

Grupos de convivência e saúde mental da pessoa idosa: um estudo quantitativo

Coexistence groups and mental health of the elderly: a quantitative study

Jamile Acácia Britto Guedes¹ 

Jaddy Kelly Matheus Alves² 

¹Contato para correspondência. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil. jamile-guedes@outlook.com

²Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil.

RESUMO | OBJETIVO: Descrever o perfil clínico e aspectos da saúde mental de pessoas idosas que participam de grupos de convivência. **METODOLOGIA:** Estudo quantitativo realizado com 30 mulheres no Centro Social Urbano, em Salvador. Para a coleta de dados foram aplicados questionários e escalas validadas e realizada análise descritiva. **RESULTADOS:** Observou-se predomínio da cor preta (70%), entre 70 e 79 anos (40%), viúvas (40%), realizam atividade física (90%), fazem acompanhamento médico (97%), não fazem acompanhamento psicológico (90%) e hipertensas (80%). Quanto às escalas de déficit cognitivo, depressão geriátrica e dependência-funcional, apresentam déficit cognitivo leve e/ou moderado (80%), sem depressão (83,3%) e semidependência (76,67%), respectivamente. No contexto social, participam há mais de 20 anos (30%), recebem apoio familiar (60%), possuem grupo de amigos (75%), rede de apoio (85%), capacidade de realizar atividades diárias e de lazer (100%), cuidam da saúde (95%), creem que a sua saúde física não implica a saúde mental (55%), boa saúde mental (65%), prazer em viver as suas vidas (85%), expressam seus sentimentos (55%), não mudariam sua vida (60%) e sentem que viveram e vivem uma boa vida (80%). **CONCLUSÃO:** A participação da pessoa idosa em grupo de convivência contribui para a melhoria da capacidade funcional, relacional e saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Saúde do Idoso. Grupos de Convivência.

ABSTRACT | OBJECTIVE: Describe the clinical profile and mental health aspects of elderly people who participate in social groups. **METHODS:** Quantitative study carried out with 30 women at the Centro Social Urbano, in Salvador. To collect data, validated questionnaires and scales were applied and descriptive analysis was carried out. **RESULTS:** There was a predominance of people self-identified as Black (70%), between 70 and 79 years old (40%), widows (40%), perform physical activity (90%), undergo medical follow-up (97%), do not receive psychological follow-up (90%) and hypertensive (80%). Regarding the cognitive deficit, geriatric depression and functional dependence scales, with mild and/or moderate cognitive deficit (80%), without depression (83.3%) and semi-dependence (76.67%), respectively. In the social context, they have participated for more than 20 years (30%), receive family support (60%), have a group of friends (75%), support network (85%), ability to carry out daily and leisure activities (100%), take care of their health (95%), believe that their physical health does not affect mental health (55%), reported good mental health (65%), pleasure in living their lives (85%), express their feelings (55%), would not change their lives (60%) and feel that they have lived and are living a good life (80%). **CONCLUSION:** The participation of elderly people in a social groups contributes to improving functional capacity, social relationships, and mental health.

KEYWORDS: Mental Health. Elderly Health. Coexistence Groups.

1. Introdução

A população brasileira está vivendo uma contínua e acelerada alteração demográfica. O grupo etário que mais se expande atualmente é o de pessoas idosas, com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano. Há projeções que, em 2030, o número de idosos superará o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos em cerca de 2,28 milhões no país. A estimativa é que em 2050 os idosos representem cerca de 30% da população brasileira¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o envelhecimento saudável como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada”¹. Define também a capacidade funcional a partir das interações dos recursos físicos e mentais do próprio indivíduo (no caso, a sua capacidade intrínseca) e os ambientes (sociais e físicos) em que esse indivíduo está inserido para a realização de atividades consideradas importantes para si e para a sua sobrevivência. Ou seja, a capacidade funcional está atrelada às adaptações, desenvolvimentos e vivências do indivíduo como um todo².

Diversas são as mudanças de vida que ocorrem com o processo de envelhecimento, como as mudanças físicas, fisiológicas e mentais³. A população idosa, grupo cada vez mais expressivo, tem um maior risco para o desenvolvimento de transtornos de humor, como depressão, sendo esse um dos transtornos psiquiátricos mais comuns nessa faixa etária⁴.

