

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

José Iury Ferreira Pires

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM O USO DE MÍDIAS DIGITAIS PARA O BEM-ESTAR
EMOCIONAL DE IDOSOS: PESQUISA-AÇÃO**

**João Pessoa/PB
2023**

JOSÉ IURY FERREIRA PIRES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM O USO DE MÍDIAS DIGITAIS PARA O BEM-ESTAR
EMOCIONAL DE IDOSOS: PESQUISA-AÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração Política, Gestão e Cuidado.

Orientador(a): Dra. Walleri Christini Torelli Reis

**João Pessoa/PB
2023**

**Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

P667e Pires, José Iury Ferreira.

Educação em saúde com o uso de mídias digitais para o bem-estar emocional de idosos : pesquisa-ação / José Iury Ferreira Pires. - João Pessoa, 2023.
123 f. : il.

Orientação: Walleri Christini Torelli Reis.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Educação em saúde. 2. Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC). 3. Saúde mental. 4. Qualidade de vida - Idosos. I. Reis, Walleri Christini Torelli. II. Título.

UFPB/BC

CDU 37:61(043)

JOSÉ IURY FERREIRA PIRES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM O USO DE MÍDIAS DIGITAIS PARA O
BEM-ESTAR EMOCIONAL DE IDOSOS: PESQUISA-AÇÃO**

Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente
 **WALLERI CHRISTINI TORELLI REIS**
Data: 12/09/2023 12:44:02-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Walleri Christini Torelli Reis

Prof. Dra.

Orientadora – UFPB

Documento assinado digitalmente
 **FRANKLIN DELANO SOARES FORTE**
Data: 12/09/2023 13:22:38-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Franklin Delano Soares Forte

Prof. Dr.

Examinador – UFPB



Renata Livia Silva Fonsêca Moreira de Medeiros

Prof. Dra.

Examinador - CUSM

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus pais e familiares, cujo amor, apoio incondicional e desejos incansáveis alcançaram possível esta conquista. Suas palavras encorajadoras me apoiaram nos momentos de dúvida, e sua confiança em mim nunca vacilou. Sem o seu constante incentivo, eu não estaria aqui hoje. Dedico também aos meus amigos, que esperou ao meu lado durante toda a jornada, compartilhando as alegrias e as dificuldades. Sua amizade verdadeira e apoio emocional foram fundamentais para me manter motivado. Agradeço a todos os meus professores e mentores, cuja sabedoria e orientação moldaram meu pensamento crítico e minha paixão pela pesquisa. Finalmente, dedico esta dissertação a todos aqueles que lutam pela expansão do conhecimento e pelo avanço da sociedade. Que este trabalho possa contribuir, de alguma forma para a construção de um futuro melhor.

AGRADECIMENTOS

Expresso toda minha gratidão a todas as pessoas que me ajudaram dando suporte e apoio ao longo desse caminho acadêmico. Agradeço primeiramente a minha orientadora, cuja orientação e dedicação sem medir esforços foram essenciais para o desenvolvimento e conclusão dessa dissertação. Agradeço também aos avaliadores da banca examinadora que dedicaram seu tempo na avaliação deste trabalho. Seu olhar crítico e suas sugestões contribuíram para melhorar a narrativa e a qualidade desse trabalho.

A minha família, os meus mais sinceros agradecimentos por nunca faltar nos momentos difíceis e segurar minha mão para que a caminhada seja abundante. Agradeço ao meu amor, pelo apoio incondicional e compreensão durante todos esses anos de estudo. Por fim, um agradecimento a todos os autores que citei nessa dissertação, seja livro, artigos científicos ou outras fontes. Todos foram fundamentais para embasar e aprimorar meu trabalho com base sólida.

Minha gratidão a todos por todo apoio e ajuda ao longo dessa jornada acadêmica. Que essa dissertação possa contribuir para o avanço científico e inspire outros pesquisadores a se debruçar e explorar novos horizontes.

RESUMO: Esse trabalho tem como objetivo avaliar o impacto da utilização das mídias digitais no processo de educação em saúde e no bem-estar emocional de idosos de uma Estratégia Saúde da Família e do Centro de Referência da Pessoa Idosa da cidade de João Pessoa, Nordeste Brasil. Método: trata-se de uma pesquisa-ação com abordagem quanti-qualitativa ao passo que considerou tanto a subjetividade humana como a utilização de instrumentos psicométricos validados para o rastreamento da ansiedade, utilizando-se o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), depressão com o inventário de saúde do paciente (PHQ-9) e qualidade de vida com o SF-36. A pesquisa foi conduzida por meio de salas virtuais pelo WhatsApp, onde ocorreram encontros semanais com temáticas escolhidas pelos idosos levando informação e educação em saúde para os participantes. Participaram dessa pesquisa 18 idosas de 60 a 80 anos. A seleção foi do tipo não probabilística por conveniência. O processo de educação em saúde foi realizado com aspectos da temática analisada, ocorrendo em oito encontros. Os dados foram coletados por meio da realização de entrevista e questionários a partir de dois roteiros semiestruturados, pré e pós período educativo com o intuito de realizar a análise comparativa dos dois momentos, onde foi utilizada estatística descritiva e inferencial, bem como análise temática de Bardin para avaliação qualitativa. Resultados: Apesar dos idosos não pertencerem a geração dos nativos digitais, eles possuem um certo entendimento do que são as Redes Sociais Digitais (RSD) e sua maioria são ativos nos aplicativos de interação social como o *WhatsApp*, apresentando 44,4% de uso exclusivo nessa plataforma por possuir uma facilidade maior de manuseio e acessibilidade. Observou-se nas intervenções, que a falta do conhecimento diminuiu os cuidados para com a saúde mental. Após a intervenção foi evidenciando melhora estatisticamente significativa na saúde mental, obtendo uma redução de sinais e sintomas de ansiedade, obtendo-se diferenças das medianas de 7,5 na primeira aplicação para 4,0 na segunda aplicação, sendo $p < 0,001$, do mesmo modo houve diminuição de sinais e sintomas de depressão, obtendo na primeira aplicação mediana de 3,5 para 1,5 na segunda aplicação, sendo $p < 0,001$, melhorando o cuidado com a saúde mental e com as práticas saudáveis, resultando na melhora de 5 de 8 domínios investigado pelo instrumento de qualidade de vida, sendo eles: limitação por aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental, onde $p < 0,001$. O processo de educação em saúde através do uso de ferramentas digitais com o auxílio das redes sociais nas intervenções educativas, apresenta potencial para melhorar o conhecimento e estimular o bem-estar emocional na população idosa, evidenciando a importância de utilizar recursos como este nas ações de educação em saúde.

Palavras-Chave: Educação em Saúde. TIC. Saúde mental. Qualidade de vida. Idosos.

ABSTRACT: This work aims to evaluate the impact of the use of digital media on the health education process and on the emotional well-being of older adults from a Family Health Strategy and the Reference Center for the Elderly in the city of João Pessoa, Northeast Brazil. Method: this is an action research with a quantitative-qualitative approach while considering both human subjectivity and the use of validated psychometric instruments for the screening of anxiety, using the Beck Anxiety Inventory (BAI), depression with the Patient Health Inventory (PHQ-9) and quality of life with the SF-36. The research was conducted through virtual rooms by WhatsApp, where weekly meetings took place with themes chosen by the elderly, bringing information and health education to the participants. Eighteen elderly women aged 60 to 80 years participated in this research. The selection was non-probabilistic for convenience. The health education process was carried out with aspects of the theme analyzed, occurring in eight meetings. Data were collected through interviews and questionnaires based on two semi-structured scripts, before and after the educational period, in order to perform a comparative analysis of the two moments, where descriptive and inferential statistics were used, as well as Bardin's thematic analysis for qualitative evaluation. Results: Although the elderly do not belong to the generation of digital natives, they have a certain understanding of what Digital Social Networks (DSN) are and their majority are active in social interaction applications such as WhatsApp, presenting 44.4% of exclusive use on this platform because it has greater ease of handling and accessibility. It was observed in the interventions that the lack of knowledge reduces mental health care. After the intervention, a statistically significant improvement in mental health was evidenced, obtaining a reduction in signs and symptoms of anxiety, obtaining differences from the medians of 7.5 in the first application to 4.0 in the second application, being $p < 0.001$, in the same way there was a decrease in signs and symptoms of depression, obtaining in the first application a median of 3.5 to 1.5 in the second application, being $p < 0.001$, improving mental health care and healthy practices, resulting in the improvement of 5 of 8 domains investigated by the quality of life instrument, namely: limitation by physical aspects, general health status, vitality, social aspects and mental health, where $p < 0.001$. The process of health education through the use of digital tools with the aid of social networks in educational interventions has the potential to improve knowledge and stimulate emotional well-being in the elderly population, highlighting the importance of using resources such as this in health education actions.

Keywords: Health education. ICT. Mental health. Quality of life. Elderly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Etapas desenvolvidas na pesquisa-ação.....	53
Figura 2 – Diagrama da seleção dos participantes até a fase final da pesquisa.....	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis/categorias da entrevista para análise quantitativa.....	54
Quadro 2 – Esquema representativo das etapas da pesquisa-ação.....	57
Quadro 3 – Análise temática das perguntas abertas da entrevista semiestruturada.....	71
Quadro 4 – Análise temática das perguntas abertas da entrevista semiestruturada.....	89
Quadro 5 – Plano de intervenção: Educação em Saúde para Idosos através do <i>Smartphone</i>	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultado da primeira aplicação do BAI e PHQ-9.....	61
Tabela 2 – Resultado da primeira aplicação do (SF-36).....	63
Tabela 3 – Variáveis Sociodemográfica e de Redes Sociais.....	66
Tabela 4 – Dados comparativos dos dois momentos dos instrumentos de Qualidade de vida (SF-36).....	74
Tabela 5 – Dados comparativos dos dois momentos dos instrumentos PHQ- 9 e BAI.....	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCPI Centro de Convivência da Pessoa Idosa

ESF Estratégia Saúde da Família

RSD Redes Sociais Digitais

TDM Tecnologia Digital Móvel

TIC Tecnologia de Informação e Comunicação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	Objetivo geral.....	19
2.2	Objetivos específicos.....	19
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1	A era digital e a tecnologia digital móvel como ferramenta de inclusão para idosos.....	20
3.2	Processo de Envelhecimento.....	24
3.3	Educação em saúde como ferramenta de promoção, qualidade de vida e bem-estar emocional.....	28
3.4	Aspectos multidimensionais relacionados a Ansiedade e depressão em idosos.....	37
3.5	Estratégia Saúde da Família e a Terapia Comunitária.....	42
3.6	Pesquisa-ação como abordagem metodológica	47
4	METODOLOGIA.....	50
4.1	Delineamento do Estudo.....	50
4.2	Cenário da pesquisa.....	52
4.2.1	População e amostra.....	52
4.2.2	Critérios de inclusão e exclusão	52
4.3	Instrumento e procedimento de coleta.....	52
4.3.1	Instrumentos Qualitativo.....	53
4.3.2	Instrumentos Quantitativo.....	54
4.4	Análise dos dados.....	56
4.4.1	Análise Quantitativa.....	56
4.4.2	Análise Qualitativa.....	56
4.5	Consideração ética.....	59
5	RESULTADO E DISCUSSÃO.....	60
5.1	Pré-teste.....	61
5.2	Processo de Educação em Saúde.....	75
5.3	Pós-teste.....	84
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95

REFERÊNCIAS.....	97
APÊNDICE A – PRODUTOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O PERÍODO DO MESTRADO.....	108
ANEXO A – TÍTULO DO DOCUMENTO.....	116

1 INTRODUÇÃO

O início e as concepções da promoção da saúde tiveram sua origem com o advento da educação em saúde, no início do século XX, a partir da observação da alteração dos índices de adoecimento decorrentes de práticas educativas realizadas por “higienistas” da época. Nesse mesmo período o sentido da promoção da saúde era incumbido a ações de educação em saúde, objetivando à melhoria da qualidade de vida (Enria; Stafolani, 2010).

A secretaria de gestão do trabalho e da Educação na Saúde, foi criada e elabora em 2003 buscando articular as práticas de ações em saúde para a comunidade, no ano seguinte em 2004 a política nacional de educação permanente (PNEPS) foi institucionalizada por meio da portaria GM n.198, como estratégia do sistema único de saúde para o desenvolvimento e formação de trabalhadores para o setor saúde (BRASIL, 2004).

A educação em saúde é entendida como um processo educativo de construção de conhecimento que visa à apropriação da temática pela população. Refere-se a um conjunto de práticas que contribuem para o aumento da autonomia individual e coletiva das pessoas e para o debate com os profissionais e os gestores, de modo a alcançar uma atenção à saúde de acordo com as necessidades dos indivíduos e das comunidades, melhorando a qualidade de vida e saúde da população (Falkenberg et al., 2014).

Do mesmo modo, busca-se transformar a realidade das pessoas através do processo de educação em saúde e os idosos são parte desse público. É considerado idoso, segundo os parâmetros adotados pelo Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, 2003) e pela Política Nacional do Idoso (Lei n. 8.842, 1994), a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. No entanto, existem discussões a respeito desse limite mínimo, visando aumentá-lo para 65 anos de idade, justificada pela necessidade de se adequar o estatuto à nova realidade social e demográfica do país (Camarano, 2013).

Considerando que a velhice é hoje a mais longa etapa do desenvolvimento humano, essa fase do desenvolvimento e do ciclo vital deve, ser encarada como uma vitória, mas também como um desafio, por trazer consigo novas demandas sociais, culturais e relacionadas a saúde.

Segundo Doll (2006) alguns idosos acabam vivenciando uma redução nas suas atividades laborais e sociais, por motivos como: o falecimento de parentes e amigos do seu ciclo, a entrada na aposentadoria e viuvez, a saída dos filhos de casa e a independência, desenvolvendo em alguns idosos a síndrome do ninho vazio, ansiedade e depressão.

Para Wasserman (2012) o que influencia a qualidade de vida, bem-estar psíquico e a satisfação com a vida, é a percepção subjetiva da saúde pela própria pessoa idosa, bem como o equilíbrio mantido com seus ciclos e relações sociais satisfatórias.

A internet possibilitou uma gama de informações remota de forma rápida e global, inaugurando uma nova forma de obter informações, interação social, ideias e formas de expressão diversas. Sua evolução possibilitou também a criação das redes sociais digitais (RSD) que podem ser consideradas um movimento da contemporaneidade fazendo parte hoje da rotina e vivência de muitas pessoas (Gasque, 2016).

Os idosos estão cada vez mais ativos no que tange ao uso de ferramentas digitais, voltado para as redes sociais e tecnologia digital móvel. Os profissionais de saúde precisam se adequarem a essas plataformas, para que essas ferramentas seja um auxílio nas intervenções de saúde, visto que ela apresenta potencial para reduzir o isolamento e a solidão sentido por alguns, bem como proporciona maior bem-estar físico, emocional, social, cultural, econômico e espiritual (Miranda; Farias, 2009).

A pesquisa ação é um tipo de pesquisa que trabalha com uma ação, em prol da resolução de um problema. Se configura como uma investigação prática que evidencia seus esforços, buscando análises e reflexões para uma possível solução ou proposição de intervenção ao problema levantado pelo pesquisador e participantes do contexto observado (Thiollent, 2009).

Foi utilizado como embasamento teórico as reflexões de Goulart (2007) relatando a importância da inclusão digital na terceira idade, Skura et al, (2013) apontando a longevidade da pessoa idosa, Franco e Souza (2015) trazendo a importância da inclusão e do acesso à informação na terceira idade, Junior e Russo (2015) versando sobre a inclusão digital e envelhecimento digno, Marioto e Basile (2020) apontando as tecnologias digitais como forma educativa para os idosos.

Bem como, Freire (2007) sobre suas reflexões acerca da pedagogia e autonomia, Marchi, Rossetti e Cotonhoto (2020) Idosos e Redes Sociais Digitais, bem como Brasil (2003) que dispõem sobre o Estatuto do Idoso e a Lei nº 8.842/1994 que dispõem sobre a Política Nacional do Idoso, entre outros. Falkenberg., et al (2014) sobre o processo de educação em saúde e Thiollent (2009) com a perspectiva metodológica da pesquisa-ação.

Nos últimos anos a população tem chegado a terceira idade com mais autonomia, saúde e capacidade para gerenciar atividades domiciliares e extradomiciliares, bem como tem aumentado o uso das mídias digitais, o que tem proporcionado maior utilização da internet, aplicativos e redes sociais (Domènech- Abella et al., 2019).

Estudos salientam o aumento da participação dos idosos em âmbito virtual, sendo um público ativo com diversos interesses, dentre eles socialização e ampliação de conhecimento, estando cientes do impacto das mídias sociais não apenas como uma ferramenta útil no bem-estar, mas também proveitosa na disseminação de conhecimento (KHALAILA et al., 2018). O uso da ferramenta digital no processo de educação em saúde com vista a promoção direcionado aos idosos, possibilita um maior bem-estar emocional e melhora na qualidade de vida?

Desse modo, esta pesquisa tem como hipótese que o uso de ferramentas digitais no processo de educação em saúde possibilita um maior bem-estar emocional e ajuda na melhora da qualidade de vida dos Idosos.

Este trabalho se justifica, pois diante de vivências na graduação, período de estágio e hoje nos atendimentos clínicos com idoso, é notório o quanto essa fase da vida é vista com didadismo e desvalorização, reforçando nas pessoas idosas ou os que estão próximo a terceira idade um sentimento de vazio e não aceitação da idade por alguns.

Para Mello e Amorim (2022) o ageísmo (e seus sinónimos: idadeísmo, etarismo, preconceito etário) refere-se aos estereótipos, aos preconceitos e à rejeição (ações injustas) direcionados às pessoas com base em sua idade. Em relação às suas manifestações, o ageísmo pode assumir formas institucionais, interpessoais ou autodirigidas.

A dimensão institucional envolve leis, regras, normas sociais, estruturas e políticas institucionais que restringem oportunidades com base na idade. A dimensão

interpessoal ocorre nas sensações sociais entre duas ou mais pessoas, enquanto a dimensão autodirigida ocorre quando um indivíduo internaliza o ageísmo e direciona contra si mesmo (Mello; Amorim, 2022).

Hoje, os idosos buscam se apropriar cada vez mais dos moldes que os ligam a sociedade como é o caso das tecnologias digital móvel e as redes sociais digitais como forma de se sentirem pertencentes e ativos na sociedade e estarem mais informados quanto a mecanismos que proporcionam saúde física e emocional.

Os profissionais de saúde acabam excluindo os idosos de intervenções por meio das ferramentas digitais e isso precisa mudar. A educação em saúde é um mecanismo que facilita a compreensão e a aquisição de novos conhecimentos. É um processo que envolve relações entre profissionais da saúde e a população, que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados individual e coletivo, como é o caso dos idosos, o que no período pandêmico da COVID-19 muitos ficaram sem apoio e suporte até mesmo afastando-se das unidades de saúde.

Diante do exposto e da pouca produção científica voltada para esse tema, a pesquisase faz necessária buscando compreender como o processo de educação em saúde influencia o bem-estar emocional e a qualidade de vida dos idosos, bem como rastrear se possuem sintomas descritivos de ansiedade e depressão, usando para isso as mídias digitais.

Partido do pressuposto que a educação em saúde promove saúde, autonomia, interação social, informação, e desenvolve maior bem-estar emocional, a Psicologia enquanto ciência e profissão, e a saúde coletiva, deve exercer e contribuir enquanto responsabilidade social, importante papel no combate à invisibilidade dos idosos.

Sobretudo se considerarmos que eles têm se tornado uma população cada vez maior e mais longeva, necessitando cada vez mais de políticas públicas voltada para garantir seus direitos e afirmação na sociedade, bem como, implementar novas leis que garantam a esse público a inclusão digital enquanto direito a saúde, a informação, a autonomia e a interação na sociedade através das redes sociais digitais e do processo de educação em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o impacto das mídias digitais no processo de educação em saúde com foco no bem-estar emocional de Idosos.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Compreender a percepção dos idosos referente a utilização das Tecnologia Digital Móvel (TDM) e das Redes Sociais Digitais (RSD) como ferramentas de acesso à informação, autonomia e bem-estar emocional.

2.2.2 Analisar sinais e sintomas de depressão e ansiedade através de escalas psicométricas, antes e depois do processo de educação em saúde.

2.2.3 Avaliar a qualidade de vida desses idosos antes e depois do processo de educação em saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A era digital e a tecnologia digital móvel como ferramenta de inclusão para idosos

Segundo Miranda e Farias (2009) a internet inaugurou um novo modo de aquisição de informações, pensamento, comunicação social, lazer, possibilidade de expressão, socialização e entretenimento. O termo rede social existe há muito tempo e refere-se ao estabelecimento de relações sociais entre as pessoas. A Rede Social Digital está relacionada as interações sociais estabelecidas no meio digital, identificáveis a partir das análises das interações (fluxos comunicacionais) entre os atores (Ferreira, 2017).

A era digital é marcada pelo avanço tecnológico e a popularização da internet, trazendo consigo novos hábitos e formas de comunicação. As redes sociais se tornaram um dos principais meios de interação e compartilhamento de informações, interagiram profundamente a maneira como as pessoas se relacionam entre si. Antes da era digital, a comunicação era limitada a meios tradicionais, como telefone e cartas, e o acesso à informação era controlado por poucos veículos de mídia (Chepe; Adamatt, 2015).

A popularização da internet mudou tudo isso, permitindo que qualquer pessoa tenha acesso à informação possa se comunicar com pessoas de todo o mundo. As redes sociais tornaram-se como um novo canal de interação, permitindo que as pessoas compartilhem suas vidas, interesses e opiniões com amigos, familiares e outras pessoas. Elas também permitem a criação de comunidades online, onde pessoas com interesses semelhantes podem se conectar e discutir assuntos de interesse comum (Castells, 2013).

Quando se afirma que o homem é um ser social, significa dizer que ele vive em constante interação com o meio. A interação é base da vida social. As pessoas são seres formados através de processos interativos sociais, os quais possibilitam a construção das suas relações sociais, afetivas e profissionais, que servem de base para estruturação da vida pessoal. Tais redes caracterizam-se como “*sites* na internet que permitem a criação e o compartilhamento de informações e conteúdos pelas pessoas e para as pessoas, nas quais o consumidor é ao mesmo tempo produtor e consumidor da informação” (Torres, 2012).

No entanto, a popularidade das redes sociais também trouxe consigo novos desafios e questões éticas. A facilidade de acesso à informação tem tornado mais difícil distinguir entre fontes abrigadas e falsas, e as redes sociais também são frequentemente usadas para manter informações falsas e propaganda (Goulart, 2007).

Além disso, a exposição excessiva à vida dos outros nas redes sociais pode levar a comparações pouco saudáveis e de insegurança pessoal. No geral, a era digital e as redes sociais trouxeram profundas transformações na sociedade, possibilitando novas formas de comunicação e acesso à informação, mas também, novos desafios e questões éticas. É importante que as pessoas sejam conscientes dos riscos e utilizem as redes sociais de forma responsável, buscando sempre a verdade e a integridade das informações compartilhadas (Goulart, op cit.).

A tecnologia permite ao indivíduo estar mais integrado em uma comunidade eletrônica, coloca-o em contato com parentes e amigos, num ambiente de troca de informações, aprendendo junto e oferecendo a oportunidade de descoberta das próprias potencialidades. Elas permitem que as pessoas se conectem-se com amigos, familiares e outras pessoas com interesses semelhantes, independentemente da distância geográfica (Franco, 2015).

Além disso, as redes sociais são usadas para fins comerciais, como marketing e vendas, e para fins políticos, como organização de manifestações e campanhas eleitorais. No entanto, também trazem questões éticas e de privacidade. Tais atividades potencializam as expectativas de um futuro com melhor qualidade de vida, pelo sentimento de integração na sociedade (Franco, op cit.).

Nessa linha, Goulart (2007, p. 118) conceitua inclusão digital como sendo “o acesso à informação. Tal acesso ocorre por meio de redes digitais da internet em que a informação passa a ser de domínio público e disponível a todos”.

Uma grande quantidade de informações, uma vez acessadas, possibilita às pessoas adquirir conhecimento sobre os mais diversos assuntos, podendo se transformar em informações que auxiliem na melhoria da qualidade de vida. No caso dos idosos, promove-se a chamada cidadania digital, ou seja, permite a participação efetiva da pessoa num mundo cuja inclusão digital é a melhor forma de integração, interação e efetividade (Goulart, op cit.).

As redes sociais digitais têm se tornado cada vez mais um espaço para a interação, ressocialização e comunicação entre pessoas e tem sido associada cada vez mais de forma positiva por possibilitar qualidade de vida e bem-estar psicológico ou

emocional a quem a ela faz parte como é o caso dos idosos (Gouveia; Matos; Schouten, 2013).

Tendo em vista que o convívio social dos idosos com o tempo é reduzido, as tecnologias e as RSD possibilitam novos relacionamentos e interação com diversas pessoas, formando novos ciclos e alimentando os velhos. Promovendo assim, a manutenção dos laços e afetos, da informação, do convívio e dos sentimentos. O envolvimento emocional é o fator de maior valorização relatada pelos idosos (Gouveia; Matos; Schouten, op cit.).

A comunicação através das RSD possibilita a criação de estímulo para aquisição de novos hábitos, trazendo diversos benefícios para a estimulação física e emocional dos idosos, como a retirada do ócio, do sentimento de incapacidade e de serem pouco produtivos. Tornando-se como espaço de lazer, distração e autonomia, fazendo com que saiam do sedentarismo e sintam como parte integrante do novo estilo da sociedade socio-contemporânea (Dellarmelin; Froemming, 2015).

