

## **“GRUPOS DE CONVERSA”: SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA\***

*“CONVERSATION GROUPS”: HEALTH OF THE ELDERLY IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY*

**Denise Stefanoni Combinato**

*Instituto Tecnológico de Aeronáutica, São José dos Campos, Brasil*

**Marcelo Dalla Vecchia**

*Universidade Federal de São João del Rei, Divinópolis, Brasil*

**Ellen Gonçalves Lopes**

*Centro de Referência da Assistência Social, Rosário Oeste, Brasil*

**Rosimeire Aparecida Manoel**

*Universidade Estadual Paulista, Botucatu, Brasil*

**Helena Duarte Marino**

*Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Paranaíba, Brasil*

**Ana Carla Salesse de Oliveira**

*Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Paranaíba, Brasil*

**Katiuska Fabiana da Silva**

*Faculdade de Medicina de Marília, Marília, Brasil*

---

### **RESUMO**

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aponta a importância de: divulgação dos direitos da pessoa idosa; promoção do envelhecimento ativo e saudável; formação permanente dos profissionais de saúde e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. São relatados resultados parciais do desenvolvimento de uma experiência de extensão universitária realizada em parceria e com a colaboração da rede de atenção básica. Dentre as atividades realizadas, objetivou-se desenvolver um processo grupal de promoção à saúde com pessoas idosas, tendo em vista o envelhecimento ativo e a qualidade de vida dessa população. Observou-se que as atividades em grupo consistiram em um espaço privilegiado para a constituição de redes de apoio, estabelecimento e ampliação de vínculos afetivos; reflexão e conscientização das determinações do processo saúde-doença; organização e mobilização para o efetivo controle social; além de ser um espaço de ensino-aprendizagem, orientação, intervenção e educação em saúde.

**Palavras-chave:** saúde da família; promoção da saúde; idoso.

### **ABSTRACT**

The Brazilian Policy on Health of the Elderly indicates the importance of: the publishing of the rights of the elderly; the promotion of the active and healthy aging; the continuing health workforce education, and the support on the development of studies and research. The effects of an extent experience carried out with the partnership and the collaboration of primary care services are presented and discussed. It aimed at the development of health promotion activities with elderly, pointing towards the active aging and the quality of life of this population. It was possible to observe that the group activities consisted in an exceptional opportunity for the constitution of social support networks, for the establishment and widening of emotional bonds; reflection and consciousness upon health and illness determinants; group organization and mobilization towards effective popular participation; besides the health educational opportunity provided to all involved.

**Keywords:** family health; health promotion; elderly.

## Ser idoso, envelhecer: transformações histórico-sociais

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem atualmente no Brasil mais de 19 milhões de idosos (IBGE, 2007). Embora o envelhecimento populacional seja uma conquista da humanidade, é um fenômeno que tem consequências socioculturais e político-econômicas, sendo um grande desafio elaborar e, principalmente, implantar políticas públicas que promovam com qualidade e equidade a longevidade da população (Papaléo Netto, 2006), agregando vida aos anos vividos (Tolstij, 2001). O quadro de transição demográfica e epidemiológica enfrentado mundialmente é complexo. Implica, dentre outras consequências, a persistência das enfermidades infecto-contagiosas na forma das “doenças reemergentes”, índices alarmantes de mortalidade por causas externas que afligem a juventude (acidentes, violência) e aumento da carga de doença associada às doenças crônicas e degenerativas (Barreto & Carmo, 2007), neste último caso, também associado ao aumento da longevidade média populacional.

A velhice constitui-se em um estágio do desenvolvimento humano e, assim como nas outras etapas, as pessoas vivenciam um conjunto de perdas e ganhos. Entretanto, a ideia de incapacidade, doença, afastamento e dependência ainda prevalece nas imagens sobre a velhice (Neri & Freire, 2000).

É importante destacar que foi a partir da Revolução Industrial e do desenvolvimento do capitalismo que a velhice passou a significar decadência, sendo assim excluída e marginalizada. A própria ciência tem tratado o envelhecimento a partir da sua negação ou do combate à velhice (Prado & Sayd, 2006). Com efeito, conforme Almeida (1998), “[as sociedades modernas] buscam incessantemente o novo e, nesse ímpeto de mudanças, acabam por igualar bens, objetos e seres humanos. Para elas o tempo é rápido e linear; o passado não vale, e menos ainda valem aqueles que o representam” (p. 38). Sfez (1996), de modo ainda mais incisivo, argumenta que o mito da “saúde perfeita”, ao qual estariam referidos grandes empreendimentos humanos, como o “projeto genoma”, aproxima a ciência da alquimia, dado que a utopia da pureza, da saúde e da harmonia da vida é um dos mitos fundadores da condição humana.

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento caracteriza-se por um processo dinâmico e progressivo, com alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, provocando redução da capacidade funcional e maior vulnerabilidade a doenças (Papaléo Netto, 2006). Considerando-se, porém, a condição sócio-histórica do ser humano, o envelhecimento também deve ser entendido como um processo heterogêneo, influenciado não

apenas por fatores biológico-genéticos, mas também socioculturais.

Minayo e Coimbra Jr. (2002) apontam quatro diferentes sentidos atribuídos ao envelhecimento que indicam esta heterogeneidade e polissemia: (a) como híbrido biológico-social, ou seja, a velhice vem sendo desnaturalizada, refletindo a percepção de que esta consiste em um fenômeno social e culturalmente construído; (b) como problema, ao passo que pode ser associado à sobrecarga dos cuidadores, à redução de capacidade laboral, ao aumento de despesa para o sistema previdenciário etc.; (c) como questão pública, dado que as pessoas idosas vêm se tornando um grupo social com crescente visibilidade, em número e em organização, atribuindo um novo significado ao que era percebido tradicionalmente como decadência física e inatividade, e (d) o idoso como “ator social”, individual e coletivo, que está redefinindo relações familiares, influenciando os rumos da política e criando uma nova imagem de si.

No caso brasileiro, um dos marcos legais fundamentais no que se refere à garantia do direito à saúde da pessoa idosa no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) consiste na publicação da Política Nacional do Idoso (Lei n. 8.842, 1994). Nas diretrizes do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Ministério da Saúde, 2006a), a saúde do idoso é estabelecida como uma das seis prioridades. A partir disso, é aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que tem como finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (Ministério da Saúde, 2006b, p.3).

