam a priorizar, no contato social, os vínculos que promovam o bem-estar subjetivo (Neri, 2007; Baltes, 1987).

Logo, é conclusivo que a interação social promovida pelos grupos de convivência protagonizados por pessoas idosas são promotoras de desenvolvimento durante a velhice, principalmente se instrumentalizado com interações sociais que promovam relações interpessoais e experiências significativas, gerando um bem-estar, sobretudo mental, e favorecendo a manutenção da saúde.

Categoria 2 – O grupo de convívio como fator protetor contra a solidão e sofrimento mental da pessoa idosa

Esta categoria contempla discursos que demonstraram a importância do grupo como fator de proteção contra o sofrimento mental protagonizado pela solidão:

[...] porque em casa a gente só bota coisas negativa na mente, aqui a gente se distrai, conversa, brinca, palestra, tem novas amizades. Sem dúvida, a minha saúde mental melhorou, porque aqui tira o estresse, a gente conversa, trata a gente bem (A10).

[...] porque quando tô aqui eu me sinto muito bem, melhor do que se eu tivesse em casa. Aqui eu converso com um, converso com outro. Me sinto muito bem (A11).

[...] porque eu moro só, né? E Deus. Aí não tem canto nenhum pra eu sair. Só o divertimento que eu tenho é aqui. A minha segunda casa é aqui. Porque eu tava em casa, eu botava um negócio em um canto e de repente não sabia onde tava mais. Eu tava vendo a hora perder minha memória. Porque a pessoa passar de segunda a segunda em casa sozinha vendo parede, fica perto de enlouquecer, né? Mas graças a Deus tô melhor (A2).

De acordo com Baltes (1987), no início da vida há uma maior influência do aspecto biológico sobre o desenvolvimento humano, cuja influência decai a medida que o indivíduo envelhece, onde, nesse cenário, o meio social – protagonizado pelo contexto histórico e sociocultural - aumenta a sua influência, cujo desenvolvimento das capacidades adquiridas e da regulação das perdas perpassa por diversos fatores, sendo um deles o círculo de relações sociais e afetivas, conforme cita Neri (2013).

Em uma análise dos discursos à luz da perspectiva *Life Span*, observa-se que, na tentativa de evitar a solidão e consequentemente o adoecimento – ou seja, o declínio -, o indivíduo passa a buscar a interação social como forma de enfrentamento dessa condição, possibilitando o desenvolvimento de suas capacidades (Baltes, 1987; Tomé, 2020).

De acordo com Meneses, Aguiar e Martins (2021), dentre os diversos objetivos dos grupos de convivência, destaca-se a tentativa de evitar a solidão e o isolamento. Esta afirmativa pode ser observada sobretudo ao analisar-se os discursos promovidos pelos participantes do presente estudo, cuja motivação para a participação advém, dentre outros, da tentativa de fugir do isolamento social – fator que, de acordo com os participantes, é promotor de adoecimento – uma vez que a participação em grupos de convivência e o estabelecimento de relações sociais podem atuar como fonte de qualidade de vida.

Tal fato pode ser evidenciado no estudo de Previato e colaboradores (2019), onde afirmam que não só o isolamento social, mas também a solidão e o rompimento de laços pessoais são fonte de estresse e podem aumentar consideravelmente os riscos de deficiência e de morte precoce, além de estarem ligados a um maior declínio na saúde mental, conforme cita a Organização Mundial da Saúde (2015).

Dessa forma, como citam Braz e colaboradores (2015), grupos de convivência que favorecem o contato social são imprescindíveis para o favorecimento do bem-estar e na redução da solidão oportunizada pelo isolamento social, haja vista que passam a possuir não apenas o contato, mas sobretudo o suporte social.

Assim, os laços sociais estabelecidos com pessoas de faixa etária semelhantes acabam por acarretar em benefícios físicos e sobretudo mentais, haja vista que funcionam como recurso protetivo contra a solidão, além de atuarem como fator de autoconhecimento, uma vez que proporcionam o compartilhamento de experiências semelhantes, reduzindo, portanto, o sentimento de solidão gerado pelo isolamento social (Carmona, Couto & Scorsolini-Comin, 2014).

Da mesma forma, a participação em grupos de convivência oportuniza o suporte informacional - informações objetivas sobre os diversos assuntos, emocional - protagonizadas pelas relações sociais significativas estabelecidas - e até instrumental - oportunidades de contar com auxílio dos outros integrantes dos grupos para tarefas práticas, tais como tarefas domésticas (Casemiro & Ferreira, 2020).

Não obstante, os discursos, somados às características sociodemográficas do presente estudo, corroboram com os resultados evidenciados pela pesquisa de Clair, Neville, Forsyth,

Withe & Napier (2017), onde a solidão e a fuga da mesma através da participação em grupos de convivência são comuns em pessoas do sexo feminino e que moram sozinhas.

No que diz respeito à participação nos grupos de convivência, Previato *et al* (2019) destacam que além dos aspectos que envolvem o lazer, educação, aprendizagem e aspectos sociais, a promoção da saúde também foi um aspecto valorizado pelas pessoas idosas, uma vez que funciona como uma estratégia capaz de gerar melhoria da saúde mental a partir da prevenção da solidão e da depressão.

