



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIA E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO
LINHA DE PESQUISA: ENSINO EM SAÚDE

MARIA DILCE WÂNIA RODRIGUES DE ALMEIDA DO NASCIMENTO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E
AUTOCUIDADO DE IDOSOS DA UNIVERSIDADE DA MATURIDADE DO POLO
DE PORTO NACIONAL - TO**

Palmas – TO
2025

MARIA DILCE WÂNIA RODRIGUES DE ALMEIDA DO NASCIMENTO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E
AUTOCUIDADO DE IDOSOS DA UNIVERSIDADE DA MATURIDADE DO POLO
DE PORTO NACIONAL - TO**

Dissertação apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins, Campus Universitário de Palmas para fins de avaliação, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde.

Orientador (a): Luiz Sinésio Silva Neto

**Palmas – TO
2025**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- N244e Nascimento, Maria Dilce Wania Rodrigues de Almeida do.
Educação em saúde para promoção da saúde mental e autocuidado de idosos da Universidade da Maturidade do polo de Porto Nacional – TO. / Maria Dilce Wania Rodrigues de Almeida do Nascimento. – Palmas, TO, 2025.
64 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ensino em Ciências e Saúde, 2025.
Orientador: Luiz Sinésio Silva Neto

1. Educação em saúde. 2. Saúde mental. 3. Autocuidado. 4. Pessoa Idosa..
I. Título

CDD 372.35

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO


MARIA DILCE WÂNIA RODRIGUES DE ALMEIDA DO NASCIMENTO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E AUTOCUIDADO DE IDOSOS DA UNIVERSIDADE DA MATURIDADE DO POLO DE PORTO NACIONAL – TO


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde (PPGECS). Foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 29/ 08/2025


Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente
 LUIZ SINÉSIO SILVA NETO
Data: 13/05/2026 21:23:07-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof. Dr. Luiz Sinésio Silva Neto, UFT

Documento assinado digitalmente
 ERIKA DA SILVA MACIEL
Data: 13/05/2026 14:01:00-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Erika da Silva Maciel, UFT

Documento assinado digitalmente
 RODRIGO VENTURA RODRIGUES
Data: 16/01/2026 14:47:26-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof. Dr. Rodrigo Ventura Rodrigues, UNIRP

Palmas, 2025

AGRADECIMENTOS

Hoje é um dia de gratidão. E só é possível agradecer de verdade quando reconhecemos, com sinceridade, os caminhos, os desafios e as mãos estendidas que nos trouxeram até aqui.

Por isso, mais do que listar nomes, eu compartilho um pouco da minha história. Não a história da mestrande Dilce do Nascimento, mas da menina que nasceu na roça, filha de uma mulher corajosa (Dirce Maria Rodrigues de Almeida) com a 4ª série e de um homem analfabeto (Agenor Sabino da Silva), mas com uma sabedoria de vida que nenhum diploma pode medir.

Desde muito cedo, aprendi o valor do trabalho e da dignidade. Aos 7 anos, eu já saía da roça para a cidade, para vender feijão verde, melancia e batata, nas ruas cidade empurrando um carrinho de mão. Objetivo era ajudar no sustento da família. Aos 10 anos, mudei-me para a cidade em busca de educação, ali enfrentei a dor da solidão. Todo fim de semana, minha mãe enviava os produtos da roça para que eu pudesse vender e continuar estudando. Eu complementava nossa renda vendendo lanches na porta da escola e bordando ponto cruz.

Aos 18 anos, mudei-me para Palmas, no Tocantins, com o sonho de cursar Medicina. Mas ali conheci as frustrações, a solidão e, com elas, a depressão. No fundo do poço, encontrei uma mão estendida: a mão de Deus. Ele me levantou e me guiou. Coloquei em prática os ensinamentos da minha mãe: ser forte, destemida, confiante e nunca deixar de lutar, porque *“quem tem vontade já tem a metade”*.

Comecei então pelo possível: fiz o curso técnico de enfermagem. Durante esse período, atuei como agente comunitária de saúde. As conquistas também chegaram aprovação no concurso público como técnica de enfermagem e a aprovação no vestibular para a graduação em Enfermagem. Graduei-me em 2009. O antigo desejo de ser professora voltou a pulsar forte, e tive a oportunidade de iniciá-lo ensinando nos cursos técnicos da Escola Técnica do SUS (ETSUS), e vive a experiência intensa de residente em Saúde da Família e Comunidade, ativou ainda mais o sonho de SER PROFESSORA.