Chama a atenção, neste processo de ratificação dos direitos sociais da pessoa idosa como política de Estado, no que se refere especialmente às políticas públicas de saúde, o importante papel que vem sendo atribuído às iniciativas de implementação de estratégias de promoção à saúde da pessoa idosa. Entretanto, isso não significa a imediata incorporação de uma perspectiva integral de cuidado (proteção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde), conforme preconizado no SUS, uma vez que as mudanças socioculturais não dependem tão somente da institucionalização de marcos legais. Dessa forma, é fundamental manter uma postura crítica e reflexiva tanto na formação e educação permanente dos profissionais de saúde quanto na reivindicação dos direitos estabelecidos legalmente na PNSPI.

Assis (2005), nesse sentido, destaca que no planejamento de ações de educação em saúde com pessoas idosas deve-se favorecer a reflexão sobre os determinantes do envelhecimento e estimular a participação na

vida, por meio da construção de espaços em que pessoas sejam vinculadas afetivamente e valorizem a história de vida e seus saberes.

Resgatando as contribuições da Nova Promoção da Saúde, que valoriza o sujeito da promoção da saúde como um ser ativo, Assis (2005) aponta duas recomendações. Primeiramente, investir no autocuidado da pessoa idosa, como expressão de sua autonomia, implicando o investimento em atividades que valorizem suas capacidades e habilidades, essencial para enfrentar os estigmas que associam velhice com “decadência”. Percebe-se, então, a necessidade de ir além de temas sobre doenças, abrangendo questões tais como: sexualidade, lazer, relações familiares, direitos sociais dos idosos, entre outros assuntos que vão de acordo com suas necessidades, anseios e desejos. Em segundo lugar, estimular e criar condições para a participação ativa do idoso na realidade social e política, por exemplo, via participação popular em conselhos de segurança pública, assistência social, saúde etc. De certa forma, as recomendações da autora estão em consonância com as dimensões individual e comunitária do empowerment, conceito-chave da Nova Promoção da Saúde (Carvalho, 2005).

Fleury-Teixeira et al. (2008), na tarefa de traduzir tal proposta, discutem que a categoria norteadora da promoção da saúde deve ser a autonomia: “a promoção da saúde busca ampliação da autonomia dos indivíduos e comunidades; esse é, a nosso ver o cerne da proposição de empowerment individual e coletivo” (p. 2118).

Nesse sentido, entende-se que determinadas ações por parte dos profissionais contribuem significativamente para o atendimento dessa população. Destaca-se aqui o respeito ao idoso e a valorização de sua autonomia. Respeitar o idoso significa chamá-lo pelo nome, e não com palavras e/ou adjetivos no diminutivo; estabelecer contato visual com o idoso, considerando um possível declínio visual ou auditivo; ficar atento aos sinais não-verbais, uma vez que, em decorrência do estigma social, é comum os idosos possuírem dificuldades para falarem sobre si mesmos; questioná-lo em primeiro lugar e, posteriormente, o seu cuidador; ouvir e considerar suas experiências, crenças e valores; acompanhar o seu próprio ritmo para realizar as atividades, responder perguntas e concluir pensamentos; solicitar o consentimento da pessoa idosa para entrar no seu espaço doméstico e/ou tocar o seu corpo, já que a pessoa idosa foi criada em uma época em que o corpo ainda era um tabu (Ministério da Saúde, 2006c). Assim, as escolas de formação de profissionais que vão atender a essa população devem estar atentas às suas necessidades específicas (e, em razão disso, à adequação curricular) (Rodrigues & Rauth, 2006), bem como as instituições de saúde devem responsabilizar-se pela educação permanente dos

profissionais, conforme preconiza o Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, 2003).

Dentre os desafios culturalmente relacionados com a promoção da saúde da pessoa idosa, encontra-se a “aceitação do envelhecer” (Ministério da Saúde, 2006c, p.24). Essa aceitação pode estar associada, dentre outros aspectos, à compreensão do processo de envelhecimento, promoção do envelhecimento saudável e à garantia de integração e participação efetivas dessa população na sociedade. Entende-se, porém, que essa “aceitação” não é um processo passivo, unilateral, ou exclusivamente emocional e cognitivo (“autoestima”). O denominado “envelhecimento ativo”, dessa forma, não se diferenciaria de maneira tão drástica da “infância ativa”, da “adolescência ativa”, ou da “adultidade ativa”, caso esses fossem constructos relevantes. A questão central, aqui, é que a constituição e desenvolvimento dos processos psicológicos superiores (memória, emoção, percepção etc.), e também da personalidade, se dá sob mediação fundamental da atividade humana, social e historicamente contextualizada (Leontiev, 1959/2004). Em outras palavras, o desenvolvimento humano não se cristaliza no período que decorre do nascimento à vida adulta, senão que tem lugar durante todo o curso da vida, inclusive no tempo de viver a velhice.

Ressalta-se, no presente trabalho, a importância das atividades em grupo enquanto espaços educativos para a promoção de saúde e desenvolvimento humano, ao passo que se reafirma a atividade educativa enquanto primordial na apropriação de novas formas da pessoa idosa relacionar-se consigo mesma, com os outros e com o mundo, possibilitando, *pari passu*, transformá-los. Tais atividades, além disso, visam a superar práticas educativas pautadas exclusivamente nas doenças, com vistas às orientações centradas nos profissionais para o comportamento individual e o autocuidado (Assis et al., 2007). Não obstante, as ações desses grupos não devem abarcar os temas apenas como problemas dos idosos, mas como do ser humano, pois as atividades de promoção de saúde estão diretamente relacionadas com a construção da subjetividade e do desenvolvimento da consciência tanto individual quanto social (Kahhale, 2003).

A autora também enfatiza três momentos interdependentes no processo de promoção da saúde: informação, reflexão e ação: “a informação é o primeiro passo para assumir controle e responsabilidade das ações de saúde, que deverá ser seguida de reflexão e organização individual e dos diferentes grupos que compõem a comunidade para as ações se efetivarem” (Kahhale, 2003, p. 171).