Segundo Torres (2013) as Redes Sociais Digitais (RSD) e as Tecnologia Digital Móvel (TDM), recebem essa denominação porque são sociais, isto é, livres e abertas para a colaboração e interação dos usuários e, ainda, são mídias na medida em que funcionam como meios de transmissão de conteúdos e informações. Já Lima (2011) descreve as RSD como espaços ou grupos específicos na internet que admitem o compartilhamento de dados e informações de caráter geral ou específico de diversos modos: arquivos, textos, fotos, imagens, vídeos, dentre outros.

Para Felizmino e Barbosa (2018) a tecnologia digital móvel pode ser uma ferramenta valiosa para a inclusão e melhoria da qualidade de vida dos idosos. Ela pode oferecer acesso a informações, comunicação com familiares e amigos, entretenimento e outros recursos que podem ajudar a combater a solidão e manter a saúde mental.

Além disso, a tecnologia móvel pode ser utilizada para ajudar a monitorar a saúde, acompanhar as medicações e agendar consultas médicas. No entanto, é importante garantir que os dispositivos e aplicativos sejam fáceis de usar e acessíveis para os idosos, e fornecer treinamento e suporte para garantir a sua utilização efetiva. Pode haver a formação de grupos motivados por afinidade, bem como de espaços abertos ou fechados para a realização de discussões, debates ou apresentação de vários assuntos (Chepe; Adamatt, 2015).

Atualmente, as RSD representam as plataformas digitais de maior abrangência para a socialização e comunicação das informações no universo virtual. Percebe-se que

a parcela idosa da população está aderindo cada vez mais à internet, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD (IBGE, 2016) mostraram que a sua utilização cresceu entre a população com 60 anos ou mais, representando 12,6% em 2013, 14,9% em 2014 e 17,4% no ano seguinte, resultando num aumento de 38,1% em três anos, sendo a faixa etária que mais cresce no uso das RSD (Marchi; Rossetti; Cotonhoto, 2020).

Segundo Skura et al. (2013, p. 239)

Experiências que relacionam envelhecimento e a inclusão digital vêm se dando, em todos os níveis, inclusive, no ambiente digital. Embora ainda sejam raros, existem programas que oferecem cursos de informática para idosos que costumam ter demanda significativa em instituições não governamentais e nas Universidades Abertas à Terceira Idade. Esse acesso da população idosa ao mundo digital possibilita a manutenção de seus papéis sociais, do exercício de cidadania, a autonomia e a participação ativa em uma sociedade complexa, o que promove a manutenção de uma vida mais ativa.

Ferreira (2017) realizou uma entrevista com 21 idosos e apontou determinantes motivadores para o uso das RSD, tendo a possibilidade de maior e melhor comunicação com familiares, a vontade de sentirem-se pertencentes e incluídos na sociedade, e a economia de dinheiro – dado que, por elas, podem comunicar-se sem um custo adicional aos que já têm com seus telefones ou computadores.

Foi constatado ainda que a rede mais utilizada pelos idosos era o WhatsApp, em função da facilidade de uso; que as mensagens instantâneas representavam os recursos mais populares e, por fim, que o incentivo para a criação de perfil nas RSD veio, sobretudo, de familiares (Marchi; Rossetti; Cotonhoto, 2020).

A internet oferece uma ampla gama de informações sobre condutas de melhorias de saúde, incluindo artigos de revistas médicas, sites de informações de saúde, blogs e fóruns online. Além disso, as mídias sociais também são uma ótima fonte de informações e recursos para a saúde e bem-estar, incluindo grupos de apoio, comunidades online e influenciadores de saúde. Além de ser uma fonte de informações, a internet também é uma ferramenta valiosa para a pesquisa de tratamentos e medicamentos (Nakano et al., 2019).

As pessoas podem facilmente encontrar informações sobre diferentes tratamentos e medicamentos, incluindo seus efeitos colaterais e possivelmente com outros medicamentos. Isso ajuda as pessoas a tomarem decisões sobre práticas que

possam auxiliar na sua saúde. Portanto, essas ferramentas produzem inúmeros benefícios, para a população em geral e, principalmente a idosa, que vem usufruindo das mídias sociais como uma forma de exercício de memória, aumento da autoestima, bem como, para manter seus laços afetivos com família e amigos (Nakano et al., 2019).

3.2 Processo de Envelhecimento

No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (BRASIL, 2006).

Envolve políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida. O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo, tanto isso é verdade que se estima para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2006).

Idoso é considerado todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos (Correia et al., 2020). Devido às modificações quanto a qualidade de vida e rotina diária, a população idosa tem aumentado significativamente no Brasil nos últimos anos, uma vez que, encontra-se mais participativa e envolvida com a vida em sociedade, fator que resulta em uma melhoria do funcionamento mental e físico bem como em um envelhecimento bem-sucedido (Pedone, 2019).

O envelhecimento é um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (Baltes; Smith, 2006).

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir

possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita (Neri; Guariento, 2011).

O processo de envelhecimento é o processo gradual de mudanças biológicas, físicas e psicológicas que ocorrem ao longo do tempo em um ser humano ou em outros organismos vivos. Alguns dos sinais mais comuns do envelhecimento incluem perda de massa muscular, mudanças na pele, diminuição da capacidade cognitiva e física, e aumento do risco de doenças crônicas (BRASIL, 2013).

Embora não seja possível impedir completamente o envelhecimento, é possível adotar estilos de vida saudáveis e fazer escolhas saudáveis que podem ajudar a retardar ou minimizar os efeitos negativos do envelhecimento. Segundo Patrocínio e Pereira (2013) O significado de qualidade de vida estar ligado com outra importante noção, a de envelhecimento saudável, processo e produto que envolve promoção, prevenção e controle de doenças, comportamentos de saúde (alimentação equilibrada, atividade física, sono, evitar fumo e álcool), atividade cognitiva e social, produtividade, participação social e objetivos e metas.

Para a Organização Mundial da Saúde (2005), os três pilares do envelhecimento ativo são: saúde, participação social e proteção social. Ele é influenciado por uma combinação de fatores genéticos e ambientais, incluindo a exposição ao estresse, a nutrição e a atividade física. Durante o envelhecimento, há uma perda gradual de funções corporais, como a força muscular, flexibilidade, visão e audição, além de uma tendência aumentada para doenças crônicas, como diabetes, doenças cardiovasculares e degeneração cognitiva. No entanto, é importante destacar que o envelhecimento é uma parte natural da vida e pode ser influenciado positivamente por estilos de vida saudáveis e atividade física regular (Vecchia et al., 2005).

O envelhecimento é um processo natural e inevitável que afeta a todos nós em diferentes graus. Embora possa ser visto como um fardo por algumas pessoas, é importante lembrar que o envelhecimento traz consigo muitas conquistas e expressões faciais. Ao longo dos anos, adquirimos conhecimento e experiência, e muitas vezes desenvolvemos uma profunda compreensão da vida e do mundo que nos rodeia (Azevedo, 2015).

Com o tempo, nosso corpo passa por muitas mudanças, algumas das quais podem ser desconfortáveis ou limitantes. No entanto, muitas vezes é possível retardar ou minimizar os efeitos do envelhecimento ao seguir estilos de vida saudáveis fazendo escolhas conscientes. Mantendo uma dieta equilibrada e rica em nutrientes, praticando atividade física regularmente e evitando o tabagismo e o consumo excessivo de álcool, podemos ajudar a manter nosso corpo saudável e funcionando ao máximo (BRASIL, 2013).

Além disso, é importante lembrar que o envelhecimento não é apenas uma questão física. É igualmente importante cuidar da saúde mental e emocional, manter relacionamentos saudáveis, cultivar interesses e passatempos, e ter uma atitude positiva em relação à vida. Buscar uma rede de relacionamento com familiares e amigos, se faz necessário para que fortaleça o bem-estar emocional e a comunicação entre as pessoas idosas, que para alguns essa rede fica limitado com o tempo (Azevedo, 2015).

Podemos entender também que o envelhecimento é uma jornada natural que traz consigo desafios e oportunidades. Ao cuidarmos de nós mesmos de maneira equilibrada, podemos envelhecer de forma saudável e positiva, e desfrutar de muitos anos de vida plena e satisfatória.

Segundo BRASIL (2006) o envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (Gontijo, 2005).

A implementação pela OMS (2001) do envelhecimento ativo, envolve mudanças de paradigma que deixa de ter o enfoque baseado apenas em necessidades e que, geralmente, coloca as pessoas idosas como alvos passivos, o qual apenas observa o que está sendo pensado para si e passa a ter uma abordagem que reconhece o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem.

Apoiando-se e buscando atribuir responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos, educacional, saúde e em outros aspectos da vida em comunidade. A termo “ativo” refere-se ao engajamento contínuo nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo em algumas atividades sociais ou de fazer parte da força de trabalho (OMS, 2001).

Esta é a razão pela qual interdependência e solidariedade entre gerações (uma via de mão-dupla, com indivíduos jovens e velhos, onde se dá e se recebe) são princípios relevantes para o envelhecimento ativo. A criança de ontem é o adulto de hoje e o avô ou avó de amanhã. A qualidade de vida que as pessoas terão quando avós depende não só dos riscos e oportunidades que experimentarão durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores irão oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessário (Gontijo, 2005, p. 1).

É preciso propiciar aos idosos mais autonomia entendendo esse fenômeno como a habilidade de continuar tomando suas próprias decisões. Proporcionar aos idosos mais autonomia e independência é uma questão importante e complexa que requer uma abordagem individualizada. Alguns idosos podem precisar de mais ajuda do que outros devido a problemas de saúde ou limitações físicas, enquanto outros podem estar completamente aptos para tomar decisões e cuidar de si mesmos (Ferreira, et al., 2012).

No entanto, é importante notar que autonomia e independência não significam necessariamente deixar os idosos completamente sozinhos. Às vezes, eles podem precisar de ajuda para realizar tarefas diárias, como fazer compras, preparar refeições ou gerenciar medicamentos, e isso não significa que eles não sejam independentes (Ferreira, et al., op cit.).

Além disso, é importante lembrar que a autonomia e a independência dos idosos podem ser aumentadas por meio de tecnologias e adaptações ambientais que permitem que eles realizem tarefas diárias com mais facilidade e segurança. Em resumo, proporcionar aos idosos mais autonomia e independência é uma questão importante, mas é crucial avaliar as necessidades de cada indivíduo e fornecer a assistência necessária para garantir sua segurança e bem-estar (Who, 2005).

É preciso também criar uma cultura de cuidados e assistência a longo prazo, definida pela OMS como “o sistema de atividades empreendidas por cuidadores informais (família, amigos e/ou vizinhos) e/ou profissionais (de serviços sociais e de saúde) a uma pessoa não plenamente capaz de se cuidar, para que esta tenha a melhor qualidade de vida possível, de acordo com suas preferências individuais, com o maior

nível possível de independência, autonomia, participação, satisfação pessoal e dignidade humana” (OMS, 2000).

Adotar um estilo de vida saudável e a participação ativa no cuidado da própria saúde é importante em todos os estágios da vida. Um dos mitos muitas vezes divulgado sobre o envelhecimento é que é tarde demais para se adotar medidas e estilos vida saudável na velhice. Pelo contrário, o envolvimento em atividades físicas adequadas, a busca pela informação, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool, e fazer uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, e assim, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo (OMS, 2001).

Por isso, a OMS salienta que os projetos de envelhecimento ativo para proporcionar melhor qualidade de vida, como os programas e as políticas que promovam a saúde mental e relações sociais dos idosos, são tão necessários como as práticas que melhoram as condições físicas de saúde (Ribeiro; Paúl, 2011).

O envelhecimento ativo também aponta que as pessoas idosas participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Para além disto, que possa propiciar segurança, proteção, e cuidados adequados quando houver necessidade (OMS, 2005). É preciso para que haja um envelhecimento bem-sucedido, que a família e os amigos se façam presente, assim como a participação dos idosos no exercício da cidadania nos diferentes contextos sociais (Ribeiro; Paúl, op cit.).

Por tanto, se faz necessário que cada vez mais seja ampliada a rede de Proteção Social, por meio da contínua oferta de serviços, projetos, programas e ações que proporcione o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, assim como o afastamento de situações de violação de direitos, bem como observar a importância da atuação articulada de diversos atores da administração e da ciência para a garantia de apoio e cuidados aos idosos, com o objetivo de que possam exercer seus direitos de cidadania e de participação social (SÃO PAULO, 2014).

3.3 Educação em saúde como ferramenta de promoção, qualidade de vida e bem-estar emocional

O processo de crescimento populacional traz a necessidade da promoção da qualidade de vida dos idosos, que ocupam cada vez mais espaço na sociedade. Em face à atual transição demográfica, percebe-se a importância de uma assistência à saúde voltada para promoção da saúde e prevenção de agravos, tendo como objetivo central

o envelhecimento ativo e saudável, como também a manutenção da funcionalidade, independência e autonomia dessas pessoas (Silva; Santos; Souza, 2014).

Segundo Falkenberg, (2014, p. 2)

A educação em saúde é entendida como um processo educativo de construção de conhecimentos, que visa à apropriação da temática pela população. Refere-se a um conjunto de práticas que contribuem para o aumento da autonomia individual e coletiva das pessoas e para o debate com profissionais e gestores, de modo a alcançar uma atenção à saúde de acordo com as necessidades dos indivíduos e das comunidades, melhorando a qualidade de vida e saúde da população.

O início e as concepções da promoção da saúde tiveram sua origem com o advento da educação em saúde, no início do século XX, a partir da observação da alteração dos índices de adoecimento decorrentes de práticas educativas realizadas por “higienistas” da época. Nesse mesmo período o sentido da promoção da saúde era incumbido a ações de educação em saúde, objetivando à melhoria da qualidade de vida. Apesar que a educação em saúde possua caráter mais amplo, ela é considerada um dos principais mecanismo para subsidiar a promoção da saúde, auxiliando no desenvolvimento da responsabilidade individual e na prevenção de doenças (Enria; Stafolani, 2010).

A secretaria de gestão e do trabalho e da Educação na Saúde, foi criada e elabora em 2003 buscando articular as práticas de ações em saúde para a comunidade, no ano seguinte em 2004 a política nacional de educação permanente (PNEPS) foi institucionalizada por meio da portaria GM n.198, como estratégia do sistema único de saúde o desenvolvimento e formação de trabalhadores para o setor saúde (BRASIL, 2004).

Os setores de promoção de saúde, como a Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como principal cenário a Estratégia de Saúde da Família (ESF), aparece como locus privilegiado de práticas educativas em saúde, pois o trabalho multiprofissional da equipe favorece e mobiliza esforços para contribuir na manutenção da saúde individual e coletiva, o que pode favorecer a autonomia, e aquisição de conhecimentos (Gautério; Vidal; Barlem, 2013).

A fim de obter melhores condições de vida, com conseqüente redução do número de agravos que poderiam requerer tratamento curativo, a proposta de promoção à

saúde, voltada para educação em saúde, configura-se como ferramenta de intervenção pedagógica bem-sucedida, pois permite a disseminação do conhecimento, construção de novas vertentes e saberes que proporcionam alternativas para o alcance na melhoria da vida das pessoas. Além disso, ela favorece a criação de um espaço de reflexão para que os participantes possam esclarecer suas dúvidas, compartilhar aprendizados e adotar novas medidas de saúde frente aos assuntos abordados (Kim, et al., 2010).

Para Paulo Freire, a educação é compreendida como uma técnica facilitadora da construção coletiva dos saberes. Desse modo, as práticas educativas devem ser elaboradas a partir de relações dialógicas, participativas e afetivas com a proposta de construir um conhecimento crítico em defesa dos direitos humanos. Ressalta-se, ainda, a necessidade de aproximação dos profissionais de saúde com a realidade vivenciada por seu cliente, para que seja possível alcançar resultados positivos durante os processos educativos (Freire, 2007).

Dentro desta perspectiva, é importante agir em prol da população idosa, com vista em discussões a respeito das questões que resultem em possíveis tomadas de decisões e estímulo no desenvolvimento de práticas que assegurem a adesão de um estilo de vida mais saudável. Nessa linha de pensamento, o psicólogo e os demais profissionais de saúde, apresenta-se como uma peça fundamental para o desenvolvimento de práticas educativas que corroborem tanto na saúde individual quanto coletiva, contribuindo para a transformação da realidade (Oliveira, et al., 2015).

A temática em questão aparece em destaque na agenda de prioridades de pesquisa segundo parecer do Ministério da Saúde, para o ano de 2018, uma vez que incentiva a avaliação da implantação de estratégias de educação em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS); o levantamento de metodologias inovadoras, participativas e resolutivas de educação em saúde com pessoas idosas; e a avaliação do impacto das de educação em saúde com pessoas idosas na Atenção Primária (BRASIL, 2018, p. 2).

A ação educativa em saúde é um processo dinâmico que objetiva a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de vida. Destaca-se que nesse processo os indivíduos podem ou não adotarem os novos comportamentos frente aos problemas de saúde. Não basta apenas o seguimento das normas estabelecidas pelos profissionais, e sim, realizar a educação em saúde num processo que estimule o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada (Araújo, et al., 2013).

Segundo Seabra, et al., (2019) o processo de educação em saúde para a população idosa se faz tão necessário, principalmente quando ocorre a troca de saberes científico e popular; com a valorização do saber mútuo, permitindo e dando importância ao diálogo e elevando o poder de compreensão do idoso de si, aprimorando seu autoconhecimento, do outro e do mundo, ampliando a compreensão de realidades diversas.

A educação em saúde para idosos seja a tradicional pautada na exposição de temas pelo profissional ou dialógica permitindo a troca de saberes mútuo entre profissional e participante, é importante para ajudar essa população a manter-se ativa, saudável e independente por mais tempo. Ela pode incluir informações sobre como prevenir doenças, gerenciar condições de saúde existentes, melhorar a qualidade de vida, manter-se fisicamente ativo e como lidar com problemas relacionados ao envelhecimento. Além disso, a educação em saúde também pode ajudar os idosos a compreender melhor o sistema de saúde e como obter o atendimento de que precisam (Alci, 2013).

A educação em saúde na terceira idade é fundamental para garantir uma vida mais saudável e prolongada para os idosos. É nessa fase da vida que ocorrem mudanças significativas no corpo e na saúde, e é preciso que sejam compreendidas e lidadas de forma adequada (Seabra, et al., 2019).

Nesse sentido esse processo deve abordar questões relacionadas aos cuidados com a alimentação, atividade física, controle de doenças crônicas e prevenção de problemas de saúde. Além disso, é importante incluir informações sobre o uso de medicamentos, prevenção de quedas e cuidado com a memória e o sono (Patrocínio; Pereira, 2013).

Um programa de educação em saúde para a terceira idade pode ser oferecido em centros comunitários, clínicas de saúde, academias de ginástica e outros locais onde os idosos frequentam. É importante que a educação seja oferecida de forma clara e acessível, de modo a que os idosos possam compreender e aplicar os conhecimentos adquiridos (Patrocínio; Pereira, op cit.).

Além disso, é fundamental que os idosos tenham acesso a profissionais de saúde capacitados para orientá-los e responder às suas dúvidas. Essa parceria é importante para garantir que os idosos tenham um estilo de vida saudável e evitem problemas de saúde que possam comprometer sua qualidade de vida (Lopes; Saraiva; Imenes, 2010).

A educação em saúde na terceira idade é fundamental para garantir a saúde e o bem-estar dos idosos. Com informações claras e acessíveis, os idosos podem compreender as mudanças em seu corpo e tomar medidas para cuidar de sua saúde e prolongar sua vida (Lopes; Saraiva; Imenes, op cit.).

Com a expectativa de vida aumentando, a população vem crescendo significativamente em todo o mundo, e com isso, torna-se importante garantir que eles tenham acesso a informações seguras e recursos adequados para manter sua saúde, sendo a educação em saúde crucial para prevenir doenças e problemas de saúde, bem como para promover uma vida saudável e ativa (Lopes; Saraiva; Imenes, 2010).

Um dos principais objetivos da educação em saúde para idosos é prevenir doenças crônicas, tais como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e derrames. Isso pode ser alcançado através de uma dieta equilibrada, atividade física regular, manutenção do peso corporal e controle do estresse. Além disso, é importante que os idosos sejam informados sobre a importância de realizar exames médicos regularmente e seguir as recomendações de seus médicos para o tratamento de doenças existentes. Outro objetivo importante é a prevenção de quedas e fraturas. Isso inclui a realização de exercícios de fortalecimento muscular e de equilíbrio (Roecker; Nunes; Marcon, 2013).

Com o advento das transformações da sociedade, junto ocorrem novas modificações sociais gerando novas demandas, o que torna o processo de envelhecimento uma temática relevante e que deve ser vista sob diversos prismas (Miranda et al., 2016). A integralidade do cuidado, bem como, a tecnologia digital pode ser uma ótima forma de oferecer informações de qualidade aos idosos, pois ela permite o acesso a uma vasta quantidade de informações de forma rápida e fácil.

Para isso é preciso capacitar para ser capaz de prevenir doenças, além de promover educação em saúde de uma maneira acessível, utilizando as mídias ou aplicativos de saúde, o qual se faz necessário atualmente a busca constante por parte dos profissionais de saúde (Santos et al., 2017). Nos últimos anos, a internet tornou-se uma importante ferramenta nas campanhas de saúde, como um recurso para proporcionar informações a população, como também vem proporcionando interação e lazer a população idosa (Khalaila et al., 2018).

Tendo em vista o crescimento da população e do aumento do uso das redes e aplicativos sociais, vale ressaltar, a importância de o idoso ter acesso a informações seguras, aprendizado, redução da sensação de solidão e conseqüentemente melhoria

na qualidade de vida, o que o processo de educação com uma ferramenta de política pública favorece o bom desenvolvimento do consumo saudável de informações. (Grossi et al., 2020).

A população idosa vem aumentando com o passar do tempo, graças às evoluções científicas que promovem o crescimento da expectativa de vida. Segundo a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), esse fenômeno da expansão da população idosa, traz consigo questões sociais que envolvem a saúde, gerando uma busca maior por investimentos em políticas públicas e soluções eficientes para este assunto (Skura, 2015).

Com o crescente aumento da população idosa no Brasil, devemos começar a ter novos olhares para os idosos e a pensar como melhorar essa fase da vida, mesmo diante de tantos limites que o envelhecimento proporciona para os indivíduos, porém isso não significa que o idoso tenha que se abster de tudo, como continuar a aprender, trabalhar, ter vida sexual e social ativa e lazer (Campos; Neto, 2008).

É quase indissociável pensar no processo de longevidade da pessoa idosa sem abordar a qualidade de vida. Ela é um importante termômetro de impacto em saúde, por isso costuma ser tão utilizada por profissionais de saúde, investigadores, economistas, administradores e políticos. Para os autores não se trata de um conceito novo, mas tem aumentado sua importância por diversas razões (Campos; Neto, op cit.).

No que tange ao envelhecimento, cada dia mais se faz necessário buscar subsídios para envelhecer com qualidade. Podemos entender qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1994).

É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente (OMS, 1994). À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência (Gontijo, 2005).

Segundo Brasil (2003) a qualidade de vida em idosos é influenciada por diversos fatores, incluindo saúde física e mental, relações sociais, nível de atividade física, meios de subsistência, acesso a cuidados de saúde e acompanhamento, entre outros. É importante que sejam tomadas medidas para garantir que os idosos tenham acesso a recursos que possam melhorar sua qualidade de vida e bem-estar. Isso inclui, por

exemplo, a promoção de estilos de vida saudáveis, o acesso a cuidados médicos de qualidade, o envolvimento em atividades sociais e o apoio emocional, sendo uma questão importante, já que a população de idosos está crescendo rapidamente em todo o mundo.

É fundamental garantir que os idosos tenham acesso a recursos e oportunidades que possam melhorar sua saúde e bem-estar. Fatores como a saúde física e mental, as relações sociais, o nível de atividade física, os meios de subsistência, o acesso a cuidados de saúde e acompanhamento e outros podem afetar a qualidade de vida dos idosos. Portanto, é importante que sejam tomadas medidas para garantir que esses fatores sejam otimizados (Liu et al., 2016).

Uma boa saúde física e mental é fundamental para a qualidade de vida dos idosos. Isso inclui ter uma alimentação saudável, praticar exercícios regularmente e ter acesso a cuidados médicos de qualidade. Além disso, é importante que os idosos tenham a oportunidade de participar de atividades sociais e ter um suporte emocional. Isso pode incluir participar de grupos de idosos, visitar amigos e familiares, e participar de atividades comunitárias. O acesso a cuidados de saúde e acompanhamento também é fundamental, além disso, é importante que os idosos tenham acesso a recursos para ajudá-los a lidar com as mudanças físicas e emocionais que ocorrem com a idade (Silva et al., 2019).

A Lei Federal 10.741, publicada em 1º de outubro de 2003, atribuiu consideração e reconhecimento à proteção integral do idoso. O estatuto trouxe em seu bojo disposições específicas de atuação estatal e da sociedade a favor do idoso. Em seu artigo 2º repetiu os princípios maiores já consagrados na Constituição Federal aperfeiçoando o direcionamento aos idosos de direitos fundamentais históricos já adquiridos (BRASIL, 2003).

No Art. 2º dessa mesma lei, salienta que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-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 (BRASIL, 2003).

A Federação Brasileira aponta em seu documento referente à Política Nacional do Idoso, “a concepção da idade início da terceira idade, onde é formada, conforme a

Lei n.º 10.741 de 1º de outubro de 2003, por qualquer indivíduo com idade superior a 60 anos de idade” (BRASIL, op cit.).

Já no que se refere a Organização Mundial da Saúde (OMS) é considera idoso aqueles com idade de 65 anos ou mais residente em países desenvolvidos ou com 60 anos ou mais, se for residente em países subdesenvolvidos Ao verificar as mudanças regionais, políticas, demográficas e orgânicas, compreende-se o termo envelhecimento como um fenômeno que alcança todos os seres humanos, sendo reconhecido como um processo irreversível, dinâmico e progressivo, ligado intimamente a elementos e fatores socioeconômico, psíquicos e biológicos (Mazo, 2001).