Para Baltes, Lindenberg e Staudinger (2007), exatamente por a natureza do desenvolvimento humano não ser fixa, não há fim, portanto, para o fim do desenvolvimento humano. Para tanto, segundo o teórico, o conceito de plasticidade abre oportunidades para a inserção de perspectivas interdisciplinares, tais como as próprias ciências sociais, ou seja, de que o que acontece no curso da vida atuam diretamente na plasticidade e no desenvolvimento (Baltes, Lindenberg & Staudinger, 2007). Nesse sentido, pode-se observar, através dos discursos supracitados, de que de fato a interação humana proporciona o bem-estar e o desenvolvimento das capacidades da pessoa idosa.

Dessa forma, observa-se que os laços sociais suscitados pelo grupo de convivência de pessoas idosas podem funcionar como instrumento de prevenção contra as enfermidades mentais ocasionadas pela solidão e pelo isolamento social acarretadas pelo envelhecimento.

Sub-categoria 1 - As vivências no grupo de convívio e a promoção da saúde mental

Essa subcategoria demonstra, a partir dos discursos, sobre como as vivências, associadas laços sociais das pessoas idosas no grupo de convívio atuam como fator promotor de saúde mental:

[...] ótimas. Eu não tenho mal querência com ninguém aqui, nunca tive. Se alguém tem eu não sei comigo. Mas gosto muito de fazer amizade, de abraçar, de beijar. Não existe coisa melhor do que o carinho não, porque deixa a gente bem, sabe? [...] (A1)

[...] muito bom. Eu me dou muito bem com o pessoal daqui e sei que o pessoal se dá comigo. A gente não tem atrito, é todo mundo uma família, e isso ajuda a gente a ficar bem, né? (A2)

[...] me dou bem. Todo mundo aqui é amigo, é a segunda família. Quando um tá mal aí vem outro e ajuda, é assim [...] (A3)

De acordo com Guerra e colaboradores (2020), faz-se necessário a adoção de ações para a promoção do envelhecimento ativo e saudável, visando suscitar a autonomia e a independência das pessoas idosas, bem como a participação social, a partir de estratégias que visem a assistência, a saúde, a educação, o esporte e o lazer.

Conforme o autor, a participação das pessoas idosas em grupos de convivência:

[...] se torna um efeito protetor na vida da pessoa idosa, sendo um importante meio de manutenção da saúde, fuga da solidão e prevenção e/ou tratamento da depressão, entre outros. Além disso, proporciona sentimento de utilidade, bem-estar, prazer, inserção social, contribuindo, assim, para melhora na saúde desses indivíduos (Guerra *et al*, 2020).

Nesse sentido, os discursos acima identificados demonstram que interações sociais estabelecidas no grupo de convívio não perpassam apenas o contato, mas transformam-se em vínculos, formando uma rede de apoio que ajudam a pessoa idosa a atingir o estado de bem-estar, bem como auxiliam no enfrentamento dos problemas e, conseqüentemente, na saúde mental.

Para Braz *et al* (2015), esta rede de apoio favorece a consolidação de vínculos afetivos, haja vista que os indivíduos passam a compartilhar sentimentos e vivências, criando uma relação de assistência fora do contexto familiar que auxiliam na redução da dor da perda de entes queridos e o surgimento de problemas pessoais.

Logo, é possível afirmar que os grupos de convivência são um ambiente propício para a reinserção social da pessoa idosa, cujas vivências passam a suscitar as relações sociais, assim como também incentivam na realização de atividades que o mantém ativo, contribuindo, portanto, para o envelhecimento saudável, tido por Baltes (1987) como o melhor cenário para o envelhecimento.

Categoria 3 – O grupo como promotor de atividades em saúde

Os discursos a seguir, demonstram como as atividades realizadas pelo grupo promovem o bem-estar da pessoa idosa:

[...] mudou muito, porque eu danço muito, sabe? Eu gosto muito de dançar e aqui é muito forró, muita dança, que eu gosto muito de dançar. Eu sentia muita dor nas perna, né? Querendo parar, aí eu não parei, continuei (A4).

Eu me senti melhor, principalmente porque eu faço exercício aí me sinto melhor. Da mente também, porque quando eu tenho problema eles me atendem super bem, aí a gente se sente bem [...] (A8).

Eu tenho que me cuidar, né? Porque sou cardiopata, mas me sinto muito bem e a dança já ajuda. Na saúde mental também [...] (A11).

Conforme Silva e Eulálio (2022), manter-se ativo na terceira idade caracteriza uma velhice bem-sucedida, por promover autonomia, independência, satisfação e bem-estar. De acordo com Santos e colaboradores (2023) e Schoffen e Santos (2018), ao buscarem um grupo de convivência, as pessoas idosas buscam, além da socialização propriamente dita, a melhoria da saúde, seja ela física ou mental onde, nesse processo, acabam por se deparar com atividades que perpassam mais do que apenas a incitação da atividade, mas também acabam por acarretar em lazer e bem-estar.

Tal fato, unido também aos discursos proferidos pelos participantes da pesquisa, demonstra aquilo que Wichmann (2013) disserta: a percepção de bem-estar e demais fatores estão associados à uma boa saúde física e mental, corroborado com atividades de hábito saudável, lazer, espiritualidade e a manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa.

Como já citado, de acordo com Baltes (1990) e a sua teoria *Life Span*, o envelhecimento saudável é associado sobretudo à ideia de que a pessoa preserva seu potencial de desenvolvimento durante toda a sua vida, cujas limitações e potencialidades funcionam em equilíbrio, podendo esse desenvolvimento ser otimizado por meio de intervenções. Isto posto, observa-se que a oferta de atividades e programas culturais e que estimulem também as questões cognitivas e corporais parecem funcionar como estímulo de potencialidade e desenvolvimento, corroborando para um envelhecimento cujo equilíbrio seja estimulado e mantido.