Nesse contexto, principalmente em relação ao empowerment coletivo ou empowerment comunitário, Carvalho (2004) salienta as abordagens educativas em espaços públicos, tais como rodas e grupos de discussão,

colegiados gestores, entre outros, como práticas importantes para fomentar a participação dos indivíduos e coletivos para que identifiquem e analisem criticamente seus problemas, tendo em vista a elaboração de estratégias de ação que visem à transformação do status quo.

A promoção de saúde deve ser um processo que vise a capacitar os indivíduos e comunidades para desenvolverem seus potenciais de saúde, ou seja, proporcionar oportunidades de conhecimento e controle sobre fatores determinantes de sua saúde. Assim, ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viverem melhor, assim como oportunidades para fazerem escolhas mais saudáveis constituem-se nos principais elementos capacitantes nesse processo (Buss, 2000).

No entanto, a promoção da saúde da pessoa idosa por meio de atividades educativas ainda encontra entraves. Assis, Hartz e Valla (2004), em seus estudos sobre o tema, verificaram que a maioria das atividades com grupos de idosos enfoca pontualmente uma temática, seja o controle de patologias, sejam os fatores de risco ou ações específicas. No que se referiu à produção brasileira, constataram que nossa trajetória ainda se encontra incipiente, comparada à literatura internacional e latino-americana. Observaram que esses modelos caracterizam um espaço importante de abertura relacional, bem como tomam a saúde nas suas relações com a realidade social e política.

De uma perspectiva histórico-cultural e dialética, considera-se fundamental que os grupos onde se desenvolvem as atividades de promoção à saúde sejam abordados a partir da noção de contradição e, mais apropriadamente, portanto, enquanto processos grupais. Procura-se atentar, assim, para os processos interativos que ocorrem nos grupos; porém, vistos como processos grupais, identificam-se e explicitam-se os conflitos que frequentemente permanecem velados e latentes. Dessa forma, não se almeja, em quaisquer que sejam os espaços de intervenção ou estudo do processo grupal, tomar-se o grupo como unidade “harmônica”, “coesa”. O desenvolvimento de uma identidade de grupo, de uma atividade do grupo enquanto tal e o seu “empoderamento” só podem se dar a partir do amplo embate da diversidade de ideias, opiniões e ações, diversidade esta que reside na própria possibilidade de grupalização (Andaló, 2006; Lane, 1984/1994; Martín-Baró, 1989; Martins, 2003, 2007; Zanella & Pereira, 2001).

O envelhecimento ativo está relacionado com a “otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança” (WHO, 2005, p.13), e sabe-se que há determinantes pessoais, sociais, comportamentais e de acesso aos serviços sociais e de saúde relacionados com o envelhecimento ativo. Assim, desenvolver um projeto de extensão com a população idosa e tendo como referência a promoção de saúde é uma forma de

se atender alguns dos itens das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, dentre elas: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; além de possibilitar a produção de conhecimento na área.

Assim, o presente artigo descreve e analisa uma experiência em andamento, que visa a desenvolver atividades de promoção à saúde com pessoas idosas, tendo em vista o envelhecimento ativo e a qualidade de vida dessa população.

### **A trajetória dos “Grupos de Conversa”**

Os “Grupos de Conversa” são parte de um projeto de extensão universitária, denominado “Envelhecimento e promoção de saúde na rede de atenção básica”, em andamento desde o ano de 2006.

A Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíba, Estado de Mato Grosso do Sul (SMS) é instituição parceira do Projeto. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi escolhida como cenário para o desenvolvimento do projeto devido à importância da ESF enquanto eixo estruturante para a reorganização da atenção à saúde do SUS.

O presente projeto originou-se como um desdobramento de dois outros projetos que eram desenvolvidos inicialmente no estágio supervisionado curricular em Psicologia Clínica. A primeira etapa do projeto de estágio consistia em realizar um levantamento de necessidades da população atendida em Unidades de Saúde da Família (USF) do município. Após esse levantamento, identificou-se em duas unidades uma demanda de idosos portadores de hipertensão e diabetes, que seriam beneficiados com atividades de promoção à saúde. Em uma delas, estagiários do quarto ano do Curso de Psicologia – Formação de Psicólogo da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul já desenvolviam uma intervenção em grupo com essa população. Na outra USF, em função dos estagiários serem alunos do terceiro ano do curso, ainda não tinha sido iniciada nenhuma intervenção.

Em virtude da implementação do serviço de Psicologia Clínica, os acadêmicos foram remanejados para a realização de atividades ligadas à psicoterapia em seus estágios. Nesse contexto, os proponentes ofereceram aos acadêmicos a possibilidade de darem continuidade ao trabalho que vinham desenvolvendo através de um projeto de extensão.

De modo a viabilizar o projeto de extensão na USF onde a atividade de intervenção não havia sido iniciada, os extensionistas realizaram contatos para o

aprofundamento do vínculo com a equipe da unidade; fizeram reuniões visando à delimitação dos procedimentos para o convite da população-alvo do projeto (que não se restringiu a pessoas idosas com hipertensão e diabetes) e viabilização de espaço para a intervenção; acompanharam os agentes comunitários de saúde (ACS) ao convidar os possíveis participantes e divulgaram o projeto através de cartaz informativo na USF e veículos de comunicação do município (rádio e jornal).

As enfermeiras coordenadoras das duas equipes, junto das quais as atividades de extensão foram viabilizadas, apoiaram e incentivaram o processo de indicação e convite aos idosos vinculados às mesmas. Os profissionais da equipe (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, ACS, cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário) foram sistematicamente convidados a participar do projeto para integrar a equipe de coordenação; no entanto, sua participação foi esporádica, contribuindo na discussão de temas específicos.

Cada grupo conta com aproximadamente dez idosos, residentes na área de abrangência e vinculados às USF. Em um deles, participam exclusivamente mulheres e, no outro, há um predomínio do gênero feminino. Praticamente todas as pessoas têm mais de 60 anos, são aposentadas e pertencem a uma classe socioeconômica baixa. Apesar da condição de hipertensão e diabetes de alguns participantes, são idosos considerados saudáveis e/ou em processo de fragilização, e que se mantêm em acompanhamento clínico na unidade de referência.