Os meios de subsistência também são importantes para a qualidade de vida dos idosos. Isso inclui acesso a pensões, a programas de seguro de saúde e outros recursos financeiros que podem os ajudar a manter sua independência financeira. Além disso, é importante que tenham acesso a serviços de assistência domiciliar, como ajuda com as atividades diárias, cuidados com a saúde e transporte (Brito; Litvoc, 2004).

O aumento da população idosa dá-se, sobretudo, às evoluções científicas que impactam de forma positiva no aumento da expectativa de vida, e pela redução da taxa de natalidade em muitos países (Khalaila et al., 2018). Tal evento, contudo, traz consigo questionamentos acerca da manutenção do bem-estar dessa população que apresenta peculiaridades, principalmente no que tange à preservação de sua saúde e bem-estar, incluindo a necessidade de melhorias na qualidade de vida desses indivíduos para garantir uma velhice saudável e ativa (Liu et al., 2016).

Isso pode incluir acesso a serviços de saúde de qualidade, oportunidades de participação social e econômica ativa, bem como garantia de segurança financeira. Além disso, é importante desenvolver políticas e programas que apoiem a integração da população idosa na sociedade e combata o preconceito e a exclusão (Silva et al., 2019).

A promoção de saúde pode ser considerada sob diversas perspectivas, uma delas, é ressaltada pela Constituição Federal Brasileira de 1988, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecções e enfermidades (Silva et al., op cit.). Dessa forma, incluir a população idosa no ciberespaço mantendo-os atentos ao que ocorre em relação ao seu bem-estar, sendo um forte estímulo para a promoção de sua participação na sociedade, além de configurar como ferramenta de promoção de saúde (Moura, 2017).

Isso pode ser alcançado através de vários métodos, tais como: fornecimento de tecnologia como dispositivos e sites com interfaces simples e fáceis de usar, que

apresentam potencial de ajudar os idosos a se manterem conectados e informados; oferta de recursos online: sites e fóruns dedicados a idosos podem fornecer informações sobre saúde, finanças e outros tópicos relevantes. Como também em promoção de interação social: plataformas de mídia social e comunidades online podem ajudar os idosos a se manterem conectados com suas famílias e amigos, bem como se envolver com outras pessoas que compartilham seus interesses (Castro et al., 2019).

Bem como, informações de saúde personalizadas: portais e aplicativos online podem fornecer aos idosos informações personalizadas sobre sua saúde e bem-estar, incluindo dicas sobre como se manter ativo e saudável. conscientização: Organizar workshops e sessões de treinamento para idosos pode ajudá-los a aprender sobre os benefícios e perigos potenciais da internet e como usá-la com segurança e responsabilidade (Castro et al., 2019).

De acordo com uma pesquisa divulgada recentemente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponto que a população brasileira está vivendo mais, logo tendo uma expectativa de vida aproximadamente de 76 anos (Correia et al., 2020).

Assim, cada vez mais, a população chega a terceira idade com autonomia, saúde e capacidade para gerenciar atividades domiciliares e extradomiciliares, além de maior utilização da internet, aplicativos e redes sociais (Domènech-Abella et al., 2019, p. 4).

No entanto, isso varia de pessoa para pessoa e depende de vários fatores, incluindo estilo de vida, condições de saúde e suporte social. Alguns idosos são capazes de continuar a conduzir suas atividades aprendendo sem dificuldade, enquanto outros podem precisar de ajuda para realizar tarefas simples. É importante destacar que, mesmo entre os idosos saudáveis, a capacidade de gerenciar atividades pode diminuir com o tempo e é importante estar preparado para isso (Castro et al., op cit.).

A boa notícia é que existem muitas opções de suporte disponíveis para ajudar os idosos a manter sua independência e qualidade de vida à medida que envelhecem. Concomitante a melhoria da qualidade de vida do idoso, surgiu o advento da internet e mídias sociais, meios capazes de difundir conhecimento e entretenimento (CASTRO et al., op cit.).

Estudos salientam o aumento da participação dos idosos em âmbito virtual, sendo um público ativo e exigente com diversos interesses, dentre eles socialização e ampliação de conhecimento, estando cientes do impacto das mídias sociais não apenas

como uma ferramenta útil no bem-estar, mas também proveitosa na disseminação de conhecimento (Khalaila et al., 2018).

Portanto, é notável que existem alguns caminhos pelos quais as mídias sociais e a tecnologia podem aumentar e melhorar o bem-estar físico e emocional entre grupos mais velhos, incluindo o gerenciamento de limitações de saúde física - por exemplo, usando um site médico para aprender sobre uma condição de saúde - e envolvimento social, como utilizar o *WhatsApp* por videoconferência para ver parentes distantes (Rook, 2015).

Sendo assim, o uso das mídias sociais para enviar mensagens de texto para amigos ou bate-papo com vídeo, acarreta a proteção para que diminua o sentimento de solidão (SIMS et al., 2017). Ademais, estudos ainda demonstram que pesquisas na internet por informações de saúde estão relacionados a resultados positivos, como um aumento no engajamento de comportamentos saudáveis e manutenção da saúde (Grossi et al., 2020).

Assim, nota-se que não há restrições de idade, raça e nem de cor, uma vez que, essas mídias alcançam um público variado, deixando de ser apenas uma ferramenta de pesquisa e passa a compor diretamente a vida da população (Correia et al., 2020. Apud Leite et al., 2021 p. 9).

A internet e as mídias sociais têm sido cada vez mais utilizadas como uma ferramenta de busca de informações para que possa subsidiar melhores condutas para a saúde da população que vem envelhecendo. As pessoas estão cada vez mais conscientes da importância de cuidar da sua saúde e de melhorar seu bem-estar, e estão buscando informações e recursos online para ajudá-los a fazê-lo (Khalaila et al., 2018).

Nesse sentido, é possível perceber o uso da internet e das mídias sociais como grande aliada que contribuem de forma positiva para a população idosa, aumentando a sua qualidade de vida, socialização digital e fornecendo modos distintos de entretenimento (Khalaila et al., op cit.).

3.4 Aspectos multidimensionais relacionados a Ansiedade e depressão em idosos

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a depressão é o mal do século, e a ansiedade ocorre diante de uma visão catastrófica dos eventos anunciando que algo perigoso e ameaçador pode acontecer. O Ministério da Saúde, na Portaria

nº2874, de 30 de agosto de 2000 instituído pela Lei nº10.741, de 1º de outubro de 2003, regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, incluindo assistência à saúde mental (BRASIL, 2020).

A depressão e ansiedade, doença e transtorno altamente incidente atualmente, é definida por muitos estudiosos como a doença do século, podendo estar presente desde a infância até a velhice, sendo, um distúrbio multifatorial associado a fatores extrínsecos e intrínsecos. Assim, a depressão é caracterizada, principalmente, por tristeza crônica que afeta os aspectos da vida pessoal e social do indivíduo, sendo esse um dos sintomas típicos e clássicos para diagnóstico da doença (Nóbrega et al., 2015).

Uma das doenças psíquica que mais vem atingindo os idosos é a depressão. De acordo com o IBGE (2018), as pessoas idosas representam um aumento significativo com maior proporção de casos na faixa etária de 60 a 64 anos, alcançando (11,1%), entre os 11,2 milhões de brasileiros diagnosticados com a doença e este índice vem aumentando com o passar dos anos.

De acordo com Gerritsen et al., (2011), tal patologia pode trazer inúmeros prejuízos à vida e qualidade de vida do indivíduo. Tendo em vista que a depressão afeta as diversas áreas da vida humana, tanto no físico quanto no psicológico, e, conseqüentemente, no social. O conceito atualmente estabelecido de saúde, no qual o ser humano deve ser visto e tratado como um ser biopsicossocial, deve ser em sua integralidade, pois afirma que a saúde do indivíduo está relacionada com as três esferas: biológica, psicológica e social.

Dessa maneira, é possível afirmar que é necessário possuir o devido equilíbrio entre todas elas para ter uma saúde mental e física em harmonia, sendo os fatores de risco, situações pré-estabelecidas, sejam elas físicas, psicológicas ou sociais, que tornam o ser propício ao adoecimento pelos problemas preexistentes (Martins et al., 2016).

O que gera o adoecimento é a exposição constante aos fatores de risco, assim, uma convivência única com determinado agente considerado nocivo não é suficiente para causar um adoecimento, mesmo que traga alguns danos à saúde. Sendo assim, é necessário que haja recorrentes exposições, dessa forma, a exposição prolongada vai gerando estragos psicológicos, ou seja, um desajustamento psicológico no idoso, de modo que, se não houver uma intervenção rápida e eficaz irá ocasionar no adoecimento e conseqüente aparecimento dos sinais e sintomas característicos da doença (Amaral; Afonso; Verde, 2020).

No entanto, é preciso entender que vivenciar fatores de risco não significa, necessariamente, o desenvolvimento da doença em si, de maneira que não são determinantes, sendo apenas ressalvas que exprime, uma chance maior de desenvolvimento da doença, tanto depressão como ansiedade (Martins et al., op cit.).

A maioria dos idosos experimenta uma significativa alteração em seu cotidiano com o início da aposentadoria, a diminuição dos papéis profissionais, a saída dos filhos de casa e com a partida do conjugue. Muitos apresentam modificações orgânicas como alterações cognitivas e perceptivas, bem como transformações importantes nos relacionamentos sociais. Muitos idosos nessa etapa da vida são acometidos por distúrbios mentais (Martins et al., op cit.).

A pesquisa de Maia, Durante e Ramos (2004) evidenciou a prevalência desses distúrbios em 29,3% dos 327 idosos investigados. Em razão da alta taxa de problemas psiquiátricos ou emocionais em idosos, o número de pessoas que procuram serviços de atendimento em saúde mental cresce a cada ano.

No caso da ansiedade, são frequentes sintomas como insônia, tensão, angústia, irritabilidade, dificuldade de concentração, bem como, sintomas físicos como taquicardia, tontura, cefaleia, dores musculares, formigamento e suor. Para o diagnóstico de transtorno de ansiedade é importante verificar a intensidade dos sintomas e seu impacto na vida do indivíduo (Dalgarrondo, 2000).

Byrne (2002) destaca que são frequentes sintomas de ansiedade em idosos, e na maioria das vezes, a ansiedade vem associada a transtornos depressivos e a doenças físicas. Todavia, há poucas investigações a respeito da prevalência de ansiedade na população acima de 65 anos. A depressão envolve uma série de comprometimentos no funcionamento de uma pessoa.

Os resultados do estudo de Fleck e Cols (2002) mostraram que a presença de sintomatologia depressiva está associada com pior funcionamento social e qualidade de vida, bem como, a uma maior utilização dos recursos de saúde. Os indivíduos com maior intensidade de sintomas depressivos avaliaram sua saúde como pior e estão menos satisfeitos com ela do que aqueles com menor intensidade de sintomas depressivos.

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%. Sendo um dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre as pessoas idosas acarretando no declínio funcional, sendo necessária um diagnóstico precoce para que haja um melhor resultado. Comparando o sexo, as mulheres apresentam maior prevalências de sintomas que os homens, na proporção de

2:1, onde pessoas idosas com alguma doença grave ou institucionalizadas também apresentam prevalências maiores (BRASIL,2006).

É preciso entender que a depressão leve também pode ser um sinal de alerta para o desenvolvimento de uma depressão maior, podendo levar a doença física, aumentar a procura pelos serviços de saúde e maior consumo de medicamentos. É importante que os sintomas depressivos, incluindo a tristeza persistente, sejam tratados adequadamente, independentemente da gravidade (Mello; Teixeira, 2011).

A tristeza é uma emoção normal que faz parte da experiência humana e pode ser desencadeada por eventos estressantes da vida, como perda de emprego, término de relacionamento, perda de um ente querido, entre outros. No entanto, a tristeza geralmente é temporária e diminui com o tempo, enquanto a depressão é um transtorno ocasionado por problemas mais adaptados que pode durar semanas, meses ou anos se não for tratada adequadamente, sendo um dos transtornos mais comum entre os idosos. O tratamento pode incluir psicoterapia e/ou medicamentos antidepressivos, dependendo da gravidade dos sintomas e da avaliação do profissional de saúde (Stella et al, 2002).

Alguns fatores de risco que condicionam as pessoas desenvolverem transtornos mentais como ansiedade e depressão, pode ser visto com o isolamento social, pouca interação com pessoas, dificuldades em manter relações pessoais, problemas de comunicação e conflitos com a família, amigos ou com outras pessoas, tudo isso podem contribuir para o aparecimento de transtornos mentais. As dificuldades sociais e econômicas associada a outros fatores de estresse da vida diária têm igualmente um efeito importante (Farias et al., 2021).

Alguns sintomas da depressão podem variar em cada indivíduo e podem ser ocasionados por várias outras doenças, geralmente, coexistentes ou Co-mórbidas. Sendo assim, alguns dos sintomas são: fadiga matutina, redução da afetividade, irritabilidade, alteração do ciclo sono-vigília, falta de apetite, falta de interesse nas coisas que antes lhe agradavam, queixas acentuadas de anedonia (perda da capacidade de sentir prazer) e de distúrbio cognitivo, distúrbios do comportamento e da conduta, dentre outros (Arrais et al., 2018).

Dessa mesma forma segue para o transtorno de ansiedade onde os sintomas podem variar desde dormência ou formigamento no corpo, tremores involuntários, palpitação, medo de perder o controle, suor frio, dentre outros (ARRAIS et al., 2018).

Idosos mais debilitados ou vulneráveis que residem com seus familiares e se sentem abandonados dentro de um espaço da casa, tendem a desenvolver depressão e ansiedade, uma vez que tem pensamentos negativos alto destrutivos, alimentando pensamentos de estar sendo um incomodo e um peso para a família ou mudando a rotina de alguns familiares (Mello; Teixeira, 2011).

Uma das possíveis causa da depressão em idosos é a percepção negativa de si mesmo, pôr na maioria das vezes não conseguirem fazer as mesmas coisas que antes, terem prejuízos cognitivos e a falta da independência, afetando inclusive seu autocuidado físico e mental. Sente-se excluídos socialmente dos grupos e muitas vezes da família, bem como a utilização de muitos medicamentos de uso contínuo e antidepressivo (Farias et al., 2021).

Não existe um único motivo para o desenvolvimento da depressão, nota-se que pessoas que tem uma melhor qualidade de vida e hábitos saudável está menos propício a desenvolver a doença, principalmente as que mantem uma boa alimentação, dorme bem, possuem um bom convívio social e familiar, aderem a momentos de lazer, que possui equilíbrio em enfrenta situações e que está bem clinicamente (BRASIL, 2020).

As pessoas quando adquirem a depressão, um dos sintomas é o isolamento social e com o idoso não é diferente, no entanto, muitas vezes esse ato é considerado normal pela família por imaginar que estão cansados e que estão buscando descanso, o que nem sempre é esse o real motivo, sendo um sinal da depressão que precisa de cuidado e tratamento (Bee; Mitchell, 1984).

Dalgalarrondo (2000, p.03) afirma que:

No caso da ansiedade, são frequentes sintomas como insônia, tensão, angústia, irritabilidade, dificuldade de concentração, bem como sintomas físicos como taquicardia, tontura, cefaleia, dores musculares, formigamento, suor. Para o diagnóstico de uma síndrome ansiosa é importante verificar a intensidade dos sintomas e seu impacto na vida do indivíduo.

Já no caso da ansiedade ocorre uma preocupação persistente quanto ao futuro e uma distorção cognitiva do tipo catastrófica observando os eventos da vida como ameaçadores. E isso tem forte ligação com as limitações impostas ao longo da terceira idade.

As pessoas com altos níveis de ansiedade apresentam uma tendência de antecipar sua inabilidade e questionar suas habilidades intelectuais. Essas percepções negativas interferem na atenção seletiva, na codificação de informações na memória, bloqueando a compreensão e o raciocínio, o que nessa fase da vida poderia ser a diferença entre uma saúde mental boa ou comprometida (Coes, 1991, p.7).

Os profissionais de saúde precisam estarem atentos aos sinais e sintomas para que possa ser realizado o diagnóstico correto e no tempo certo para que a saúde do idoso possa ser preservada e que sua saúde mental esteja em harmonia.

3.5 Estratégia Saúde da Família e a Terapia Comunitária

A atenção Básica compõe um conjunto de mecanismos que dão consistência as práticas e ao conceito de vigilância em saúde, ponto que provém da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, articulando conhecimentos e técnicas, bem como as bases de promoção, proteção, e assistência, com o objetivo de proporcionar a integralidade do cuidado (Santana; Carmagnani, 2001).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), é um modelo que busca organizar a atenção básica em saúde através dos preceitos do SUS e para sua execução necessitam de diretrizes que apoiem as diferentes atividades a elas relacionadas. A definição de território adstrito, tão cara à sua organização, coloca-se como estratégia central, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, permitindo a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (Monken; Barcellos, 2005).

O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, entretanto, fica o alerta de que apenas a menção da sigla ESF não significa necessariamente mudança de paradigma, em que o modelo de vigilância à saúde, base desta estratégia, esteja apenas no território delimitado e na população adstrita (Schimith; Lima, 2004).

Como você pode observar, a ação na Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (Gondim, 2012).

Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária.

Como você pode observar, o processo pedagógico proposto é dinâmico e contínuo, não se esgotando com a aquisição de informação ou habilidade, uma vez que leva em conta a construção do conhecimento, da consciência crítica-reflexiva e do compromisso pessoal e profissional, exigindo dos trabalhadores, gestores e usuários tomadas de decisão que criem condições para o estabelecimento de mudanças que superem os nós críticos existentes, por meio de experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde com o objetivo de transformar a realidade (BRASIL, 2011).

As responsabilidades de todos os profissionais que compõem uma equipe de saúde da família, em termos organizacionais, consistem em participar do processo de delimitação territorial, identificar situações de risco e pessoas em vulnerabilidade, realizar busca ativa e relatar doenças e problemas de saúde de notificação obrigatória. Além disso, deve-se cadastrar famílias e indivíduos, assegurando a qualidade dos dados coletados e a confiabilidade do diagnóstico de saúde da população local, de forma colaborativa e interdisciplinar. Para tanto, é essencial realizar reuniões sistemáticas, intuitivas coletivamente, para o planejamento e a avaliação das ações (Costa; Carbone, 2009).

Relacionadas a essas questões, outras medidas devem ser integradas com o objetivo de promover cuidados abrangentes, contínuos e bem coordenados à população local. O acolhimento dos indivíduos deve assegurar uma escuta qualificada e orientações eficazes para que o estabelecimento de vínculo, um dos elementos fundamentais da Estratégia Saúde da Família, possa ocorrer de maneira eficaz. É relevante ressaltar que a atenção ao usuário deve ser realizada não somente na Unidade de Saúde, mas também no domicílio e nos locais do território, quando as visitas se tornam essenciais para garantir a continuidade dos cuidados (Gondim; Monken, 2012).

No entanto, é essencial que esse indivíduo, atualmente dependente de assistência, adquira habilidades para administrar sua própria vida e de sua família de maneira independente e saudável em um momento posterior. É necessário intensificar iniciativas encorajadoras que impactem o ciclo saúde-doença, além de encorajar a participação ativa da comunidade, com o objetivo de estabelecer um controle social efetivo (Monken; Barcellos, 2005).

A equipe da Estratégia Saúde da Família é multiprofissional, sendo composta por no mínimo, médico, enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem, e agente comunitário de saúde (ACS). No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social (Costa; Carbone, 2009).

A compreensão do fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e o usuário através das redes sociais e dos aplicativos digitais móveis tem ficado cada vez mais evidente, visto que a modernidade tem inserido a tecnologia digital nos avanços do sistema e das relações humanas e laboral. Os idosos tem se apropriado desses serviços, porém sabemos que essa forma de atendimento ainda é uma realidade pequena principalmente na população idosa que sempre é vista nesse contexto como atrasada e que não acompanha os avanços tecnológicos (Rocha et al., 2017).

O principal desafio no cuidado aos idosos consiste em fornecer-lhes meios para que, mesmo diante das limitações progressivas que possam surgir, eles consigam redescobrir oportunidades para viver suas vidas com o máximo de qualidade possível. Essa capacidade é ampliada à medida que a sociedade leva em consideração o contexto familiar e social, reconhecendo as habilidades e o valor dos idosos. Portanto, parte das dificuldades enfrentadas pelos idosos, está mais ligada a uma cultura que os menospreza e restringe. O trabalho com os idosos deve ser realizado em colaboração entre a equipe de saúde, o próprio idoso e sua família (Duarte, 2005).

Segundo BRASIL (2006) a preocupação com o bem-estar dos idosos na Atenção Básica/Saúde da Família, tanto por meio de solicitação como por busca ativa através de visitas domiciliares, requer um processo de avaliação abrangente. Esse diagnóstico é influenciado por vários elementos, como o ambiente em que o idoso reside, a interação entre os profissionais de saúde e o idoso, assim como entre os profissionais de saúde e os familiares, além do histórico médico, incluindo aspectos biológicos, psicológicos, saudáveis e sociais, bem como o exame físico.

O cuidado com a saúde dos idosos é essencial para assegurar sua qualidade de vida e bem-estar. Na atenção básica, é fundamental realizar ações preventivas, identificar precocemente doenças e realizar acompanhamento regular do estado de saúde, além de oferecer tratamento adequado para as condições de saúde específicas da idade avançada. Além disso, é de extrema importância levar em consideração as questões sociais e psicológicas que causaram a saúde dos idosos, como o isolamento social, a depressão e a perda de independência (Rocha et al., 2017).

Espera-se oferecer na Atenção Básica à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso conforme proposto no Manual de Estrutura Física, do Ministério da Saúde, 2006. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciando o envelhecimento ativo (Duarte, 2005).

É importante também, prevenir e tratar doenças e condições relacionadas à idade avançada, realizar consultas regulares, exames preventivos, acompanhamento nutricional e atividades físicas, além de avaliar e tratar problemas psicológicos, sociais e de dependência. É fundamental que o idoso se sinta acolhido e compreendido em seu processo de envelhecimento, sendo a atenção básica uma importante porta de entrada para garantir sua qualidade de vida (Gondim, 2012).

Uma outra perspectiva de cuidado em rede, é o Centro de Convivência para Idosos, um dos equipamentos que compõem a rede socioassistencial dos municípios. Nos CRAS (Centros de Referência da Assistência Social) são oferecidos de forma direta os serviços de Proteção Social Básica, bem como de forma indireta nas entidades e organizações de assistência social da área de abrangência dos CRAS.

Dentre as diversas categoria de atendimento previstas na Política Nacional do Idoso e na Política Nacional de Assistência Social, o Centro de Convivência caracteriza-se como sendo um ambiente conveniente ao desenvolvimento de atividades socioculturais e educativas, permitindo oportunidade e participação do idoso na vida comunitária, em um melhor entrosamento com outros idosos e com os profissionais, prevenindo situações de risco pessoal e contribuindo para o envelhecimento ativo (Camarano, 2013).

O Centro de Convivência do Idoso é um espaço destinado a promover o bem-estar, a socialização e o desenvolvimento integral dos idosos em nossa sociedade. Com o envelhecimento da população, é fundamental que haja locais onde os idosos possam se reunir, participar de atividades, trocar experiências e se manterem ativos fisicamente e mentalmente. Esses centros desempenham um papel crucial na vida dos idosos, pois proporcionam um ambiente acolhedor e inclusivo, onde podem se sentir valorizados e aplaudidos. Além disso, os centros de convivência oferecem uma série de atividades e serviços que visam atender às necessidades específicas dos idosos (SÃO PAULO, 2014).

Uma das principais vantagens dos centros de convivência do idoso é a oportunidade de socialização. Muitos idosos enfrentaram o isolamento social devido a diversos fatores, como perda de amigos e familiares, aposentadoria e dificuldade de locomoção. O centro de convivência oferece um espaço onde os idosos podem conhecer pessoas da mesma faixa etária, compartilhar histórias, interesses e estabelecer novas amizades. A interação social é essencial para manter uma vida plena e saudável na terceira idade (Derhun et al., 2018).

Além da socialização, os centros de convivência do idoso oferecem uma ampla gama de atividades que visam promover a saúde física e mental dos participantes. Essas atividades podem incluir aulas de ginástica, yoga, dança, caminhadas, jogos de tabuleiro, oficinas de arte e artesanato, palestras educativas, entre outras. Essas atividades ajudam a manter os idosos ativos, estimulam o cérebro, promovem a coordenação motora e melhoram a qualidade de vida (Derhun et al., op cit.).

Outro aspecto importante dos centros de convivência é o suporte emocional oferecido aos idosos. Muitos idosos enfrentaram desafios emocionais, como a solidão, a tristeza e até mesmo a depressão. Nos centros de convivência, eles encontram apoio de profissionais e de outros idosos que podem compartilhar experiências semelhantes. Isso cria um ambiente de compreensão mútua e ajuda a enfrentar os desafios emocionais com mais confiança e otimismo (SÃO PAULO, op cit.).

Além das atividades e suporte emocional, também podem oferecer serviços práticos, como orientação jurídica, assistência social, orientações de saúde e encaminhamento para outros serviços especializados. Esses recursos são essenciais para garantir que os idosos tenham acesso a informações e apoio necessário para lidar com questões específicas relacionadas à sua idade. É importante destacar que os

centros de convivência de idosos não são apenas para idosos que vivem sozinhos. Eles são abertos a todos os idosos da comunidade, independentemente do estado civil ou da condição de saúde. Os centros proporcionam um ambiente inclusivo onde os idosos podem se sentir pertencentes e participar ativamente da vida comunitária (Derhun et al., op cit).

3.6 Pesquisa-ação como abordagem metodológica

A procura pelo entendimento e pelo adquirir de informações é uma característica intrínseca ao progresso histórico e social da humanidade ao longo dos tempos. Tal procura possibilita ao ser humano aprimorar suas capacidades intelectuais e fomentar a construção de conhecimentos acerca dos elementos e acontecimentos. A investigação surge como uma das vias para aflorar tais saberes, impulsionando o desenvolvimento do conhecimento e a descoberta de novas ideias, a única maneira de aprender a pesquisar é através da prática de uma pesquisa (Richardson, 2012).