Em se tratando do desenvolvimento e a manutenção dos padrões efetivos do envelhecimento, nota-se que não apenas dependem de determinantes de acepção genético-biológicos – como a idade, o sexo e as patologias – mas também por fatores socioculturais – protagonizados pelo diálogo, o contato e a realização de atividades culturais, que atuam como fatores estimuladores da plasticidade do indivíduo (Baltes *et al*, 1980; Baltes, 1987). Aqui,

também, cita-se que no envelhecimento há uma perda nas capacidades cognitivas decorrentes do baixo funcionamento neurológico, sensorial e psicomotor, cujas capacidades e suas mudanças qualitativas dependem muito mais das oportunidades oferecidas pela cultura do que pelos mecanismos genético-biológicos (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012).

Outrossim, corroborando com estudos como o de Previato *et al* (2019), brincadeiras, danças e atividades manuais e cognitivas proporcionam lazer e bem-estar - sobretudo mental - e o estímulo do desenvolvimento cognitivo e comportamental, contribuindo com o seu equilíbrio biopsicossocial, haja vista que funcionam como fonte vital de força emocional e aumento da qualidade de vida.

Para além, atividades como a dança, os jogos e atividades lúdicas que proporcionem o prazer, o lazer e o bem-estar, unido à socialização, podem funcionar como proteção da pessoa idosa contra o desenvolvimento de problemas mentais e sobretudo a depressão (Ferreira & Barham, 2018). Aqui, citam-se também atividades tidas como contemplativas – tais como o relaxamento, o alongamento e a meditação – que resultam em sentimentos positivos e de bem-estar -; atividades estas que favorecem o seu autoconhecimento e a sua expressão de sentimentos mais introvertidos.

Da mesma forma, como citam Silva e colaboradores (2023) as atividades realizadas no grupo são transformadoras para os participantes, influenciando na melhora da qualidade de vida, autonomia, socialização e conseqüentemente na saúde mental, constituindo-se como uma importante ferramenta de promoção da saúde no cuidado integral da pessoa idosa, possibilitando o envelhecimento ativo e suporte social.

Logo, é possível concluir que a realização de atividades promove, além do desenvolvimento da pessoa idosa, a estimulação de um equilíbrio entre os declínios inerentes ao processo do envelhecimento e as potencialidades suscitadas pelas atividades, corroborando para o envelhecimento saudável e a promoção da saúde mental.

Categoria 4 – O grupo de convívio como promotor de acolhimento e atenção

Esta categoria contempla os discursos voltados para o acolhimento e a atenção como fatores de valorização da pessoa idosa e promotora de bem-estar:

Me sinto valorizada demais, porque todo mundo me trata bem, quando tem alguma coisa pergunta se eu quero me apresentar, se eu dizer sim vai se eu dizer não, eles aceitam. Porque aqui eles recebem a gente bem,

é bem tratado, é um ambiente sadio, bom demais. Todo mundo trata a gente bem (A2).

[...] com certeza, pra se sentir pessoas valorizada, né? Eu me surpreendi com o acolhimento daqui. Faz bem participar daqui [...] (A6).

[...] sem dúvida. A minha saúde mental, porque aqui tira o estresse, a gente conversa, trata a gente bem. Todas elas tratam tudo por igual. Tudo são legal [...] (A10).

[...] me sinto valorizada. Porque eu me sinto bem, as pessoas me considera, fala comigo. Me comprimenta, conversa comigo [...] (A11).

Em seu estudo, Yaegashi, Lopes, Oliveira e Yaegashi (2021) discutem que para além dos problemas de ordem econômica e de saúde, as pessoas idosas também sofrem com dificuldades de ordem social, sobretudo se associada com a sua valorização, haja vista que a sociedade capitalista tende a excluir a pessoa idosa do seu seio em virtude da compreensão – errônea - de que estas já não podem contribuir de forma econômica, passando, portanto, a não mais serem incluídas em decisões e tarefas do dia a dia.

Esta mesma concepção corrobora para aquilo que Baltes (1986) discute, ou seja, que os declínios funcionais da pessoa idosa passam a ser mais enfocados que as próprias potencialidades, corroborando para um desequilíbrio do desenvolvimento da pessoa idosa e acarretando em maiores declínios, sobretudo de ordem mental.

Este cenário, ao ser analisado pela estratégia SOC, corrobora para a noção de que durante o processo de envelhecimento, observa-se – por parte da sociedade e por vezes da própria pessoa idosa - uma maior alocação de recursos para a manutenção e na regulação de perdas, em detrimento do aumento ou manutenção da capacidade e da saúde.

Diante do supracitado, Souza e colaboradores (2022), dissertam que os grupos de convivência voltados para as pessoas idosas promovem a escuta, a compreensão, o fortalecimento de vínculos e os laços afetivos e, por isso, valorizam a essência humana. Para Munhoz (2016) e Meneses (2021), a formação de grupos de convivência promovem um ambiente acolhedor e de atenção, servindo como uma rede social capaz de reduzir as desigualdades sociais e a solidão.