A mudança para Porto Nacional, em 2017, foi um divisor de águas. Fui aprovada para lecionar nos cursos de Enfermagem e Medicina. E, mais adiante, assumi a Direção Acadêmica da instituição. Foi nesse ambiente fértil de sonhos e realizações que nasceu o desejo de cursar o mestrado. Agradeço especialmente ao meu incentivador Prof. Dr. Rodrigo Ventura, à minha amiga fiel Juhli Pacheco, por apoiar incondicionalmente nesta jornada. Os meus pais que plantaram dentro de mim a essência de uma mulher de honra, aos coordenadores de curso e a cada colaborador do ITPAC Porto que apoiou essa caminhada, direta ou indiretamente.

O memorável também aconteceu. Em um momento de fragilidade, logo após meu desligamento da Coordenação Acadêmica, durante uma orientação, fui acolhida de forma surpreendente por meu orientador, Prof. Dr. Luiz Sinésio Neto. Ele não corrigiu minha dissertação, mas me ouviu com empatia e respeito. Ao compartilhar um pouco da minha história, entre lágrimas, disse a ele:

— ***Professor, o senhor conhece a coordenadora, mas acredito que sabe pouco sobre a Dilce do Nascimento...***

E concluí:

— ***Eu só queria ser uma professora.***

Essa frase, que saiu da minha alma, passou a ecoar em mim. Dias depois, em silêncio, ouvi novamente o Senhor me perguntar:

“Você sabe o que essa frase carrega?”

Foi então que compreendi que meu desejo de ser professora é fruto da transformação que vivi através dos professores que Deus colocou em minha vida desde a infância até o mestrado. Ser professora é, para mim, mais que um ofício: é missão, é chamado, é resposta.

O perdoado perdoa. O curado cura. O transformado transforma. E quem foi tocado por bons professores, deseja tocar outras vidas também. Mas, sobretudo, só sabe ser um bom professor quem foi, antes, um bom aluno.

Agradeço àqueles que estiveram ao meu lado em cada fase dessa trajetória. Aos amigos que seguraram minha mão: Márcia Sales, Sara Janai, Josy Barros, Oséias Rego, Ana Karolline. Aos líderes e intercessores Jackson e Meila e Willy e Luana Delfino. À minha família, especialmente às minhas filhas Ana Laura do Nascimento, Isadora do Nascimento, Ystefânia Rodrigues e ao meu amado Arsênio do Nascimento vocês conhecem cada lágrima e cada batalha que enfrentei. À minha irmã Dilcijanes Rodrigues, pelo cuidado incansável. À minha mãe, minha intercessora fiel.

Ao meu orientador, Dr. Luiz Sinésio Neto, minha eterna gratidão suas palavras me mostraram que ***vale a pena ser professora.***

E, acima de tudo, ao meu maior Mestre, Jesus Cristo. A Ele toda a honra, toda a glória e toda a gratidão. Foi Ele quem me levantou, me guiou e me sustentou até aqui.

Hoje, ao concluir esta dissertação, não entrego apenas um trabalho acadêmico. Entrego um testemunho de fé, superação e propósito.

Porque, no fundo, ***EU SÓ QUERIA SER UMA PROFESSORA...***

RESUMO

Este estudo teve como objetivo verificar o impacto de intervenções educativas em saúde mental no engajamento ao autocuidado entre idosos vinculados à Universidade da Maturidade (UMA) do Polo de Porto Nacional – TO. Com abordagem quase-experimental e natureza quantitativa, foram aplicadas escalas validadas (ASA-A e MHLS) antes e depois de cinco aulas temáticas sobre saúde mental e autocuidado. A amostra foi composta por 36 idosos, majoritariamente mulheres (93%), pretos ou pardos (77,8%), com faixa etária acima de 55 anos (56%) e baixa renda. As intervenções educativas abordaram temas como principais transtornos mentais, o poder do abraço e do sorriso, além da construção de planos individuais de autocuidado. Após as ações, observou-se um aumento de +70,9 pontos na Escala de Literacia em Saúde Mental (de 62,0 para 132,9) e de +35,2 pontos na Escala ASA-A (de 60,2 para 95,4), evidenciando melhora expressiva no conhecimento, atitudes e práticas de autocuidado. Os resultados demonstraram que a metodologia participativa e afetiva foi eficaz para promover autonomia, reduzir o estigma em torno da saúde mental e fomentar o envelhecimento ativo. A análise dos dados revelou ainda elevada satisfação com as aulas, compreensão adequada dos conteúdos e fortalecimento de vínculos interpessoais. Conclui-se que intervenções educativas, quando adaptadas ao contexto sociocultural e às necessidades da população idosa, representam estratégias potentes para a promoção da saúde mental e do autocuidado, sendo recomendada sua ampliação em políticas públicas de saúde e educação. Este trabalho também propõe um modelo de intervenção replicável, com potencial para ser aplicado em outros contextos comunitários e acadêmicos.