Richardson (2012) enfatiza que não existe uma pesquisa perfeita ou infalível. Pelo contrário, é um percurso repleto de desafios, problemas e obstáculos. No entanto, visto que a pesquisa é um processo contínuo, essas lacunas externas podem sustentar outros estudos, gerar novas perguntas e, conseqüentemente, estimular a continuidade da investigação, garantindo assim uma busca constante pelo conhecimento. É crucial enfatizar também que a preparação anterior ao início de um estudo e pesquisa exige uma mentalidade questionadora, ativando a criatividade para a produção de novos conhecimentos.

De acordo com Severino (2017) Entre as diversas abordagens para conduzir uma pesquisa, os investigadores optam pelo melhor método de execução, considerando os propósitos delineados e o objeto de estudo. Ao empreender uma investigação, os investigadores escolhem entre abordagens qualitativas e/ou quantitativas. No contexto de pesquisas sociais, a abordagem qualitativa é amplamente preferida, pois se trata de um tipo de investigação que, conforme explica Minayo (2009, p. 21-22), "lida com a compreensão dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, abrangendo um âmbito mais profundo das relações, processos e fenômenos".

No âmbito da pesquisa social com abordagem qualitativa, a Pesquisa-ação emergiu já na década de 1940 e continua a ser aplicada atualmente, com o objetivo de estabelecer uma conexão entre teoria e prática. Alguns autores que falam sobre esse

tipo de pesquisa: Barbier (2007), Thiollent (2009) e Morin (2004). A Pesquisa-ação é reconhecida como uma estratégia metodológica, uma abordagem de pesquisa que se concentra na ação com o propósito de resolver um problema específico (Morin, 2004).

É uma investigação prática que direciona seus esforços, análises e reflexões para a potencial solução ou proposta de intervenção no problema identificado tanto pelo pesquisador quanto pelos participantes do contexto observado. Inicialmente, surgiu como uma estratégia de experimentação para a explicação de fenômenos, até se consolidar como um projeto de intervenção destinado a resolver problemas no contexto investigado, enfatizando a compreensão dos fatos (Barbier, 2007).

Seguindo essa perspectiva, conforme salienta Severino (2017, p. 88), "A Pesquisa-ação é aquela que não se contenta em apenas compreender, mas visa intervir na situação, com o objetivo de modificá-la". Apoiando essa visão, Tanajura e Bezerra (2015) destacam que se trata de um tipo de pesquisa que propõe uma ação para transformar as realidades investigadas e visa a produção de conhecimentos.

Conforme mencionado por Miranda e Resende (2006), a Pesquisa-ação no contexto brasileiro ganhou maior impulso nas décadas de 80 e 90, destacando-se a contribuição significativa de René Barbier e Michel Thiollent, cujas influências permaneceram relevantes até os dias de hoje. De acordo com a visão de Thiollent (2009), a pesquisa-ação é caracterizada como um tipo de investigação social embasada em dados empíricos, sendo concebida e realizada em associação estreita com uma ação ou a resolução de um problema coletivo.

O autor destaca que o pesquisador se envolve de forma cooperativa e participativa com os indivíduos envolvidos na pesquisa, estabelecendo uma parceria para enfrentar o problema em questão. Dessa forma, a Pesquisa-ação é definida como uma abordagem que considera uma situação particular, levando em conta os sujeitos envolvidos, o contexto local e os valores alcançados, com o objetivo de promover uma possível mudança (Barbier, op cit.).

Conforme mencionado por Barbier (2007), a Pesquisa-ação, pode ser classificada em quatro tipos distintos: Pesquisa-ação diagnóstica: Nesse tipo, é elaborado um plano, realizado um diagnóstico e propostas possíveis soluções para o problema em questão. Pesquisa-ação participativa: Esse tipo envolve os investigadores diretamente no processo, contando com a participação ativa deles durante a investigação. Pesquisa-

ação empírica: Aqui, são dados acumulados provenientes de experiências concretas, com o objetivo de desenvolver princípios e conceitos a partir dessas observações.

Pesquisa-ação experimental: Nesse caso, são implementadas técnicas específicas para avaliar sua eficácia em diferentes questões sociais, controlando variáveis para obter resultados relevantes. Cada uma dessas abordagens na Pesquisa-ação possui características distintas, mas todas sustentam o objetivo de promover ações que levem a melhorias e mudanças positivas no contexto pesquisado (Thiollent (2009)).

De acordo com Thiollent (2009), a Pesquisa-ação segue os seguintes princípios para objetivos: Contribuir para uma melhor abordagem e resolução do problema em questão. Identificar soluções e ações para resolver o problema. Contribuir para a transformação da situação vivida, promovendo mudanças significativas.

Obtenha informações de difícil acesso, possibilitando uma compreensão mais aprofundada da realidade pesquisada. Desenvolver a consciência coletiva nos âmbitos político e cultural, buscando o envolvimento de todos os participantes. Produzir conhecimento, gerando novas perspectivas e aprendizados a partir da investigação realizada. Dessa forma, a Pesquisa-ação visa alcançar resultados práticos e impactantes, indo além da mera descrição de problemas, com o intuito de contribuir efetivamente para mudanças positivas e aprimoramento nas áreas pesquisadas (Thiollent, op cit.).

Segundo Thiollent (2009), o pesquisador deve adotar uma postura ativa diante do problema em questão, buscando não apenas compreendê-lo, mas também resolvê-lo. É fundamental que o pesquisador esteja envolvido durante todo o processo, acompanhando de perto as ações integradas para que, ao final, possa avaliar adequadamente os resultados relacionados ao problema identificado. Além disso, é necessário fornecer condições adequadas para a participação ativa dos envolvidos no processo investigativo, permitindo que eles contribuam com suas perspectivas e experiências para a condução da pesquisa.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento do Estudo

Tendo em vista os objetivos almejados, foi utilizado a pesquisa-ação como estratégia metodológica com delineamento quanti-qualitativo, pois ao mesmo tempo em que permite a livre expressão do participante, garante a manutenção de seu foco pelo entrevistador, visto que foi trabalhado com ações educativas levando em consideração a subjetividade humana de cada participante o qual é “pesquisando e pesquisador” ao mesmo tempo.

Todo o percurso da pesquisa foi direcionado pela perspectiva metodológica da pesquisa-ação, a qual é realizada em estreita associação com uma ação e com a resolução de um problema coletivo, onde o pesquisador e os participantes que representa a situação investigada, se envolve de forma cooperativa para uma determinada ação (Thiollent, 2009).

Para compreendermos melhor a Pesquisa-ação, Thiollent (2009) descreve que é necessário entender que ela um tipo de pesquisa que trabalha com uma ação, em prol da resolução de um problema. Se configura como uma investigação prática que evidencia seus esforços, buscando análises e reflexões para uma possível solução ou proposição de intervenção ao problema levantado pelo pesquisador e participantes do contexto observado.

A pesquisa-ação, surgiu no campo científico como uma estratégia de experimento com o objetivo de explicar algo, até se consolidar como projeto de intervenção e investigação, para solucionar um problema no contexto pesquisado, dando ênfase à compreensão dos fatos. Nessa perspectiva, Severino (2017, p. 88) assevera que “A Pesquisa-ação é aquela que, além de compreender, visa intervir na situação, com vistas a modificá-la”. Corroborando, Tanajura e Bezerra (2015) enfatizam que é um tipo de pesquisa que propõe uma ação para transformar realidades investigadas e visa a produção de conhecimentos.

Para se realizar uma pesquisa com a perspectiva da Pesquisa-ação, não é apenas descrever o objeto, mas apreender e compreender seus significados, sentidos e processos de construção, pois é um tipo de pesquisa que promove a

interação e a troca de saberes, conduzindo todos, participantes e pesquisador, a um processo de reflexão constante sobre a ação, durante todo o percurso de investigação (Thiollent, 2009).

É a partir disso, que a pesquisa-ação permite decidir qual a melhor ação para melhorar uma prática, provocando o envolvimento do pesquisador e a participação dos sujeitos pesquisados na construção das prováveis soluções ao problema observado. Ela se efetiva em um processo colaborativo, buscando fazer ligações entre a teoria na aplicação da prática, objetivando subsidiar aprendizagem e modificar a todos os envolvidos (Thiollent, 2009).

O objetivo principal dessa metodologia é o de estudar um problema de forma coletiva e reflexiva de modo que possibilite a busca de soluções e intervenções no campo investigado e aos participantes envolvidos no processo de construção de novos conhecimentos (Silva; Oliveira; Ataídes, 2021, p. 8).

O Processo de educação em saúde foi ancorado aos preceitos de Paulo Freire, com métodos ativos na dialogicidade, na participação e criação. Para Paulo Freire a educação é compreendida como uma técnica facilitadora da construção coletiva dos saberes. Desse modo, as práticas educativas devem ser elaboradas a partir de relações dialógicas, participativas e afetivas com a proposta de construir um conhecimento crítico em defesa dos direitos a saúde (Freire, 2007).

Ressalta-se, ainda, a necessidade de aproximação dos profissionais de saúde com a realidade vivenciada por seus pacientes, para que seja possível alcançar resultados positivos durante os processos educativos (Cervera; Parreira; Goulart, 2011).

Foi trabalhado com a observação, registro, análise e ordenação dos dados, tendo assim um caráter exploratório para entender o processo de interação entre a RSD e seus impactos na educação em saúde e no bem-estar emocional. Para isso buscou-se compreender as nuances individual e coletiva, bem como, foi realizado a análise temática de Bardin das falas dos participantes da entrevista semiestruturada e do processo de educação em saúde. Essa pesquisa é aplicada, pois abrange estudos elaborados com a finalidade de resolver problemas identificados no âmbito da sociedade em que os pesquisados vivem.

4.2 Cenário da pesquisa

Os idosos foram rastreados no distrito sanitário V, ESF (Estratégia Saúde da Família) da comunidade Santa Clara no Castelo Branco em João Pessoa Paraíba, Nordeste Brasil e no Centro de Convivência da Pessoa Idosa, localizado no mesmo território. A pesquisa foi realizada por meio de salas virtuais no *Whatsapp*. Os cenários para o rastreio foram escolhidos pela acessibilidade, entendendo que naquela região já existia grupos de idosos que participam de atividades no contexto da saúde.

4.2.1 População e Amostra

Idosos do sexo feminino com idade entre 60 a 80 anos. A escolha dos participantes se deu pela amostra de conveniência, uma técnica de amostragem de coleta não probabilística e não aleatória, o qual é usada para criar amostras de acordo com a facilidade de acesso, levando em conta a disponibilidade das pessoas para fazer parte da amostra em um determinado intervalo de tempo (Mattar, 1996).

4.2.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

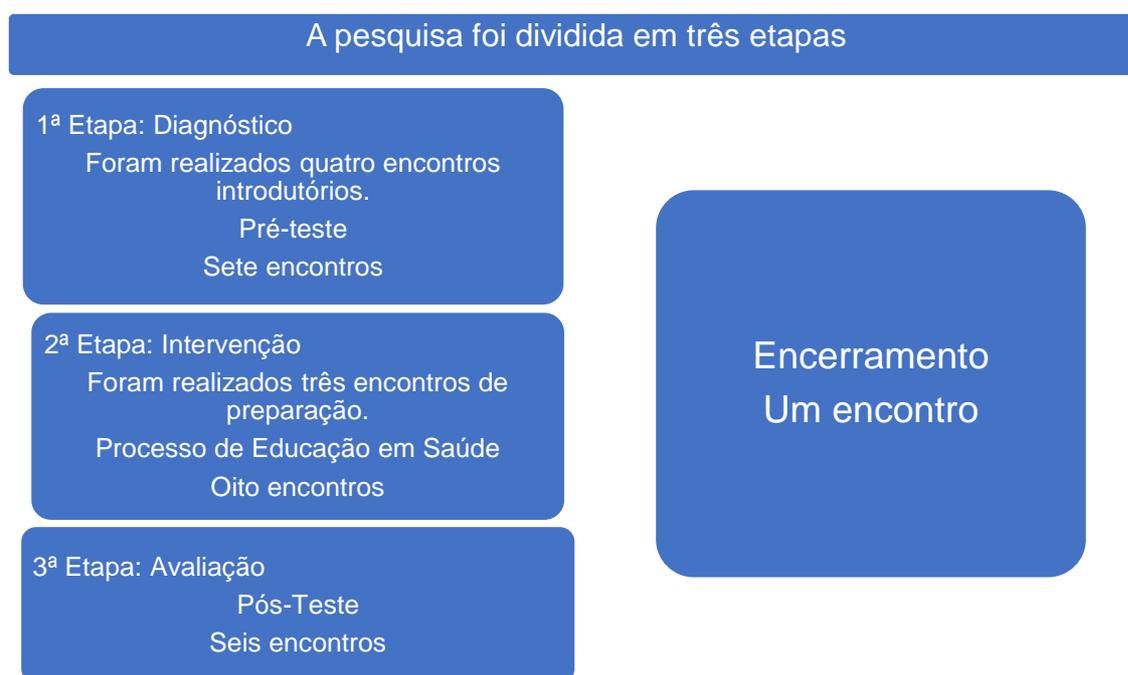
Idosos do sexo feminino de 60 a 80 anos que utilizam as ferramentas digitais, residentes em João Pessoa e são usuários do ESF distrito sanitário V e do Centro de Referência do Idoso. Foram excluídos da pesquisa as que não tinham internet e que faltaram aos encontros.

4.3 Instrumentos e Procedimento de Coleta de Dados

A coleta dos instrumentos deu-se de forma presencial na Estratégia Saúde da Família e no Centro de Convivência, bem como, por chamada telefônica conforme a necessidade dos participantes. Inicialmente para o processo de educação em saúde foram explicados os objetivos da pesquisa e tendo ciência de todos os aspectos e passos, as pessoas que se sentiram confortáveis foram convidadas a assinar, de forma livre e espontânea, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 01), em duas vias, sendo uma para sua posse e outra para o pesquisador.

A pesquisa-ação se deu em três etapas: fase exploratória, com diagnóstico situacional e pré-teste; momento de intervenção com o processo de educação em saúde, que ocorreu em oito encontros com vivências de ações em saúde com as Idosas no WhatsApp por chamadas de vídeo; e, por fim, a fase de avaliação pós-teste, por meio da aplicação dos questionários e entrevista sobre redes sociais, saúde mental e qualidade de vida dos participantes (Figura 1).

Figura 1. Etapas desenvolvidas na pesquisa-ação



Fonte: própria da pesquisa (2023)

4.3.1 Instrumento Qualitativo

Entrevista semiestruturada

Os dados foram coletados por meio de quatro instrumentos propostos, sendo eles: uma entrevista semiestruturada quanti-qualitativa contendo 12 perguntas, sendo três perguntas analisada qualitativamente: **atividades que costumam realizar** e **qual o sentimento ao usar as redes sociais**, a terceira pergunta não se aplicou para o primeiro momento de coleta, sendo avaliado na segunda aplicação após o processo de educação em saúde. As entrevistas foram gravadas e ao final foram transcritas e lidas cuidadosamente para apreciar o fenômeno investigado.

4.3.2 Instrumentos Quantitativo

Entrevista semiestruturada

No roteiro da entrevista continha questões relacionadas a dados sociodemográficos e de redes sociais (Quadro 1).

Quadro 1. Variáveis/categorias da entrevista para análise quantitativa.

IDADE	
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO CASADO VIUVO
RENDA FAMILIAR	MENOS DE 1 SALÁRIO DE 1 A 2 SALÁRIO MAIS DE 2 SALÁRIO
ESCOLARIDADE	SEM ESTUDO FUNDAMENTAL MÉDIO SUPERIOR
OCUPAÇÃO	TRABALHA NÃO TRABALHA (APOSENTADA)
CONVERSA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE?	SIM NÃO
USA AS REDES SOCIAIS?	SIM NÃO
QUAL REDE MAIS UTILIZA?	WHATSAP INSTAGRAM FACEBOOK WHATSAP E FACEBOOK WHATSAP, FACEBOOK E INSTAGRAM NÃO USA
CONSIDERA AS REDES SOCIAIS UMA FERRAMENTA DE INFORMAÇÃO?	SIM NÃO

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Para avaliar sinais e sintomas referentes a ansiedade, foi usado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), que consiste em uma escala desenvolvida por Aaron Beck, dispendo de um questionário com 21 questões e tem por finalidade estimar sintomas característicos de ansiedade em que o sujeito deve pontuar conforme o que o afetam, podendo ser verificado através de uma escala de 0 a 3 pontos, em que 0= ausência de

sintomas, 1= levemente, 2=moderadamente, 3=gravemente para cada sintoma, somando a pontuação obtida em cada para obter o resultado final (Lacerda et al., 2017).

PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*)

Já no que tange a avaliação da depressão, foi usado o PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*), que se constitui de nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. O foco desse instrumento é avaliar às últimas duas semanas dos participantes, em uma escala de quatro pontos onde (0=nenhuma vez, 1=vários dias, 2=mais da metade dos dias, 3=quase todos os dias), no final soma os pontos obtidos para classificar a gravidade, utilizando-se como (Santos et al., 2013).

O *Short Form-36* (SF-36)

É um instrumento de medida de qualidade de vida. Foi traduzido e validado no Brasil para avaliar a qualidade de vida em pacientes e mostrou-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira com objetivo de avaliar a qualidade de vida das idosas, verificada através de 8 domínios, sendo eles: Capacidade funcional, Limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Sendo utilizado como parâmetro a soma dos valores das questões em nota de 8 domínios, que variam de 0 a 100, onde 0=**pior** e 100=**melhor** para cada domínio (Ciconelli et al., 1999).

Por este motivo, o SF-36 foi o instrumento escolhido para estimar a qualidade de vida dos idosos avaliados neste estudo. Foi aplicado também uma entrevista semiestruturada com dados gerais e outros referente ao uso da tecnologia digital móvel e redes sociais digitais, com o intuito de avaliar o impacto que ela tem na vida dos idosos, bem como, analisar o efeito junto do processo de educação em saúde nessa população.

Todas as entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas cuidadosamente. Cada encontro de coleta dos instrumentos durou aproximadamente uma hora, visto a subjetividade de cada participante. Os instrumentos foram aplicados de forma individual no início e no final do grupo de educação em saúde.

4.4 Análise de dados

4.4.1 Análise Quantitativa

Foi utilizado a estatística descritiva simples, realizando-se o teste de normalidade *Shapiro-Wilk*. Considerando o resultado do teste de normalidade com valor de $p < 0,05$, foi usado mediana e intervalo interquartil e teste do *wilcoxon* para comparação os tempos: pré-teste e pós-teste.

O método comparativo, para Lakatos (1981, p. 32), considerava que “o estudo das semelhanças e diferenças entre diversos tipos de grupos, sociedades ou povos contribui para uma melhor compreensão do comportamento humano”.

4.4.2 Análise Qualitativa

Para realizar a análise dos dados, optou-se por empregar a Análise temática, tal como proposta por Bardin (2016). Essa abordagem foi dividida em três etapas para uma execução eficiente e coerente.

Inicialmente, a primeira fase consistiu em uma pré-análise, durante a qual o material foi submetido a uma leitura flutuante abrangendo todo o conteúdo. Posteriormente, ocorreu a seleção do corpus, seguindo os princípios da técnica de análise adotada, que incluíam a exclusão mútua, a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência.

Avançando para a etapa seguinte, denominada exploração do material, houve uma reorganização dos dados e sua codificação. Durante esse processo, diversas releituras foram realizadas para identificar os aspectos relevantes em cada questionamento, juntamente com suas convergências correspondentes. Além disso, nessa fase, os dados foram agrupados em categorias após terem sido devidamente reorganizados e codificados (Bardin, op cit.).

Na terceira e última fase, concentrou-se no tratamento dos resultados obtidos. A partir dos dados já categorizados, foram aprimoradas inferências que atribuíram significado e validade aos resultados, com ênfase na interpretação e análise teórica do material. Esse processo gerou novas perspectivas sobre o fenômeno observado, proporcionando uma compreensão mais profunda do tema em questão (Bardin, op cit.).

Para garantir o anonimato das falas das pessoas, foi realizado códigos com a letra “p” correspondendo ao termo pessoa, seguida de algarismos arábicos que representam a ordem dada às entrevistas (p1, p2, p3...).

Foi utilizado um esquema para o percurso da pesquisa-ação o que se deu seguindo o modelo descrito no quadro 2.

Quadro 2. Esquema representativo das etapas da pesquisa-ação

Fases do estudo	Estratégias utilizadas	Objetivos	Produto
1ª Etapa: Exploratória e de diagnóstico Preparação inicial 4 encontros. Pré-teste 7 encontros.	Entrevista semiestruturada e questionários.	Contactar o público alvo para participar da pesquisa e com o grupo formado, explicar o funcionamento e os objetivos.	Coleta.
2ª Etapa: Intervenção Preparação e planejamento para intervenção, 3 encontros. Processo de Educação em Saúde 8 encontros.	Roda de Conversa.	Preparação para pesquisa ação/educação em saúde. Divisão dos temas, sendo apresentando para eles e escolhido a ordem de aplicação.	Criação do grupo no WhatsApp. Temas escolhidos: ansiedade, depressão e qualidade de vida, emoções e práticas saudáveis.
Ação	Roda de conversa pelo WhatsApp (<i>smartfone</i>). Ações educativas em saúde.	Discutir sobre qualidade de vida, ansiedade sinais e sintomas e técnicas da terapia cognitiva comportamental, considerando as falas e emoções dos sujeitos na roda de conversa.	Orientação
Ação	Roda de conversa pelo WhatsApp (<i>smartfone</i>). Ações educativas em saúde.	Discutir sobre sinais e sintomas depressivo e como melhorar a qualidade de vida, considerando as falas e	Orientação

		emoções dos sujeitos na roda de conversa.	
Ação	Roda de conversa pelo WhatsApp (<i>smartfone</i>). Ações educativas em saúde.	Discutir sobre práticas de bem-estar físico e emocional para melhoria da qualidade de vida. Como usar as ferramentas digitais com segurança. Finalizar com a <i>Mindfulness</i> (prática de respiração diafragmática).	Orientação
Ação	Roda de conversa pelo WhatsApp (<i>smartfone</i>). Ações educativas em saúde.	Discutir sobre dor e depressão, diferença entre tristeza e depressão. Finalizar com a <i>Mindfulness</i> (prática de respiração diafragmática).	Orientação
3ª Etapa: Avaliação Pós-Teste 6 encontros. Encerramento 1 encontro.	Entrevista e questionários.	Aplicar os instrumentos psicométricos para coletar os dados novamente comparando com os iniciais.	Coleta.

Fonte: própria da pesquisa (2023)

Na etapa diagnóstico buscou-se realizar um primeiro contato com a Estratégia Saúde da Família da comunidade Santa Clara e do Centro de Convivência, para que pudesse contactar os idosos. Feito o rastreio, foi explicado como se daria os encontros e iniciou a pesquisa com a coleta do pré-teste.

Na etapa de intervenção, após as primeiras coletas, foram realizados encontros de preparação para subsidiar as intervenções e entender as necessidades emocionais dessa amostra, realizando uma roda de conversa para escolher os temas que serão

abordados no processo de educação em saúde, estabelecendo um clima de receptividade.

Após esse momento, foi estruturado dois grupos no WhatsApp um para a estratégia saúde da família e outro para o Centro de referência entendendo que essa plataforma limita as chamadas em até 8 componentes, no entanto os encontros ocorreram no mesmo dia. Os encontros de educação em saúde foram realizados uma vez por semana durante dois meses em horário pactuado com o coletivo de dados. Tendo como foco a saúde mental dos idosos, utilizando temas variados voltado para ansiedade, depressão, e qualidade de vida.

Durante esse período, foi conduzido o processo de interação de educação em saúde com os idosos, dando suporte e introduzindo as Tecnologias Digitais (*WhatsApp*) como ferramenta para auxiliar nesse processo, onde buscou-se compreender o perfil de uso das tecnologias digitais e quais as limitações que os idosos vêm nas tecnologias, tendo a abordagem basal direcionada para a saúde mental.

Na última etapa de avaliação, foi reaplicado os testes: inventário de ansiedade de Beck, PHQ-9 para depressão, o SF-36 de qualidade de vida, bem como a última pergunta aberta da entrevista semiestruturada, sendo: **verificar a compreensão do processo de educação em saúde através das redes sociais**. Os testes foram reaplicados para efeito de comparação dos dois momentos.

O processo de coleta/avaliativo se deu em 6 encontros, sendo os dados interpretados pela estatística descrita simples e análise temática de Bandin (2016) para as falas dos participantes.