Ainda, em seu estudo, Silva e colaboradores (2023) dissertam que esse acolhimento promovido pelo convívio social acarreta na melhora da saúde e corroboram na prevenção de

doenças, impactando positivamente na saúde mental. Este mesmo estudo identificou resultado semelhante ao presente, cujas pessoas idosas que participaram nesse espaço, ainda que de forma remota, sentiram-se valorizados e acolhidos (Silva *et al*, 2023).

Logo, conforme citam Casemiro e Ferreira (2020) os grupos de convivência protagonizados por pessoas idosas funcionam como oportunidades para o cultivo de emoções positivas pelas pessoas idosas, mediante o desenvolvimento de atividades diversificadas que relatam gostar, socializar e se conectar com outras pessoas, refletindo assim, numa boa saúde mental para esses indivíduos.

Da mesma forma, o presente estudo demonstrou aquilo que Brunozi *et al* (2019) pôde observar: o acolhimento como importante tecnologia no cuidado em saúde mental, sendo essencial para a manutenção do bem-estar no grupo, bem como podendo atuar como fator para a adesão das pessoas idosas participantes nas atividades propostas. Para além, o próprio diálogo e a escuta promovem a oportunidade de compartilhar experiências e saberes, atuando como algo benéfico, permitindo também momentos de cumplicidade, responsabilização, confiança e esperança, promovendo a saúde mental.

No que concerne às fragilidades do grupo, ao serem questionadas, observou-se a unanimidade dos participantes da pesquisa em negar a presença destas, conforme identificado nas falas a seguir:

Meu filho eu não sei nem dizer. Tudo me agrada aqui. (A1)

Não. Pra mim do jeito que tá tá bom. (A3)

Não. Não tenho do que reclamar, sabe? (A8)

Não, pra mim não tem nada a melhorar. (A11)

Verifica-se, portanto, que as percepções foram protagonizadas por discursos de que o grupo não apenas atendia às expectativas, mas também as superavam – fato também identificado em outros estudos assim como também nas categorias temáticas identificadas acima.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo demonstraram que os fatores socioculturais atuam como importantes estratégias para o envelhecimento ativo e para a manutenção da capacidade de reserva de cada pessoa, conforme cita a Teoria *Life Span*. Para além, foi possível identificar que as atividades de lazer atuam de modo a promover a saúde mental e o enfrentamento de problemas como a depressão, assim como também na própria saúde física.

Da mesma forma, foi possível observar a interação social e a realização de atividades como a dança, as jogatinas, o artesanato, a pintura e atividades em saúde como fatores atuantes na proteção da saúde mental a partir do corporal e cognitivo. Ainda, em se tratando da valorização, cita-se o próprio acolhimento – seja ele proporcionado pelo ambiente ou pelo contato - como importante instrumento para tal.

Outrossim, fator importante a ser mencionado são as vivências proporcionadas pelo grupo, sendo muitas vezes a interação estabelecida entre as pessoas idosas caracterizada como familiar devido a profundidade dos laços. Desse modo, foi possível observar que o grupo, diferente do que acontece em sociedade – onde o foco do envelhecimento passa a ser os declínios - corrobora para o enfoque nas potencialidades e da manutenção das capacidades, atuando como instrumento importante para o envelhecimento saudável – conforme cita a estratégia SOC.

Da mesma forma foi possível observar a ativação das capacidades e sobretudo do desenvolvimento estabelecido pela plasticidade, cuja ativação – a partir das atividades e vivências realizadas pelo grupo - acarreta em uma estimulação da capacidade de enfrentamento das diversas situações, estimulando assim uma melhoria das capacidades das atividades da vida diária – assim como também das atividades instrumentais.

Logo, é conclusivo que os grupos de convivência protagonizados pelas pessoas idosas são um instrumento mister de promoção da saúde mental e do desenvolvimento, cujas atividades – sejam elas socioculturais ou de saúde – corroboram para a valorização e para o bem-estar da pessoa idosa. Para além, observa-se que tais grupos acarretam no desenvolvimento da pessoa idosa, atuando no enfrentamento dos declínios – sejam eles funcionais ou de ordem mental – ocasionados pelo processo inerente do envelhecimento.

Cita-se como limitação do estudo a realização da pesquisa em apenas um grupo de convivência, além da ausência da utilização de instrumentos que possibilitassem a obtenção de dados objetivos capazes de realizar uma análise comparativa da evolução da qualidade de vida e da saúde mental da pessoa idosa ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, F. L. J. S.; GUERRA, R. O.; NASCIMENTO, A. F. F.; MACIEL, A. C. M. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. ____, 2013.
- ANDRADE, J. *et al.* Vulnerabilidade de idosos à infecções sexualmente transmissíveis. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. ____, 2017.
- AUGUSTO, C. A. *et al.* Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos Sober (2007-2011). **RESR**, v. 51, n. 4, p. 745-764, 2013.
- BALTES, P. B. *et al.* Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *In*: P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds). Successful aging. Perspectives from behavioral sciences (pp. 1-34). Cambridge: **Cambridge University Press**, 1980.
- BALTES, P. B. Theoretical propositions of the Life Span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. **Developmental Psychology**, v. 23, n. __, p. 611-696, 1987.
- BALTES, P. B.; LINDENBERGER, U.; STAUDINGER, U. M. **Life Span Theory in Developmental Psychology**. *In* R. M. Lerner & W. Damon (Org.) Handbook of child psychology: Theoretical models of human development, 6 Ed, 2006.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 1 Ed. SP: **Edições 70**, 2016.
- BIAZIN, A. P. *et al.* Promoção de saúde mental em um grupo de idosos através do pet-saúde/interprofissionalidade. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 10458-10463, 2021.
- BRASIL. **Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741**, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: 2003.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. 3. ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 2015. 350 p.
- BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: propostas de modelo de atenção integral**. Brasília, DF. 2014.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Brasília, DF. 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. **Orientações Técnicas para a implementação da linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF. 2018.
- BRASIL. Portaria Nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**. 2006a.