As mudanças físicas, cognitivas e psicológicas sugerem que, para que esta pessoa idosa sustente seu equilíbrio, será preciso manter suas atividades cotidianas e também modificar sua rotina para se ajustar às suas capacidades diminuídas, mantendo, assim, a sua autonomia e independência². Entretanto, com as mudanças que ocorrem na dimensão psicológica é necessário atentar para o cuidado com a pessoa idosa, e muitas formas e alternativas devem ser criadas para inserir esses idosos em espaços sociais para uma melhor qualidade de vida, reconhecimento e re-integração na sociedade^{4,5}.

No contexto emocional, o lazer deve ser priorizado e compreendido como uma atividade de significado único para cada indivíduo. Dessa forma, o lazer torna-se cada vez mais necessário e adquire diferentes formatos, principalmente para a pessoa idosa, sendo um

preditor para a manutenção da sua autonomia em comumhão com as suas individualidades⁵.

Atividades de lazer, alinhadas com ações de promoção à saúde, trazem novas alternativas de cuidado e qualidade de vida à pessoa idosa, desarticulando, assim, a exclusividade de um modelo de assistência curativista (centrado na doença)⁶. Para os autores citados, o olhar acolhedor e humanizado, na construção destas ações de saúde, tem potencial de proporcionar novas experiências aliadas aos valores, desejos, anseios e crenças dos idosos.

Outro ponto a se evidenciar com relação à vulnerabilidade da pessoa idosa aos transtornos de humor é a intervenção com práticas de atividades prazerosas (PAP). Essas práticas podem ajudar na prevenção, manutenção ou tratamento das doenças psiquiátricas e, conseqüentemente, melhora do estado de humor⁴.

Os Grupos de Convivência (GC) podem ser considerados uma estratégia fundamental para a reinserção da pessoa idosa na sociedade, bem como o restabelecimento de sua autonomia e independência⁷. Quando se tornam frequentadores, os idosos conseguem adquirir conhecimentos, exercer práticas sociais, nutrir sentimentos e sensações que podem contribuir positivamente na qualidade de vida, além da melhora interpessoal com amigos e familiares expandindo também sua rede de apoio³.

Estudos mostram que grupos de convivência são idealizados, socioculturalmente, como locais de excelência na oferta de lazer. A participação de idosos nesses locais modifica o olhar da população para este público, desmistificando preconceitos e, assim, ampliando e ofertando uma qualidade de vida e re-inserção na sociedade^{4,7,8}.

Ações de promoção à saúde mental, fundamentais para a pessoa idosa, promoverão transformadoras mudanças no humor e estilo de vida destes indivíduos, fazendo-os se sentirem ativos, incluídos e integrados socialmente⁸. Diante do exposto é imprescindível o destaque dado à relação entre os grupos de convivência e a manutenção da saúde mental da pessoa idosa.

A partir disso, este estudo tem como objetivo descrever o perfil clínico e aspectos da saúde mental de pessoas idosas que participam de grupos de convivência em um Centro Social Urbano, localizado em Salvador.

2. Metodologia

Estudo quantitativo descritivo executado no Centro Social Urbano (CSU), localizado na cidade de Salvador-BA, uma instituição pertencente à Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SEADES) do Governo do Estado da Bahia⁹.

A população do estudo foi constituída por 30 mulheres idosas pertencentes ao grupo de convivência (Conviver) que está alocado no CSU do bairro de Narandiba, onde exercem atividades integrativas e sociais frequentemente. O critério de inclusão foi idade acima de 65 anos e tempo de permanência no grupo de, no mínimo, 2 anos. Foram excluídas as pessoas idosas que possuíam dificuldade de comunicação ou que não preencheram os protocolos de pesquisa completamente. Os 2 integrantes do grupo, do sexo masculino, recusaram participar da pesquisa.

