

PERCEPÇÃO DE IDOSAS SOBRE A VELHICE: UM ESTUDO EM GRUPO DE CONVIVÊNCIA

DANYELLE GONZAGA MONTE DA COSTA

Doutora em Psicologia Social (UFPB), Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Membro do Grupo de Pesquisa Aspectos Psicopedagógicos, Psicológicos e Sociais da Aprendizagem (GPAPPSA/UFPB). danymontec95@gmail.com;

MÔNICA DIAS PALITOT

Doutora em Psicologia Social (UFPB). Professora Associada III do Departamento de Psicopedagogia da Universidade Federal da Paraíba- UFPB, Coordenadora do Grupo de Pesquisa Aspectos Psicopedagógicos, Psicológicos e Sociais da Aprendizagem (GPAPPSA/UFPB). monica.palitot2@academico.ufpb.br

SUELY MARIA ALVES DE SOUZA

Graduação em Fonoaudiologia pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB; Pós-graduanda em Fonoaudiologia no Transtorno do Espectro do Autismo; Membro do Grupo de Pesquisa Aspectos Psicopedagógicos, Psicológicos e Sociais da Aprendizagem (GPAPPSA/UFPB). suelymariads@gmail.com;

FRANCISCO DE ASSIS TOSCANO DE BRITO JUNIOR

Pós-Graduado em Direito Processual Civil (UNIESP), Bacharel em Direito. Procurador do Município de Patos/PB. Membro da Comissão de Advocacia Pública da OAB/PB. Membro da Comissão de Direito Público da OAB-Patos. Membro do Grupo de Pesquisa Aspectos Psicopedagógicos, Psicológicos e Sociais da Aprendizagem (GPAPPSA/UFPB). Atoscano.adv@gmail.com

ORIENTADORA: MÔNICA DIAS PALITOT

RESUMO

O crescimento estatístico da população idosa, evidencia a importância de oferecer políticas públicas que favoreçam as demandas dessa população, bem como propiciar a este grupo espaços e meios para obtenção de uma expectativa e qualidade de vida maior e melhor, nesse sentido os grupos de convivência são essenciais. Este artigo tem por objetivos verificar a compreensão de idosas, participantes de um grupo de convivência do município de João Pessoa, com relação à forma como elas se percebem e como elas entendem que a sociedade percebe a velhice. Participaram 20 mulheres, com idades de 61 a 88 anos. Método: Entrevista Semiestruturada, as respostas foram analisadas através da Análise de Conteúdo de Bardin. Realizou-se análise de conteúdo qualitativa, ao enquadrar as falas do sujeito em categorias e subcategorias. Foram identificadas duas categorias, denominadas: 1) Concepções da aprendizagem na velhice (subdividido em **aspectos físico-orgânicos**; 2) **aspectos psicoafetivos**; 3) **aspectos do comportamento como motivadores ou não da aprendizagem** e 4) **auto-percepção**); 2) Condições Biopsicossociais na Velhice (subdividido em: 1) **Aspectos físicos**; 2) **alterações psicológicas**; 3) **relações sociais** 4) **mudanças de comportamento** e 5) **percepção social acerca do idoso**). Foi possível perceber que os grupos de convivência para a pessoa idosa são agentes positivos no desenvolvimento social, cognitivo e emocional e que inserção de idosos contribuem com o grupo e com a sociedade, demonstrando que os saberes estão presentes nas várias fases da vida não sendo diferente na velhice.

Palavras-chave: Velhice, Grupo de Convivência, Percepções.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população, iniciado nos países desenvolvidos, é hoje considerado um fenômeno mundial e alguns fatores contribuíram para o aumento desta população, dentre esses: a diminuição da mortalidade, os avanços científicos e tecnológicos, a melhoria na qualidade de vida decorrente da alimentação, exercícios físicos, higiene e comportamentos preventivos adequados. Camarano (2004), aborda que o crescimento estatístico da população devido a dois processos principais: o primeiro está relacionado à alta fecundidade no passado, observada nos anos 1950 e 1960, comparada à fecundidade de hoje, enquanto a segunda concerne à redução da mortalidade da população idosa.