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília, DF. 2006b.

BRAZ, I. A. *et al.* Percepção da qualidade de vida de idosas participantes de não participantes de um grupo de convivência da terceira idade de Catanduva (SP). *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 20, n. 2, p. 583-596, 2015.

BRUNOZI, N. A. *et al.* Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2019.

BULSING, R. S.; JUNG, S. I. Envelhecimento e morte: percepção de idosas de um grupo de convivência. *Psicologia em Estudo*, v. 20, n. 2, p. _____, 2016.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde da Família. *Programa Saúde da Família*, v. __, n. __, p. 50-63, 2009.

CACHIONI, M. *et al.* Bem-estar subjetivo e psicológico de idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, v. 20, n. 3, p. _____, 2017.

CARMONA, C. F.; COUTO, V. V. D.; SCORSOLINI-COMIN, F. A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. *Psicol. Estud*, v. 19, n. 4, p. _____, 2014.

CASEMIRO, N. V.; FERREIRA, H. G. Indicadores de saúde mental em idosos frequentadores de grupos de convivência. *Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, v. 21, n. 2, p. 83-96, 2020.

CASEMIRO, N. V.; FERREIRA, H. G. Indicadores de saúde mental em idosos frequentadores de grupos de convivência. *Rev. SPAGESP*, v. 21, n. 2, p. _____, 2020.

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades e inserção profissional. *Psicol. Cienc. Prof*, v. 24, n. 3, p. _____, 2004.

CAVALLI, A. S. *et al.* Motivação de pessoas idosas para a prática de atividade física: estudo comparativo entre dois programas universitários – Brasil e Portugal. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, v. 17, n. 2, p. _____, 2014.

CLAIR, V. A. W.; NEVILLE, S.; FORSYTH, V.; WHITE, L.; NAPIER, S. Integrative review of older adult loneliness and social isolation in Aotearoa/New Zealand. *Australas J Ageing*, v. 36, n. 2, p. 114-123, 2017.

FERREIRA, H. G.; BARHAM, E. J. Relationship between Pleasant Event, Depression, Functionality and Socio-Demographic Variables in the Elderly. *Paidéia*, v. 28, n. 1, p. 1-9, 2018.

FILOMENA, A. A. D. **Centro Municipal de Convivência do Idoso em Campina Grande (PB): relato de experiência de estágio em Serviço Social**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, 2022. 27p.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 1, p. 189-198, 1975.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FREIRE, G. V. *et al.* Perfil de idosos que frequentam um centro de convivência da terceira idade. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 11-19, 2015.

FREITAS, M. L. A. F.; MANDÚ, E. N. T. Promoção da saúde na estratégia saúde da família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 200-205, 2010.

GARCIA, B. N.; MOREIRA, D. J.; OLIVEIRA, P. R. S. Saúde mental do idoso na atenção primária: uma análise das percepções de profissionais de saúde. **Revista Kairós – Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 153-174, 2017.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ªed. São Paulo - SP: Atlas, 2008.

GLIDDEN, R. F. *et al.* A participação de idosos em grupos de terceira idade e sua relação com satisfação com suporte social e otimismo. **Acad. Paul. Psicol**, v. 39, n. 97, p. 261-275, 2019.

GUERRA, S. S. *et al.* Experiências de pessoas idosas que participam de grupos de convivência. **Revista de Enfermagem: Cuidado é Fundamental**, v. 12, n. 1, p. 264-269, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico, 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados – Campina Grande**. 2021.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Análise do Envelhecimento da População Brasileira**. Portal IPEA, 2017.

KNOPP, T. F. *et al.* A relação entre fatores biopsicossociais e os desfechos clínicos de hospitalização, institucionalização e mortalidade segundo o paradigma de desenvolvimento lifespan. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 85823-85846, 2020.

KREUZ, G.; FRANCO, M. H. P. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento – revisão sistemática de literatura. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 2, p. 168-186, 2017.

LEANDRO-FRANÇA, C.; MURTA, S. G. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 34, n. 4, p. 318-329, p. 83-90. 2014

MAEYAMA, M. A. *et al.* Saúde do idoso e os atributos da atenção básica à saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 55018-55036, 2020.