Foi assegurado o anonimato dos participantes da pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Dessa forma, os participantes receberam um código de identificação, como ID1 (Participante 1), ID2 (Participante 2) e assim sucessivamente. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob o número do CAAE 74384323.8.0000.5544 e número do Parecer 6.579.469.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2023 a fevereiro de 2024 por seleção de conveniência da pessoa idosa cadastrada no grupo de convivência do CSU e que compareceu ao local nos dias de coleta, foram realizadas 8 (oito) visitas em dias de encontro do grupo de convivência no referido centro. Foi executada por meio de uma entrevista semiestruturada realizada em local reservado, de forma manual, com duração de cerca de 30 minutos, durante os dias da semana (segunda e quarta-feira) em que a pessoa idosa possuía alguma atividade no local de estudo e/ou disponibilidade. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário dividido em duas partes, uma com perguntas fechadas e a outra com perguntas abertas e instrumentos validados, sendo eles o Mini exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica e Escala de Lawton.

A primeira parte do questionário constava de perguntas fechadas sobre sociodemográficos (cor, naturalidade, idade, estado civil, filhos, grau de instrução, situação empregatícia, faixa salarial, dependentes, religião e condições de moradia), estilo de vida (alimentação, atividade física, tabagismo e etilismo) e perfil clínico e cuidados com a saúde (acompanhamento médico, uso de medicamentos, vacinas, terapia psicológica e comorbidades mais frequentes).

A segunda parte do questionário que avaliou a participação da pessoa idosa no grupo no contexto social era composta de perguntas abertas e só foi aplicada em um segundo momento, posterior à aplicação das escalas. Durante esta parte das entrevistas as respostas eram gravadas com o consentimento delas, sendo que somente 20 participantes se dispuseram a responder as perguntas. No seu conteúdo constava as seguintes perguntas: 1) Há quanto tempo participa do Grupo Conviver? 2) Recebe algum apoio familiar para participar do grupo de convivência? 3) Possui um grupo de amigos próximos? 4) Acredita que tem uma rede de apoio com quem pode contar? 5) Se sente capaz de realizar suas atividades diárias e de lazer? 6) Você gosta de cuidar da sua saúde? 7) Considera que sua saúde física implica na sua saúde mental? 8) Sente que tem uma boa saúde mental? 9) Sente prazer em viver a sua vida atualmente? 10) Você expressa seus sentimentos com frequência? 11) O que você mudaria na sua vida hoje? 12) Gostaria de realizar algo que acredita que pode mudar a sua vida no momento? e 13) Sente que viveu e vive uma boa vida?

As escalas de avaliação cognitiva e qualidade de vida foram: Mini exame do estado mental — MEEM para avaliar a função cognitiva, memória recente, orientação de tempo e espaço, atenção, cálculo e linguagem. O MEEM tem score total de trinta pontos que inclui avaliação de orientação, memória, atenção, nomeação, linguagem e compreensão. Os scores mais altos indicam melhor desempenho cognitivo e os pontos de corte são de acordo com a escolaridade da pessoa entrevistada¹⁰.

A Escala de Depressão Geriátrica — GDS/EDG para rastrear existência ou nível de depressão em idosos, apresenta score entre zero e quinze pontos, sendo de zero a cinco considerado sem depressão, seis a dez depressão leve e onze a quinze pontos depressão severa¹¹.

A Escala de Lawton ou Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária — AIVD para avaliar sete tipos de atividades cotidianas e a independência funcional da pessoa idosa ao executá-las. Esta escala avalia sete atividades instrumentais diárias e as pontuações de cada item variam entre um e três, na qual há três alternativas e cada uma possui uma pontuação. A pontuação três significa condição de independência; dois sugere semidependência, indicando que a pessoa idosa necessita de ajuda em determinadas atividades e a pontuação um para total dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária. Ao final do teste, os pontos de cada item são somados; a pontuação máxima é vinte e um, que indica total independência, e a pontuação mínima sete, que demonstra que há total dependência do avaliado¹¹.

Os dados coletados foram agrupados e analisados em planilha do programa Excel para Windows por meio de estatística descritiva, com uso de frequências absolutas (*n*) e relativas (%).