Palavras-chaves: Educação em saúde. Saúde mental. Autocuidado. Pessoa Idosa. Envelhecimento ativo.

ABSTRACT

This study aimed to verify the impact of educational interventions on mental health in promoting self-care engagement among elderly students enrolled in the Universidade da Maturidade (UMA) at the Porto Nacional campus, Tocantins, Brazil. Adopting a quasi-experimental, quantitative design, validated instruments (ASA-A and MHLS scales) were applied before and after five thematic classes focused on mental health and self-care. The sample consisted of 36 older adults, predominantly women (93%), Black or Brown (77.8%), mostly over 55 years old (56%) and with low income. The educational sessions addressed topics such as common mental disorders in old age, the power of hugging and smiling, and the development of individualized self-care plans. After the interventions, there was a significant increase of +70.9 points in the Mental Health Literacy Scale (from 62.0 to 132.9) and +35.2 points in the Self-Care Ability Scale (ASA-A) (from 60.2 to 95.4), showing substantial improvement in knowledge, attitudes, and self-care practices. The results demonstrated that the participatory and affective methodology effectively promoted autonomy, reduced stigma around mental health, and fostered active aging. Data analysis also revealed high satisfaction with the activities, strong content comprehension, and strengthened interpersonal bonds. It is concluded that educational interventions tailored to the sociocultural context and specific needs of the elderly are powerful strategies for promoting mental health and self-care, and their expansion in public health and education policies is recommended. This study also proposes a replicable intervention model with potential applicability in other community and academic settings.s.

Key-words: Health education. Mental health. Self-care. Elderly Person. Active aging.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 - População residente no Brasil.....	20
Figura 2 - Índices de envelhecimento.....	21
Figura 3 - Resultados do questionário de Variáveis de saúde	31
Figura 4 - Resultados do questionário de Hábitos de vida	32
Figura 5 - Resultados do questionário de Variáveis psicológicas	33
Figura 6 - Resultados do questionário de escala de instrução em saúde mental (comparação).....	36
Figura 7 - Resultados do Pré e Pós teste.....	37
Figura 8 - Resultados do questionário de escala de autocuidado (comparação)	37
Figura 9 - Resultados do Pré e Pós teste (autocuidado)	38
Figura 10 - Resultados do Grau de Satisfação das Aulas	39
Figura 11 - Resultados do Grau de Entendimento das Aulas	39

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Aulas ministradas durante o processo de intervenção.....	28
Quadro 2 - Resultados do questionário socioeconômico.....	30
Quadro 3 - Registro fotográfico das aulas ministradas.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVDs – Atividades Avançadas da Vida Diária

ASA-A – Escala de Capacidade de Autocuidado

CAEE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

GDS – Geriatric Depression Scale (Escala de Depressão Geriátrica)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MHLS – Mental Health Literacy Scale (Escala de Literacia em Saúde Mental)

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PROGERO – Grupo de Pesquisa Envelhecimento Humano da UMA

SM – Salário-Mínimo

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TREND – Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs

UFT – Universidade Federal do Tocantins

UMA – Universidade da Maturidade

LISTA DE SÍMBOLOS

% – Porcentagem

\geq – Maior ou igual

\leq – Menor ou igual

n – Número de participantes/amostras

\bar{x} – Média aritmética

Δ – Diferença entre valores (variação)