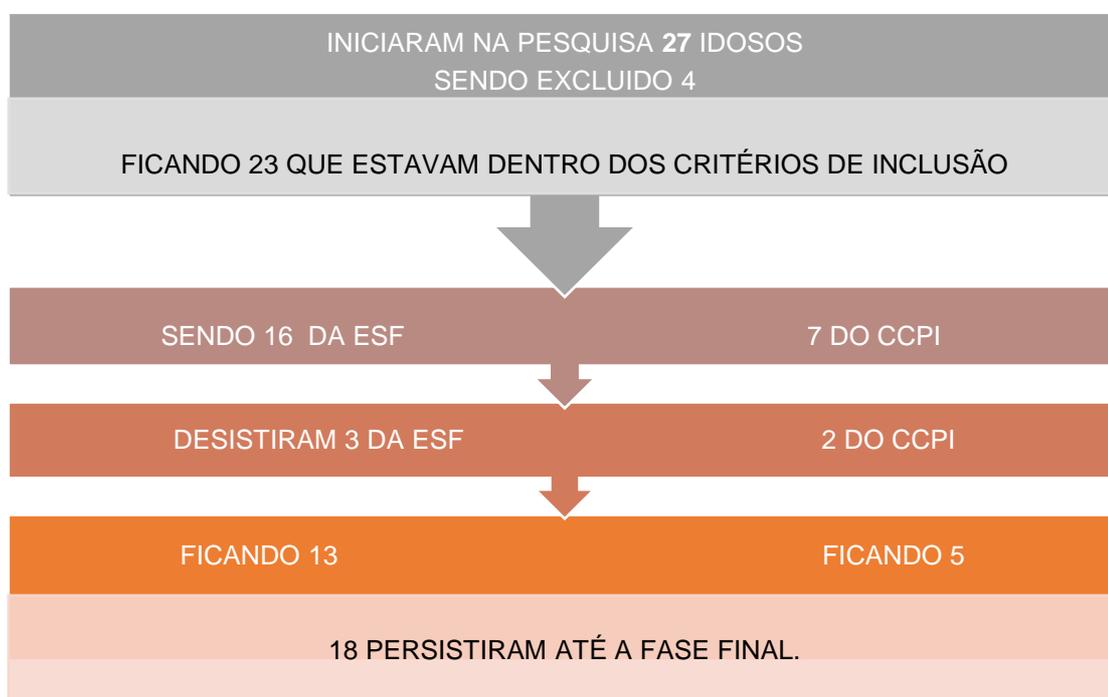
4.5 Considerações Ética

De acordo com a resolução CNS 466/2012, esse projeto será enviado ao Comitê de Ética em pesquisa do CCS/UFPB. Toda participação dos sujeitos de pesquisa ocorrerá após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Parecer de aprovação do comitê de ética, centro de ciências da saúde (CCS) 5.603.498.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciaram na pesquisa 27 idosos e 18 persistiram até a fase final conforme se observa na Figura 2. A pesquisa deu-se em 29 encontros ao todo, sendo esses divididos em três momentos: pré-teste (7 encontros), processo de educação em saúde (8 encontros) e pós-teste (6 encontros). Os 8 encontros restantes, foram introdutórios (4 encontros), referentes ao início da 2ª etapa (3 encontros) e ao encerramento (1 encontro).

Figura 2. Diagrama da seleção dos participantes até a fase final da pesquisa.



Fonte: própria do autor (2023).

A pesquisa deu-se através do processo de educação em saúde por meio das mídias digital *smartfone* no aplicativo *WhatsApp*. A escolha do aplicativo se deu, por possuir maior facilidade de uso pelos idosos. Essa pesquisa contou com três momentos para avaliação da saúde mental e física dos Idosos (pré-teste, processo de educação em saúde e pós-teste).

O primeiro encontro foi para contactar a direção da Estratégia Saúde da Família e do Centro de Convivência da Pessoa Idosa para solicitar autorização para sua realização. O Segundo e Terceiro encontro com a estratégia saúde da família e o centro

de convivência da pessoa idosa, deu-se em dois dias, o qual teve como objetivo, a aproximação com os idosos na busca pela formação de vínculo e o convite para participarem da pesquisa. Nesse momento foram ouvidos os relatos de aproximação ou não da tecnologia e do *smartfone*. Solicitada a anuência quanto a participação da pesquisa, através de celular próprio ou de um familiar.

No Quarto encontro, já com o grupo formado, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e estabelecido o funcionamento e sequencia dos encontros. Ao explicar sobre como algumas pessoas ainda vê os idosos usando pouco ou quase não usa a tecnologia digital móvel, uma senhora relata:

[...] “isso é verdade, porém essas pessoas também estão ficando ultrapassadas, pois estamos buscando cada vez mais estarmos conectados”. (P1)

Foi observado que a maioria das idosas usam as redes sociais e o *smartfone*, tanto na Estratégia Saúde da Família, quanto no Centro de Convivência da Pessoas Idosa, e que as mídias digitais estão sendo inseridas na vida e na rotina da pessoa idosa.

5.1 Pré-Teste

No primeiro momento do pré-teste, foram aplicados três instrumentos quantitativos para avaliar sinais e sintomas de ansiedade, depressão e qualidade de vida, e uma entrevista contando dados quanti-qualitativo para avaliar os dados sociodemográfico e do uso das redes sociais.

A primeira coleta aconteceu entre o quinto ao 11º encontro, iniciando a primeira etapa da pesquisa, coletando os primeiros dados para obter os primeiros resultados antes do processo de educação em saúde. Foram ao total nove encontros, sendo cinco na Estratégia Saúde da Família e quatro no Centro de Convivência da Pessoa Idosa. A coleta dos instrumentos deu-se de forma individual com cada idosa. Os dados foram analisados e interpretados com a estatística descritiva simples, apresentando mediana, e intervalo interquartilico.

Tabela 1. Resultado da primeira aplicação do BAI e PHQ-9.

VARIAVEIS	MEDIANA	IQQ
-----------	---------	-----

PHQ-9	3.50	(1.25 - 5.00)
BAI	7.50	(5.00 – 9.75)

Fonte: Dados Do Pesquisador (Elaborado em 2023).

Legenda: Variáveis continua: mediana e intervalo interquartil.

Observa-se nos escores do PHQ-9 avaliação para transtorno depressivo, os participantes apresentaram mediana de 3,50 e intervalo de (1.25-5.00), sendo classificados com grau mínimo e depressão leve, o que não significa estado de alerta para o transtorno depressivo, no entanto, os sintomas apontados precisam ser avaliados e abordados de forma preventiva. É preciso cuidar dos sentimentos e emoções negativos que podem favorecer a baixos desempenhos na vida cotidiana levando a défices e perda cognitiva (Martins et al., 2016).

Já no que se refere aos dados obtidos no BAI para avaliação da ansiedade, analisando os resultados, obteve-se mediana de 7,50 de sintomas e intervalo de (5,00-9,75), ou seja, entre 0 e 9 pontos, apontando para um grau mínimo de ansiedade, enquanto o intervalo interquartil indica uma variação de sintomas, o que significa que alguns participantes apresentam grau leve de ansiedade.

Alguns elementos de perigo que influenciam as pessoas a desenvolverem distúrbios psicológicos, tais como ansiedade e depressão, podem ser identificados no afastamento social, escassa interação social, obstáculos para manter relações interpessoais, dificuldades de comunicação e atritos com a família, amigos. Todos esses aspectos podem contribuir para o surgimento de problemas psicológicos. As dificuldades sociais e financeiras, quando somadas a outros fatores de estresse na rotina diária, também possuem um impacto significativo (Farias et al., 2021).

O terceiro instrumento aplicado foi o Questionário de 36 itens Short Form, 36 (SF-36). Os resultados se apresentam em mediana para 8 domínios, os valores correspondem aos escores recebidos em cada domínio, onde quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida e quanto menor, mais limitado.

Tabela 2. Resultado da primeira aplicação do SF-36

VARIAVEIS	MEDIANA	IQQ
CAPACIDADE FUNCIONAL	77,50	(47.50-85.00)
LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS	87,50	(37.50 -100.00)
DOR	51,00	(41.00-61.50)
ESTADO GERAL DE SAÚDE	72,00	(52.75-87.00)
VITALIDADE	65,00	(55.00-80.00)
ASPECTOS SOCIAIS	75,00	(62.50-87.50)
LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAL	100,00	(66.60-100.00)
SAÚDE MENTAL	72,00	(57.00-80.00)

Fonte: Dados Do Pesquisador (Elaborado em 2023).

Legenda: Variáveis continua: mediana e intervalo interquartil.

No primeiro domínio **Capacidade Funcional** avalia a habilidade dos indivíduos em realizar atividades diárias e suas limitações nesse aspecto (Araujo et al., 2019). Quanto maior o escore, melhor a capacidade funcional e menor a limitação. Valores mais baixos indicam uma maior dificuldade em realizar atividades físicas e uma maior incapacidade nas tarefas exercidas. Ao analisar os resultados, obteve-se mediana 77,50 e intervalo de (47.50-85.00). Isso sugere que esses participantes têm uma boa capacidade física e estão menos limitados em suas atividades.

O domínio **Limitação por Aspectos Físicos** avalia a percepção dos idosos sobre suas condições de saúde em realizar atividades físicas e de locomoção e se possuem limitações nessas atividades. Ao verificar os resultados, obteve-se mediana 87,50 e intervalo de (37.50-100.00), sugerindo que a maioria dos idosos desenvolvem suas atividades normalmente, têm uma boa capacidade física e estão menos limitados em suas atividades, podendo apresenta pouca limitação física e dificuldades em realizar atividades físicas e de locomoção, o que é esperado levando em consideração a faixa etária dessa amostra (Liu et al., 2016).

O domínio **Dor** avalia a percepção, intensidade e a frequência da dor em que os indivíduos experimentam. Segundo Ciconelli et al., (1999) pontuação mais baixa indica uma percepção menor de dor, enquanto valores mais altos indicam uma percepção maior de dor. Nesse domínio os idosos apresentam uma mediana de 51,00 e intervalo de (41.00-61.50). Observa-se que nesse domínio, um pouco mais da metade dos participantes relataram percepção de dores, sendo na velhice um desafio enfrentado por muitas pessoas à medida que envelhecem, pois o corpo enfrenta mudanças e transformações ao longo do tempo. Sendo assim, é importante reconhecer e tratar a dor, para garantir um maior bem-estar e qualidade de vida (Silva et al., 2019).

O domínio **Estado Geral de Saúde** verifica a percepção dos participantes sobre sua saúde geral, avaliando como se sentem em relação a seu corpo e sobre a percepção saúde-doença. Os resultados cominaram em uma mediana 72,00 e intervalo de (52.75-87.00). Percebe-se que mais da metade dos sujeitos obtiveram escores mais altos, indicando uma percepção positiva e um bom estado de saúde geral de saúde. Porém, precisa-se da atenção aos que apresentaram escores mais baixos, indicando uma percepção mais negativa e um pior estado geral de saúde. Se faz necessário que mesmo diante de suas limitações os idosos possam realizar práticas de atividades física e de lazer, mantendo-se ativos, independentes de suas limitações (BRASIL, 2003).

No entanto, é comum que provoquem mudanças e desafios relacionados à saúde à medida que envelhecemos, tornando-se mais comum o desenvolvimento de doenças crônicas, afetando a saúde. É fundamental adotar um estilo de vida saudável, consultar médicos regularmente, aderir a tratamentos e ter um sistema de apoio adequado para manter uma boa saúde na velhice (BRASIL, 2003).

O domínio **Vitalidade** avalia o nível de energia e fadiga percebidos pelos participantes. Foi avaliado a capacidade de manter um nível de energia, entusiasmo,

bem-estar físico e mental à medida que envelhecemos. Nesse domínio os idosos apresentaram mediana 65,00 e intervalo de (55.00-80.00). Embora seja natural que haja algumas mudanças físicas e funcionais com o avanço da idade, a pesquisa aponta que muitas idosas vem desfrutando de uma vida ativa e vibrante e que mais da metade apresentam níveis mais elevados de fadiga e cansaço (Castro et al., 2019).

Ao avaliar o domínio **Aspectos Sociais** observou-se a percepção dos participantes em relação a participação em atividades sociais. Os valores mais altos indicam uma percepção mais positiva e uma maior capacidade de interação social, podendo ser visto na maioria dos participantes, apresentando mediana 75,00 e intervalo de (62.50-87.50).

No entanto mesmo percebendo que uma parte considerável dessa amostra possuem bons aspectos nos relacionamento social, os valores mais baixos apontam para uma percepção mais negativa e uma menor capacidade de interação social. Manter bons relacionamentos e ter uma rede de apoio social é fundamental para os idosos. Amizades, familiares e participação em grupos comunitários ou atividades sociais ajudam a combater a solidão e a promover melhoras em sua saúde (Sims et al., 2017).

Mante-se ativa na comunidade, na integração de grupos nos centros de convivência para idosos, como também grupos religiosos ou eventos locais, podem trazer uma sensação de propósito e pertencimento, bem como de maior produtividade. Os profissionais precisam garantir que os idosos tenham acesso adequado a serviços de saúde (Silva et al., 2019).

O domínio **Limitação por Aspectos Emocionais** analisa e avalia a percepção dos idosos em relação a sua saúde emocional, como problemas emocionais que possam estar enfrentando no seu dia a dia interferindo em suas atividades. Ao analisar os resultados, obteve-se uma mediana 100 e intervalo de (66.60-100.00).

A maioria dos participantes apresentaram escores mais altos, indicando uma menor limitação emocional, o que é interessante, entendendo que na velhice muitos acabam tendo prejuízos ao funcionamento emocional. A solidão, o isolamento social, a perda de entes queridos, amigos, doenças crônicas e mudanças nas redes sociais podem levar os idosos a se sentirem solitários e isolados, afetando os aspectos emocionais (Farias, et al., 2021).

No último domínio foi avaliado a **Saúde Mental** das idosas, nesses aspectos foi analisado aspectos como humor, emoções, comportamento e capacidade de lidar com o estresse no seu dia. Os resultados apresentam uma mediana de 72,00 e intervalo de (57.00-80.00), indicando um melhor nível de saúde mental, no entanto, existem participantes com escores mais baixos, podendo indicar um pior nível de saúde mental.

Esses resultados apontam para direcionar intervenções para melhoria da qualidade de vida e da saúde emocional dos participantes, sendo crucial que os idosos, suas famílias e cuidadores estejam cientes dos desafios de saúde mental enfrentados nessa fase da vida. A compreensão dos sinais e sintomas de condições como depressão, ansiedade e aparência é fundamental para uma detecção precoce e intervenção adequada (Martins et al., 2016).

O quarto instrumento aplicado foi a entrevista semiestruturada, contendo os dados sociodemográfico e de redes sociais, com o objetivo de avaliar o perfil dos idosos e suas motivações em utilizar as redes sociais. A entrevista foi composta de 12 perguntas, sendo seis sociodemográfico e seis de redes sociais, dessas, nove foram analisadas quantitativamente em categorias criadas e três foram realizado análise qualitativa também com suas categorias. Os dados sociodemográficos e de redes sociais dos participantes estão demonstrados a seguir.

A mediana da idade das idosas que participaram da pesquisa foi de aproximadamente 71 anos. Esse dado destaca a representatividade desse grupo etário na amostra e ressalta a importância de compreender as necessidades, experiências e perspectivas dos idosos em relação a diferentes aspectos da vida. Segue na sequencia os dados referente ao questionário sociodemográfico e de redes sociais.

Tabela 3. Variáveis Sociodemográfica e de Redes Sociais

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	N	%
ESTADO CIVIL	1- Solteira	2	11.1
	2- Casada	7	38.9
	3- Viúva	9	50.0
RENDA FAMILIAR	1- Menos de 1 Salário.	0	0,00

	2- Entre 1 a 2 Salários.	13	72,2
	3- Mais de 2 Salários.	5	27,8
GRAU DE ESCOLARIDADE	1- Não Estudou	1	5,6
	2- Fundamental	7	38,9
	3- Médio	7	38,9
	4- Superior	3	16,7
CONVERSA OU NÃO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE.	1- Sim	4	22,2
	2- Não	14	77,8
OCUPAÇÃO	1- Trabalha Fora De Casa	3	16,67
	2- Aposentada, (Trabalha Em Casa)	15	83,83
UTILIZA AS DAS REDES SOCIAIS	1- Sim	15	83,3
	2- Não	3	16,7
QUAL REDE MAIS UTILIZA	1- <i>Whatssap</i>	8	44,4
	2- <i>Intagram</i>	0	00,0
	3- <i>Facebook</i>	0	00,0
	4- <i>Whatssap e Facebook</i>	3	16,7
	5- <i>Whatssap, Facebook e Instagram</i>	4	22,2
	6- Não Usa	3	16,7
CONSIDERA OU NÃO AS REDES SOCIAIS UMA FERRAMENTA DE INFORMAÇÃO.	1- Sim	16	80
	2- Não	2	20

Fonte: Dados Do Pesquisador (Elaborado em 2023).

Ao analisar o **Estado Civil** dos 18 participantes, obteve-se que 11,1% dessa amostra é composta por idosas solteiras, 38,9% casadas e 50% são viúvas. A presença significativa de viúvas nessa amostra pode refletir a realidade de muitas mulheres idosas, uma vez que as mulheres tem buscado cuidar mais da saúde que os homens, representando uma maior expectativa de vida. A viuvez pode trazer uma série de desafios e ajustes na vida dessas mulheres, incluindo questões emocionais, sociais e financeiras (Silva; Menandro, 2014).

Por outro lado, uma parcela considerável de idosas são casadas, representando 38,9% da amostra. Isso pode indicar uma maior estabilidade financeira, suporte social e ver em seus parceiros uma rede de apoio. Já em relação a categoria solteira obteve-se uma porcentagem de 11,1%, indicando que essas mulheres podem ter vivenciado

diferentes trajetórias de vida, escolhendo permanecer solteiras ou enfrentando circunstâncias que as levaram a esse estado civil.

Sobre a **Renda Familiar**, 72,2% das idosas relataram possuir uma renda familiar entre 1 (um) a 2 (dois) salários mínimos, enquanto 27,8% afirmaram receber mais de 2 (dois) salários e nenhum participante relatou receber menos de 1 (um) salário mínimo. Esses resultados sugerem que a maioria dos idosos tem uma renda que embora por ser considerada baixa implicando em desafios, no entanto conseguem ter o mínimo para sua subsistência e para um pouco de lazer. Se faz necessário ressaltar que a renda é um fator primordial para uma melhor qualidade de vida, influenciando no acesso a cuidados de saúde, uma boa alimentação e moradia digna (Lima, 2003).

Analisando o grau de **escolaridade** dos idosos, obteve-se um panorama sobre a oportunidade de acesso à educação ao longo de suas vidas. Uma pequena parcela de 5,6% dos idosos nunca tiveram a oportunidade de estudar, sendo acarretado por diversos fatores como o contexto socioeconômico ou falta de acesso à educação em suas épocas pela necessidade de trabalhar muito cedo para ajudar nas despesas da família.

Apenas 38,9% possuem ensino fundamental e médio, indicando que uma parte considerável dessa amostra concluiu seus estudos mesmo com limitações, possuindo uma base mais sólida e um pensamento mais crítico. Apenas 16,7% dos idosos possuem ensino superior, indicando que a geração passada não teve as mesmas oportunidades que as novas gerações estão tendo, onde muitas não tinham sequer o básico para estudar. (Barros, 2021).

Quando questionados se **conversam com profissionais de Saúde** pelas Redes Sociais, os dados apontam que a grande maioria dos idosos, representando 77,8%, afirmou não conversar com profissionais de saúde pelas redes sociais. Uma explicação possível para esse resultado é a falta de disponibilidade de atendimentos virtuais no sistema de saúde.

É importante destacar que a pandemia de COVID-19 acelerou a adoção de teleconsultas, mas ainda existe restrição e limitação na implementação dessas práticas, especialmente para os idosos. A ausência de profissionais capacitados para o atendimento virtual a idosos, pode ser atribuída a vários fatores, como falta de equipamentos tecnológicos adequados, dificuldades de acesso à internet ou até mesmo falta de familiaridade e confiança dos idosos nos atendimentos pelas plataformas

digitais, bem como pela falta de profissionais que se adequem a essa modalidade para os idosos (Caetano et al., 2020).

Essas barreiras impostas pelos profissionais como também pelo sistema de saúde, podem impedir que os idosos busquem suporte médico, psicológico dentre outros por meio das redes sociais, o que pode ajudar aqueles que não podem se dirigir até uma unidade de saúde. No entanto, os resultados indicam que uma parcela significativa, embora menor, de idosos representando 22,2% dessa amostra, utiliza ou já usou as redes sociais para se comunicar com profissionais de saúde. Isso sugere que, à medida que os serviços virtuais de saúde se tornarem mais acessíveis e os idosos adquirirem mais conhecimento e confiança em relação às tecnologias digitais, a tendência pode se reverter (Lamela; Bastos, 2012).

Se faz necessário mais investimentos em iniciativas que promovam a inclusão digital dos idosos a capacitá-los para utilizar os recursos tecnológicos disponíveis através de políticas de educação em saúde afim de promover uma maior cidadania digital para que os idosos não fiquem para trás. A comunicação virtual com profissionais de saúde pode proporcionar comodidade, redução de deslocamentos e maior acesso a cuidados a saúde, especialmente para aqueles com pouca mobilidade ou vivem em áreas remotas (Santos et al., 2017).

Portanto, é necessário um esforço contínuo para aumentar a disponibilidade e o acesso aos atendimentos virtuais, juntamente com programas de educação e suporte que capacitem os idosos a aproveitarem ao máximo as oportunidades oferecidas pelas redes sociais e outras plataformas digitais na área da saúde.

Em relação a **Utilização das Redes Sociais**, 83% afirmou utilizar alguma rede social para comunicação com familiares e amigos, indicando uma forte presença digital nessa faixa etária e uma tendência crescente de adoção das plataformas de mídia social entre mulheres idosas. As redes sociais e a tecnologia digital móvel, proporcionam aos idosos uma maneira conveniente de se manterem conectados com amigos, familiares principalmente aqueles que vivem sozinho e ver na plataforma digital uma maneira de manter seus relacionamento, ter mais acesso à informação geral e de saúde, e conversar nos grupos expressando sua opinião e seus interesses (Marchi; Rossetti; Cotonhoto, 2020).

Apenas uma pequena parcela representada por 16,7%, afirmou não usar as redes sociais. Isso pode se dar pela falta de interesse em aplicativos e celulares ou por ter preferência por outras formas de comunicação e interação social.

Ao analisar a **rede social de maior uso pelas idosas**, os resultados apontam que 44,4% relataram usar exclusivamente o *WhatsApp*. Isso sugere que os idosos aderem mais a essa plataforma pela facilidade de uso por mensagem de áudio e acessibilidade e que apenas 16,7% usam tanto o *WhatsApp* quanto o *Facebook*. Além disso, 22,2% dos idosos declararam utilizar *WhatsApp*, *Facebook* e *Instagram*, demonstrando uma maior aderência aos aplicativos e maiores interesses em outras plataformas por possuir outros elementos como postagem e publicações de amigos e familiares. Apenas 16,7% dos idosos afirmaram não utilizar nenhuma rede social por não gostar ou ter preferência pelo contato e diálogo presencial (Marchi; Rossetti; Cotonhoto, 2020).

Quando perguntado se **considera ou não as Redes Sociais uma ferramenta de informação**, os dados indicam que a maioria das idosas, representando 80%, consideram as redes sociais uma ferramenta de informação, demonstrando um reconhecimento do impacto que as mídias digitais tem na transmissão de informações. Ao longo dos anos as redes sociais tem sido um elemento importante na geração de diálogo e na aquisição de informações geradas por grupos e pessoas e os idosos vem buscando estar inseridas nessa evolução.

As redes sociais têm se mostrado uma plataforma eficaz para divulgar notícias, artigos, vídeos informativos e outros conteúdos relacionados a uma ampla gama de conteúdo. Além disso, muitas organizações, incluindo instituições de saúde e profissionais da área, estão ativamente presentes nas redes sociais, compartilhando informações incentivadas e educativas (Felizmino; Barbosa, 2018).

Apenas 20% ainda não vê as redes sociais como uma ferramenta de produção de conhecimento, por desconfiança em relação à veracidade das informações compartilhadas nas redes sociais, falta de acesso à internet ou familiaridade com essas plataformas ou preferência por fontes de informação mais tradicionais como jornal e TV.

Todas as informações coletadas dos idosos, durante a entrevista com questões abertas que traziam eixos relevantes, foram suporte para o avanço da análise e interpretação do resultado. Após as transcrições emergiram duas categorias de análise: sentimentos desenvolvidos nas relações sociais ao utilizar as redes de comunicação virtual e práticas de atividades para o bem-estar.

Quadro 3. Análise temática das perguntas abertas da entrevista semiestruturada.