Devido ao constante declínio da fecundidade e do aumento da longevidade da população brasileira, o país caminhará rapidamente rumo a um padrão etário cada vez mais envelhecido, o que, presumivelmente, implicará em avaliações permanentes das políticas sociais direcionadas para o atendimento das demandas de um contingente de adultos e idosos que crescerá velozmente (UNFPA, 2006)

Dados divulgados sobre o envelhecimento da população pelo Ministério da Saúde Brasileiro (2018) mostraram que em 2016 o Brasil era quinta maior população idosa do mundo, contudo as previsões do Ministério é que em 2030, o número de pessoas na velhice irá ultrapassar o total de crianças entre zero e 14 anos. Ainda nesta vertente, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) estima que até o ano de 2050 o número de pessoas com idade superior a 60 anos chegará a 2 bilhões o que representará um quinto da população mundial.

Diante desta perspectiva, nota-se a importância de oferecer aos idosos políticas públicas que favoreçam as demandas dessa população, como por exemplo, propiciar aos mesmos espaços e meios para obtenção de uma expectativa e qualidade de vida maior e melhor, respectivamente.

No Tratado de Geriatria e Gerontologia (FREITAS et al, 2013) preceitua que o estado de saúde do idoso perpassa questões biológicas e controle de doenças crônicas, para eles, o foco a melhora na qualidade de vida, portanto os fatores físicos, funcionais, psicológicos e circunstâncias socioeconômicas e ambientais fazem a diferença quanto ao bem estar do idoso/a.

Embora a população idosa esteja aumentando a cada ano, ainda é bastante comum observar que envelhecer é motivo de desconforto e até mesmo um tabu para uma parcela considerável da população, principalmente no Ocidente. A tal ponto que em 1969 o gerontologista Robert Butler criou o termo Ageism (Etarismo), para definir uma forma de intolerância relacionada com a idade. Este termo é ampliado por Paltrow em 1999, para definir o preconceito ou discriminação contra ou a favor de um grupo etário, mas, no Brasil, o conhecimento a respeito deste tema ainda é bastante incipiente.

Com o aumento da expectativa de vida, se torna essencial que as pessoas tenham uma velhice com qualidade, para isto se faz necessário que existam políticas públicas efetivas que garantam o direito a saúde, trabalho, educação, assistência social, habitação, meios de transporte, cultura, esporte e tudo o mais que se faça necessário para uma vida com dignidade, tal como preconiza o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, sancionados em 1994 e 2003, respectivamente (PARADELLA, 2017).

Ademais, a Constituição Federal de 1988 preconiza, em seu artigo 230 e parágrafos, que é dever da família, do Estado e de toda a sociedade assegurar os direitos básicos aos idosos, tais como dignidade, bem-estar, inclusive a com sua efetiva participação na comunidade e à vida, além dos demais direitos esculpidos no texto constitucional, segue:

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.

Neste diapasão, o Legislador ordinário, devendo obediência aos ditames da Constituição Federal, instituiu o Estatuto do Idoso - Lei n 10.741/03 - que regula os direitos daquelas pessoas com 60 (sessenta) anos de idade ou mais. É importante ressaltar que o Estatuto

ampliou a relação de direitos explícitos à pessoa idosa, como se pode observar, por exemplo, nos artigos 02° e 03°, *ex vi*:

Art. 2o O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3o É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2015) demonstra através de relatório mudanças que ocorrem nesta etapa do desenvolvimento humano, são elas:

No nível biológico diz que “[...] o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares [...]” (Idem, 2015, p. 12). E acrescenta que com a perda gradativa de reservas fisiológicas, devido aos danos causados pelo processo de envelhecer, o risco de adquirir outras patologias e o declínio nas habilidades naturais cognitivos, se torna possível. Destaca que mudanças físicas não seguem uma continuidade e efeitos padronizados no sentido geral, elas são vagamente ligadas à idade de um indivíduo em anos (Idem, 2015).

Desta forma através do ‘Relatório Mundial sobre Saúde e Envelhecimento, foram sugeridos a construção de intervenções que impulsionem um Envelhecimento Saudável, e em cada um dos aspectos sugeridos trabalhar a capacidade funcional, no sentido de incluir a construção ou manutenção da mesma ou, os que têm a capacidade funcional comprometida, se deem a chance de realizar atividades para eles/elas mesmos/mesmas.

Segundo Schneider; Irigaray (2008), para se compreender as caracterizações da velhice se faz necessário realizar vinculações entre as áreas cronológica, biológica, psicológica e social, bem como

observar o contexto cultural onde a pessoa idosa está inserida. Na busca de uma maior compreensão desta fase Palácios (2009), define o envelhecimento de três formas que serão abaixo explicadas: primário, secundário e envelhecimento terciário.