SM – Salário-mínimo (quando usado como unidade de valor)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1. PROBLEMA DE PESQUISA	15
1.1.1. Delimitação de Escopo	16
1.1.2. Justificativa.....	16
2. OBJETIVOS	18
2.1. OBJETIVO GERAL.....	18
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1. ENVELHECIMENTO NO BRASIL E NO ESTADO DO TOCANTINS	18
3.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AUTOCUIDADO.....	22
3.3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL DA PESSOA IDOSA	23
4. METODOLOGIA.....	24
4.1. DESENHO DO ESTUDO	24
4.2. AMOSTRA E QUESTÕES ÉTICAS.....	25
4.3. LOCAL E PERÍODO	25
4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	25
4.5. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS	25
4.5.1. Questionário Socioeconômico.....	25
4.5.2. Questionário de Variáveis de Saúde.....	26
4.5.3. Participação Social	26
4.5.4. Hábitos de Vida e Variáveis Psicológicas	27
4.5.5. Escala de Literacia em Saúde Mental (MHLS).....	27
4.5.6. Escala de Capacidade de Autocuidado (ASA-A).....	27
4.5.7. Desenvolvimento e Implementação das Aulas.....	28
4.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	29
5. RESULTADOS	29
5.1. SOCIOECONÔMICO	29
5.2. VARIÁVEIS DE SAÚDE.....	31
5.3. HÁBITOS DE VIDA.....	32
5.4. VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS	32
5.5. INTERVENÇÕES	33
5.6. ESCALA DE INSTRUÇÃO EM SAÚDE MENTAL	36
5.7. ESCALA DE CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO - ASA-A.....	37
5.8. GRAU DE SATISFAÇÃO E ENTENDIMENTO DAS AULAS.....	38
6. DISCUSSÃO	40
7. CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS	45
Apêndice I- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	49
Anexo 1 - Questionário socioeconômico.....	50
Anexo 2 - Questionário variáveis da saúde	51
Anexo 3 - Questionário hábitos de vida	52
Anexo 4 - Participação social	53
Anexo 5 - Variáveis Psicológicas.....	54
Anexo 6 - Escala de Capacidade de autocuidado - ASA-A	55
Anexo 7 - Escala de Instrução em Saúde Mental	57

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno inegável. É praticamente certo que, nas próximas décadas, esse processo se intensificará em países em desenvolvimento, como o Brasil. Muitos já passaram ou estão passando por uma transição demográfica, na qual os níveis de mortalidade e fecundidade são significativamente reduzidos. O aumento da proporção de idosos é consequência direta dessa transição demográfica (SAAD, 2016).

Considerando o dinamismo demográfico brasileiro, associado ao envelhecimento natural (senescência) e patológico (senilidade), fazem-se presentes alterações funcionais e biológicas que reduzem a capacidade de adaptação ao ambiente, colocando os idosos em maior situação de fragilidade.

Nesse contexto, a promoção da saúde mental e o autocuidado tornam-se componentes essenciais para a manutenção do bem-estar geral, especialmente em ambientes educativos. Na Universidade da Maturidade (UMA) do Polo de Porto Nacional – TO, composta predominantemente por acadêmicos com mais de 45 anos, essas práticas adquirem relevância ainda maior.

A UMA se destaca por oferecer um ambiente educativo que valoriza não apenas a educação formal, mas também o desenvolvimento pessoal e social dos seus acadêmicos. Neste cenário, ações voltadas para a saúde mental e o incentivo ao autocuidado tornaram-se fundamentais para garantir qualidade de vida e sucesso acadêmico.

Conforme observado por Osório e Silva Neto (2021), “os professores doutores Neila Barbosa Osório e Luiz Sinésio Silva Neto, apoiados na Constituição, na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso, criaram a Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins (UMA/UFT), projeto que hoje conta com 22 polos em todo o estado do Tocantins, no estado de Mato Grosso do Sul e Soure, Portugal, e se destaca pelo trabalho solidificado ao longo de seus dezessete anos de existência”

Além disso, Silva Neto e Osório (2022) ressaltam que "as intervenções de educação em saúde voltadas para idosos necessitam de metodologias mais estruturadas e adaptadas ao contexto do idoso", pois, sem esse ajuste, há dificuldade de engajamento e eficácia nas ações. Essa afirmação reflete a importância de planejar atividades educativas específicas, que considerem o histórico, os interesses e as limitações da população idosa.

Outro ponto enfatizado pelos autores encontra-se na ligação entre condições socioeconômicas e práticas de autocuidado. Em estudo com participantes da UMA, apontam

que “a relação entre condições socioeconômicas e o perfil de autocuidado das pessoas idosas revela que, apesar de fragilidades materiais, o suporte educativo pode elevar significativamente as práticas de autocuidado”. Isso destaca a necessidade de considerar o contexto socioeconômico ao planejar intervenções.