3. Resultados

A população do estudo foi constituída por 30 mulheres. Na tabela 1 é possível visualizar o perfil sociodemográfico composto, em sua maioria, por pessoas idosas de cor preta (70%) e provenientes do interior da Bahia (60%), faixa etária de 70 a 79 anos (40%), viúvas (40%), com filhos (93%), de religião católica (77%), com ensino fundamental incompleto (46,7%), aposentadas (83,3%), com faixa salarial de 1 a 2 salários mínimos (87%), sem dependentes (70%), que residem com familiares (63%) e em moradia própria (87%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das participantes do estudo. Salvador, Bahia, Brasil, 2024. (*n* = 30) (continua)

Variáveis	N	%
Cor		
Preta	21	70
Parda	9	30
Naturalidade		
Salvador	11	37
Interior da Bahia	18	60
Interior de outro estado	1	3
Idade		
65 a 69 anos	7	23
70 a 79 anos	12	40
80 a 89 anos	8	27
90 a 99 anos	3	10
Estado Civil		
Solteira	6	20
Casada	5	17
Viúva	12	40
Divorciada	6	20
União Estável	1	3
Filhos		
Sim	28	93
Não	2	7
Grau de Instrução		
Analfabeta	4	13,3
Fundamental incompleto	14	46,7
Fundamental completo	3	10
Ensino médio incompleto	1	3
Ensino médio completo	7	23,3
Ensino superior completo	1	3

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das participantes do estudo. Salvador, Bahia, Brasil, 2024. (n = 30) (conclusão)

Variáveis	N	%
Situação Empregatícia		
Aposentada	25	83,3
Pensionista	4	13,3
Desempregada	1	3,3
Faixa Salarial		
Menos de 1 salário-mínimo	2	7
1 a 2 salários-mínimos	26	87
3 a 4 salários-mínimos	1	3
Mais de 4 salários-mínimos	1	3
Dependentes		
Nenhum	21	70
1 a 2	9	30
Religião		
Católica	23	77
Evangélica	4	13
Candomblecista	1	3
Outras	2	7
Condição de moradia		
Mora sozinha	11	37
Mora com alguém da família	19	63
Moradia		
Própria	26	87
Alugada	4	13

Fonte: os autores (2024).

A tabela 2 descreve o estilo de vida e o perfil clínico das entrevistadas. Observa-se que 16 (53%) consideram sua alimentação como suficiente, mas poderia ser mais saudável, 27 (90%) realizam atividade física, 27 (90%) nunca foram tabagistas, 20 (67%) não são etilistas, 29 (97%) relataram fazer acompanhamento médico, 20 (66%) informaram que realizam uso de um a quatro medicamentos por dia, 27 (90%) estão com as vacinas atualizadas e 27 (90%) não fazem acompanhamento psicológico/terapia. Com relação às comorbidades, a maior prevalência é de hipertensão arterial sistêmica (n = 24, 80%).

Tabela 2. Estilo de vida e perfil clínico das participantes do estudo. Salvador, Bahia, Brasil 2024. (n = 30) (continua)

Variáveis	n	%
Alimentação		
Insuficiente	2	7
Suficiente, mas poderia ser mais saudável	16	53
Suficiente e saudável	12	40
Atividade Física		
Sim	27	90
Não	3	10
Fumante		
Não	27	90
Ex-tabagista	3	10
Etilista		
Sim	10	33
Não	20	67

Tabela 2. Estilo de vida e perfil clínico das participantes do estudo. Salvador, Bahia, Brasil 2024. (n = 30) (conclusão)

Variáveis	n	%
Acompanhamento médico		
Sim	29	97
Não	1	3
Número de medicamentos por dia		
1 a 4	20	66
5 ou mais	10	34
Vacinas		
Atualizadas	27	90
Desatualizadas	3	10
Faz acompanhamento psicológico		
Sim	3	10
Não	27	90
Comorbidades e eventos patológicos		
Hipertensão	24	80
Dislipidemia	16	53
Diabetes Mellitus	13	43
Osteoporose	8	27
Infarto	4	13

Fonte: dos autores (2024).