- Envelhecimento primário: se relaciona aos processos de deteriorização biológica, geneticamente programados, que acontecem com todas as pessoas, sejam elas saudáveis ou não;
- Envelhecimento secundário: diz respeito aos processos de deteriorização que aumentam com a idade e estão relacionados com fatores que podem ser controlados, tais como: alimentação, atividades físicas, hábitos de vida e as influências ambientais.
- Envelhecimento terciário, que se trata dos declínios generalizados nas funções psicológicas, à medida que o sujeito se aproxima da própria mortalidade. Ainda segundo o autor, há uma diminuição nas capacidades de adaptação humana e com o tempo todas as habilidades cognitivas irão se deteriorando, ocasionando assim uma descompensação na personalidade, o que torna o ser humano mais vulnerável e fragilizado.

Embora já muito se tenha avançado cientificamente na compreensão do envelhecimento humano, ainda existe na sociedade um conceito previamente construído que a velhice está associada a fatores como doença, debilidade, decorrente na maioria das vezes pelas condições sociais e econômicas desfavoráveis e precárias vividas por uma parcela já idosa da sociedade.

De acordo com D'Alencar(2002) o aumento da população idosa irá requerer uma revisão sobre a percepção da própria velhice como processo, das políticas públicas, das questões referentes à aposentadorias, e, sobretudo, de novas atitudes e comportamentos frente à própria vida.

Zimergman (2007) afirma que a idade avançada implica mudanças, adequadas e gradativas, em aspectos psicológicos, físicos e sociais, variando de acordo com as minúcias de cada sujeito e seu estilo de vida. Zimergman (2007) define o velho de maneira interessante:

Velho é aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua historia genética, da sua parte psicológica e

da sua ligação com a sua sociedade. É a mesma pessoa que sempre foi. Se foi um batalhador, vai continuar batalhando, se foi uma pessoa alegre, vai continuar alegrando, se foi uma pessoa insatisfeita, vai continuar insatisfeita, se foi ranzinza, vai continuar ranzinza. (ZIMERGMAN, 2007. p. 20).

Outra possível definição para velhice é que é um processo dinâmico e progressivo iniciado desde a concepção, em que acontecem mudanças estruturais, funcionais, psicológicas e bioquímicas determinantes da diminuição da habilidade adaptativa ao meio, causando maior vulnerabilidade e maior ocorrência de doenças. É natural que o sujeito envelheça organicamente, embora não ocorra em mesma extensão ao psicológico (REZENDE, LIMA E REZENDE, 2009).

Envelhecer não é definido apenas pela cronologia, mas pelo estado físico, mental e de saúde da pessoa, é parte do ciclo da vida e é composto por várias alterações que levam o indivíduo a um progressivo e irregressível abalo orgânico. É também um procedimento influenciado pela hereditariedade, meio ambiente, alimentação, estilo de vida e outros fatores condicionados pela cultura ao qual a pessoa em questão pertence, indicando que envelhecimento é diferenciado e pessoal.

Tal interação assinala para a relação e soma de vários processos que abrangem os aspectos biopsicossociais da pessoa mais velha (MACIEL E GUERRA, 2007; MORI E COELHO, 2004; REZENDE, LIMA E REZENDE, 2009). Compõem os aspectos biopsicossociais aqueles fatores que em interação influem na qualidade de vida dos idosos. Pode-se, a nível didático, agrupar os fatores em três aspectos: físico ou orgânico; psicológico e emocional; e o social, cultural ou contextual (ZIMERGMAN, 2007; MACIEL E GUERRA, 2007).

Diante de uma população cada vez mais envelhecida, ressalta-se a importância de garantir aos idosos não só quantidade, mas também qualidade dos anos a mais que estão sendo vivenciados. É daí que emerge a força do debate acerca do conceito de *qualidade de vida* (SEIDL; ZANNON, 2004).

Vale salientar que a preocupação atual com questões sobre o referido termo surge no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de doenças, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Assim sendo, tal conceito é tratado não só como

sinônimo de saúde, mas também sob uma ótica mais abrangente, na qual a condição de saúde seria um dos aspectos a serem considerados, e não o único ou primordial (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Então, o que seria de fato qualidade de vida? Trata-se, pois, de um termo utilizado tanto no senso comum quanto em contexto de pesquisas científicas (SEIDL; ZANNON, 2004).