São realizadas reuniões quinzenais de supervisão com os dois docentes coordenadores, com a finalidade de planejar e avaliar a metodologia do projeto de extensão, seus objetivos e aprofundamento teórico e conceitual em torno da promoção de saúde, processo grupal e o envelhecimento humano. Nessas reuniões, também são realizados: o planejamento de etapas das atividades do projeto, a apresentação de relatórios verbais e por escrito dos encontros realizados, bem como a preparação para participação em eventos científicos.

Especialmente a partir do contexto em que emerge o debate a respeito das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação -- dentre eles, o de Psicologia (Resolução CNE n. 8, 2004) -- tem sido levantada a necessidade de, na formação do psicólogo e dos profissionais de saúde, esforços serem envidados no sentido de abordar conhecimentos, habilidades e competências para o exercício da profissão, adequados aos princípios do SUS e necessidades da população. Assim, do ponto de vista da formação do psicólogo no campo da promoção e prevenção da saúde, o desenvolvimento da atividade gera pelo menos dois efeitos diretos: contribuir na inserção do psicólogo em um determinado campo de políticas públicas e apoiar a reversão de certo

modelo assistencial, biomédico e medicocêntrico, inadequado à realidade do SUS (Spink, Bernardes, Santos & Gamba, 2007).

No que se refere ao envelhecimento, verifica-se que a formação nessa área ainda não é satisfatória, pois esse assunto não é contemplado nos projetos pedagógicos dos cursos de Psicologia de maneira sistematizada (Neri, 2004). Em parte, esse fato explica a predominância da Enfermagem na coordenação de grupos com idosos (Assis, Hartz & Valla, 2004).

As atividades de campo consistem, fundamentalmente, na realização de encontros semanais, coordenados por dois ou três extensionistas. Tais encontros são realizados em pequenos grupos, coordenados a partir da estratégia de processo grupal. Funcionam em modalidade fechada, ou seja, com reavaliação semestral para inclusão e/ou remanejamento de novos membros, sempre em parceria com a USF. No período em análise, a rotatividade não foi expressiva, com exceção do período inicial do projeto, até que se estabelecesse, de fato, um grupo.

É utilizada uma variedade de recursos materiais e instrumentos nas atividades grupais, tais como: cartazes em cartolina, *flip chart*, vivências grupais e técnicas expressivas.

A decodificação-codificação da realidade cotidiana dos participantes (tematização) se insere como um dos momentos do processo do grupo como ação educativa, na prática pedagógica libertadora (Pereira, 2003), sendo estruturante do planejamento e avaliação das atividades realizadas junto ao grupo.

No que se refere aos extensionistas como coordenadores dos grupos de pessoas idosas, têm sido discutidas as seguintes necessidades: questionar suas próprias concepções do que é um grupo; visar à produção de um clima democrático na condução dos grupos; “devolver” a elaboração teórica ao grupo, buscando ampliar a compreensão dos fenômenos e processos em exame (investigação participante); recorrer à liderança como lugar circunstancial e temporário; não negar a questão do poder na relação entre extensionistas-participantes, e adotar uma postura de mediação no processo grupal (Andaló, 2006).

No que tange à avaliação da efetividade do projeto em termos da melhora da qualidade de vida dos participantes do projeto, são consideradas dimensões tais quais: rede social de apoio, ampliação do envolvimento em ações de participação popular, social e política por essa população, de autocuidado, etc.

Adota-se uma estratégia dialógica, processual e continuada para a avaliação do projeto, em três dimensões: (a) nos grupos, pelos extensionistas e pessoas idosas participantes, como parte dos procedimentos de planejamento e obtenção de feedback; (b) junto à equipe

de Saúde da Família de referência, para avaliação da eficácia e efetividade do projeto na promoção da saúde e qualidade de vida da população atendida, e (c) no espaço da supervisão quinzenal, para avaliação das implicações do desenvolvimento do projeto de extensão no processo de formação dos extensionistas envolvidos, acadêmicos do curso de Psicologia.

### Análise de alguns momentos significativos da experiência

Desde o início dos grupos, foram utilizadas vivências com o objetivo de integração dos participantes ao processo grupal, por meio do aprofundamento do conhecimento de si e do outro. Em um deles, pela proximidade das residências e por se referir a um município pequeno, os participantes são pessoas que, em sua maioria, já se conheciam; os encontros, assim, representaram uma oportunidade de reencontrar os “antigos” amigos.

Logo nos primeiros encontros relacionados ao projeto de extensão de um dos grupos, um participante referiu-se à atividade como um “Grupo de Conversa”, contrastando com as eventuais palestras educativas. A partir de então, essa atividade passou a ser designada por essa expressão, motivo pelo qual o título deste artigo foi assim atribuído.

Em alguns momentos, recorreu-se a trabalhos manuais, como a confecção de um cartaz no qual seriam dispostos desenhos e figuras que representassem o grupo, e outro com o nome e símbolo do grupo. Primeiramente os participantes mostravam-se ansiosos e com medo de não saberem lidar com os materiais escolares, como cartolina, tesoura, cola, entre outros. Foi interessante perceber, durante a realização dessas atividades, a colaboração, a troca de ajuda quando surgia alguma dificuldade, troca de opiniões e elogios. Recordaram-se de episódios felizes da infância e, mesmo sem perceber, compartilharam momentos importantes de suas vidas com o grupo. Mostraram-se à vontade na presença uns dos outros: “*Tá vendo... Não é verdade que não foi difícil assim cortar, colar? Nós até vimos que conseguimos. Parece até o tempo de escola*”.

Esses momentos apontam para a importância dos Grupos de Conversa no desenvolvimento do empowerment individual dos participantes, indicando, além disso, os elementos iniciais da formação de uma identidade grupal como parte do processo de grupalização.