- MATARAZZO, M. A. *et al.* Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. **American Psychologist**, v. 35, n. 9, p. 807-817. 1980.
- MENESES, K. F.; AGUIAR, A. L. C. A.; MARTINS, L. A. Concepção de Pessoas Idosas sobre Grupos de Convivência. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 1, n. 13, p. 123-129, 2021.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9 Ed. São Paulo: **Hucitec**, 2014.
- MUNHOZ, O. L. *et al.* Oficina bingo da saúde: uma experiência de educação em saúde com grupos de idosos. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, n. ____, p. ____, 2016.
- NERI, A. L. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. **Temas em Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 17-34, 2006
- NERI, A. L. Teorias Psicológicas do Envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. *In*: FREITAS, E. V.; PY, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 102-118.
- NETO, P. D. F. *et al.* O Impacto da COVID-19 na Saúde de Pessoas Institucionalizadas. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 2, p. 196-210, 2021.
- NOGUEIRA, A. L. G. *et al.* Pistas para potencializar grupos na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 964-971, 2016.
- ONU. Organização das Nações Unidas (ONU). Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002. **Comisaria del Comité Organizador Español de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento**. Madri: ONU. 2002.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **World report on ageing and health**, 2015. Disponível em:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Carta de Ottawa**. Canadá: OMS, 1986.
- PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D.; GROSS, D. Desenvolvimento humano. 8. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2006.
- PEREIRA, A. A. S.; COUTO, V. V. D.; SCORSOLINI-COMIN, F. Motivações de idosos para participação no programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 16, n. 2, p. 207-217, 2015.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2011.
- PREVIATO, G. F. *et al.* Grupo de convivência e idosos na atenção básica à saúde: contribuições para o envelhecimento ativo. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 1, p. 173-180, 2019.
- SALES, J. P. D. *et al.* Cenário nacional da promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para a pessoa idosa na saúde suplementar. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 26, n. 1, p. 1-18, 2022.

- SANTOS, P. R. S. *et al.* Benefícios da inserção da Pessoa Idosa em Grupos de Convivência: Revisão Integrativa. **ID Online. Revista de Psicologia**, v. 17, n. 65, p. 213-224, 2023.
- SCHOFFEN, L. L.; SANTOS, W. L. A importância dos grupos de convivência para os idosos como instrumento para manutenção da saúde. **Revisa (online)**, v. 7, n. 3, p. 160-170, 2018.
- SCORALICK-LEMPKE, N. N.; BARBOSA, A. J. G. Educação e Envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. **Estudos de Psicologia**, v. 29, n. __, p. 647-655, 2012.
- SILVA, E. G. J.; EULÁLIO, M. C. Resiliência para uma veiche bem-sucedida: mecanismos sociais e recursos pessoais de proteção. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 42, n. 1, p. ____, 2022.
- SILVA, L. T. *et al.* A percepção de saúde mental em idosos participantes de um grupo de convivência na comunidade. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 8, p. 1-13, 2023.
- SOUZA, A. P. *et al.* Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 741-752, 2022.
- STAUNDINGER, U.M.; MARSISKE, M.; BALTES, P. B. Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. **Development and Psychopathology**, v. 5, n. __, p. 541-566, 1993.
- STEDILE, T.; MARTINI, M. I. G.; SCHMIDT, B. Mulheres idosas e sua experiência após a viuvez. **Pesquisas e práticas psicossociais**, v. 12, n. 2, p. ____, 2017.
- STONE, G. C.; COHEN, F.; ADLER, N. E. Health Psychology-a Handbook. San Francisco: **Jossey-Bass, Inc, Publishers**, 1979.
- TORRES, K. R. B. O. *et al.* Evolução das Políticas Públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis**, v. 30, n. 1, p. ____, 2020.
- TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. 1 Ed. SP: **Atlas**, 1987.
- VILELA, C. S. B. *et al.* Espaço promotor de saúde: uma estratégia para a qualidade de vida do idoso à luz da promoção da saúde. *In: Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, Brasília – DF, 2019.
- WICHMANN, F. M. A. *et al.* Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. ____, 2013.
- YAEGASHI, S. F. R.; LOPES, P.; OLIVEIRA, A. R. S. As influências do banco mundial no atual ensino de artes no Brasil. **Revista Educar Mais**, v. 5, n. 4, p. 934-946, 2021.
- ZANATTA, C.; CAMPOS, L. A. M.; COELHO, P. D. S. A pessoa idosa e a busca do sentido: um olhar de esperança. **Phenomenological Studies – Revista de Abordagem Gestáltica**, v. 27, n. 1, p. 104-113, 2021.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Título da pesquisa: **PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM GRUPO DE CONVÍVIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

Código de Identificação: _____

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Gênero:** _____

Estado Civil: Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) () Outro ()

Cor/raça: Branca () Amarela () Preta () Parda () Indígena ()

Religião: Católica () Protestante () Espírita () Outra () _____

Grau de Escolaridade:

Ausente () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo ()

Ensino médio incompleto () Ensino médio completo ()

Ensino Superior incompleto () Ensino Superior Completo () Pós-graduação ()

Renda Familiar (em R\$): _____ -

Fonte de renda: Aposentado () Trabalho remunerado ()

Plano de Saúde: SUS () Privado ()

Problemas de Saúde: Sim () Não () Se sim, qual/quais? _____

Comparado com outras pessoas da sua idade, como você caracteriza sua saúde?

Ruim () Regular () Boa () Muito boa () Excelente ()

Há quanto tempo você participa do grupo? _____

Quem convidou você para participar do grupo? _____

APÊNDICE B – DIÁRIO DE CAMPO

Diário de campo nº: _____

Data: _____

Responsável pelo preenchimento: _____

Quantidade de participantes: _____

Tema do encontro: _____

Atividades realizadas:

Principais temáticas abordadas durante a reunião:

Houve menção de problemas de ordem mental? Quais?