Em diversos estudos (NOBRE, 1995; MINAYO, 2000; PEREIRA et al., 2012) aparece como sendo uma noção eminentemente humana, que leva em consideração o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social ou ambiental de qualquer indivíduo, bem como a sua própria estética existencial. Também trata do bem estar, felicidade ou desempenho de suas funções físicas, intelectuais e psíquicas dentro da realidade familiar, do trabalho e dos valores da comunidade à qual pertence, refletindo conhecimentos, experiências e valores pessoais. É, enfim, o que cada um de nós pode considerar como importante para viver bem. Percebe-se, então, que a visão de qualidade de vida vai variar de pessoa para pessoa, sendo também um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária ou de aspirações pessoais do sujeito.

As teorias que tratam de envelhecimento bem-sucedido enxergam o idoso como proativo, capaz de regular a sua qualidade de vida através do estabelecimento de metas e do envolvimento com a manutenção do seu bem estar. Ressaltam que tais atitudes são construídas ao longo dos estágios anteriores do seu desenvolvimento e não apenas na terceira idade (SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003). Sendo assim, percebe-se que a qualidade de vida reflete a subjetividade de cada pessoa, bem como a sua percepção acerca de aspectos como a autorrealização independente de seu estado de saúde físico ou das suas condições sociais e econômicas (PEREIRA; COTTA; FRANCESCHINI; RIBEIRO; SAMPAIO; PRIORE; CECON, 2006).

De acordo com Pereira et al (2006), as teorias que abordam o envelhecimento bem sucedido percebem o sujeito idoso como proativo, capaz de regular a sua qualidade de vida através do estabelecimento de metas e objetivos, e do compromisso com a manutenção do seu bem estar. Afirmam também que estas atitudes são desenvolvidas no decorrer de toda a vida e não apenas na velhice, bem como percebe-se que a qualidade de vida reflete a subjetividade de cada pessoa, bem

como a sua percepção acerca de aspectos como a autorrealização independentemente de seu estado de saúde físico ou das suas condições socioeconômicas.

Faz-se essencial perceber a pessoa idosa como sujeitos cognoscentes, capazes de aprender, e assim como em qualquer outra fase do desenvolvimento humano estará suscetível a possíveis defasagens no processo de aprendizagem, mas também de potencialidades. Desta forma é cada vez mais importante valorizar as experiências de vida do idoso, seu potencial e suas perspectivas de mundo, para que haja a estimulação das suas habilidades.

Várias áreas das ciências tem contribuído para a compreensão do processo de aprendizagem na velhice, as pesquisas nas áreas da saúde tem promovido conhecimentos sobre os processos de saúde/doença e formas de prevenção e tratamento nas suas mais diversas esferas; e a educação também tem assumido um papel essencial quanto a valorização do idoso e sua inclusão na sociedade, pois favorecerá a ampliação da suas relações interpessoais, o que irá interferir positivamente na melhora da sua autoestima e conseqüentemente, melhorar a sua qualidade de vida.

Ratificando este pensamento Ramos (2012) afirma que se não for conhecido o potencial dos que estão envelhecendo e se nada for feito para propiciar o seu constante desenvolvimento intelectual, o futuro será pouco motivador para a geração vindoura, ou seja, não serão vividas as últimas etapas da vida do ser humano.

Diante de tudo isso se torna cada dia mais urgente ressignificar esta fase da vida, pois assim como as demais fases do desenvolvimento humano, a velhice é repleta de possibilidades de crescimento e de aprendizagens. Nesta vertente, a participação das pessoas idosas em grupos de convivência evidencia a importância deste espaço para estimular, tanto na pessoa, quanto na sociedade, na comunidade em que ela vive, mudanças comportamentais diante da situação de preconceito que possivelmente venha a existir nesta relação.