Em ambos os grupos foram desenvolvidos modos de se instituir “contratos de convivência”. Essa atividade constituiu-se em uma investigação com os participantes do que era importante para a convivência no processo grupal. Através dos relatos foram estipulados: tolerância de dez minutos para iniciar os encontros; respeito à fala

do outro, bem como à diversidade das opiniões; sigilo das experiências relatadas; confraternização mensal; entre outros. Uma das participantes ilustrou bem a importância dessa atividade:

hoje em dia, em um grupo de pessoas, você não pode mais falar sobre você, porque senão todo mundo conta para o outro; não existe segredo. É por isso que hoje em dia a gente faz um grupo, porque ninguém mais tem paciência de ouvir ... Por isso, este contrato é muito bom. Essa questão da confiança é muito dolorosa.

De tempos em tempos, percebeu-se a necessidade de retomá-lo e rediscuti-lo, até mesmo para que os participantes se sentissem mais à vontade e confiantes.

Os “contratos de convivência” foram ocasiões nas quais se pôde vivenciar o aspecto conflitivo do grupo, bem como a importância de se ouvir as experiências, crenças e valores dos participantes, considerando-se as premissas do envelhecimento ativo.

Com base num paradigma de atenção à saúde que busca atender às demandas e necessidades das pessoas numa perspectiva integral (Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira & Barroso, 2007), no decorrer dos encontros, a discussão realizada foi tematizada de acordo com as necessidades que o próprio grupo foi apresentando (Pereira, 2003). Serão apresentadas aqui as discussões referentes aos temas: solidão, alimentação, direitos do idoso e memória.

No caso do tema “Solidão”, tomando como referência o texto de Capitanini (2000), a discussão visou ao conhecimento das representações que os participantes têm em relação a esse sentimento, para desmistificar algumas das suas expressões. Nesse momento, surgiram diversas opiniões, aspecto que enriqueceu o trabalho. Em seguida, discutiu-se sobre as estratégias de enfrentamento que os participantes utilizam. Para essas reflexões foram utilizadas: a letra da música “O silêncio das estrelas”, de Lenine; a crônica “Feliz Aniversário”, de Clarice Lispector (1991); a crônica “A solidão amiga”, de Rubem Alves (2002) e a apresentação dos trabalhos manuais realizados pelos integrantes. Alguns dos comentários: “*Essa música é bem igual a minha vida, eu acho que sempre temos que buscar uma porta aberta*”; “*Devemos transformar a solidão como um jardim*” (sobre a crônica); “*Não sabia que era tão bonito assim*” (após os demais participantes elogiarem os trabalhos manuais da autora). No outro grupo, o medo de ficar só evidenciou-se para a maioria, e aqueles que já se encontravam viúvos ou morando sozinhos demonstraram sua insatisfação: “*ando meio fraca mesmo... Acho que não tenho vontade de comer, é muito ruim comer sozinha, não tenho vontade de fazer comida só pra mim*”. Com a troca de palavras, vivências e conselhos, foi nítido o fortalecimento dos laços entre os membros do grupo.

Ao discutir sobre as estratégias que recorrem para lidar com a solidão, observa-se um movimento de desnaturalização do envelhecimento, assim como do desvelamento, da desocultação dos “implícitos”, promovido pelo processo grupal. Possibilita-se outro sentido para a ideia de “aceitação do envelhecer”, relacionado com o enfrentamento de estigmas sociais de envelhecimento exclusivamente como perdas (de capacidade física, de trabalho e de relações), a fim de que ele possa superar essa identidade pressuposta (Ciampa, 1994; Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999).

Em outro momento, os grupos tematizaram a questão da “Alimentação”. Em um deles, essa discussão se iniciou porque alguns participantes argumentaram que antigamente morava-se na fazenda, comia-se carne de porco, fazia-se comida na banha e “*as pessoas eram saudáveis*”.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Ministério da Saúde, 2003) adota dois enfoques básicos: “socialização do conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação” e “resgate de hábitos e práticas alimentares regionais inerentes ao consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo” (p. 22). Nesse sentido, considera-se importante discutir sobre as diferenças culturais e hábitos alimentares como uma forma de promoção de saúde, e não apenas a composição nutricional dos alimentos.

Os participantes, na discussão desse tema, referiram-se a hábitos alimentares antigos, bem como à diferença na forma de cultivo dos alimentos. Por exemplo, segundo os integrantes de um dos grupos, as verduras e as carnes “*não tinham veneno*”. Então se chega à conclusão que, talvez por isso, hoje “*as pessoas são mais doentes*”.

No outro grupo, os participantes demonstraram grande interesse acerca do tema, trazendo dúvidas, curiosidades e permaneceram sempre muito atentos aos conselhos e dicas dos demais. Quando sabiam alguma receita com ingredientes importantes para a saúde, os participantes ensinavam aos outros como fazê-la. Uma médica da USF participou do encontro respondendo as perguntas feitas pelos participantes e trazendo orientações para aplicação no cotidiano de hábitos alimentares mais saudáveis, de forma mais econômica e de acordo com as necessidades dos participantes.

Outros subsídios para a discussão desse tema foram os “Dez Passos para uma Alimentação Saudável” adequados para a pessoa idosa (Ministério da Saúde, 2006c). Discutimos a importância da leitura de rótulos para que sejam escolhidos alimentos mais saudáveis, bem como a verificação do prazo de validade dos alimentos que serão comprados.

Ao passo que os Grupos trataram da questão da “Alimentação” em uma abordagem não-prescritiva,

com a valorização da história de vida e dos saberes dos participantes, possibilitou-se reflexão sobre práticas alimentares “desejáveis” e “indesejáveis”.

Em determinado encontro, ao ser trabalhado o tema “Direitos do idoso”, extensionistas e participantes discutiram juntos sobre o direito dessa população enquanto usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), recorrendo, para isso, à Carta de Direitos dos Usuários do SUS (Ministério da Saúde, 2007). Esse foi mais um momento de participação ativa dos idosos e com repercussão bastante positiva em suas vidas cotidianas: “*como é importante saber, conhecer os nossos direitos, principalmente de saúde, que sempre estamos precisando. Agora me sinto bem mais segura quando tenho que ir ao médico, no posto de saúde, ou no hospital...*”; “*Olha... É muito bom mesmo a gente ter esse documento e ter conhecimento dele, é porque pra mim esse é um documento muito importante que a gente fica sabendo bem certinho dos nossos direitos pra poder cobrar também quando não for respeitado, né?*”

Em ambos os grupos o tema foi tratado com grande interesse pelos participantes, que se sentiram privilegiados pela oportunidade de conhecer todos os seus direitos enquanto usuários dos SUS. Afirmavam, ainda, que dessa forma poderiam ser “multiplicadores” das informações em suas casas e comunidades com os familiares e vizinhos, estando assim aptos a auxiliar outros cidadãos a usufruir integralmente os seus direitos.