Na tabela 3 estão descritos os dados relacionados ao déficit cognitivo, indício de depressão e nível de dependência, através das pontuações das Escalas de Mini exame do Estado Mental (MEEM), Depressão Geriátrica e de Lawton, respectivamente. Quanto ao déficit cognitivo, verifica-se que 6 (20%) pessoas idosas não possuem nenhum déficit cognitivo, 12 (40%) déficit cognitivo leve e 12 (40%) déficit cognitivo moderado. No que se refere a pontuações da Escala de Depressão Geriátrica, houve predominância de pessoas idosas sem depressão 25 (83,3%). Com relação à pontuação da Escala de Lawton, a maioria 23 (76,67%) relatou semidependência (score de 8 a 20) e nenhuma pessoa idosa avaliada atingiu o score mínimo de sete que indica total dependência na realização das suas atividades de vida diária.

Tabela 3. Distribuição das participantes de acordo déficit cognitivo, indício de depressão e nível de dependência. Salvador, Bahia, Brasil, 2024. (n = 30)

Variáveis	n	%
Déficit cognitivo de acordo com o MEEM		
Sem déficit cognitivo	6	20,0
Déficit cognitivo leve (DCL)	12	40,0
Déficit cognitivo moderado (DCM)	12	40,0
Déficit cognitivo grave (DCG)	0	0,0
Pontuações da Escala de Depressão Geriátrica (GDS)		
Sem depressão (score de 0 a 5)	25	83,3
Indício de depressão leve (score de 6 a 10)	5	16,7
Indício de depressão severa (score 11 a 15)	0	0,0
Pontuações da Escala de Lawton		
Total dependência (score de 7)	0	0,0
Semidependência (score de 8 a 20)	23	76,7
Independência (score de 21)	7	23,3

Fonte: os autores (2024).

A tabela 4 descreve os dados referentes ao questionário sobre a participação da pessoa idosa em um grupo no contexto social. Constatou-se que 6 (30%) entrevistadas participam do grupo há mais de 20 anos, 12 (60%) recebem apoio familiar para participar do grupo, 15 (75%) possuem um grupo de amigos próximo, 17 (85%) tem uma rede de apoio, 20 (100%) sentem-se capazes de realizar suas atividades diárias e de lazer, 19 (95%) gostam de cuidar da própria saúde, 11 (55%) creem que a sua saúde física não implica na sua saúde mental, 13 (65%) sentem que têm uma boa saúde mental, 17 (85%) sentem prazer em viver as suas vidas atualmente, 11 (55%) expressam seus sentimentos com frequência, 12 (60%) não mudariam nada em sua vida atualmente e 16 (80%) sentem que viveram e vivem uma boa vida.

Tabela 4. Participação da pessoa idosa no grupo no contexto social. Salvador, Bahia, Brasil, 2024. (n = 20)

Variáveis	n	%
Há quanto tempo participa do Grupo Conviver?		
Menos de 10 anos	7	35
10 a 20 anos	7	35
Mais de 20 anos	6	30
Recebe algum apoio familiar para participar do grupo de convivência?		
Sim	12	60
Não	8	40
Possui um grupo de amigos próximos?		
Sim	15	75
Não	5	25
Acredita que tem uma rede de apoio com quem pode contar?		
Sim	17	85
Não	3	15
Se sente capaz de realizar suas atividades diárias e de lazer?		
Sim	20	100
Não	0	0,0
Você gosta de cuidar da sua saúde?		
Sim	19	95
Não	1	5
Considera que sua saúde física implica a sua saúde mental?		
Sim	11	55
Não	9	45
Sente que tem uma boa saúde mental?		
Sim	13	65
Não	7	35
Sente prazer em viver a sua vida atualmente?		
Sim	17	85
Não	3	15
Você expressa seus sentimentos com frequência?		
Sim	11	55
Não	9	45
Você mudaria alguma coisa na sua vida hoje?		
Sim	8	40
Não	12	60
Gostaria de realizar algo que acredita que pode mudar a sua vida no momento?		
Sim	11	55
Não	9	45
Sente que viveu e vive uma boa vida?		
Sim	16	80
Não	4	20

Fonte: os autores (2024).

4. Discussão

Diante da caracterização dos resultados obtidos, há uma considerável prevalência da participação de mulheres idosas pretas e do interior da Bahia no grupo de convivência. Essa prevalência está alinhada com a literatura^{5,12}, que evidencia que as mulheres compõem esse grupo que busca continuamente o lazer, reinserção social, autocuidado e engajam-se muito mais em atividades comunitárias que o público masculino, que mostrou ser menos presente e envolvido em ações promovidas no centro social urbano, além de não terem demonstrado interesse em participar dessa pesquisa.