Grupo é definido como uma reunião de duas ou mais pessoas, que tenham impressões recíprocas; criem um conjunto de normas para seu funcionamento; desenvolvam metas e ações coletivas; e encontrem sentido de coesão para que cada um se sinta responsável pelo que constitui o grupo. Faz-se necessário que as pessoas pensem em

si mesmas e sejam percebidas pelos outros, como entidade distinta de todas as outras coletividades, objetivos e interesses comuns, num intercâmbio social, cognitivo e afetivo. (HARTFORT,1983),

No Brasil os grupos de convivência de idosos tem a sua formação na década de 70, quando em São Paulo, o Serviço Social do Comércio (SESC) deu início a um programa para a velhice. Desde então, os grupos de convivência de idosos vem tendo ampliado as suas ações em clubes, paróquias, associações comunitárias, centros de saúde e instituições de ensino superior. Segundo Oliveira;Cabral (2004) Grupos de Convivência (GCs) são percebidos como oportunidades para a socialização de pessoas acima dos 60 anos de idade. Também são conhecidos como: *centros de vivência, clubes ou grupos da terceira idade/de idosos.*

Os grupos de convivência tem tido um papel importante na população idosa, pois estes grupos tem por objetivo desenvolver diversas atividades que irão propiciar o desenvolvimento de um envelhecimento saudável. E, além de terem atividades motoras e cognitivas que promoverão a sua saúde e os manterá ativos, também estimularam as a integração social, e ao interagirem umas com as outras será propiciado o estabelecimento de vínculos sociais e afetivos, em uma fase da vida em que muitos se sentem solitários e excluídos.

De acordo como Ferrari (2002), esses grupos facilitam relações interpessoais, monitoramento de direitos, desempenho de papéis sociais, estratégias para lidar com sofrimentos (físico, psicológico, social), desenvolvimento da criatividade, aprendizagem de novas habilidades (ou retomada de outras) e colaboram na adaptação saudável à velhice.

De acordo com Sousa et al (2003) os idosos buscam a princípio, nesses grupos, melhoria da saúde física e mental. À posteriori, outras necessidades vão surgindo, e as atividades de lazer, como viagens, também ganham espaço, além do desenvolvimento de outras atividades, sempre promovendo atividades ocupacionais e lúdicas.

Encontra-se presente nos grupos de vivência para idosos a percepção e conhecimento que uma boa qualidade de vida está diretamente interligada com a autoestima e ao bem-estar, e esses fatores estão associados à boa saúde física e mental, a hábitos saudáveis, a lazer, à espiritualidade e principalmente à manutenção da capacidade funcional do indivíduo.

Analisando o contexto do envelhecimento populacional no Brasil, principalmente a partir da década de 90, surgiram mobilizações de órgãos governamentais e de segmentos da sociedade civil, que resultaram na Política Nacional do Idoso e, posteriormente, no Estatuto do Idoso.

Como implementação dessas leis encontra-se a estratégia do atendimento por meio de centros de convivência, que consistem em atividades que visam o fortalecimento de atividades associativas, produtivas e de promoção da sociabilidade, contribuindo para a autonomia e a prevenção do isolamento social nas pessoas idosas.

Segundo Toscano; Oliveira (2009), os grupos de convivência oferecem atividades para estimular a melhoria do nível cognitivo, e estas podem ocorrer através de atividades manuais, artesanais, culturais, artísticas e da efetivação de técnicas de animação grupal e da dança. Dessa forma, o grupo oferece à pessoa idosa um aumento importante no suporte social.

Corroborando este pensamento Almeida et al. (2010), afirmam que os grupos de convivência estimulam o indivíduo a adquirir maior autonomia, melhorar sua autoestima, qualidade de vida, senso de humor e promover sua inclusão social. Este fator influencia diretamente na continuidade dos idosos nos programas e proporciona mudanças positivas que em suas vidas.

O presente artigo tem por objetivos verificar a compreensão de idosas, participantes de um grupo de convivência, com relação à forma como elas se percebem e como elas entendem que a sociedade percebe a velhice. Participaram da pesquisa 20 mulheres, com idades variando de 61 a 88 anos, participes de um Grupo de Convivência no município de João Pessoa. Como método foi aplicado uma Entrevista Semiestruturada, em que as respostas foram analisadas através da Análise de Conteúdo de Bardin.

A seguir serão apresentadas a metodologia utilizada, os resultados e discussão dos mesmos.

METODOLOGIA

Local da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada em um Grupo de Convivência de idosas no município de João Pessoa/Paraíba.

Amostra

Participaram da pesquisa 20 idosas do município de João Pessoa entre 61 e 88 anos. A amostra foi escolhida por conveniência e com a condição de que não apresentassem patologias que comprometessem a cognição, tais como: Alzheimer ou demências.

Instrumento

O presente estudo consistiu na aplicação de uma entrevista semiestruturada, contendo 10 questões abordando a auto-percepção da velhice e a percepção social da velhice.