Ainda que não se tenham indicativos diretos da medida em que os participantes passaram a reivindicar seus direitos a partir desta discussão, nem mesmo se passaram a efetivamente fazer conhecer a outros seus direitos, esta discussão criou condições para que os participantes se apropriassem das garantias relacionadas à pessoa idosa como ator social. Assim como afirmam Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira e Barroso (2007), entende-se “as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno” (p. 336).

Apesar do desenvolvimento e ampliação de programas destinados a promover qualidade de vida à pessoa idosa (grupos educativos em saúde, universidade aberta à terceira idade, centros de convivência etc.), observa-se a necessidade de expandir e consolidar ações que visem à garantia dos direitos, já previstos em lei, a essa população (Mendes, Gusmão, Faro & Leite, 2005).

A questão da “Memória” foi trazida à tona também pelo interesse dos participantes, procurando-se as transformações que a memória sofre ao longo da vida e maneiras para estimular e melhorar a capacidade de memorização.

Ao ser introduzido o tema, os participantes trouxeram relatos muito ricos, como por exemplo: *“não consigo me lembrar do que foi falado aqui no último encontro, mas me lembro dos tempos da fazenda como se fosse hoje!”*.

No processo de envelhecer, com variabilidade e intensidade diferenciadas entre as pessoas, alguns aspectos da memória sofrem alterações, como a memória recente. Isso ocorre por vários motivos, dentre os quais podemos citar: a composição genética, o nível educacional, o nível socioeconômico, o estilo de vida (como, por exemplo, desenvolvimento de atividades cognitivas), a acuidade visual e auditiva e as relações sociais estabelecidas (Argimon & Stein, 2004, citado por Yassuda, 2006). Um dos componentes da memória de curto prazo é a memória operacional, responsável por manter e utilizar as informações retidas. De acordo com a literatura, essa é a principal parte afetada pelo envelhecimento, diferente da memória de longo prazo. Por isso eles são capazes de lembrar com detalhes aquilo que viveram em sua juventude. Além disso, pesquisas demonstram que fatos importantes vivenciados durante o desenvolvimento são lembrados corretamente (Yassuda, 2006).

Discutiu-se também sobre a importância de uma alimentação saudável, da qualidade do sono, da motivação para novos aprendizados, e de exercitar a memória (por exemplo, com palavras-cruzadas e leitura) para o seu bom funcionamento. Após a discussão sobre as transformações da memória, os participantes conduziram o encontro para as lembranças que suas memórias ainda os permitiam ter. Foram realizadas, então, vivências grupais utilizando fotos antigas e desenhos que representassem momentos que gostariam de reviver. Foi possível que cada um conhecesse mais a história de vida do outro, fortalecendo ainda mais os laços entre o grupo. Ficou clara a importância do passado em suas vidas, e a emoção com que o relatavam evidenciou a saudade que sentiam dos dias que viveram.

A ressignificação das supostas perdas cognitivas da memória em ganhos afetivos e biográficos como história de vida sugere um processo de relativização das perdas e ganhos da velhice.

Momentos de confraternização também foram marcantes em ambos os grupos. Em um deles, instituiu-se que, mensalmente, seriam comemorados os aniversários. Na primeira confraternização foi discutido como é comemorar essa data para eles. Alguns nunca tinham falado a data pra ninguém: *“vocês fiquem sabendo que são as primeiras pessoas que eu falo meu aniversário. Para mim é o maior mico do mundo”*. E quando uma das participantes diz que com o passar do tempo vai-se *“decaindo”*, outra ressalta: *“esta coisa de ficar velha não existe, só vejo isso quando olho no espelho!”*. No outro

grupo, a título de fechamento das atividades do semestre, organizou-se um passeio a um parque aquático. Foi um encontro diferente e de prazer para os participantes, que agradeciam repetidamente pelo passeio que muitos relatavam nunca terem realizado antes. Relembrou a todo tempo fatos bons da infância e, em muitos momentos, brincaram como se realmente voltassem a ser crianças. Uma fala que expressou o fortalecimento concreto de suas relações, e que pôde fechar com emoção essa etapa do grupo, foi a de um participante que enuncia: *“Eu posso ter problemas de memória, posso esquecer qualquer informação ou acontecimento, mas eu garanto pra vocês que vou lembrar desse dia até o último dia da minha vida”*.

Ao externalizar suas ações para além do âmbito grupal em si, os grupos revelam um rico processo de empowerment comunitário. Passaram também a expressar preocupação com os ausentes, cogitando a extensão de eventuais problemas de saúde dos colegas. Relataram ter notícia de que uma participante se ausentou porque sua casa tinha sido furtada, de como essa situação os fazia sentir impotentes, e quais medidas concretas seriam possíveis para lidar com o ocorrido.

Na ocasião de realização da avaliação semestral do processo, precedente às férias escolares, solicitou-se, em um dos grupos, que os participantes avaliassem sua experiência desde o início, os momentos mais importantes e marcantes para cada um. As falas foram muito emocionantes e significativas para as extensionistas que coordenavam o projeto: *“Aqui tem compromisso e principalmente muita seriedade, eu me sinto muito bem aqui”*; *“É assim que me sinto no grupo, uma felicidade muito grande e uma paz também. Tivemos oportunidade de lembrar e contar para os outros como forma de desabafo. Pude desabafar e todos me ouviram com muita atenção. Isso pra mim foi muito importante”*; *“Aqui a gente é como uma família, aqui tem união e felicidade. Abri um livro da minha vida e senti muita alegria de lembrar, até mesmo dos momentos que não foram bons”*.