Esse cenário reforça, também, o fato de que, devido a essas ações, as mulheres apresentam uma maior expectativa de vida em número de idade⁵, sendo maioria de 70 a 79 anos, viúvas, que cultuam a religião dentro e fora do espaço de estudo, dividem a moradia com familiares e recebem também incentivo e cuidado dos filhos, conforme apresentado no estudo.

As idosas presentes na população do estudo apresentam, em sua maioria, Hipertensão Arterial Sistêmica e Dislipidemia, realizam acompanhamento médico regular e a frequência de participação no grupo realça o quanto se importam com o autocuidado, obtendo no espaço do CSU conhecimento e cuidados essenciais para manutenção da sua condição clínica e mental. O suporte emocional e o acesso a informações atualizadas sobre cuidados com a saúde tornam o processo do envelhecimento muito mais saudável¹³.

Intervenções de socialização são recursos importantes para manutenção da saúde e a PAP são compreendidas positivamente como ferramentas para um envelhecimento saudável⁴. Os resultados obtidos através da aplicação do MEEM convergem assertivamente ressaltando que a participação no grupo de convivência favorece a saúde mental da pessoa idosa. Além disso, o MEEM é fundamental para rastrear alterações cognitivas e condições emocionais da pessoa idosa¹⁰, possibilitando alternativas no processo do cuidar¹¹.

A literatura aponta que mulheres idosas que vivem em casas-lares, apresentam valores de depressão significativamente elevados quando comparadas as mulheres que frequentam assiduamente um grupo de convivência⁵. Associamos este dado ao resultado obtido neste estudo através da aplicação da Escala

de Depressão Geriátrica (GDS), em que cinco pessoas idosas dentre as trinta entrevistas apresentaram início de depressão leve.

O CSU, espaço de acolhimento, orientação e cuidado, é de extrema relevância na manutenção da saúde da comunidade. A busca por este tipo de espaço potencializa o envolvimento da pessoa idosa em grupo de convivência com o intuito de reduzir seus níveis de ansiedade, estresse e depressão, além de possibilitar vivências que contemplem seus desejos, valores e escolhas, afastando o isolamento social e solidão¹⁴.

Avaliar a pontuação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) das pessoas idosas participantes do Grupo Conviver foi significativo para perceber o quanto a participação em um grupo de convivência também promove a autonomia e independência¹¹. A preservação de capacidade funcional, realização de atividades básicas e prazerosas de forma espontânea e até mesmo realizar tarefas mais complexas e determinantes sobre a condição da pessoa idosa são essenciais para fomentar a qualidade de vida¹³. Nenhuma pessoa idosa deste estudo atingiu o score mínimo de valor sete, que indica total dependência na realização das atividades de vida diária.

Estudos evidenciam que as intervenções realizadas nos grupos de convivência fortalecem também o desempenho para as atividades diárias, dentro e fora do ambiente familiar¹⁵. Além disso, poder executar atividades de vida diárias desenvolve a destreza e capacidade de socialização desses indivíduos principalmente fora do grupo de convivência, fazendo com que adquiram segurança e melhor autopercepção da sua saúde, conseguindo assim atentar-se ao seu nível de habilidade com ações do seu cotidiano¹³.

Os relatos obtidos sobre a participação da pessoa idosa no grupo, no contexto social, expressam que o tempo de participação e o incentivo familiar para manter-se no grupo têm grande valor quanto ao reforço e criação de novos vínculos. A presença contínua nesse espaço também influencia na reinserção social, desperta sentimento de pertencimento e identificação com os demais participantes^{14,15}. Corroborando outros estudos, esses locais proporcionam que tenham um novo olhar sobre o processo do envelhecimento e reconheçam que essas atitudes são positivas para uma rotina de vida saudável e que elas implicam diretamente na sua saúde mental^{7,14,15}.