Para interpretação dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin.

Procedimentos

Inicialmente foi realizado o contato com o grupo de convivência e solicitado à coordenação a realização da pesquisa. Após a anuência, entrou-se em contato com as participantes afim de explicar as questões éticas e os procedimentos a serem realizados no presente estudo. As idosas foram informadas sobre a finalidade da pesquisa e sobre a realização da entrevista. A coleta de dados ocorreu após a aprovação pelo Comitê de Ética do CCS/UFPB, N°439.934. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cada entrevista durou em média 20 minutos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil da amostra é de mulheres com idades variando de 61 a 88 anos, todas aposentadas, com escolaridade variando de ensino fundamental a superior (30% ensino fundamental; 55% ensino médio e 15% nível superior). Com relação ao estado civil, 20% nunca casou, 60% casada e 20% viúva. 70% tem de 1 a 4 filhos e 30% não tem filhos.

Na análise dos dados foi realizada a análise de conteúdo qualitativa, ao enquadrar as falas do sujeito em categorias e subcategorias e, em seguida, a análise de conteúdo quantitativa, através do cálculo das freqüências e porcentagens das unidades temáticas em suas respectivas categorias e sub-categorias. Ao ser realizada a análise de conteúdo foram identificadas duas categorias, denominadas: 1) Concepções da aprendizagem na velhice 2) Condições Biopsicossociais na Velhice.

A 1ª categoria nomeada **concepções da aprendizagem na velhice** foi subdividida em quatro subcategorias:

- 1) **aspectos físico-orgânicos**, no qual as respondentes colocaram as suas dificuldades no âmbito fisiológico para terminar o raciocínio, relembrar os fatos e o cansaço proveniente deste esforço (*"até pra pensar tá difícil", "minha memória tá fraca", "a memória não serve mais pra nada", "esqueço rápido das coisas"*);
- 2) **aspectos psicoafetivos**, relacionados as emoções e afetos (*"me sinto triste"; "não tenho muita paciência para fazer as coisas", "me sinto sozinha", "me acho cada dia mais feia", "odeio ficar velha", "a sorte é que tenho minhas amigas aqui pra me ensinar muita coisa" (sic)*);
- 3) **aspectos do comportamento como motivadores ou não da aprendizagem** (*"queria voltar a estudar", "gosto de conversar e acho que seria bom voltar a estudar", "não tenho mais paciência pra isso não", "vixe! Tô velha pra isso", "aqui eu aprendo muito"*) e
- 4) **auto-percepção** (*"na minha idade não aprendo mais nada", "me acho cada dia mais feia", "se não aprendi quando era nova, agora é que não consigo", "seria interessante voltar a estudar, sempre gostei de ir à escola."*).

Já a 2ª categoria denominada **condições biopsicossociais na velhice** foi subdividida em cinco subcategorias:

- 1) **Aspectos físicos** (*"gosto de andar", "me sinto fraca", "tô (sic) ficando esquecida", "durmo pouco, fico cansada", "gosto demais de dançar", "queria ter dinheiro pra viajar", "gosto de andar na praia", "no frio dói tudo", "gosto de costurar, mas a vista(sic) já não deixa", "depois que operei a catarata estou vendo melhor", "estou um pouco surda"*);
- 2) **alterações psicológicas** (*"às vezes me sinto só e triste", "quando minha filha vem me visitar fico feliz", "estar aqui me deixa feliz", "não gosto de ficar só", "quando vou para a igreja me sinto bem", "gosto de ajudar", "fico feliz quando tenho com quem conversar"*);

- 3) **relações sociais** (*"ah!eu danço todo sábado","tenho muitos amigos", "venho para o grupo sempre que posso, me faz bem", "adoro contar piada e rir com minhas amigas", "em casa fico muito só", "queria ver meu filho mais vezes", "tenho minhas amigas aqui e na igreja", "converso em todo canto, até em fila", "esse grupo é maravilhoso"*) e
- 4) **4) mudanças de comportamento** (*"antes eu saia muito, hoje fico mais assistindo tv", "quando eu podia dirigir eu saia mais", "se ficar muito tempo em casa fico triste", "já não posso dançar como antes, mas danço do jeito que dá", "passo um tempo jogando no celular, mas dói os dedos"*), tendo maior prevalência de respostas a relacionada às questões físicas. **percepção social acerca do idoso** (*"os jovens pensam que agente não serve mais pra nada", "os jovens, mas também muito velho, pensa que nós não serve mais pra nada (sic)", "a sociedade não dá atenção aos velhos", "acho que agente ainda tem muito o que viver", "o povo acha que o velho é pra ficar em casa, mas eu gosto de sair, me divertir", "tô paquerando, tem gente que acha que velho não namora(risos)", "aqui é tão bom que nem sinto o tempo"*)

Pode-se perceber através da fala das idosas entrevistadas que é preciso trabalhar principalmente a autoestima e os fatores emocionais para que haja um incentivo, uma motivação para viver e para novas aprendizagens.