Em uma publicação intitulada *GeronTOcantins: estudos sobre a educação ao longo da vida na Amazônia legal* (Osório; Silva Neto; Nunes Filho, 2022), os autores reforçam que “a Universidade da Maturidade ressignifica vidas, ao oferecer projetos de extensão intergeracional e ações de educação em saúde que fortalecem a autoestima, a coesão social e a autonomia das pessoas idosas”. Essa dimensão intergeracional e comunitária tornou as ações mais eficazes, pois valorizam a troca de saberes e o pertencimento.

A saúde mental é um componente crítico do bem-estar e tem sido reconhecida como fundamental para o sucesso acadêmico e pessoal. Segundo a OMS, trata-se de “um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses normais, trabalhar de forma produtiva e contribuir para sua comunidade” (WHO, 2013). No contexto das pessoas idosas, programas direcionados à promoção da saúde mental têm demonstrado redução significativa do estresse, da ansiedade e da depressão (Reavley & Jorm, 2014; Drum et al., 2009).

O engajamento no autocuidado envolve práticas deliberadas para manutenção da saúde física e mental, segundo Orem (2001). Entre os acadêmicos da UMA, isso inclui exercícios físicos, práticas de mindfulness, redes de apoio social e busca por orientação profissional. Estudos indicam que autocuidado regular está associado a menores níveis de estresse e ansiedade, além de maior resiliência (Stewart-Brown et al., 2000; Grobler & Hettler, 2016).

Diante disso, investigou-se, neste estudo, de que modo as estratégias de promoção da saúde mental e de incentivo ao autocuidado influenciam o bem-estar dos acadêmicos da UMA de Porto Nacional – TO. Busca-se identificar práticas eficazes e desafios enfrentados, fornecendo subsídios para a implementação de programas integrados que potencializam os efeitos benéficos dessas iniciativas no contexto do envelhecimento ativo e saudável.

1.1. Problema de pesquisa

As intervenções de educação em saúde mental têm impacto no engajamento do autocuidado das pessoas idosas?

1.1.1. Delimitação de Escopo

Nesta pesquisa está delimitada à investigação das estratégias de educação em saúde voltadas para a promoção da saúde mental e do autocuidado entre pessoas idosas vinculadas à Universidade da Maturidade (UMA) do Polo de Porto Nacional – TO. O estudo contempla apenas os participantes regularmente matriculados na UMA durante o período de realização da pesquisa, com idade igual ou superior a 45 anos, residentes na região urbana e rural do município.

As ações desenvolvidas concentraram-se na aplicação de oficinas educativas, aplicação de questionários validados e análises de percepções e comportamentos relacionados ao autocuidado e ao bem-estar psicológico. A análise dos dados foi de natureza quantitativa, com foco na comparação entre os indicadores antes e depois das intervenções.

Não foi objetivo deste estudo avaliar aspectos clínico-psiquiátricos de forma aprofundada, realizar diagnósticos médicos ou propor tratamentos de saúde mental. Também não foram abordados, de forma detalhada, determinantes sociais amplos como renda, escolaridade ou acesso a serviços de saúde, ainda que esses fatores tenham surgido como elementos contextuais na análise dos resultados.

Por fim, os resultados desta pesquisa referem-se ao contexto específico da UMA em Porto Nacional – TO, não sendo possível generalizá-los para outras instituições ou populações sem as devidas adaptações. O trabalho, portanto, está circunscrito ao campo da educação em saúde com enfoque na promoção da saúde mental de pessoas idosas em um ambiente acadêmico informal e não pretende esgotar a complexidade do tema.

1.1.1.

1.1.2. Justificativa

A escolha pela temática voltada à promoção da saúde mental e do autocuidado de pessoas idosas não é fruto do acaso, mas sim resultado de uma trajetória profissional construída com base no compromisso com o cuidado, com a educação em saúde e, sobretudo, com o ser humano em sua integralidade.

Com mais de duas décadas de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), percorri caminhos que me permitiram compreender as múltiplas dimensões do cuidado, iniciando como Agente Comunitária de Saúde (ACS) e alcançando o cargo de Diretora da Atenção Primária à Saúde. Essa vivência me possibilitou estar próxima da realidade de inúmeras famílias,

percebendo o quanto o envelhecimento, embora natural, pode ser atravessado por desafios que impactam diretamente a saúde mental e o bem-estar das pessoas idosas.