Ideia central:	Análise Temática:
Sentimentos desenvolvidos nas relações sociais ao utilizar as Redes De Comunicação Virtual	<p>P1 [...] “Fico contente e feliz quando entro nas redes sociais. Minha motivação é ver as fotos dos meus filhos e netos e acompanhar as missas. Isso me deixa com a sensação de estar mais próximo da minha família.”</p> <p>P14 [...] “Entrar nas redes e ver as fotos dos meus filhos e netos me traz alegria. Me divirto e sinto que estou acompanhando-os quando não estão próximo, mesmo estando distante as vezes.” [...]</p> <p>P2 [...] “As redes sociais me proporcionam um sentimento de bem-estar emocional. Consigo conversar com amigos de longas datas e matar a saudade deles.”</p> <p>P3 [...] “É muito bom poder interagir virtualmente com minha família. Eles são tão ocupados, mas no <i>WhatsApp</i>, é mais fácil de terem tempo para conversar.” [...]</p> <p>P4 [...] “Hoje percebo depois de muito tempo resistindo para não utilizar que as redes sociais têm um papel importante na minha vida, pois quando estou me sentindo sozinha, posso conversar com amigos e familiares, e isso me deixa melhor. [...]</p> <p>P7 [...] “Com o tempo nós perdemos os amigos, o esposo, os filhos saem de casa e nos sentimos sozinhas, as redes sociais nos ajuda a manter vínculo, aprender coisas novas e a não se sentir sozinha”</p> <p>P17 [...] "Encontro nas redes sociais um suporte para superar o sentimento de solidão que muitas vezes estou sentindo. Tenho amigos virtuais com quem posso conversar a qualquer hora." [...]</p> <p>P11 [...] “Quando estou triste ou com algum problema, posso compartilhar nas redes sociais, e sempre receber palavras de conforto e apoio dos meus amigos virtuais." [...]</p>

	<p>P8 [...] "Entrar no <i>Instagram</i> e interagir com os outros, me faz sentir menos isolada. Lá eu percebo que outras pessoas passam pelas mesmas situações que eu, e isso se torna mais fácil de lidar."</p> <p>P10 [...] "Quando estou triste, gosto de compartilhar minhas emoções nas redes sociais. As mensagens de apoio dos meus amigos virtuais me dão força." [...]</p> <p>P13 [...] "Quando não tenho o que fazer em casa, entro nas redes sociais para ver as notícias e publicação dos amigos, sempre encontro algo interessante para ler ou assistir." [...]</p>
Práticas de atividades para o bem-estar	<p>P1 [...] "Eu amo ir ao centro de convivência do Idoso para participar das atividades de lá. Fazer a hidroginástica na piscina me ajuda a enfrentar as dores no corpo, sem contar que melhora as articulações e ainda me divirto com minhas amigas".</p> <p>P6 [...] "A hidroginástica é a melhor atividade para aliviar a pressão dos meus ossos. É revigorante!" [...]</p> <p>P2 [...] "Eu hoje percebo que desde que comecei a ir à praça praticar atividade física diariamente, minha disposição melhorou muito. Faço a caminhada e exercícios com uns ferros, e isso me ajuda a manter a mente e o corpo saudável."</p> <p>P15 [...] "Pratico a atividade física regularmente, e penso que isso me ajuda a manter a mente a memória e o corpo saudável." [...]</p> <p>P3 [...] "O artesanato é minha paixão. Não vejo a hora passar fazendo trabalhos manuais. Pratico crochê e pintura em tecido, é uma terapia para mim." [...]</p> <p>P4 [...] "Além de caminhar diariamente, trabalho com a costura, é uma das minhas habilidades favoritas que aprendi com minha mãe. Faço minhas próprias roupas às vezes, conserto peças de outras pessoas e isso é bem gratificante".</p> <p>P8 [...] "A costura é como se eu estivesse fazendo o bem para alguém, me sinto útil, pois ao passar dos anos as pessoas nos ver como incapazes." [...]</p>

	<p>P5 [...] "Pratico atividade física em casa, eu gosto de manter a casa sempre limpa. Organizo meus móveis, meu quarto, deixo tudo em ordem, e isso me deixa feliz." [...]</p> <p>P6 [...] "A música é minha companheira da solidão. Gosto de ouvir músicas antigas e isso me traz boas lembranças. Nas atividades físicas também gosto de levar meu rádio." [...]</p> <p>P7 [...] "Passar roupa é uma tarefa relaxante para mim. Coloco minha música favorita e vou passar as roupas devagar. É um momento só meu."</p> <p>P8 [...] "Ah, essas modernidades! Descobrir um jogo no <i>facebook</i> e me divirto muito com ele. Também treino minha memória, com palavras cruzadas ou jogos de memória." [...]</p> <p>P18 [...] "Na terapia comunitária cantamos, praticamos atividades e treinamos a memória. No início não queria muito ir, hoje queria que fosse todos os dias"</p>
--	--

A primeira categoria refere-se aos sentimentos desenvolvidos nas relações sociais ao utilizar as redes de comunicação virtual. Foi observado que a maioria das idosas possuem sentimentos positivos em relação ao uso das redes sociais e que a comunicação por meio delas proporcionam interação com familiares e amigos, seja com os que estão próximos ou distantes, aumentando os laços afetivos, criando novas possibilidades e adquirindo conhecimento sobre saúde proporcionando um maior bem-estar emocional.

Através das redes sociais elas podem interagir e relatar o que sentem, ouvindo e orientando os outros e sendo orientada, diminuindo inclusive o sentimento de solidão que algumas sentem por morarem sozinhas e longe da família. Porém relatam que as vezes se sentem inseguras em utilizar o smartfone por não dominar muito bem a tecnologia e terem medo de receber ou passar informações falsas, o que para sanar isso sempre recorrem a família.

[...] "Com o tempo nós perdemos os amigos, o esposo, os filhos saem de casa e ficamos sozinhas, as redes sociais nos ajuda a manter vínculo, aprender coisas novas e a não se sentir sozinha" [...]. (P7)

Essa é a fala de uma idosa que perdeu o esposo recentemente e ver nas redes sociais uma ferramenta para se sentir viva e manter contato com parentes e amigos.

A segunda categoria refere-se às atividades que gostam de realizar no dia a dia. A maioria delas realizam atividades no centro de convivência da pessoa idosa o qual dispõem de várias atividades, incluindo hidroginástica e prática de atividade física, bem como outras idosas fazem atividades na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) que também oferece esses serviços. Nota-se que as práticas de atividades estão relacionadas sua maioria ao cuidado com a saúde física como também para melhorar a saúde mental.

5.2 Processo de Educação em Saúde

Antes de iniciar o processo de educação em saúde, foram realizados três momentos de orientações, sendo do 12º aos 14º encontros. Nesses encontros, que ocorreram de forma presencial, foi orientado sobre como aconteceria o processo de educação em saúde virtualmente.

O primeiro passo, foi criar o grupo de *WhatsApp* inserindo todas as idosas, o qual foi feito um para o Estratégia Saúde da Família e outro para o Centro de Convivência, visto que o *WhatsApp* limita as chamadas em até 8 pessoas. Os encontros aconteceram no formato de roda de conversa e os temas já estava estruturado em um cronograma para sua realização.

O grupo serviu para realizar as ações educativas. Foi orientado que cada um levasse seu celular no encontro seguinte para que pudesse ser ensinado a fazer chamada de vídeo e ligações aos que possuíam dificuldade. Em seguida foi realizado chamadas testes tanto na Estratégia Saúde da Família como no Centro de Convivência para que tivesse certeza de que eles participariam sem interrupção pela falta do conhecimento.

A segunda parte da pesquisa foi composta pela realização do processo de educação em saúde, o qual aconteceu entre o 15º ao 22º, totalizando oitos encontros, quatro com cada grupo, que teve por objetivo, levar conhecimento sobre boas práticas de saúde através do *smartphone*, com o intuito de diminuir os sinais e sintomas de ansiedade e depressão e aumentar sua qualidade de vida, visto que foi rastreado isso

na primeira parte da pesquisa, obtendo números consideráveis para ansiedade e depressão, bem como, baixa qualidade de vida em alguns domínios, muitas vezes pela falta de informação e conhecimento.

O processo de educação em saúde/pesquisa ação aconteceu inicialmente explanando o assunto abordado e em seguida cada idosa expressava o que estava sentindo o que tinha necessidades, falando o que compreendeu, tudo era explicado até que sanasse todas as dúvidas.

De igual modo, todas as informações coletadas dos idosos, durante o processo de educação em saúde, foram suporte para o avanço da análise e interpretação dos resultados. Após as transcrições das falas em cada encontro, emergiram quatro categorias de análise: sentimentos emergidos da desordem emocional: a busca pela saúde mental; depressão e qualidade de vida: compreensão, gestão e bem-estar; fortalecendo o bem-estar emocional na terceira idade: o papel da rede de apoio familiar e das ferramentas digitais; a dor emocional é uma experiência que todos enfrentam em algum momento da vida, assim como a dor física.

Sentimentos emergidos da desordem emocional: a busca pela qualidade de vida.

No primeiro encontro de educação em saúde na estratégia saúde da família e no Centro de Convivência da Pessoa Idosa, é relatado sofrimentos físico e mental. Foi trabalhado sobre qualidade de vida e ansiedade sinais e sintomas. Cada uma se expressava no momento em que estivesse confortável trazendo reflexões diante do assunto abordado, conforme trechos a seguir:

[...] “Ao perder meu esposo comecei a ter sintomas de ansiedade e depressão, pois não me via mais vivendo sem ele, a vida parecia não fazer mais sentido, com o tempo pude mudar esse pensamento, porém ainda tenho crises” [...]. (P1)

[...] “Nunca pensei em ter ansiedade, nem sabia o que era isso, quando minha mente tá parada, começo a pensar no passado, não consigo ter controle sobre o que penso e isso me deixa triste, acabo não dormindo, tendo palpitação, tremula e muito nervosa” [...]. (P4)

[...] “Hoje percebo o quanto é importante cuidar do emocional, pois os pensamentos que criamos prejudica muita a saúde mental, levando a prejuízos a saúde física também. Hoje tento ter mais saúde.” [...]. (P9)

Ao final, ocorreram orientações sobre técnicas da terapia cognitiva comportamental (redução dos pensamentos) para que pudessem melhorar os pensamentos acelerados e ansiosos. Trabalhado com uma linguagem que todas pudessem compreender. Foi mencionado sobre os cuidados e práticas que acontecem no CCPI e na ESF para que pudessem se integrar mais e assim ajudar no aumento da qualidade de vida e a diminuir os sintomas ansiosos.

[...] “Eu me sinto muito bem no CCPI, as atividades que faço me ajudam muito a me sentir bem, diminuí minhas dores. (P8)

Ah, eu sou a primeira que chego na unidade para terapia comunitária. Faço alongamento, exercito a memória e me ajuda muito. [...] (P13)

[...] “Ainda não consigo ir sempre, a ansiedade não me permite fazer tudo que desejo, mas tenho fé que um dia ficarei bem e vou poder viver sem isso, podendo ter mais qualidade de saúde”. (P16)

Os depoimentos revelam um arranjo alinhado à cultura do cuidado, na busca por melhores práticas de bem-estar físico e emocional. As falas apontam para a diminuição das preocupações, centralização dos pensamentos no autocuidado e o quanto a ansiedade interfere na vida como um todo, levando a prejuízos na vida social e familiar.

Foi trabalhado sobre a importância de manter contato com amigos e familiares, manter práticas de lazer buscando artifícios que ajude na saúde como um todo.

[...] “essa é a primeira vez que tenho esse contato dessa forma sendo online e está sendo muito bom, pois na pandemia ficamos muito isoladas e sozinhas [...] ansiedade não escolhe a faixa etária que vai atingir”. (P2)

“Esses encontros, vão me ajudar a me conhecer mais e ficar bem” [...]. (P10)

É fundamental estabelecer uma mentalidade que valorize o amparo e apoio a longo prazo, conforme descrito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como "o conjunto de ações realizadas por cuidadores informais (familiares, amigos ou vizinhos) e/ou profissionais (das áreas de assistência social e saúde) em prol de um indivíduo que não pode cuidar plenamente de si, buscando proporcionar-lhe a melhor qualidade de vida possível, respeitando suas particularidades, incentivando sua independência, autonomia, participação ativa, contentamento pessoal e autonomia humana" (OMS, 2000).

Depressão e Qualidade de Vida: Compreensão, Gestão e Bem-Estar

No segundo encontro, estimulou-se a fala das idosas sobre o que foi trabalhado no momento anterior. Realizou-se um convite para que os participantes pudessem falar sobre suas emoções e sobre o que sentiu durante a semana. Foi trabalhado sobre sintomas depressivos e promoção do autocuidado para melhorar a qualidade de vida, bem como sobre a diferença entre a dor física e emocional.

Algumas mencionaram a dificuldade para controlar os pensamentos ansiogênicos e diminuir a dor emocional. Foi avaliado se estavam seguindo as orientações para um melhor resultado. Deu-se que elas vêm aderindo de forma positiva as orientações para cuidar melhor da saúde:

[...] "É necessário mudar, buscar viver melhor, por isso é importante falar sobre qualidade de vida, [...] é o que nós aqui no grupo estamos buscando quando começamos a praticar e cuidar da saúde todos os dias". (P3)

[...] "Tenho sintomas depressivos e venho tentando aprender o crochê, a costura, venho buscando sair mais com as amigas também idosas, isso tem me ajudado a lidar com a angústia, principalmente quando estou vivendo os sintomas da depressão" [...]. (P12)

Promover saúde também é orientar sobre boas práticas já deixadas de lado, como sair para conversar com um amigo, exercer boas práticas que o façam sentir-se bem. Chagar a terceira idade é uma dádiva e que não se pode perder com o tempo a qualidade

do que é bom e que o fez ser feliz tantas vezes, hoje mesmo com algumas limitações é preciso se adaptar a novos padrões saudável e ressignificar (Abella et al., 2019).

[...] “Hoje na terceira idade estou vivendo a melhor fase da minha vida, pois tenho buscado me cuidar mais, ido com mais frequência a terapia comunitária e estou participando de atividades; tenho buscando estar bem” [...]. (P17)

[...] “Faço as minhas atividades, levanto as 5 da manhã, faço o café para os filhos tomarem, vou para a praça as 7 horas da manhã para fazer atividade física, e para a idade que tenho, estou vivendo muito bem, participo de 3 grupos e com 80 anos busco cuidar dos meus pensamentos e das preocupações” [...]. (P18)

Observa-se nas falas o quanto os idosos ao longo do tempo começam a cuidar mais da saúde e que as que não faziam atividades físicas, começaram a caminhar e ir mais para o grupo da terapia comunitária e tem melhorado a qualidade dos pensamentos. No primeiro encontro algumas relataram não estar dormindo bem por estarem com pensamentos acelerados.

Deu-se a aplicação da técnica *Mindfulness* (técnica de respiração diafragmática) onde foi ensinado a elas a respirarem melhor, ajudando na melhora do sono e no transtorno de ansiedade. Convidou-se os participantes a respirarem fundo e soltar lentamente para ajudar no relaxamento do corpo e da mente. Foi orientado a começarem fazer pelo menos uma vez ao dia ou sempre que possível.

[...] já tinha feito essa técnica no CCPI com uma psicóloga e achei muito bom você trazer pra gente. (P6)

[...] “Respirei tão bem agora que esqueci até que tenho vivido momentos difíceis, pena que o barulho aqui de casa me atrapalhou”. (P11)

Ao chegar a terceira idade encontra-se diversos desafios o qual se faz necessário buscar melhorar, seja a saúde física ou emocional, buscar dormir melhor, manter uma alimentação mais leve e saudável e praticar alguma atividade de lazer (Vecchia, et al., 2005).

Fortalecendo o Bem-Estar Emocional na Terceira Idade: O Papel da Rede de Apoio Familiar e das Ferramentas Digitais.

O terceiro encontro com os idosos do ESF e do CCPI foi seguido o modelo pré-estruturado para o processo de educação em saúde falando sobre práticas de bem-estar físico e emocional para melhoria da qualidade de vida e estratégia de enfrentamento.

Inicialmente cada um falou como estão e como passou a semana, falando sobre o que tem sentido, discutindo seus sentimentos, expectativas em relação à qualidade de vida e redução da ansiedade. Esse momento foi significativo, pois permitiu perceber que, em curto período e com apenas dois encontros online, já é possível notar melhorias notáveis. Com base nas ponderações a seguir:

{...} "A ansiedade é um furacão em minha vida, tem dias que não durmo bem, tem hora que fico com muita saudade do meu povo que já se foram, sinto um tremor no corpo e fico sem ânimo, mas logo tento seguir o que você falou e tem me ajudado a melhorar" [...]. (P1)

[...] "É impressionante como a simples prática de respirar melhor pode fazer tanta diferença. Desde que comecei a fazer isso na minha rotina, sinto que meus pensamentos estão mais organizados e que consigo lidar melhor com as preocupações do dia a dia. Ah, e dormir? Nem se fala! Tenho dormido melhor, coisa que não acontecia há tempos." (P4)

[...] "Eu gostei muito daquela aula sobre ansiedade, pois não tenho dormido bem e os pensamentos muito acelerados, depois desse momento comecei a fechar meus olhos e tirar um tempinho para relaxar meu corpo e minha mente como você falou, e tem me ajudado, também estou fazendo caminhada. Tenho uma filha a do meio que é minha "psicóloga", é a que eu sou mais apegada e que me escuta e me ajuda, tudo que ela me orienta eu faço e fico melhor" [...]. (P13)

A rede de apoio familiar é fundamental na reconstrução do bem-estar emocional; o apoio dos amigos e principalmente dos profissionais de saúde para que favoreça um maior bem-estar, ajudando a equilibrar a vida. É preciso ocupar a mente com algo que faça sentido para cada um, seja a prática de atividade física, uma prática esportiva,

caminhar, ir à academia, hidroginástica, ir à casa de um vizinho conversar, ligar para os filhos e netos, para quem gosta, praticar o crochê, a pintura, a costura. Tudo isso são práticas que ajudam a melhorar o bem-estar.

Foi orientado sobre a importância de usar as ferramentas digital móvel com segurança e entender que é uma alternativa que conecta a outras pessoas, sendo observado que a maioria utiliza as redes sociais e as vêem de forma positiva, pois em seus relatos é colocado que ajudam a estarem conectados aos filhos, netos e amigos, e que diminuem o sentimento de solidão muitas vezes desenvolvidos por não terem mais tantos amigos para conversarem e estarem muitas vezes sozinhos.

Com a possibilidade hoje de fazer uma chamada de vídeo pelo *smartphone* (celular) tem as deixado melhor, pois permite quando estão com saudades de alguém, não mais desenvolver pensamento ruminantes e negativos, mas sim, ligarem para alguém e conversarem.

Postulou-se a importância do cuidado com as informações que são inseridas nos grupos de WhatsApp, e não acreditar em tudo que estão sendo inseridas ali. Na dúvida, é importante perguntar a alguém da rede de apoio para auxiliar a entender mais. Utilizar as mídias digitais é importante pois possibilita maior autonomia e adquirir mais informações, aprendendo coisas novas e desenvolvendo novas habilidades.

[...] “esse momento é muito raro e que deveria acontecer mais vezes, pois tem ajudado muito no meu dia a dia e que se fosse para estar indo ao Centro de convivência da pessoa Idosa (CCPI) muito provavelmente não estaria participando, pois não tem quem me leve e andar muito me causa dores, sendo online é melhor para mim” [...]. (P3)

[...] “Eu sempre digo que uma mente ocupada é uma mente saudável. Pra mim, a prática do crochê tem sido uma terapia e tanto, me faz relaxar e me traz alegria, [...] também aprendi a usar essas ferramentas digitais com segurança, e isso tem sido maravilhoso. Consigo me conectar com meus netos e até com alguns amigos que estão longe. Não me sinto mais tão sozinha em casa, e isso faz toda a diferença.” (P8)

“Sabe, meu filho, a família é o pilar na vida da gente. Desde que passei por problemas de saúde, notei o quanto o apoio da minha família foi essencial para minha recuperação. Além disso, a ajuda dos profissionais de saúde tem sido fundamental

para equilibrar minha vida. Isso que você tem feito, queria que fosse sempre. Agora, para ocupar minha mente, adotei a prática da terapia em grupo e hidroginástica, e olha, isso tem me ajudado muito. Precisamos nos apegar aquilo que nos faz feliz."
(P12)

"Eu aprendi a pintar em toalha com a minha mãe a um bom tempo e isso tem me feito bem. Sinto que hoje minha mente está mais tranquila e equilibrada. E acredite, a tecnologia também tem me ajudado, pois quando converso com meus amigos e família, fico em paz. Eu estava um pouco com medo no começo, mas agora vejo o quão positivo é usar essas ferramentas digitais com segurança. Consigo me conectar com meus amigos, e até fiz novas amizades virtuais. Não podemos deixar a solidão nos abater, né? Temos que buscar formas de estar próximos, mesmo que seja à distância." (P14)

É fundamental recordar os momentos positivos, desprender-se dos negativos e deixá-los para trás. Focar nas experiências desfavoráveis do passado apenas intensifica o desconforto emocional e amplia os sintomas da depressão. Da mesma forma, evitar pensar de forma excessiva no futuro só contribui para o crescimento da ansiedade. Portanto, é importante cultivar a habilidade de viver o presente, buscando o equilíbrio emocional e mental (Derhun et al., 2018).

A utilização de medicamentos pode ser necessária em certos casos, sob supervisão médica ou de um especialista qualificado. O suporte psicológico é de extrema importância para enfrentar pensamentos recorrentes e negativos; expressa sentimentos auxilia no alívio de angústia emocional, evitando possíveis manifestações psicossomáticas. Além disso, a adoção de práticas integrativas também desempenha um papel fundamental para o bem-estar geral (SÃO PAULO, 2014).

[...] "A dor eu tiro de letra, mas a ansiedade é muito difícil controlar, tomo medicação para ansiedade, já fiz de tudo para tirar essa medicação, mas não tem jeito, nunca fiz terapia, só tomava os medicamentos, mas agora estou ouvindo suas palavras e colocando em pratica, [...] não adianta só ouvir e não praticar, o que você fala parece que é para mim, tem me ajudado no meu dia a dia, estou fazendo de tudo para melhorar, agora estou passeando mais com meus filhos, pois antes não queria

nem sair por medo de ficar ansiosa, agora estou saindo e tem me feito muito bem”.

(P1)

[...] “Aqui compartilho minhas dores e meus problemas e isso tem me ajudado a lidar melhor comigo, o importante é não parar no tempo, é preciso ocupar o tempo com coisas boas e sempre tentar fazer algo por si, problemas teremos sempre mas tenho aprendido a lidar com as diferenças e com os problemas para poder me sentir melhor”

[...]. (P14)

Envelhecer com qualidade de vida implica cuidar tanto da saúde física como da emocional. Isso inclui adotar comportamentos positivos, manter conexões sociais significativas e buscar informações saudáveis de forma autônoma. O encerramento desse processo foi realizado através da prática de Mindfulness, que envolve a meditação guiada e o auxílio de uma música ambiente para promover o relaxamento tanto do corpo quanto da mente (Pedone, 2019).

A dor emocional é uma experiência que todos enfrentam em algum momento da vida, assim como a dor física.

No Quarto e último encontro do processo de educação em saúde, foi iniciado com o acolhimento as idosas, ouvindo os seus relatos da semana e seus sentimentos do momento. Foi trabalhado o tema da dor e depressão, colocando sobre a diferença entre tristeza e depressão. Também foi dado um feedback por elas sobre os momentos.

A dor física você toma um medicamento e alivia ou passa, porém a dor emocional precisa trabalhar diariamente para que melhore os pensamentos e as angústias. Existe uma diferença entre tristeza e a depressão, na depressão apresenta-se sintomas como não conseguir fazer mais as mesmas coisas que fazia antes, o descuido com os cuidados básico como tomar banho diário, deixar de se alimentar, de fazer as atividades, problemas com o sono (Azevedo, 2015).

No entanto a tristeza pode ocorrer em algum momento da vida, ela é uma emoção necessária que é desencadeada quando se passa por momentos difíceis. Algumas relatam sobre isso nos trechos:

[...] Queria que os profissionais se importassem mais em nos ajudar, pois em poucos encontros nos ajudou muito a melhorar e entender sobre nossa saúde. A tristeza é algo que ninguém quer sentir né? Mas é assim mesmo, só precisamos deixar ela passar." [...] (P1)

[...] Todos nós temos nossos momentos de tristeza ao longo da vida, mas percebi que a depressão é algo mais profundo e duradouro. Ela pode nos fazer perder o interesse em coisas que antes nos traziam alegria. A família é muito importante nessas horas. Conversar com pessoas que realmente nos escutam e se importam faz toda a diferença". (P7)

Obrigado por nos escutar e ajudar, não foi fácil no início, ligava o microfone quando não devia (sorriu), mas aos poucos com paciência vamos aprendendo. Se as pessoas tivessem paciência de nos ensinar, seria muito bom. [...] (P12)

[...] Obrigado por me ensinar a respirar melhor. Agora toda noite antes de dormir, sento um pouco na cama e respiro com os olhos fechados, depois rezo e vou dormir. Isso diminuiu meus pensamentos negativos que tinha quando deitava. (P1)

Após a meditação, algumas pessoas compartilharam que sentiram uma melhora significativa em seu bem-estar, sentindo-se mais serenas e tranquilas. Eles relataram uma redução nos pensamentos acelerados e uma melhoria na qualidade do sono. Em seguida, houve um momento de canto, no qual aqueles que se sentiram à vontade cantaram trechos de músicas que gostaram. O encontro foi finalizado com expressões de gratidão.

5.3 Pós-Teste

A terceira etapa da pesquisa se deu em cinco encontros, entre o 25º ao 30º. Foram aplicados novamente os questionários e a entrevista para coletar os dados pós processo de educação em saúde, afim de comparar os dados obtidos com a primeira coleta, tendo o intuito de verificar se houve mudanças significativas na amostra selecionada.

A tabela quatro aponta os resultados comparativos, analisando os dois momentos específicos relacionados a cada instrumento investigado nos dois momentos de aplicação sendo: qualidade de vida (SF-36), depressão (PHQ-9) e ansiedade (BAI). Foi investigado como esses momentos se manifestam, e como eles impactam a vida das pessoas idosas. Ao estabelecer uma comparação entre esses dois momentos, obteve-se os escore de mediana, valor de p e o intervalo interquartil para comparação *Wilcoxon*. Segue a tabela com os escores obtidos na segunda aplicação dos instrumentos.

Tabela 4. Dados comparativos dos dois momentos dos instrumentos de Qualidade de vida (SF-36)

VARIÁVEIS DOMINIOS	MEDIANA IQQ (1ª APICAÇÃO)	MEDIANA IQQ (2ª APICAÇÃO)	VALOR DE p
CAPACIDADE FUNCIONAL	77,50 (47.50-85.00)	80,00 (61.25-85.00)	0,254
LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS	87,50 (37.50 -100.00)	100,00 (100.00-100.00)	0,033
DOR	51,00 (41.00-61.50)	51,00 (51.00-62.00)	0,724
ESTADO GERAL DE SAÚDE	72,00 (52.75-87.00)	84.50 (68.25-90.75)	0,007
VITALIDADE	65,00 (55.00-80.00)	80,00 (75.00-88.75)	< 0,001
ASPECTOS SOCIAIS	75,00 (62.50-87.50)	87.50 (75.00-100.00)	0,029
LIMITAÇÃO POR ASPECTOS SOCIAL	100,00 (66.60-100.00)	100,00 (100-100)	0,058

SAÚDE MENTAL	72,00 (57.00-80.00)	86,00 (73.00-92.00)	< 0,001
---------------------	------------------------	------------------------	---------

Fonte: Dados Do Pesquisador (Elaborado em 2023).

Legenda: Variáveis continua: mediana e intervalo interquartil. Para comparação Wilcoxon. (AP.1 aplicação 1 – AP2 aplicação 2).