Referente aos respectivos resultados, as entrevistadas se sentem ainda capazes de realizarem todas as suas atividades diárias e de lazer. A frequente ação de ir ao CSU, gera a prática da autonomia e independência mesmo que algumas das participantes precisem de apoio familiar ou comunitário para ir ao espaço. Isso fica explicitado quando as pessoas idosas entrevistadas afirmam, em maioria, que gostam de cuidar da própria saúde, o que converge com a literatura atual, e, que neste espaço, elas têm acesso a conhecimento e, conseqüentemente, desenvolvem cada vez mais o autocuidado, o que é muito favorável para o envelhecimento saudável¹⁴.

Ao explicitarem, em maioria, que consideram que a própria saúde física implica na saúde mental, que creem possuir uma boa saúde mental e expressam ainda os seus sentimentos com muita frequência. É inevitável associar os dados obtidos aos diversos estudos referentes ao processo do envelhecimento e as particularidades da saúde mental da pessoa idosa¹⁵.

As idosas que relataram esquecimento durante a entrevista afirmam, também, o prazer em viver a vida mesmo com as dificuldades das comorbidades que as atingem, corroborando estudos que trazem as novas experiências conectadas à expressão de diversos sentimentos positivos e afastam-nas do isolamento social, tristeza, vulnerabilidade a transtornos psíquicos, e as reinserem em ambientes seguros e acolhedores que favorecem a qualidade de vida¹⁶.

É nesse contexto que o grupo de convivência é cada vez mais valorizado por essa população e o CSU torna-se um importante equipamento de saúde para a comunidade, pois tem a função de cuidar e reinserir socialmente a pessoa idosa em diversos espaços¹⁴. O envelhecer, muitas vezes, é associado pela sociedade à perda de capacidades e ao agravamento de doenças¹¹. A participação da pessoa idosa em grupos de convivência ressignifica o processo do envelhecimento daquele indivíduo¹⁴.

Nota-se a partir disso que é indiscutível o quanto é benéfica a convivência em grupo, pois contribui para retardar diversas doenças que acometem a pessoa idosa promove a autopercepção quanto à sua saúde, fazendo com que consiga tratar com mais atenção doenças físicas e mentais como a depressão e o Alzheimer^{11,14,17}.

Ao levar em consideração os resultados encontrados e a interpretação deles, destaca-se que ao elaborar o processo do cuidar da pessoa idosa, a abordagem dos profissionais de saúde da atenção primária e atuantes em centros sociais urbanos deve ser integralizada, focando também na saúde mental desse grupo. Afinal, diversos problemas emocionais e psíquicos implicam problemas físicos, e muitos dos problemas físicos, como as comorbidades que mais acometem as pessoas idosas, impactam a saúde^{17,18}.

Ao desenvolver e implementar estratégias capazes de compreender a pessoa idosa e os contextos nos quais ela está inserida, o profissional de saúde consegue detectar de forma mais rápida e acolhedora situações de crise emocional ou indício de algum transtorno psiquiátrico. Intervenções podem ser elaboradas solicitando ou não auxílio da rede de apoio ou da família e, posteriormente, um encaminhamento adequado pode ser realizado de forma mais assertiva em busca de sanar qualquer sofrimento psíquico e promover assim um envelhecimento saudável^{17,18}.

Por fim, destaca-se que esse estudo apresenta limitações, entre as quais a baixa adesão dos participantes e as respostas dadas podem ter sido influenciadas por vieses, pela temática envolver sentimentos e vivência que pudessem comprometer a saúde da pessoa idosa, mesmo tendo sido garantida e mantida a confidencialidade dos participantes. Contudo, o estudo convida outros pesquisadores a replicarem, permitindo que sejam identificadas estratégias para manutenção da saúde da pessoa idosa inserida em um grupo de convivência.

5. Conclusão

A contínua manutenção de capacidades físicas e mentais promove qualidade de vida e bem-estar no processo do envelhecimento saudável. Assim, é fundamental a compreensão das inúmeras mudanças referentes a esse processo e a viabilização de ações que impactem positivamente a vivência da pessoa idosa. Logo, equipamentos públicos como o CSU (Centro Social Urbano) tornam-se peças importantes no desenvolvimento de abordagens benéficas para a saúde, possibilitando aliar os cuidados clínicos com as mudanças de hábitos e estilo de vida atrelados às interações sociais que são promovidas nesses ambientes.