Essa experiência prática foi complementada por uma formação sólida e constantemente atualizada, com especializações que ampliaram meu olhar sobre os processos educativos em saúde e sobre a importância de estratégias pedagógicas que levem em conta o contexto de vida dos sujeitos. Ao ingressar no Mestrado em Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT), reafirmei meu compromisso com uma formação crítica e humanizada, voltada para as reais necessidades da população.

Quando atuei como Coordenadora Acadêmica da FAPAC e docente nos cursos de Enfermagem e Medicina em Porto Nacional – TO, mantive um contato direto com diferentes gerações de aprendizes, entre eles os acadêmicos da Universidade da Maturidade (UMA), cuja sabedoria acumulada convive com fragilidades muitas vezes invisibilizadas.

Foi ao escutar essas vozes, partilhar experiências e observar os desafios cotidianos enfrentados por esses idosos, que são também estudantes, que compreendi a urgência de se pensar políticas e práticas educativas que considerem a saúde mental como um direito e o autocuidado como caminho para o envelhecimento digno.

A UMA representa um espaço fértil para a valorização da pessoa idosa, mas também revela as lacunas que ainda precisam ser preenchidas quando o assunto é a saúde emocional dos seus participantes. É nesse cenário que esta pesquisa se justifica: pela necessidade de intervir de forma propositiva, com base científica e metodológica, a fim de potencializar a autonomia, a autoestima e a qualidade de vida desses sujeitos.

Mais que um projeto acadêmico, esta investigação representa o compromisso com a construção de um ambiente educador que reconhece e acolhe a complexidade do ser humano em todas as suas fases da vida, especialmente na velhice, que merece ser vivida com plenitude, respeito e cuidado.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Verificar o impacto das intervenções de educação em saúde mental no engajamento do autocuidado da Pessoa Idosa da Universidade da Maturidade do Polo de Porto Nacional – TO.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar características socioeconômicas das pessoas idosas da Universidade da Maturidade UMA na cidade de Porto Nacional Tocantins;
- Avaliar as variáveis de saúde, hábitos de vida, participação social, variáveis psicológicas e letramento em saúde mental;
- Analisar a associação entre os níveis de autocuidado e a participação nas oficinas das pessoas idosas da Universidade da Maturidade – UMA/UFT de Porto Nacional – TO;

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Envelhecimento no Brasil e no Estado do Tocantins

O envelhecimento demográfico, também conhecido como envelhecimento populacional, constitui um fenômeno de grande importância para as sociedades atuais. Ele se refere ao aumento proporcional da população idosa em comparação aos grupos mais jovens, resultado principalmente da redução das taxas de fecundidade e do prolongamento da expectativa de vida (GOMES, 2014).

A diminuição da natalidade indica que o número de nascimentos vem sendo cada vez menor em relação às gerações anteriores, cenário associado ao uso ampliado de métodos contraceptivos e às políticas de planejamento familiar. No Brasil, esse processo ocorreu de forma acelerada, uma vez que a taxa de fecundidade chegou a 1,8 filho por mulher em idade reprodutiva, índice que os estudos previam apenas para a década de 2040 (GUIMARÃES, 2008).

O aumento da longevidade, por sua vez, está diretamente ligado aos avanços da medicina, à melhoria das condições gerais de saúde e à expressiva queda da mortalidade infantil. Esses fatores se destacam como os principais propulsores do envelhecimento populacional. Em nível mundial, a expectativa média de vida atingiu 72,8 anos em 2019, valor 12% superior ao registrado em 1990. Contudo, devido à pandemia de COVID-19, essa média

caiu para 71,0 anos em 2021. Ainda assim, projeta-se que até 2050 a expectativa global alcance 77,2 anos (ONU, 2022).

Esse aumento representa uma conquista para a saúde pública, mas também impõe desafios significativos, como a necessidade de reestruturar os sistemas previdenciários, ampliar a assistência em geriatria e implementar políticas de promoção da saúde e de incentivo a estilos de vida saudáveis em todas as fases da vida (ONU, 2022).