Observações do pesquisador:

Assinatura de Carimbo do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**ROTERIO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

Título da pesquisa: **PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM GRUPO DE CONVIVIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

1. O que esse grupo significa para você? Por que?
2. Em sua opinião, para que serve este grupo?
3. Esse grupo colabora de alguma forma para sua saúde mental? Se sim, fale um pouco.
4. Quais os motivos que levaram você a participar do grupo?
5. Como é o seu relacionamento com as pessoas do grupo?
6. O que mais agrada no grupo? Por que?
7. Já viveu alguma situação desagradável no grupo? Fale um pouco.
8. Como é o seu relacionamento com os profissionais que participam do grupo?
9. Quais os temas que você sugere para as futuras reuniões no grupo?
10. Você participa de outros grupos?
11. Você acha que falta algo nesses encontros? Por que?
12. Como o grupo poderia melhorar?
13. Você sente que é valorizado(a) no grupo? Fale um pouco
14. Você sente alguma mudança em sua saúde após participação no grupo? Se sim, qual?
15. Você indicaria o grupo para outras pessoas? Por que?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TLCE)

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM GRUPO DE CONVÍVIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**, sob a responsabilidade de: **KEVIN FONTELLES MORAIS** e do orientador **FABÍOLA ARAÚJO LEITE DE MEDEIROS**, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem:

Justifica-se a realização dessa pesquisa uma vez que mesmo com a consolidação de leis, portarias e normas que visam estabelecer uma atenção à saúde da pessoa idosa dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) e ratificados pela Lei 8.080 de 1990, ainda existem lacunas acerca dessa atenção, principalmente no que tange à temática da promoção da saúde mental da pessoa idosa, cujo enfoque gira em torno do atendimento às condições crônicas e problemas de saúde inerentes à saúde da pessoa idosa, corroborando para uma atenção à saúde pautada no modelo médico-hegemônico e hospitalocêntrico.

O objetivo geral deste estudo visa identificar a percepção de pessoas idosas sobre as vivências e potencialidades de promoção a saúde mental de pessoas idosas participantes de um grupo de convívio na Atenção Primária a Saúde, sob a égide da Teoria da *Life Span* e da Política Nacional da Pessoa Idosa. Os objetivos específicos visam: Traçar as características sociodemográficas e de saúde dos participantes do estudo; Avaliar as vivências da pessoa idosa acerca no grupo de convívio da APS em relação à promoção à saúde mental; Tecer as percepções de pessoas idosas acerca no grupo de convívio da APS em relação à promoção à saúde mental; Descrever as potencialidades e fragilidades do grupo de convívio em relação a promoção à saúde mental.

A pesquisa seguirá as seguintes etapas: **uma conversa com a Equipe de Saúde para explanação do projeto aos participantes e apresentação da voluntariedade quanto a participação; um primeiro momento de coleta de dados e a Entrevista sobre a percepção da participação no grupo de convívio.** Apenas com sua autorização realizaremos a coleta dos dados. Serão utilizados um formulário de avaliação sócio-demográfico e de saúde e uma entrevista semiestruturada, sendo garantido o anonimato mediante adoção de alfanuméricos (ex: A1, A2).

No que tange aos riscos e benefícios desta pesquisa, cita-se que os riscos estão vinculados àqueles de natureza psicológica, moral ou espiritual, haja vista que serão abordadas temáticas relacionadas às variáveis da qualidade de vida, ao bem-estar subjetivo e aos enfrentamentos do participante da pesquisa. Para os possíveis riscos de sentimentos evocados (tristeza, desconforto, cansaço), o pesquisador realizará o reagendamento ou a suspensão da pesquisa. Dessa forma, com o intuito de reduzir os possíveis desconfortos e riscos, a coleta dos dados será feita em local e horário de preferência do participante da pesquisa. Ainda, salienta-se que o participante que apresentar quaisquer danos em virtude da pesquisa serão encaminhados para o serviço de atendimento psicológico da Universidade Estadual da Paraíba sem ônus para o requerente e de total responsabilidade do pesquisador e da orientadora.

Os benefícios giram em torno do entendimento sobre como os grupos de promoção à saúde/saúde mental influenciam em variáveis subjetivas do participante, compreendendo as variáveis, as potencialidades e as fragilidades envolvidas nesse processo.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução nº.466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

O referido Termo de Consentimento será emitido em duas vias, onde serão assinadas e entregues uma para o participante e outra para o pesquisador.

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com KEVIN FONTELLES MORAIS, através do telefone (83) 99180-5484 ou através do e-mail: kevinfontellesuf@gmail.com, ou do endereço: Universidade Estadual da Paraíba, Rua Baraúnas, 351 Bairro Universitário, Campina Grande-PB, CEP 58429-500. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone (83) 3315 3373, e-mail: cep@setor.uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente).

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM GRUPO DE CONVIVIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador



APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE****TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)**

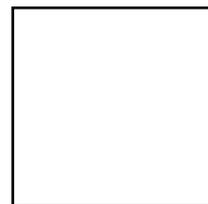
Eu, _____, depois de compreender os riscos e benefícios que a pesquisa **PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM GRUPO DE CONVÍVIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE** poderá trazer e entender os métodos que serão usados para a coleta dos dados, assim como, estar ciente da necessidade de gravação de minha entrevista, AUTORIZO por meio deste Termo, ao pesquisador Kevin Fontelles Morais a realizar a gravação de minha entrevista sem custo financeiro para nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citada em garantir-me os seguintes direitos:

- 1- Poderei ler a transcrição de minha gravação;
- 2 – A referente pesquisa tem por objetivo geral: identificar a percepção de pessoas idosas sobre as vivências e potencialidades de promoção a saúde mental de pessoas idosas participantes de um grupo de convívio na Atenção Primária a Saúde, sob a égide da Teoria da *Life Span* e da Política Nacional da Pessoa Idosa. Também tem por objetivos específicos: Traçar as características sociodemográficas e de saúde dos participantes do estudo; Avaliar as vivências da pessoa idosa acerca no grupo de convívio da APS em relação à promoção à saúde mental; Tecer as percepções de pessoas idosas acerca no grupo de convívio da APS em relação à promoção à saúde mental; Descrever as potencialidades e fragilidades do grupo de convívio em relação a promoção à saúde mental.
- 3 - Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
- 4 - Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
- 5 - Os dados coletados serão guardados por cinco anos, sob a responsabilidade do Coordenador da Pesquisa, a Professora Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros, e após esse período, serão destruídos;
- 6 -Serei livre para interromper a minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição da minha entrevista;
- 7 – Este termo será emitido em duas vias, onde após assinatura, será entregue uma ao participante e outra com o pesquisador;
- 8 - Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.

Campina Grande, ____ de _____ de _____

Assinatura ou impressão dactiloscópia do(a) participante da Pesquisa



Assinatura e carimbo do Pesquisador Responsável

Assinatura e carimbo da orientadora

APÊNDICE F – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Prezado(a) Senhor(a):

Solicitamos sua autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado ***PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM GRUPO DE CONVÍVIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE*** de autoria do mestrando em Psicologia da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (PPGPS/UEPB) Kevin Fontelles Moraes e orientado pela professora Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros.

Este projeto tem como objetivo identificar a percepção de pessoas idosas sobre as vivências e potencialidades de promoção a saúde mental de pessoas idosas participantes de um grupo de convívio na Atenção Primária a Saúde, sob a égide da Teoria da *Life Span* e da Política Nacional da Pessoa Idosa.

Os procedimentos adotados serão uma entrevista semiestruturada – gravada – e a aplicação de instrumentos de coleta de dados, a saber: um formulário socioeconômico, um formulário de avaliação grupal, e um instrumento de avaliação do estado mental – Mini-exame do estado mental. Esta atividade apresenta risco mínimo aos participantes, sendo Os riscos desta vinculados àqueles de natureza psicológica, moral ou espiritual, haja vista que serão abordadas temáticas relacionadas às variáveis da qualidade de vida, ao bem-estar subjetivo e aos enfrentamentos do participante da pesquisa.

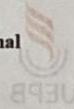
Espera-se, com esta pesquisa ampliar entendimento sobre como os grupos de promoção à saúde/saúde mental influenciam em variáveis subjetivas do participante, compreendendo as variáveis, as potencialidades e as fragilidades envolvidas nesse processo.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba Campina Grande – PB, Telefone (83) 3315-3373, e-mail: cep@setor.uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente). Da mesma forma, Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável KEVIN FONTELLES MORAIS, pelo telefone (83) 99180-5484 / (83) 99415-6711, endereço R. Baraúnas, 351 - Universitário, Campina Grande - PB, 58429-500 e/ou pelo e-mail kevinfontellesuf@gmail.com.

A qualquer momento, o senhor (a) poderá solicitar esclarecimentos sobre o trabalho que esta sendo realizado. Sem qualquer tipo de cobrança e poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores estão aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para contornar qualquer mal-estar que possa surgir em decorrência da pesquisa ou não.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos, contudo, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de sua instituição. Nomes, endereço e outras indicações pessoais não serão publicados em hipótese alguma, os bancos de dados gerados pela pesquisa só serão disponibilizados sem estes dados. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Autorização Institucional



Eu Thyago Xavier de Melo responsável pela UBS Hindemburgo Nunes Figueiredo - Saúde Na Hora declaro que fui informado

dos objetivos e procedimentos da pesquisa e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Declaro também, que não receberemos qualquer pagamento por esta autorização, bem como também os participantes não receberão qualquer tipo de pagamento por sua participação na presente pesquisa.

Conforme Resolução CNS (466/12 e 510/16) pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Campina Grande, 10 de 08 de 2023

Thyago Xavier de Melo
Responsável pela Instituição (nome e carimbo)

Thyago Xavier de Melo
GERENTE-SAÚDE NA HORA

Kevin Fontelles Moraes
Assinatura e carimbo do Pesquisador Responsável
Kevin Fontelles Moraes

Fabiola Araújo Leite de Medeiros
Assinatura e Carimbo da Orientadora
Prof. Dra. Fabiola Araújo Leite de Medeiros



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do Projeto de Pesquisa intitulado: "PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM GRUPO DE CONVÍVIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE" sob a orientação da Profa. Dra. Fabiola de Araújo Leite Medeiros e discente Kevin Fontelles Morais, da Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde, Mestrado em Psicologia da Saúde. A pesquisa será realizada na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Hindemburgo Nunes de Figueiredo, com as pessoas idosas participantes do grupo de promoção à saúde na referida UBS.

Destacamos que é de responsabilidade todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Após a realização apresentar o resultado final ao local do projeto ou a esta diretoria.

Informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP – ao serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma, bem como, agendar com antecedência a visita para execução do mesmo.

Campina Grande, 16 de agosto de 2023.

Maria Núbia de Oliveira
(Coordenação de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde)

Av. Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade – 58.105-420 – Campina Grande-PB.

Telefones: (83) 3315-5126