### **Considerações finais: os “Grupos de Conversa” em seus efeitos**

O Grupo de Conversa tem possibilitado aos participantes ampliar o conhecimento de si e do outro, por meio de vivências e discussão em grupo. Tais vivências têm sido um espaço para as possibilidades imanentes de sempre conhecer a si e ao outro de modo mais apurado e em suas mudanças constitutivas. É fundamental considerar, também, que as vivências são um meio para se ocasionar a discussão dos temas pelos participantes no decorrer dos encontros, o que requer discernimento em sua escolha e utilização.



É usual que atividades como essa, ao serem identificadas com o campo da Educação Popular em Saúde, em suas confluências com a Psicologia Social Comunitária, afirmem a importância de se valorizar o saber dos participantes. Além disso, a experiência tem apresentado outro efeito significativo que é não somente a valorização e resgate de seus saberes, mas também de suas memórias e histórias de vida. Esse aspecto é fundamental para as possibilidades de ressignificação do tempo presente que, pela mediação da identidade grupal, consiste no tempo de envelhecer com a possibilidade concreta de manutenção e ampliação de qualidade de vida.

O papel de coordenador exige respeito ao tempo singular de desenvolvimento dos processos grupais, atentando-se aos fenômenos emergentes. Com isso, muitas vezes os coordenadores dos “Grupos de Conversa” preocupam-se com a eventual oscilação da frequência dos participantes. Ainda que seja importante identificar os motivos dessa oscilação, a experiência mostra que o uso de recursos tais como o controle de frequência tem o mesmo efeito de uma abordagem conteudista: artificialização e progressivo desinteresse pela estratégia de grupo.

Nas atividades desenvolvidas, ao passo que se questiona a velhice como “etapa decadente” da vida, tem sido possível aos participantes ressignificar a identidade da pessoa idosa. Por meio da formação de uma identidade grupal, os participantes têm vivenciado um modo de lidar com a velhice atento às limitações, mais ou menos crescentes, porém com abertura para as imensas possibilidades presentes em qualquer etapa do desenvolvimento humano. Nesse sentido, o engajamento no processo grupal e o apoio social promovido pelos “Grupos de Conversa” têm promovido melhora na autoestima, cujos reflexos se dão no campo do autocuidado, ampliando o empowerment individual.

Ademais, entende-se que o processo grupal é espaço privilegiado para a constituição de rede de apoio, estabelecimento e ampliação de vínculos afetivos; reflexão e conscientização das determinações do processo saúde-doença; organização e mobilização para o efetivo controle social, bem como espaço de ensino-aprendizagem, orientação, intervenção e educação em saúde, efeitos do empowerment comunitário proporcionado.

A parceria com a SMS tem sido uma ocasião de corresponsabilização da gestão municipal com o projeto. Mais recentemente, provavelmente por indução do próprio projeto de extensão, a SMS vinha estruturando linhas de cuidado de saúde da pessoa idosa, na forma de um programa municipal vinculado à atenção básica.

Não obstante, vale ressaltar algumas limitações e dificuldades observadas nesse período do desenvolvi-

mento do projeto. A primeira delas está relacionada com o fato de que, ainda que se recorra a uma estratégia participativa no planejamento e na avaliação dos encontros no decorrer do processo grupal, não necessariamente os participantes regulares foram aqueles ouvidos durante o levantamento de necessidades na USF para a proposição inicial do projeto. A segunda questão diz respeito à não-observância da necessidade de se destacar as prerrogativas legais estabelecidas no Estatuto do Idoso na discussão dos direitos dos usuários do SUS, já que esse consiste em uma expressiva conquista da população. Finalmente, avalia-se que a reflexão a respeito do envelhecimento na vida dos próprios extensionistas (experiências prévias, atitudes diante desse momento da vida, preconceitos e estereótipos etc.) deveria ter sido objeto de discussão mais detida e sistematizada.

No que se refere aos desafios e perspectivas futuras do projeto, assinala-se, principalmente, o estabelecimento efetivo da parceria com a SMS, em três vertentes: (a) no acompanhamento da implantação do programa de saúde do idoso no município, (b) na ampliação dos “Grupos de Conversa” para outras USF do município que também apresentem interesse e demanda para este tipo de intervenção, e (c) no envolvimento efetivo dos profissionais das equipes de Saúde da Família nas atividades dos “Grupos de Conversa”.

## Nota

- \* Apoio financeiro: Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Estudantis (PREAE/UFMS) e Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíba/MS. Agradecimentos à Profa. Dra. Silvia Regina Vieira da Silva, atual supervisora do projeto de extensão.

## Referências

- Almeida, V. L. V. (1998). Imagens da velhice: o olhar antropológico. *A Terceira Idade*, 10(15), 35-39.
- Alves, R. (2002). A solidão amiga. In R. Alves, *Um mundo num grão de areia: o ser humano e seu universo* (pp. 59-66). Campinas, SP: Verus.
- Andaló, C. S. A. (2006). *Mediação grupal: uma leitura histórico-cultural*. São Paulo: Ágora.
- Assis, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 8(1), 15-24.
- Assis, M., Hartz, Z. M. A., & Valla, V. V. (2004). Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 557-581.
- Assis, M., Pacheco, L. C., Menezes, M. F. G., Bernardo, M. H. J., Steenhagen, C. H. V. A., Tavares, E. L. et al. (2007). Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ. *O mundo da saúde*, 31(3), 438-447.
- Barreto, M. L. & Carmo, E. H. (2007). Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o

- Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(Sup), 1779-1790.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Capitanini, M. E. S. (2000). Solidão na velhice: realidade ou mito? In A. L. Neri & S. A. Freire (Orgs.), *E por falar em boa velhice* (pp. 69-80). Campinas, SP: Papyrus.
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4), 1088-1095.
- Carvalho, S. R. (2005). *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec.
- Ciampa, A. C. (1994). Identidade. In S. T. M. Lane & W. Codo (Orgs.), *Psicologia social: o homem em movimento* (13ª ed., pp. 58-75). São Paulo: Brasiliense. (Obra original publicada em 1984)
- Fleury-Teixeira, P., Vaz, F. A. C., Campos, F. C. D., Álvares, J., Aguiar, R. A. T., & Oliveira, V. A. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Supl. 2), 2115-2122.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2007). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Síntese de indicadores 2007*. Acesso em 14 de abril, 2009, em [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/sintese/tab1\\_3.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/sintese/tab1_3.pdf)
- Kahhale, E. M. P. (2003). Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In A. M. B. Bock (Org.), *A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia* (pp. 161-191). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lane, S. T. M. (1994). O processo grupal. In S. T. M. Lane & W. Codo (Orgs.), *Psicologia social: o homem em movimento* (13ª ed., pp. 78-98). São Paulo: Brasiliense. (Obra original publicada em 1984)
- Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. (1994). Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Acesso em 10 de outubro, 2009, em <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm>
- Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. (2003). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Acesso em 10 de outubro, 2009, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm)
- Leontiev, A. N. (2004). O homem e a cultura. In A. N. Leontiev, *O desenvolvimento do psiquismo* (pp. 277-302). São Paulo: Centauro. (Obra original publicada em 1959)
- Lispector, C. (1991). Feliz aniversário. In C. Lispector, *Laços de família* (pp.71-86). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Machado, M. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C., & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 335-342.
- Martin-Baró, I. (1989). *Sistema, grupo y poder. Psicología Social desde Centroamérica II*. El Salvador: UCA.
- Martins, S. T. F. (2003). Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baró. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 201-217.
- Martins, S. T. F. (2007). Psicologia social e processo grupal: a coerência entre fazer, pensar sentir em Sílvia Lane. *Psicologia & Sociedade*, 19(spe2), 76-80.
- Mendes, M. R. S. S. B., Gusmão, J. L., Faro, A. C. M., & Leite, R. C. B. (2005). A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(4), 422-426.
- Minayo, M. C. S. & Coimbra Jr., C. E. A. (2002). Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In M. Minayo & C. E. A. Coimbra Jr. (Orgs.), *Antropologia, saúde e envelhecimento* (pp. 11-24). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ministério da Saúde. (2003). *Política nacional de alimentação e nutrição*. (2ª ed., Série B. Textos básicos de saúde). Brasília, DF: Autor. Acesso em 01 de outubro, 2009, em <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/pnan.pdf>
- Ministério da Saúde. (2006a). *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de gestão* (Série Pactos pela saúde, v.1). Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2006b). *Política nacional de saúde da pessoa idosa – PNSI*. Brasília, DF: Autor. Acesso em 01 de outubro, 2009, em <http://portal.saude.gov.br>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006c). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa* (Cadernos de Atenção Básica, 19). Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2007). *Carta dos direitos dos usuários da saúde* (2ª ed.). Brasília, DF: Autor.
- Neri, A. L. (2004). Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1(1), 69-80.
- Neri, A. L. & Freire, S. A. (2000). Qual é a idade da velhice? In A. L. Neri & S. A. Freire (Orgs.), *E por falar em boa velhice* (pp.7-19). Campinas, SP: Papyrus.
- Papaléo Netto, M. (2006). O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed., pp. 2-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pereira, A. L. F. (2003). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(5), 1527-1534.
- Prado, S. D. & Sayd, J. D. (2006). A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2), 491-501.
- Resolução CNE n. 8, de 07 de maio de 2004. (2004). Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Acesso em 10 de outubro, 2009, em [http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08\\_04.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf)
- Rodrigues, N. C. & Rauth, J. (2006). Os desafios do envelhecimento no Brasil. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed., pp. 186-192). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Sfez, L. (1996). *A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia*. São Paulo: Loyola.
- Spink, M. J. P., Bernardes, J. S. B., Santos, L., & Gamba, E. A. C. (2007). A inserção de psicólogos em serviços de saúde vinculados ao SUS: subsídios para entender os dilemas da prática e os desafios da formação profissional. In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp.53-79). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tolstij, A. (2001). La vejez. In Colectivo de autores, *Psicología del desarrollo: selección de lecturas* (pp. 320-334). Habana/Cuba: Félix Varela.
- Veloz, M. C. T., Nascimento-Schulze, C. M., & Camargo, B. V. (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), 479-501.
- World Health Organization (WHO). (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

Yassuda, M. S. (2006). Memória e envelhecimento saudável. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed., pp. 1245-1251). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Zanella, A. V. & Pereira, R. S. (2001). Constituir-se enquanto grupo: a ação de sujeitos na produção do coletivo. *Estudos de Psicologia*, 6(1), 105-114.

Recebido em: 05/05/2009

Revisão em: 26/07/2009

Aceite final em: 25/04/2010

*Denise Stefanoni Combinato* é Psicóloga, doutoranda em Saúde Coletiva (UNESP-Botucatu), e Orientadora Educacional do Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA). Endereço: Divisão de Alunos, sala 2205. Praça Marechal Eduardo Gomes, 50. Vila das Acácias. São José dos Campos/SP, Brasil. CEP 12228-900. Email: denisecombinato@hotmail.com

*Marcelo Dalla Vecchia* é Psicólogo, doutorando em Saúde Coletiva (UNESP-Botucatu), e Professor Assistente da UFSJ, Campus Centro Dona Lindu. Endereço: Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400. Chanadour. Campus da UFSJ. Divinópolis/MG, Brasil. CEP 35.501-296. Email: mdvecchia@ufsj.edu.br

*Ellen Gonçalves Lopes* é Psicóloga, cursa Especialização Multiprofissional em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família (UNIC) e atua no Centro de Referência da Assistência Social em Rosário Oeste/MT, Brasil.

*Rosimeire Aparecida Manoel* é Psicóloga e mestranda em Saúde Coletiva na UNESP-Botucatu, Brasil.

*Helena Duarte Marino* é Psicóloga, graduada na UFMS-Paranaíba, Brasil.

*Ana Carla Salesse de Oliveira* é Psicóloga, cursa Especialização em Educação na UEMS-Paranaíba e atua nas empresas “Pais & Filhos” e “Gala Embalagens Comercial e Industrial Ltda”.

*Katiuska Fabiana da Silva* é Psicóloga e cursa Especialização Multiprofissional em Saúde da Família (modalidade Residência) na FAMEMA, Marília/SP, Brasil.

#### Como citar:

Combinato, D. S., Dalla Vecchia, M., Lopes, E. G., Manoel, R. A., Marino, H. D., Oliveira, A. C. S., & Silva, K. F. (2010). “‘Grupos de conversa’: saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. *Psicologia & Sociedade*, 22(3), 558-568.