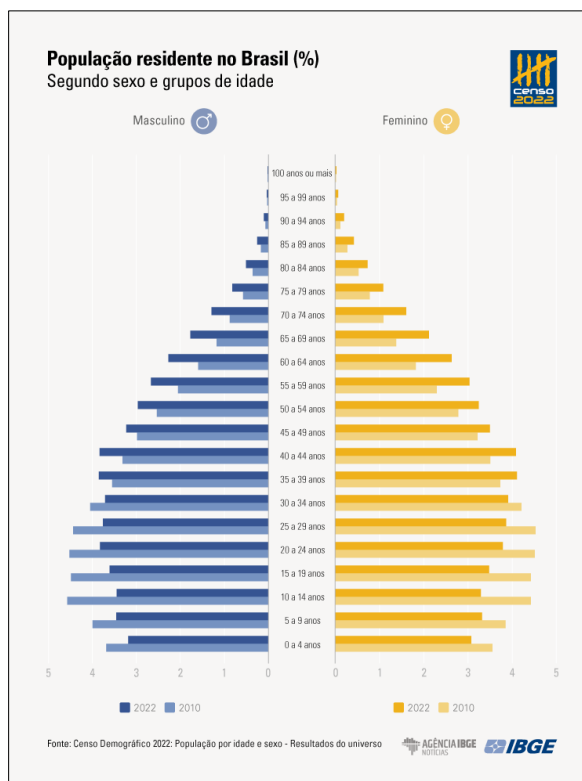
Do ponto de vista fisiológico, o envelhecimento se manifesta por transformações graduais no organismo, sobretudo pela diminuição da capacidade funcional, embora não comprometa necessariamente funções específicas (FERREIRA et al., 2014). Os efeitos desse processo, entretanto, são fortemente influenciados pelas condições ambientais, que determinam tanto a qualidade dos serviços de saúde acessíveis quanto as possibilidades de adesão a hábitos de vida mais saudáveis.

Nesse cenário, idosos residentes em cidades pequenas enfrentam dificuldades adicionais, como precariedade no saneamento básico e restrições no acesso a serviços de saúde e educação de qualidade. Essas limitações incentivam a saída da população jovem em busca de melhores oportunidades nos grandes centros urbanos, o que contribui para o aumento relativo de idosos em municípios interioranos (RODRIGUES, 2019).

Além dos fatores ambientais, o envelhecimento populacional também é condicionado por aspectos socioeconômicos que influenciam a distribuição etária. O desenvolvimento econômico, aliado à urbanização e à industrialização, tende a reduzir as taxas de natalidade (RIGOTTI, 2012). Em países que contam com sistemas consistentes de proteção social e saúde, os idosos conseguem desfrutar de condições de vida melhores e maior longevidade. Em contrapartida, em sociedades com altos níveis de desigualdade, o envelhecimento ocorre de forma desigual, pois grupos mais favorecidos economicamente vivem mais do que os socialmente vulneráveis (REIS, 2016).

No contexto brasileiro, observa-se variação significativa na proporção de idosos entre as diferentes unidades da federação. Enquanto no Rio Grande do Sul 13,6% da população tem 60 anos ou mais, no Amapá esse índice corresponde a apenas 5,1% (RODRIGUES, 2019).

Figura 1 - População residente no Brasil



Fonte: IBGE (2022)

O envelhecimento demográfico pode ser analisado por meio de diferentes indicadores que permitem compreender as mudanças na composição etária das populações. Entre os mais utilizados estão a proporção de idosos, a razão de sexo, o índice de envelhecimento e a idade média da população, cada um oferecendo informações relevantes para os estudos demográficos (VASCONCELOS, 2012). A seguir, são apresentados exemplos desses indicadores a partir de dados referentes ao Estado do Tocantins.

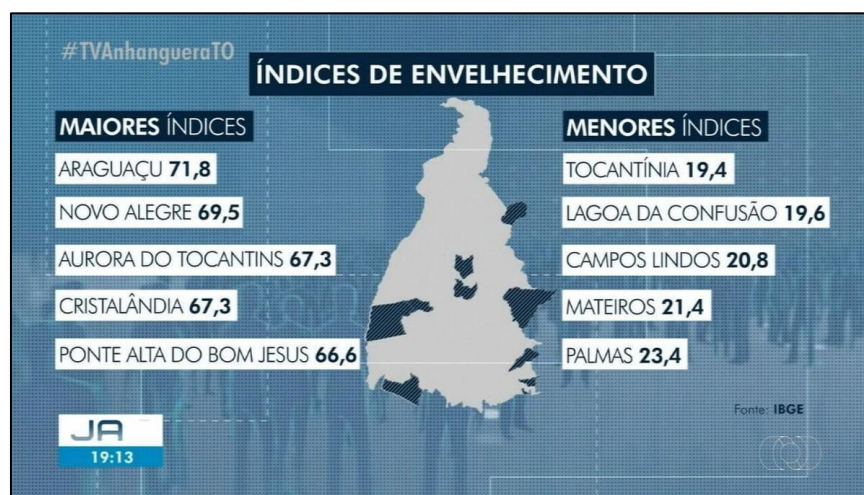
A proporção de idosos corresponde à relação entre o número de pessoas com 60 anos ou mais e o total da população. Quanto maior esse índice, maiores também são as demandas por serviços voltados a essa faixa etária, como cuidados de saúde, previdência social e políticas de envelhecimento ativo. No Tocantins, essa proporção apresentou crescimento expressivo de 62% em pouco mais de uma década: o número de idosos passou de 80.646 em 2010 para 130.464 em 2022 (IBGE, 2022).