Analisando estatisticamente a tabela, foi comparado os valores dos domínios de qualidade de vida, primeira aplicação (AP.1) com segunda aplicação (AP.2). O primeiro domínio analisado foi **capacidade funcional**, obtendo em AP.1 mediana: 77,50, com intervalo interquartil (47.50-85.00) e AP.2 mediana: 80,00 com intervalo interquartil (61.25-85.00). A comparação desses dois momentos mostra que a mediana da primeira aplicação é ligeiramente menor do que a mediana da segunda aplicação. No entanto, o valor de p 0,254 indica que essa diferença não é estatisticamente significativa.

O domínio **limitação por aspectos físicos**, apresenta em AP.1 mediana: 87,50, e com intervalo interquartil (37.50-100.00) e AP.2 mediana: 100,00, com o intervalo (100.00-100.00). Comparando esses dois momentos, observa-se que a mediana em AP.1 é menor do que a mediana de AP.2, e que o valor de p 0,033 indica que essa diferença é estatisticamente significativa, ocorrendo essa mudança pós processo de educação em saúde, havendo uma melhora significativa nos aspectos da vida social, elevando os padrões de comportamentos positivos. Visto que no final do processo de educação em saúde a maioria das idosas relataram um melhor desempenho nesse domínio, sendo confirmando pelos dados obtidos.

Já se referindo a categoria **dor**, representado na tabela por AP.1 mediana: 51,00 e intervalo (41.00-61.50) e AP.2 mediana: 51,00, intervalo (51.00-62.00). Ao comparar esses dois grupos, observa-se que as medianas são iguais, indicando que não há diferença estatisticamente significativa entre as duas categorias. Além disso, o valor de p 0,724, é maior que 0.05, não havendo diferença estatisticamente significativa.

No domínio **Estado Geral de Saúde**, obteve na AP.1 mediana: 72,00, intervalo (52.75-87.00) e AP.2 - mediana: 84,50, e intervalo (68.25-90.75). Observa-se que a mediana de AP.1 é menor do que a mediana de AP.2, sendo p <0,007 estatisticamente significativo, obtendo uma melhora no estado geral de saúde entre os dois momentos.

Em **vitalidade**, descrita por AP.1 mediana: 65,00, intervalo (55.00-80.00) e AP.2 mediana: 80,00, intervalo (75.00-88.75). Ao comparar esses dois momentos,

observamos que a mediana de AP.1 é menor do que a mediana de AP.2, sendo estatisticamente significativa, com $p < 0,001$.

Os valores entre o domínio **aspectos sociais**, foi obtido na AP.1 mediana: 75,00 e intervalo (62.50-87.50) e AP.2 mediana: 87,50 com intervalo (75.00-100.00). Comparando esses dois momentos, obtemos o valor de $p < 0,029$. Sendo assim, foi observado que a mediana de AP.1 é menor do que a mediana de AP.2, e essa diferença é estatisticamente significativa, conforme indicado pelo valor de p inferiores a 0.05.

Percebe-se com base nos dados obtidos pós processo de educação em saúde que os idosos buscaram melhorar sua rede de contato com amigos e familiares, bem como começaram a buscar participar mais de grupos sociais que já haviam participado antes, ajudando a combater a solidão e promovendo saúde mental.

Já comparando a categoria **limitação por aspectos emocionais**, direcionado por AP.1 mediana: 100,00 com intervalo de (66.60-100.00) e AP.2 mediana: 100,00, intervalo (100-100). Ao comparar essas duas aplicações, observa-se que as medianas são iguais e a diferença não é estatisticamente significativa, como indicado pelo valor de p 0,058.

Por fim, ao comparar a categoria **saúde mental**, AP.1 mediana: 72,00 e intervalo de (57.00-80.00) e AP.2 mediana: 86,00, com intervalo (73.00-92.00). Ao comparar esses dois momentos, observa-se que a mediana de AP.1, é menor do que a mediana de AP.2, e que a diferença é estatisticamente significativa, com valor de $p < 0.001$.

Observa-se com o resultado comparativo a melhoria significativa em cinco dos oito domínios para qualidade de vida, sendo eles: limitação por aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental.

A melhora nesses domínios pode se justificar pela aderência dos idosos nas práticas de autocuidado e na procura por melhores condições de saúde, entendendo a que sua maioria já participa de atividades em centros de cuidados para idosos, como é o caso do centro de convivência da pessoa idosa, e outros que não tinha muito aderência aos serviços, começaram a trilhar um caminho em busca dessas práticas.

A pessoa idosa precisa de autonomia, porém para isso é necessário orientação e informação, sendo necessário para isso que os profissionais de saúde articulem e

promova em suas práticas a inclusão dessa fase da vida com mecanismos de aproximação para empoderar essa população.

Por consequência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a importância dos programas de envelhecimento ativo para melhorar a qualidade de vida dos idosos, enfatizando que tanto as iniciativas que promovem a saúde mental e as sociais quanto as práticas que aperfeiçoem as condições físicas são fundamentais (Ribeiro; Paúl, 2011).

A abordagem do envelhecimento ativo também enfatiza a participação dos idosos na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e habilidades. Além disso, busca proporcionar segurança, proteção e cuidados adequados quando necessário (OMS, 2005). Para alcançar um envelhecimento bem-sucedido, é essencial que a família e os amigos estejam presentes, bem como a participação ativa dos idosos no exercício da cidadania em diversos contextos sociais (Ribeiro; Paúl, op cit.).

Tabela 5. Dados comparativos dos dois momentos dos instrumentos PHQ-9 e BAI.

VARIAVEIS	MEDIANA / IQQ (1ª APLICAÇÃO)	MEDIANA / IQQ (2ª APLICAÇÃO)	P
PHQ-9	3,50 (1.25 - 5.00)	1,50 (0.00 – 2.00)	< 0,001
BAI	7,50 (5.00 – 9.75)	4,00 (2.00 – 5.50)	< 0,001

Fonte: Dados Do Pesquisador (Elaborado em 2023).

Legenda: Variáveis continua: mediana e intervalo interquartil. Para comparação Wilcoxon.

Análise estatística dos valores entre as categorias da primeira aplicação e segunda aplicação do **PHQ-9** para depressão sinalizado na tabela por (AP.1 e AP.2). Comparando os valores de medianas, o intervalo interquartil (Q1-Q3) e o valor de p, sendo AP1 mediana: 3,50 com intervalo (1.25 - 5.00) AP.2: mediana: 1,50, intervalo (0.00 – 2.00), nota-se que a mediana da primeira aplicação é maior do que a mediana da segunda aplicação, havendo uma diminuição de sintomas após o processo de educação

em saúde, sendo essa diferença estatisticamente significativa, conforme indicado pelo valor de $p < 0.001$, inferior a 0.05.

No que se refere ao instrumento psicométrico **BAI** para avaliação dos sintomas ansiosos, foi comparado também os dois momentos, sendo AP.1: mediana: 7,50, com intervalo (5.00 – 9.75) e AP.2: mediana: 4,00, intervalo (2.00 – 5.50). Ao comparar esses dois momentos de aplicação, observa-se que a mediana da primeira aplicação é maior do que a mediana da segunda aplicação, havendo uma diminuição de sintomas após o processo de educação em saúde, sendo essa diferença estatisticamente significativa, conforme indicado por $p < 0.001$, inferior a 0.05. Portanto, tanto para o PHQ-9 (depressão) como para o BAI (ansiedade), há diferenças estatisticamente significativas entre as categorias AP.01 e AP.2.

Observa-se com o resultado comparativo para os dois momentos de aplicação tanto para o PHQ-9 quanto para o inventário de ansiedade de Beck (BAI), uma melhora significativa, podendo constatar que essa melhora foi possível após o processo de educação em saúde, onde desempenhou um importante papel na redução dos sintomas depressivos e ansiosos nos Idosos.

Percebe-se que quando as pessoas recebem informações adequadas sobre cuidados com a saúde, elas podem ter uma compreensão melhor do que estão enfrentando, favorecendo a diminuição de sintomas físicos e emocional.

Provocando melhor desempenho nas esferas de sua vida, como a social, familiar, religiosa entre outras que possam ser significativas para essa população e que por desordem emocional ou baixa qualidade de vida, interfere em sua rotina. Nos últimos anos, a internet tornou-se uma ferramenta importante nas campanhas de saúde, como um recurso para fornecer informações à população, como também vem proporcionando interação e saúde a população idosa (Khalaila et al., 2018).

A importância do cuidado com a saúde na terceira idade é fundamental para assegurar uma vida mais saudável e duradoura para os idosos. Nesse período da vida, ocorreram manifestações no corpo e na saúde, e é tolerado compreendê-las e enfrentá-las de maneira adequada (Seabra et al., 2019).

Além disso, a educação em saúde pode ajudar a desmistificar crenças errôneas sobre a saúde mental, aceitação ou estigma associado a esses transtornos. Através da educação em saúde, as idosas puderam aprender estratégias e habilidades de enfrentamento para lidar com os sintomas depressivos e ansiosos, incluindo técnicas relaxamento, de alongamento, exercícios físicos, melhoria da qualidade do sono,

práticas de autocompaixão, entre outros. Ao adquirir essas habilidades, elas passaram a se sentir mais capacitadas para lidar com os desafios relacionados à saúde mental.

Para isso é preciso capacitar para ser capaz de prevenir doenças, além de promover educação em saúde de uma maneira acessível, utilizando as mídias ou aplicativos de saúde, o qual se faz necessário atualmente a busca constante por parte dos profissionais de saúde (Santos et al., 2017).

Todas as informações coletadas dos idosos na última pergunta, durante a entrevista com questões abertas, foram suporte para o avanço da análise e interpretação do resultado. Após as transcrições emergiu uma categoria de análise: percepção do processo de educação em saúde por meio das redes sociais.

Quadro 4. Análise temática da última pergunta aberta da entrevista semiestruturada.

Ideia central:	Análise Temática:
Percepção do processo de educação em saúde por meio das redes sociais	<p>P1 [...] "Viver esse momento no grupo de saúde pelas redes sociais foi uma ótima experiência. Pude compartilhar minhas experiências e ouvir as outras, o que fez toda a diferença para nos ajudar."</p> <p>P2 [...] é importante poder trocar informações sobre saúde e do nosso dia com outras pessoas pelo <i>WhatsApp</i>. Nos ajudamos mutuamente e aprendemos a adotar hábitos mais saudáveis para nossa saúde." [...]</p> <p>P3, P6, P7, P8, P10, P12 e P18 [...] "Foi muito bom, pois nos ajudou a melhorar, falando o que senti e por ser pelo <i>WhatsApp</i> todos podemos participar, pena que não se vê isso sempre, mas foi um processo transformador."</p>

	<p>P5 [...] “Ah, sem dúvida a educação em saúde pelas redes sociais trouxe informações importantes que eu nem sabia que precisava. Hoje me sinto mais consciente sobre o que fazer para melhorar minha saúde e olha que já melhorei bem mais da ansiedade em poucos momentos.</p> <p>P6 [...] aprendi muitas dicas úteis através do nosso bate-papo no <i>WhatsApp</i>. Sinto que ganhei muito e que estou buscando ter mais qualidade de vida, as vezes só precisamos de alguém para nos ajudar.</p> <p>P8 “Antes eu tinha medo de falar sobre meus problemas de saúde, mas nas redes sociais encontrei um ambiente acolhedor onde posso desabafar e receber apoio.”</p> <p>P9, P11 e P17 [...] ah, eu notei que esses momentos através das redes sociais me fizeram perceber o quanto eu não cuidava bem de mim, e que pequenas mudanças no meu dia a dia podem nos ajudar muito.”</p> <p>P18 [...] “Vejo as redes sociais hoje, uma fonte de aprendizado, mesmo depois de resistir a não entrar nela. Nos grupos descubro novas maneiras de cuidar da minha saúde e aumentar o bem-estar e aqui no grupo eu pude melhorar sintomas de ansiedade e depressão.” [...]</p>
--	--

Nessa categoria as respostas obtidas foram unânimes entre as idosas, demonstrando o quanto o processo de educação em saúde ajudou na melhoria do bem-estar emocional e da qualidade de vida, proporcionando troca de experiência, novos aprendizados e momentos de interação.

Assegurar que os idosos tenham acesso a recursos e oportunidades para melhorar sua saúde e bem-estar é de extrema importância. Diversos fatores, como saúde física e mental, relações sociais, nível de atividade física, fonte de renda, acesso a cuidados médicos e acompanhamento, podem influenciar diretamente na qualidade de vida dos idosos. Por essa razão, é essencial adotar medidas como a de educação em saúde para otimizar esses elementos (Liu et al., 2016).

Portanto, ao integrar a população idosa no mundo virtual e mantê-los informados sobre assuntos relacionados ao seu bem-estar, estamos fornecendo um poderoso incentivo para promover sua participação ativa na sociedade, ao mesmo tempo em que oferecemos uma valiosa ferramenta para a promoção da saúde (Moura, 2017).

Além disso, a promoção da interação social é uma vantagem adicional: as plataformas de mídia social e as comunidades online podem auxiliar os idosos a manterem-se conectados com suas famílias e amigos, além de permitirem que interajam com outras pessoas que inspiraram interesses semelhantes. Acesso a informações de saúde personalizadas também é possível: portais e aplicativos online podem fornecer aos idosos dados personalizados sobre sua saúde e bem-estar, incluindo dicas sobre como manter um estilo de vida ativo e saudável (Castro et al., 2019).

Quadro 5: Plano de intervenção: Educação em Saúde para Idosos através do *Smartphone*.

Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> Promover o processo de educação em saúde para idosos virtualmente, utilizando o aplicativo WhatsApp como ferramenta de comunicação.
Passo 1: Planejamento inicial	<ul style="list-style-type: none"> Definir o lugar de rastreio da amostra e constatar os idosos. Realizar encontros iniciais de forma presencial para geração de vínculo com os idosos e apresentação do plano a ser desenvolvido (sendo necessário os encontros presenciais para estabelecer um rapport). Colher e Identificar as necessidades e carência de informação para o processo de educação em saúde específica para o grupo. Após isso, definir os assuntos relevantes, como por ex: ansiedade, depressão, qualidade de vida, entre outros. Estabelecer uma equipe ou sozinho que seja responsável pela

	<p>intervenção, composta por profissionais de saúde.</p>
Passo 2: Organização dos participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Dividir os idosos em grupos de até 8 participantes para facilitar a comunicação e interação e pela limitação de componentes na chamada. • Considerar características semelhantes entre os participantes, como faixa etária, interesses em comum ou condições de saúde, para formar grupos coesos e proporcionar uma melhor troca de experiências.
Passo 3: Definição do formato das intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer um cronograma de intervenções, definindo a periodicidade das atividades e a duração das sessões. • Utilizar o grupo do WhatsApp para compartilhar materiais educacionais, como vídeos, imagens, folhetos informativos, infográficos e links relevantes. • Elaborar mensagens claras e de fácil compreensão, evitando linguagem técnica excessiva e priorizando o uso de linguagem acessível aos idosos. • Incentivar a participação ativa dos idosos, estimulando perguntas, dúvidas e compartilhamento de experiências.
Passo 4: Conteúdo das intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar os tópicos previamente definidos de forma estruturada e didática e da oportunidade dos Idosos se expressarem livremente. • Proporcionar orientações práticas sobre saúde mental, hábitos saudáveis, dicas de autocuidado, sugestões de exercícios físicos simples e adequados à faixa etária, entre outros. • Estimular a interação entre os participantes, incentivando a troca de experiências e o apoio mútuo.

Passo 5: Monitoramento e avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Acompanhar o engajamento e a participação dos idosos nas intervenções após o segundo momento de educação em saúde, verificando se estão compreendendo o conteúdo apresentado e se sentem confortáveis em compartilhar suas dúvidas e experiências, bem como se estão aplicando no dia a dia.
---	--

Esse plano de ação foi elaborado com o propósito de incentivar possíveis aplicação por outros profissionais que buscam trilhar caminhos para saúde do idoso. Apresenta-se em 5 passos que podem ser verificados: planejamento inicial, organização dos participantes, definição do formato das intervenções, conteúdo das intervenções e monitoramento e avaliação. Cada passo foi pensado e elaborado para atingir os objetivos propostos. Também pode ser aplicado por profissionais da saúde no SUS nas políticas públicas de assistência à saúde do idoso, para que haja maior ganhos a esse público que muitas vezes é excluído das intervenções com o auxílio das mídias digitais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se melhorias com a utilização da tecnologia digital móvel e das redes sociais digitais no processo de educação em saúde. Os depoimentos das idosas revelaram melhorias a saúde mental e na qualidade de vida, e que as mídias digitais proporcionaram acesso à informação de saúde, maior autonomia e melhora na saúde emocional. Além disso, por meio da aplicação dos instrumentos psicométricos, foi possível acompanhar a presença de sintomas de depressão e ansiedade na amostra de estudo, havendo uma diminuição significativa dos achados após o processo educativo.

Com o uso do *smartphone* foi possível identificar que a tecnologia digital auxilia na saúde emocional e na qualidade de vida dos idosos, com conhecimento mais aprofundado, tendo benefícios e desafios dessa abordagem. Foi possível perceber também como especulado nos objetivos que a rede social mais utilizada pelos idosos é o *WhatsApp* pela facilidade de uso, tendo como motivação a comunicação com familiares e amigos.

Durante as intervenções, percebeu-se a necessidade de estabelecer um vínculo maior com elas antes da coleta dos dados para que sentissem confiança no processo que estava sendo construído e que pudesse aderir ao processo de educação em saúde de forma virtual, entendendo que para algumas existem dificuldades de acesso e manuseio do aparelho celular e das mídias digitais por não serem da geração dos nativos digitais, sendo sanado com o processo.

Portanto, com base nos resultados obtidos, pode-se concluir que a utilização da tecnologia digital aplicada à educação em saúde apresenta um impacto positivo no bem-estar emocional dos idosos. O acesso facilitado à informação, a autonomia proporcionada pelas tecnologias e a interação social nas redes sociais criaram para a promoção de práticas saudáveis desses idosos, diminuindo o sentimento de solidão e aumentando sua rede de comunicação.

Entretanto houve limitações no estudo, visto que no período da coleta ainda estávamos vivendo a emergência sanitária de saúde do COVID-19, fazendo com que algumas idosas desistissem dos encontros por estarem vivendo o luto da perda de pessoas próximas, e não estarem preparadas para participar do momento, como também o medo do adoecimento e pela falta do *smartphone* e da internet.

Esses achados sugerem que a tecnologia digital desempenha um papel importante na melhoria da qualidade de vida e no suporte emocional dos idosos,

ressaltando sua força como recurso na área da saúde coletiva e das políticas públicas. Podendo ser abordado essa pesquisa nas capacitações de profissionais de saúde para aplicação em idosos. Se faz necessário que haja mais intervenções como essa voltado para o público idoso para que possa subsidiar novas pesquisas na área.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A.S.; AFONSO, R.M.; VERDE, I. Sintomatologia psicopatológica em idosos institucionalizados. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 21, n.1, p. 137-143, jan. 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, V. S; GUERRA, C. S; MORAES, M. N; BRAGA, L. S. J. B; SILVA, M. D. Nexus and challenges of health education for elderly in primary care. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 7, n. 5, p. 1311- 1318, maio. 2013.

ARRAIS, A.R.; ARAUJO, T.C.C.F.; SCHIAVO, R.A. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n.4, p. 711-729, out./dez. 2018.

AZEVEDO, M. S. A. **O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa**. 2015. 92p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Comunitária)- Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2015. Disponível em <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10776/1/marta%2020%20de%20abril%20-%20tese%20final%20-%20pdf.pdf>> Acesso em: 19 Maio 2023.

BALTES, P. B.; SMITH, J. Novas Fronteiras para o Futuro do Envelhecimento: da velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. Tradução de Anita Liberalesso Neri. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 17, n. 36, p. 7-31, jun. 2006. Disponível em: <https://portal.sescsp.org.br/online/artigo/8716_NOVAS+FRONTEIRAS+PARA+O+FUTURO+DO+ENVELHECIMENTO+DA+VELHICE+BEM+SUCEDIDA+DO+IDOSO+JOVEM+AOS+DILEMAS+DA+QUARTA+IDADE>. Acesso em 19 Maio 2023.

BARBIER, R. **A Pesquisa-ação**. Tradução: Lucie D. Brasília, DF: Liber Livro Editora, 2007. 159 p.

BARROS, José D'Assunção. **O campo da história: especialidades e abordagens**. Petrópolis: Vozes, 2004. 223 p.

BARROS, A. S. X. et al. A Educação no entardecer da vida. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ**, v.29, n.113, p. 1115-1135, 2021. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/S0104-403620210002902496>>. Acesso em: 01 ago. 2023.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Tradução: Luís A. R. Augusto P. 70. ed. São Paulo: Edições, 2016. 141 p.

BEE, H. L.; MITCHELL, S. K. **A pessoa em desenvolvimento**. Tradução de Jamir M. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde: Brasil. Brasília, DF. 2006. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf>. Acesso em: 19 Maio 2023.

_____. Decreto Presidencial no 8.114, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o compromisso nacional para o envelhecimento ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. **Diário Oficial da União**, Brasil, 01 out. 2013. p. 01.

_____. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5NQ==>>. Acesso em: 20 dez. 2022.

_____. Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 3 abr. 2014.

_____. Ministério da Educação. Depressão é uma das principais causas de suicídio, aponta entidade internacional. **Gov.br**. Brasília, DF, 24 set. 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/depressao-e-uma-das-principais-causas-de-suicidio-aponta-entidade-internacional>>. Acesso em: 17 maio 2022.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, , n. 204, p. 55, Seção 11, 24 out. 2011.

CAETANO, R. et al.. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 1-16, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTnYRw98Rz3drwpJf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 01 ago. 2023.

CAMPOS, Maryane; NETO, João. Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232-240, 2008. Disponível em: <<http://test.stoa.usp.br/articles/0016/4454/qualidade-vida-instrumentopromocao-saude.pdf>>. Acesso em 22 maio 2023.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Estatuto do Idoso: avanços com contradições**. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. 32 p. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1279/1/TD_1840.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2023.

CASTELLS, Manuel. **A galáxia da Internet: reflexões sobre a Internet, os negócios e a sociedade**. Trad. Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. 244 p.

CASTRO, A. et al. **Aceitação e adoção da internet entre idosos: um estudo de representações e práticas sociais**. 2019. 355 f. Tese (Doutorado em Psicologia)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/206268/PPSI0831-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>>. Acesso em: 22 maio 2023.

CERVERA, D. P. P; PARREIRA, B. D. M; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 1, p. 1547-1554, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700090>>. Acesso em: 06 fev. 2023.

CHEPE, LM; ADAMATT, D. Estudo sobre interação de idosos em redes sociais digitais. **Informática na educação: teoria & prática**: Porto Alegre, v. 18, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/InfEducTeoriaPratica/article/view/54486>>. Acesso em 02 dez. 2020.

CICONELLI R.M; FERRA, M.B; SANTOS W; MEINÃO I; QUARESMA M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

COES, M. C. R. Ansiedade: uma avaliação quantitativa de seus efeitos negativos sobre o desempenho no vestibular. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 7, n. 2, p. 137-147, 1991.

CORREIA, E.; ALMEIDA, A.; ROCHA, R. Mídias sociais e terceira idade: influência na prática de atividades físicas e recreativas. **Caderno Intersaberes**, v. 9, n. 17, p. 156-163, 2020.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009. 194 p.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas., 2000. 520 p.

DELLARMELIN, ML.; FROEMMING, LMS. **Vovôs conectados: análise da utilização das redes sociais pelos idosos**. XV Mostra de Iniciação Científica, Pós Graduação, Pesquisa e Extensão da UCS, Caxias do Sul, p. 1-10, 2015.

DOLL, J. Bem-estar na velhice: mitos, verdades e discursos ou a gerontologia na modernidade. **RBCEH-Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 3, n. 1, p. 9-21, 2006.

DOMÈNECH, A. J. et al. Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). **Journal of Affective Disorders**, v. 246, p. 82-88, abr. 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-affective-disorders>>. Acesso em 10 mar. 2022.

DUARTE, Y. A. O. **Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe**. 2005. 205 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2005.

ENRIA, G.; STAFFOLANI, C. Contradicciones de los discursos que dificultan la transformación de las prácticas de promoción a la salud. **Hacia la Promoción de la Salud**, v. 15, n. 1, p. 167–178, 2010. Disponível em: < <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1978>>. Acesso em: 20 maio 2021.

FARIAS, H. P. S. (org.). Saúde, meio ambiente e tecnologia no cuidado interdisciplinar. Rio de Janeiro: Epitaya, 2021. *E-book*. 119 p. ISBN 978-65-87809-22-9. Disponível em: <<https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/162/115>>. Acesso em: 22 maio 2023.

FALKENBERG, M. B, MENDES TPL, MORAES EP, SOUZA EM. Health education and education in the health system: concepts and implications for public health. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847- 852, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>>. Acesso em: 22 mar. 2021.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enfermagem**, v.21, n. 3 p. 513-518, jul. 2012. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tce/a/fMTQ8Hnb98YncD6cC7TTg9d/?lang=pt#> >. Acesso em 31 maio 2023.

FERREIRA, M.C. **Idosos internautas: a influência das redes sociais virtuais na qualidade de vida e relacionamentos familiares e sociais**. 2017. 113 p. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2017. Disponível em: < <https://locus.ufv.br//handle/123456789/18321>>. Acesso em 01 dez. 2020.

FELIZMINO, T. O.; BARBOSA, RB. Idosos e dependência de internet: uma revisão bibliográfica. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 120-127, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v7i1.1669> >. Acesso em 01 dez. 2020.

FLECK, M. P. A.; LIMA, A. F. B. S.; LOUZADA, S.; SCHESTASKY, G.; HENRIQUES, A.; BORGES, V. R.; CAMEY, S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2007. 76 p.