Faz-se essencial a ressignificação do ser velho em nossa sociedade e, sobretudo, estimular o autoconhecimento e a autoestima, que por vezes são perdidos ao longo da vida.

Pode-se verificar também, que apesar das limitações muitas vezes existentes na velhice, está presente na fala delas a vontade de viver, de participar da vida em sociedade. Essas limitações advindas do envelhecimento está muito relacionada a história de vida da pessoa, de uma alimentação deficitária, do sedentarismo, ou de questões hereditárias que podem propiciar o surgimento de patologias na velhice. (PAPALIA, 2013)

A presente pesquisa demonstrou a presença de sentimentos e perspectivas positivas relacionadas a aprendizagem e aos grupos de convivência que as idosas fazem parte, onde o mesmo traz

contribuições significativas para fatores como o desenvolvimento e interação social, desenvolvimento cognitivo, ressignificação da velhice, autonomia, autoestima e autoconhecimento.

Ao contrário do que se pensa a velhice não é uma fase estática onde os idosos vivem sedentários e imersos nas inseguranças que o envelhecimento carrega consigo, segundo Palácios (2004), o envelhecimento não é um processo unitário, não acontece de modo simultâneo em todo o organismo nem está associado à existência de uma doença.

Neste sentido, Erbolato (2006), afirma que os grupos de convivência não são somente um local de reunião de pessoas idosas interagindo, mas um sistema diferenciado que promove aprendizagens e mudanças nos participantes. A interação social e o compartilhamento de vivências entre os idosos, possibilitados pelos grupos de convivência, proporciona conhecimentos e compreensão dos aspectos vividos na velhice.

De acordo com Pereira et al (2011), os grupos de convivências existem no Brasil como uma forma de organização social de idosos e estes podem existir em bairros, clubes, associações e igrejas. Há para estes grupos organizados apoio e incentivos do poder público através das secretarias de Assistência Social dos Estados e municípios.

De acordo com artigos disponíveis nas bases de dados Scielo e Lilacs, no que tange ao perfil dos grupos de convivência, estes são na sua maioria, compostos por pessoas do sexo feminino. Segundo Araújo (2003), isso pode estar relacionado com as condutas de comportamento menos agressivas, também ao fato de uma menor exposição a riscos no ambiente e, diante de problemas de saúde, elas ficam mais atentas e procuram os serviços de saúde disponíveis, ou seja, a busca pela prevenção e tratamento são atitudes comuns às mulheres e se mantêm na velhice.

Corroborando com resultados apresentados em artigos publicados no Brasil, entre os anos de 2015 a 2021 sobre grupos de convivência para idosos, observou-se que, assim como os resultados ora presentes, os participantes tinham idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, tendo como maior prevalência o estado civil casado e de raça/cor branca, embora não tenha sido verificado a questão cor/raça na presente pesquisa e do sexo feminino.

Com relação ao nível de escolaridade, a porcentagem dos artigos verificados indica que a maioria concluiu ao menos o ensino médio, o que também está de acordo com os dados da presente amostra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível observar ao longo do presente artigo que o envelhecimento com qualidade requer um estilo de vida saudável ao longo da vida afim de amenizar os efeitos do declínio

cognitivo e de outros processos construídos ao longo do tempo e que podem impactar negativamente os idosos.

A Organização Mundial de Saúde – OMS – (2015) ressalta que um envelhecimento saudável vai além da ausência de doenças, ou seja, recai em mantê-los ativos através de práticas funcionais no dia a dia, para isso é necessário adaptações e investimentos, como também um Sistema de saúde pautado em novos modelos de atenção integrada e direcionado para as necessidades da população idosa.