Destaca-se na pesquisa que a participação em grupos de convivência promove a formação de rede de apoio e afastamento do isolamento social que contribuem positivamente na melhoria da saúde mental, da capacidade funcional e progressão da autonomia e independência das entrevistadas. Ademais, os resultados substanciam que a percepção de saúde e autocuidado da pessoa idosa devem ser dinamizadas devido as particularidades de cada indivíduo.

A partir dos dados obtidos, espera-se que este trabalho possa contribuir com profissionais de saúde no processo do cuidar da pessoa idosa, ao identificar o perfil de participantes de grupos de convivência e suas necessidades, e acrescentar aos órgãos públicos que a manutenção de equipamentos como o CSU é fundamental, pois propicia a melhoria da saúde e da qualidade de vida, além de restabelecer pilares importantes que promovem um envelhecimento saudável.

Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística etc.).

Indexadores

A Revista Enfermagem Contemporânea é indexada no [DOAJ](#) e [EBSCO](#).



Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Boletim temático da Biblioteca do Ministério da Saúde: saúde do idoso. 2a. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Década do Envelhecimento Saudável 2020–2030 [Internet]. 1a. ed. Brasília: OPAS; 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>
3. Mascarello IF, Rangel KB, Baptistini RA. Impacto de grupos de convivência na funcionalidade e qualidade de vida do idoso. Cadernos Camilliani [Internet]. 2021;17(4):2498-2515. Disponível em: <https://www.saocamilo-es.br/revista/index.php/cadernoscamilliani/article/view/467>
4. Casemiro NV, Ferreira HG. Indicadores de saúde mental em idosos frequentadores de grupos de convivência. Rev. SPAGESP [Internet]. 2020;21(2):83-96. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000200007&lng=pt
5. Silva BBF, Silva AA, Melo GF, Chariglione IPFS. Avaliação dos estados de humor e qualidade de vida de idosas em diferentes contextos de vida e a percepção da importância do lazer. Licere. 2019;22(1):24-48. <https://doi.org/10.35699/1981-3171.2019.12310>
6. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. Meneses KF, Aguiar ACSA, Martins LA. Concepção de pessoas idosas sobre grupos de convivência. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online). 2021;13:123-9. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7928>
8. Vaz CT, Almeida NAV, Kelmann RG, Queiroz ACC, Barbosa MCA, Silva CLA. Fatores associados à autopercepção de saúde entre idosos de grupos comunitários. Rev Bras Promoc Saude. 2020;33. <https://doi.org/10.5020/18061230.2020.10328>
9. Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. Epidemiologia básica. (Tradução e revisão científica: Juraci A. Cesar). 2. ed. São Paulo: Grupo GEN; 2010.
10. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. Cien Saude Colet. 2015;20(12):3865–76. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>

11. Freitas EV, Mohallem KL, Gamarski R, Pereira SRM, editores. Manual prático de geriatria. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
12. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
13. Braga C, Galleguillos TGB. Saúde do adulto e do idoso. 1a ed. São Paulo: Érica; 2014.
14. Guerra SS, Aguiar ACSA, Santos ES, Martins LA. Experiências de pessoas idosas que participam de grupos de convivência. Rev Pesqui Cuid Fundam Online. 2021;12:264–9. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8431>
15. Souza AP, Rezende KTA, Marin MJS, Tonhom SFR, Damaceno DG. Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. Cien Saude Colet. 2022;27(5):1741–52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23112021>
16. Previato GF, Nogueira IS, Mincoff RCL, Jaques AE, Carreira L, Baldissera VDA. Grupo de convivência para idosos na atenção primária à saúde: contribuições para o envelhecimento ativo. Rev Pesqui Cuid Fundam Online. 2019;11(1):173–80. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.173-180>
17. Forlenza OV, Loureiro JC, Pais MV. Transtornos mentais no idoso: guia prático. São Paulo: Manole; 2023.
18. Oliveira GC, Schneider JF, Pinho LB, Camatta MW, Nasi C, Guimarães AN, et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: a visão de apoiadores e enfermeiros. Rev Gaucha Enferm. 2020;41(spe):e20190081. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190081>