FRANCO, J. A.; SOUZA, DA. Inclusão digital para pessoas de terceira idade: a importância do acesso à informação. In: Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2015, Resende- Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...**Resende: Associação Educacional Dom Bosco, 2015. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos15/13722126.pdf> >. Acesso em 30 maio 2021.

GASQUE, KCGD. Internet, mídias sociais e as unidades de informação: foco no ensino-aprendizagem. **Brazilian Journal of Information Science: Research Trends**, v. 10, n. 2, p. 14-20, nov. 2016. Disponível em: <<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/bjis/article/view/5929/4139>>. Acesso em 05 mar. 2021.

GAUTÉRIO, D. P; VIDAL D. A. S; BARLEM, J. G. T; SANTOS, S. S. C. AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO PARA A PESSOA IDOSA: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 6, p. 224- 228, 2013. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12302>>. Acesso em: 08 abr. 2022.

GERRITSEN, D., et al. Act in case of depression: The evaluation of a care program to improve the detection and treatment of depression in nursing homes: Study protocol. **BMC Psychiatry**, v. 11, n. 91, p. 1-7, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-91>> . Acesso em 05 nov. 2022.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, SP: Atlas, 2002.

GOULART, D. **Inclusão Digital na Terceira Idade. A virtualidade como objeto e reencantamento da aprendizagem**. 2007, 196 p. Dissertação (Mestrado em Educação) -Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

GOUVEIA, O.M.R.; MATOS, A.D.; Schouten, MJ. Redes sociais e qualidade de vida dos idosos: uma revisão e análise crítica da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 1030-1040, 2016.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz, p. 32. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: 01 nov. 2022.

GOODMAN, L. Snowball sampling. *annals of mathematical statistics*. **Ana. Matemática. Estatista**, v. 32, n. 1, p. 148-170, mar. 1961. Disponível em: <<https://doi.org/10.1214/aoms/1177705148>> . Acesso em 01 dez. 2020.

GONTIJO, S. Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde (World Health Organization). Tradução Suzana Gontijo, Brasília- DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. p. 60. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2023.

GROSSI, G. et al. Positive technology for elderly well-being: A review. **Pattern Recognition Letters**, v. 137, p. 61-70, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.patrec.2019.03.016>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

GUARIENTO, M. E.; NERI, A. I. (Orgs.). **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo Fibra Campinas**. 1. ed. Campinas: Alínea, 2011. 304 p.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). **PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). **Cidades e Estados**. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.

KHALAILA, R.; VITMAN-SCHORR, A. Internet use, social networks, loneliness, and quality of life among adults aged 50 and older: mediating and moderating effects. **Quality of Life Research** , v. 27, n. 2, p. 479-489, 2018.

KIM, D. D., et al. Saber é prevenir: uma nova abordagem no combate ao câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15. n. 1, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700047>>. Acesso em: 16 jul. 2022.

KOBAYASHI, T. et al. Social Media Mediation System for Elderly People: Message Exchange Learning Type Switching Method. In: 19° International Conference on Network-Based Information Systems (NBIS). 2016. Ostrava, República Tcheca. **Anais eletrônicos...** Ostrava, República Tcheca: IEEE, 2016. Disponível em: <<https://ieeexplore.ieee.org/document/7789771>>. Acesso em: 05 mar 2023.

KOTAIT, I. **Editoração Científica**. São Paulo: Ática, 1981. 118 p.

LACERDA, M. S. et al. Ansiedade, estresse e depressão de familiares de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. 203-211, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016018903211>>. Acesso em: 05 abr. 2022.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 369 p.

LAMELA, D; BASTOS, A. COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O IDOSO: UMA REVISÃO DA INVESTIGAÇÃO. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 684-690, 2012. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/psoc/a/7rvmBBwGBHrzNL8RVG5Lcmr/?format=pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2023.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. DA C.. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1193–1204, 2009. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400025>>. Acesso em: 11 jun. 2023.

LEITE, C. Q; et al. Mídias sociais como recurso de educação em saúde na promoção de bem-estar da população idosa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.1, p.2962-2972. 2021.

LIMA, C. M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 745–757, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/LSPMQkP848xmvmv6NjhwHmv/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 01. ago. 2023.

LITVOC, Júlio e BRITO, Francisco Carlos de. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu. 2004. 226 p.
LOPES, M. S. V.; SARAIVA, K. R. O.; XIMENES, L. B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-468. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000300007>>. Acesso em: 22 jul. 2023.

MAIA, L. C.; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L. R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n.5, p. 650-656, 2004.

MARCHI, B. F.; ROSSETTI, C. B; COTONHOTO, L. A. Idosos e Redes Sociais Digitais: um estudo exploratório. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 21-40, 2020. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/94447>> . Acesso em: 15 set. 2021.

MARINHO L. M; VIEIRA M. A; COSTA S. M; ANDRADE J. M. O. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 104- 110, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/25714/24514>>. Acesso em: 11 jun. 2023.

MARTINS, C. et al. Fatores de risco em saúde mental: contributos para o bem-estar biopsicossocial dos profissionais da saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 3, p.21- 26, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3257/1/Martins%20C%20et%20al.pdf>> . Acesso em: 07 maio 2023.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: edição compacta**. São Paulo: GEN Atlas. 1996. 336 p.

MAZO, G. Z.; MOTA, J.; BENEDETTI, T. B.; BARROS, M. V. G. Validade concorrente e reprodutibilidade teste – reteste do questionário de Baecke modificado para idosos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 6, n. 1, p.5- 11, 2001. Disponível em: <<https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/912/1197>> . Acesso em: 11 nov. 2020.

MELO, R. H. V. DE .; AMORIM, K. P. C.. O idadismo no contexto do trabalho da Estratégia Saúde da Família: projeção de saberes ao tetragrama dialógico de Morin. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, n. 1 p. 1- 17, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.220209>>. Acesso em 12 jul. 2023.

MELLO, E; TEIXEIRA, MB. Depressão em idosos. **Revista Saúde UNG-SER**. v. 5, n. 1, p. 42-53,2011. Disponível em:

<<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/562/929>>. Acesso em: 22 maio 2023.

MIRANDA, L. M; FARIAS, FS. As contribuições da internet para o idoso: uma revisão de literatura. **Revista Interface - Comunicação, Saúde Educação**, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 383-394, 2009. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000200011>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. Ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 80 p.

MIRANDA, M. G.; RESENDE, A. C. A. Sobre a Pesquisa-ação na educação e as armadilhas do praticismo. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 11, n.33, p.511-565, 2006.

MOURA, T. **Iconografia de idosos em comunicações marcárias publicadas nas mídias sociais**. 2017. 226 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, 2017.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 898-906, 2005. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qv99KX4zGyNr8LrTNzyqN3D/>>. Acesso em: 05 nov. 2020.

NÓBREGA, I. R. A. P. et al. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n. 105, p. 536- 550, 2015.

OLIVEIRA, K. L.; SANTOS, A. A. S.; CRUVINEL, M.; LIBERALESSO, A. Relação entre Ansiedade, Depressão e Desesperança entre Grupos de Idosos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 351-359, 2006.

OLIVEIRA, A. M; POZER, M. Z; SILVA, T. A. PARREIRA BDM, SILVA SR. Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. **Revista Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 240- 245, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados domiciliares de longo prazo: relatório de um grupo de estudos da OMS**. Genebra, OMS, 2000. ONU - Organização das Nações Unidas. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42343>>. Acesso em 18 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: relatório de reunião, 30-31 de maio de 2001**. Organização Mundial da

Saúde. Genebra, OMS, 2001. ONU - Organização das Nações Unidas. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66955>>. Acesso em 18 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - **Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde / World Health Organization**; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em 08 fev. 2023.

PATROCINIO, W. P.; PEREIRA, B. DA P. DA C. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 375–394, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000200007>>. Acesso em: 19 maio 2023.

PEDONE, M. R. E. Envelhecimento saudável: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 16, n. 2, p. 50-50, 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170091> >. Acesso em: 08 fev. 2023.

PIMENTEL, L. S. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados: uma proposta de educação em saúde. 2021. 79 p. Monografia (Graduação em Enfermagem)- UniAGES Centro Universitário, Paripiranga, 2021. Disponível em: < <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/13905> >. Acesso em: 08 fev. 2023

RIBEIRO, O., CONSTANÇA, P. **Manual de envelhecimento**. Lisboa: Lidel, 2011. 256 p.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo, SP: Atlas, 2012.

REED, A. E.; CARR, D. C. Information and Communication Technology Use Is Related to Higher Well-Being Among the Oldest-Old. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 72, n. 5, p. 761-770, 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw130>>. Acesso em 15 ago. 2022.

ROOK, K. S. Social networks in later life: Weighing positive and negative effects on health and well-being. **Current directions in psychological science**, v. 24, n. 1, p. 45-51, 2015. Disponível em: < <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0963721414551364>>. Acesso em: 20 abr. 2021.

ROECKER S. E; NUNES, E. F. P. A; MARCON, S. S. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 46, n 3, p. 641-649, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100019&lng=em>. Acesso em 31 maio 2023.

ROCHA, F. S et al. Uso De Apps Para A Promoção Dos Cuidados À Saúde. In III SEMINÁRIO DE TECNOLOGIAS APLICADAS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE STAES, 2017. **Anais eletrônicos...** Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Brasil, 2017.

Disponível em < <https://www.revistas.uneb.br/index.php/staes/article/view/3832> >. Acesso em: 01 jun. 2023.

SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100027&lng=em>. Acesso em: 16 abr. 2022.

SEABRA, C. A. M. et al. Educação em Saúde como estratégia para Promoção da Saúde dos Idosos: Uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia** 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/198122562019022.190022>>. Acesso em 02 fev. 2023.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/TtG3vHtK7wSZcbZVHjHsGQH/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 01 jun. 2023.

SANTOS, I. S.; et. al., A. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1533-1543, 2013.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo, SP: Cortez, 2017. 274 p.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, 2004.

SILVA, A. A. F; OLIVEIRA, G. S; ATAIDES, F. B. Pesquisa-Ação: Princípios e Fundamentos. **Revista prisma**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 2-15, 2021. Disponível em: <<https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/39/30>>. Acesso em: 12 jul. 2023.

SILVA, K. M, Santos SMA, Souza, A. I. J. Reflexões sobre a Necessidade do Cuidado Humanizado ao Idoso e família. **Sau. & Transf. Soc.** V. 5, n. 3, p. 20- 24, 2014. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2423/3991>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

SKURA, I.; et al. Mídias sociais digitais e a terceira idade: em busca de uma ferramenta para a promoção da saúde. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 4, p.237-249, 2013.

STACHESKI, D. R. Idosos e a “A Nova Cara da 3ª Idade”: redes digitais, voz e a refração de estigmas sociais. In: Simpósio nacional da associação Brasileira de pesquisadores em cibercultura: Curitiba, 2013. **Anais eletrônicos...** Curitiba: Universidade Tuiuti do Paraná- UTP, 2013. Disponível em: <https://abciber.org.br/simposio2013/anais/pdf/Eixo_5_Entretenimento_Digital/25999arq00347896936.pdf>. Acesso em 02 dez. 2020.

TAVARES, G. P, et. al. Drogas, Violência e Aspectos Emocionais em Apenados. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 1, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/prc/a/gVC3kWkhWN3DyRk54dnz6PF/?lang=pt>>. Acesso em: 23 ago. 2021.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 1. ed. São Paulo, SP: Cortez: Autores Associados, 2009. 108 p.

TORRES, C. A bíblia do marketing digital. São Paulo: Novatec, 2012, 113 p.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n.3, p. 246-252, 2005. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300006>>. Acesso em: 31 maio 2023.

WASSERMAN, C. *et al.* Redes sociais: um novo mundo para os idosos. **Revista Rernote: novas tecnologias na educação**, Porto Alegre, v. 10, n.1, p. 1-10, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/renote/article/view/30863/19222>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

APÊNDICE A – PRODUTOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O PERÍODO DO MESTRADO.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC
MESTRADO ACADÊMICO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado: Utilização Das TIC no Processo De Educação em Saúde para o Bem-Estar Emocional de idosos: Pesquisa-Ação, cujo pesquisador responsável é José Lury Ferreira Pires. Para tanto você precisará assinar o TCLE que visa assegurar a proteção, a autonomia e o respeito aos participantes de pesquisa em todas as suas dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual – e que a estruturação, o conteúdo e forma de obtenção dele observam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos preconizadas pela Resolução 466/2012 e/ou Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde. O projeto tem como objetivo geral: avaliar o impacto da utilização da tecnologia digital aplicada a educação em saúde e no bem-estar emocional. Tem como objetivo específico: Analisar a visão dos idosos referente a utilização das TDM e das RSD como ferramenta de acesso à informação, autonomia e bem-estar psicológico; realizar o rastreio de depressão e ansiedade na amostra de estudo através de questionário padronizados; avaliar a qualidade de vida desses idosos através de entrevistas semiestruturadas. O(A) Sr(a) está sendo convidado por que faz parte do público escolhido para compor a amostra. O(A) Sr(a). tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe neste serviço da Unidade Saúde da Família (USF) da comunidade Santa Clara e na plataforma digital do *WhatsApp*. Caso aceite participar, sua participação consiste na interação com o grupo acerca de troca de experiência e aprendizagem sobre saúde através da educação em saúde. Sendo inicialmente coletado alguns dados através de questionários padronizados para rastreio de sinais e sintomas de ansiedade e depressão, dados gerais sobre sua saúde e qualidade de vida e uma entrevista semiestruturada.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para o(a) Sr.(a) são cansaço mental, porém caso isso aconteça será dado uma pausa ou será dado continuidade em outro momento, podendo ele desistir da colaboração no estudo a qualquer momento ou pedir uma pausa, retornando em um momento posterior. Como benefícios, ao constatar níveis de ansiedade e depressão nos idosos, será encaminhado para a psicoterapia do campus da UFPB. Haverá divulgação da

análise dos dados e resultados deste trabalho por meio da participação em eventos científicos, bem como pela publicação de artigos em periódicos especializados. Pretende-se também, contribuir para construção científica de conhecimentos sobre a qualidade de vida na velhice e com a elaboração de políticas públicas. Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida. Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. O(A) Sr(a). pode entrar em contato com o pesquisador responsável José Iury Ferreira Pires a qualquer tempo para informação adicional no endereço Rua: Luiza Dantas Medeiros, Bairro: José Américo, Fone: (83) 98219-1381, E-mail: joseiury570@gmail.com.

O(A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Paraíba. Endereço e Informações de Contato do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/CCS/UFPB Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Centro de Ciências da Saúde (1º andar) da Universidade Federal da Paraíba Campus I – Cidade Universitária / CEP: 58.051-900 – João Pessoa-PB Telefone: +55 (83) 3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br Horário de Funcionamento: de 07h às 12h e de 13h às 16h. Homepage: <http://www.ccs.ufpb.br/eticaccsufpb>.

Ao colocar sua assinatura ao final deste documento, VOCÊ, de forma voluntária, na qualidade de PARTICIPANTE da pesquisa, expressa o seu consentimento livre e esclarecido para participar deste estudo e declara que está suficientemente informado(a), de maneira clara e objetiva, acerca da presente investigação. E receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinada pelo(a) Pesquisador(a) Responsável.

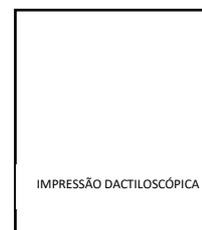
CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

(Local) _____, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável



APÊNDICE B – ENTREVISTA DE REDES SOCIAIS PARA IDOSOS

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA DE REDES SOCIAIS E DADOS GERAIS

DATA:
NOME:
ENDEREÇO:

ENTREVISTADOR:
TELEFONE:
BAIRRO:

Bom dia / Boa tarde / Boa noite. Meu nome é José Iury Ferreira Pires. Eu estou realizando um trabalho acadêmico para a pós-graduação (Mestrado) em saúde coletiva pela UFPB. A senhora poderia colaborar conosco respondendo a essa entrevista?

Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS
1.	Qual sua idade?	
2.	Estado civil?	
3.	Qual sua renda familiar média?	
4.	Qual seu grau de escolaridade?	
5.	Qual sua ocupação?	
6.	Quais são as atividades que gosta de realizar?	aberta
7.	Costuma conversar com profissionais pelas redes sociais?	
8.	Você usa as redes sociais?	
9.	Qual rede social você mais utiliza e por quê?	
10.	Como você se sente ao interagir nas redes sociais? sentimentos das relações sociais pelas redes de comunicação virtual	aberta
11.	Você considera as redes sociais uma ferramenta de informação?	
12.	Como você percebe o impacto da educação em saúde através das redes sociais? Percepção do uso das redes sociais para o processo de educação em saúde	aberta

**APÊNDICE C – PLANO DE AÇÃO NA ESF E CENTRO DE CONVIVÊNCIA DA
COMUNIDADE SANTA CLARA NO CASTELO BRANCO.**

ENCONTRO	LUGAR	Horário	Objetivo	O QUE FOI TRABALHADO
1° encontro 22/09/2022	ESF/CCPI	tarde	Falar com a instituição com o termo de anuência	Anuência
2° encontro 26/10/2022	ESF/CCPI	Tarde	Começar a constatar o público alvo para participar da pesquisa	Explicação para os idosos sobre a pesquisa para rastreio da população
3° encontro 09/11/2022	ESF/CCPI	tarde	Constatar o público alvo para participar da pesquisa	Explicação sobre a pesquisa para rastreio da população
4° encontro	ESF/CCPI	Tarde	Com o grupo formado, explicar o funcionamento e o objetivos	Foi notado os anseios e necessidades emocional dos idoso
5° encontro	ESF	Tarde	Aplicar os instrumentos psicométricos para coletar os dados iniciais	Coleta
6° encontro	ESF	Tarde	Aplicar os instrumentos psicométricos para coletar os dados iniciais	Coleta
7° encontro	ESF	Tarde	Aplicar os instrumentos psicométricos para coletar os dados iniciais	Coleta
8° encontro	ESF	Tarde	Aplicar os instrumentos psicométricos para coletar os dados iniciais	Coleta
9° encontro	ESF	Tarde	Aplicar os instrumentos psicométricos para coletar os dados iniciais	Coleta

10° encontro	CCPI	Tarde	Aplicar os instrumentos psicométricos para coletar os dados iniciais	Coleta
11° encontro	CCPI	Tarde	Aplicar os instrumentos psicométricos para coletar os dados iniciais	Coleta
12° encontro	ESF/CCPI	Tarde	Preparação para pesquisa ação/educação em saúde	Criação do grupo no WhatsApp
13° encontro	ESF/CCPI	Tarde	Preparação para pesquisa ação/educação em saúde	Divisão dos temas, sendo apresentando para eles e escolhido a ordem de aplicação
14° encontro	ESF/CCPI	Tarde	Preparação para pesquisa ação/educação em saúde	Explicação de como será os momentos
15° encontro	Plataforma Meet ESF	Tarde	Educação em saúde com assunto almejado pelos idosos, roda de conversa	Qualidade de vida, ansiedade sinais e sintomas e técnicas da terapia cognitiva comportamental
16° encontro	Plataforma Meet CCPI	Tarde	Educação em saúde com assunto almejado pelos idosos, roda de conversa.	Qualidade de vida, ansiedade sinais e sintomas e técnicas da terapia cognitiva comportamental
17° encontro	Plataforma Meet ESF	Tarde	Educação em saúde com assunto almejado pelos	Abertura resumindo o que foi trabalhado

			idosos, roda de conversa	anteriormente. Cada uma falar sobre as emoções e sinais e sintomas depressivo e como melhorar a qualidade de vida.
18° encontro	Plataforma Meet CCPI	Tarde	Educação em saúde com assunto almejado pelos idosos, roda de conversa	Abertura resumindo o que foi trabalhado anteriormente. Cada uma falar sobre as emoções e sinais e sintomas depressivo e como melhorar a qualidade de vida.
19° encontro	Plataforma Meet ESF	Tarde	Educação em saúde com assunto almejado pelos idosos, roda de conversa	Práticas de bem-estar físico e emocional para melhoria da qualidade de vida. Usar as ferramentas digitais com segurança. O momento foi finalizado com a <i>Mindfulness</i> (prática de respiração diafragmática)
20° encontro	Plataforma Meet CCPI	Tarde	Educação em saúde com assunto almejado pelos idosos, roda de conversa	Práticas de bem-estar físico e emocional para melhoria da qualidade de vida. Usar as ferramentas digitais com

				segurança. O momento foi finalizado com a <i>Mindfulness</i> (prática de respiração diafragmática)
21° encontro	Plataforma Meet ESF	Tarde	Educação em saúde com assunto almejado pelos idosos, roda de conversa	Foi trabalhado sobre dor e depressão, diferença entre tristeza e depressão.
22° encontro	Plataforma Meet CCPI	Tarde	Educação em saúde com assunto almejado pelos idosos, roda de conversa	Foi trabalhado sobre dor e depressão, diferença entre tristeza e depressão.
23° encontro	ESF	Tarde	Aplicar os instrumentos psicométricos para coletar os dados novamente comparando com os iniciais	Coleta
24° encontro	ESF	Tarde	Aplicar os instrumentos psicométricos para coletar os dados novamente comparando com os iniciais	Coleta
25° encontro	ESF	Tarde	Aplicar os instrumentos psicométricos para coletar os dados novamente	Coleta

			comparando com os iniciais	
26° encontro	ESF	Tarde	Aplicar os instrumentos psicométricos para coletar os dados novamente comparando com os iniciais	Coleta
27° encontro	CCPI	Tarde	Aplicar os instrumentos psicométricos para coletar os dados novamente comparando com os iniciais	Coleta
28° encontro	CCPI	Tarde	Aplicar os instrumentos psicométricos para coletar os dados novamente comparando com os iniciais	Coleta
29° encontro	ESF/CCPI	Tarde	Encerramento	Porém voltarei novamente para dar o feedback para o grupo com os resultados da pesquisa e com proposta de intervenção por parte do setor público

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é : (circule uma)

- .Excelente..... 1
- .Muito boa..... 2
- .Boa 3
- . Ruim 4
- .Muito Ruim 5

2. **Comparada a um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora** ?

(circule uma)

- . Muito melhor agora do que a um ano atrás..... 1
- . Um pouco melhor agora do que a um ano atrás..... 2
- . Quase a mesma de um ano atrás 3
- . Um pouco pior agora do que há um ano atrás..... 4
- . Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não.Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa , passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se , ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria ?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra) ?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria ?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz ?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- . De forma nenhuma..... 1
- . Ligeiramente..... 2
- . Moderadamente 3
- . Bastante 4
- . Extremamente5

7. Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**?

(circule uma)

- . Nenhuma 1
- . Muito leve2
- . Leve..... 3
- . Moderada 4
- . Grave.....5
- . Muito grave..... 6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

- . De maneira alguma..... 1
- . Um pouco 2
- . Moderadamente 3
- . Bastante 4
- . Extremamente 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação **as últimas 4 semanas**.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- . Todo o tempo1
- . A maior parte do tempo2
- . Alguma parte do tempo.....3
- . Um pequena parte do tempo 4
- . Nenhuma parte do tempo 5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é **cada** uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO B – INSTRUMENTO DE ANSIEDADE



Data: _____

Nome: _____ Estado _____
 Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifiqueo quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana**, **incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensação de calor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tremores nas pernas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Incapaz de relaxar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Medo que aconteça o pior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Atordoado ou tonto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Palpitação ou aceleração do coração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sem equilíbrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Aterrorizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nervoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sensação de sufocação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tremores nas mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Trêmulo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Medo de perder o controle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade de respirar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Medo de morrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Assustado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Indigestão ou desconforto no abdômen.

19. Sensação de desmaio.

20. Rosto afogueado.

21. Suor (não devido ao calor).

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.

Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

ANEXO C – INSTRUMENTO DE DEPRESSÃO

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE- 9 (PHQ - 9)

Durante os <u>últimos 14 dias</u> , em quantos foi afectado/a por algum dos seguintes problemas?	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
<i>(Utilize "✓" para indicar a sua resposta)</i>				
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas	0	1	2	3
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou falta de energia	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +

=Total Score:

ANEXO D – TERMO DE ANUÊNCIA PREFEITURA



| Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 29 de junho de 2022

Processo Nº: 64.747/2022

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A **Gerência de Educação na Saúde (GES)** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa **“UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA DIGITAL NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA POPULAÇÃO IDOSA”**, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **JOSÉ IURY FERREIRA PIRES**, sob orientação de **WALLERI CHRISTINI TORELLI REIS**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) **DISTRITO SANITÁRIO V**, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Jeovana Stropp
Gerência de Educação na Saúde
GES - DATES - SMS

Jeovana Stropp

Gerência da Educação na Saúde

ANEXO E – TERMO DE ANUÊNCIA ESTADO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA



TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A **Escola de Saúde Pública da Paraíba**, por ter sido informada por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada **UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA DIGITAL NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA POPULAÇÃO IDOSA**, autoriza a realização das etapas do projeto de pesquisa, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **José Iury Ferreira Pires**, sob orientação de **Walleri Christini Torelli Reis**, a ser realizado no(a) **Centro de Convivência da Pessoa Idosa**, da Rede Estadual de Saúde da Paraíba.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares.

Informamos que para emissão de Encaminhamento para acesso a Rede Estadual de Saúde fica condicionada a apresentação a ESP-PB do **Parecer Consubstanciado de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

O(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em foi realizada a coleta de dados e entrega da versão final da pesquisa em formato digital no Núcleo de Investigação Científica da ESP-PB.

O descumprimento desses condicionamentos assegura a ESP-PB o direito de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa.

João Pessoa - PB, 23 de fevereiro de 2023


Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena
Diretora Acadêmica
ESP/PB
Mat: 186.730-0
Matrícula: 186.730-0
Escola de Saúde Pública da Paraíba
Direção Acadêmica

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre – João Pessoa-PB
CEP: 58.040-440 Tel.: (83) 3214-1732