A partir dos objetivos propostos foi possível perceber que os grupos de convivência para a pessoa idosa é um agente positivo no desenvolvimento social, cognitivo, emocional das mesmas. Observa-se a importância e a necessidade desses grupos para inserção de idosos, trazendo contribuições não só para o grupo, mas também para a sociedade como um todo, demonstrando que os saberes estão presentes nas várias fases da vida não sendo diferente na velhice.

Percebe-se a necessidade de manter o idoso cada vez mais ativo e participante da vida social e familiar, para que possam vivenciar o seu envelhecimento com o mínimo de sofrimento e favorecendo estímulos à qualidade de vida.

A manutenção de um estilo de vida saudável, e a aceitação da velhice como uma fase do desenvolvimento tão boa e natural como as demais são essenciais para a auto-percepção do estar velho/a como algo positivo, como uma fase que pode propiciar aprendizagens e felicidade. Faz-se urgente a construção de uma cultura em que a pessoa velha seja valorizada e inserida, que ela se sinta importante e capaz de contribuir para família e nos círculos sociais que participa.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. A. S.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVA, L. B.; BACHION, M. M.; Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia - GO. **Revista da UFG**. v. 5, n. 2, p. 5, 2003. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/perfil.html>. Acesso em 2 de maio de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2018.

_____. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

CAMARANO, A.A. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro, setembro de 2004.

ERBOLATO, R. M. P. L. Relações Sociais na Velhice. In: FREITAS, E. V. F.; LÍGIA P. Y.; FLÁVIO, A. X. C.; JOHANNES, D.; MILTON, L. G. **Tratado de geriatria e gerontologia**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2006.

FERRARI, M. A. C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In M. P. Netto (Org.), **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada** (pp. 98-105). São Paulo: Atheneu, 2002.

FREITAS, E. V. de. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. **Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos**. Rev Bras Epidemiol; 10(2): 178-8), 2007

MINAYO, M.C. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):7-18, 2000

MORI, M.E.; COELHO, V.L. D.. **Mulheres de Corpo e Alma:** Aspectos Biopsicossociais da Meia-Idade Feminina. Psicologia: Reflexão e Crítica; 17(2), pp.177-187, 2004

NOBRE, M.R.C. **Qualidade de Vida.** São Paulo, Arq Bras Cardiol volume 64, (nº 4), 1995 PALACIOS, C. J.; MARCHESI, A. **Desenvolvimento Psicológico e Educação Psicologia Evolutiva.** v.1, n. 2. Porto Alegre: Artmed, 2004.

OLIVEIRA, M.;CABRAL, B. O lazer nos grupos de convivência para idosos: prática renovada de sociabilidade. In **Anais do 7º Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica & 4º Encontro Latino-Americano de Pós-Graduação** (pp. 1632-1638). São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra, 2015.

PALMORE, E. B. **Ageism:** Negative and positive. Springer Publishing Company, 1999.

PAPALIA, Diane E. ; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento Humano.** Tradução: Carla Filomena Marques Pinto Vercesi et.al. 12ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PARADELLA, R. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencianoticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017> Acesso em:10 de maio de 2022.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. **Qualidade de vida:** abordagens, conceitos e avaliação. Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun, 2012

PEREIRA, R.J.; COTTA, RMM; FRANCESCHINI, S.C.C.; RIBEIRO, R.C.L.; SAMPAIO R.F.; PRIORE, S.E.; CECON, P.R. **Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos.** Rev Psiquiatr RS jan/abr; 28(1):27-38, 2006;

PEREIRA, K.C.R; ALVAREZ, A.M; TRAEBERT, J.L. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. **Rev. Brasileira De Geriatria e Gerontologia**. RIO DE JANEIRO, 2011; 14(1):85-95. ISSN (Versão impressa): 1809-9823

REZENDE, M.C.M.; LIMA, T.J.P.; REZENDE, M.H.V. **AIDS na terceira idade: determinantes biopsicossociais**. Estudos, Goiânia, v. 36, n. 1/2, p. 235-253, jan./fev. 2009

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):580-588, mar- abr, 2004;

Sousa, L.; Galante, H.; Figueiredo, D.. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública** , 37(3), 364-371, 2003.

UNFPA - **Fundo de População das Nações Unidas** – Rio de Janeiro, 2006. Disponível:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_unfpa.pdf . Acesso: 05 de maio de 2022.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: Aspectos Biopsicossociais** – Dados eletrônicos – Porto Alegre: Arned, 2007.