A razão de sexo, também denominada proporção de sexo, mede a relação entre o número de homens e mulheres de uma população. Outro indicador relevante é a razão de dependência, que considera como economicamente dependentes os jovens de até 14 anos e os idosos com 65 anos ou mais, em relação à população em idade ativa. Segundo o Censo 2022, o Brasil vem se tornando uma sociedade mais idosa e com predominância feminina. Contudo, no Tocantins a

situação se mostrou distinta, já que o estado apresentou maior número de homens do que de mulheres: 757.296 homens (51%) contra 754.191 mulheres (49,9%), uma diferença de 3.058 indivíduos, totalizando 1.511.460 pessoas idosas (IBGE, 2022).

O índice de envelhecimento é outro parâmetro demográfico importante, pois expressa a relação entre a população idosa (65 anos ou mais) e a população jovem (menores de 15 anos). Quanto mais elevado esse índice, mais envelhecida se apresenta a população local. No Tocantins, o município de Araguaçu ocupa a primeira posição, com 71,8 idosos para cada 100 crianças de 0 a 14 anos (IBGE, 2022). Em contrapartida, municípios como Tocantínia, Lagoa da Confusão, Campos Lindos, Mateiros e a capital Palmas registraram os menores índices, todos com menos de 24 idosos para cada 100 crianças.

Figura 2 - Índices de envelhecimento



Fonte: Jornal TV Anhanguera – TO

Em relação a idade média segundo o (IBGE,2022) no censo demográfico estado do Tocantins apresentou a segunda maior média etária entre os estados da região Norte do Brasil. Esse indicador evoluiu de 25 anos em 2010 para 31 anos em 2022, evidenciando um crescimento expressivo no período (IBGE, 2022). O aumento da idade média suscita reflexões importantes, sobretudo quando se consideram as projeções futuras. Caso não sejam implementadas políticas públicas que incentivem a elevação da taxa de fecundidade, a tendência é que a média etária continue a subir. Tal cenário implica em redução da população economicamente ativa e exige ajustes na previdência social, possivelmente postergando a idade para aposentadoria (NASSAR, 2017).

O envelhecimento demográfico, portanto, constitui um fenômeno inevitável que transforma profundamente a organização social. O avanço da idade populacional impõe desafios nas áreas econômica, social e da saúde, tornando imprescindível a formulação de

políticas públicas consistentes e estratégias inovadoras capazes de atender às necessidades crescentes da população idosa.

Entretanto, esse processo não deve ser interpretado apenas como obstáculo, mas também como uma oportunidade de valorização da experiência acumulada ao longo da vida, de fortalecimento da inclusão social e de revisão dos paradigmas tradicionais acerca do ciclo de vida.

No âmbito das estratégias voltadas ao envelhecimento saudável, a prática regular de atividade física se destaca como recurso fundamental. Investigar formas de ampliar a adesão e a permanência de pessoas idosas em programas dessa natureza tem sido objeto de estudos conduzidos pela Universidade da Maturidade (UMA), por meio do grupo de pesquisa PROGERO. Entre os temas analisados, destaca-se a compreensão dos fatores motivacionais relacionados à participação contínua em atividades físicas, assunto que será aprofundado no próximo capítulo.

3.2. Educação em saúde e autocuidado

Com ênfase no contexto do envelhecimento, em 1994, foi promulgada a Política Nacional do Idoso, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/1996, que dispõe sobre a garantia dos direitos sociais, com o objetivo de assegurar a independência, a inclusão e a participação plena das pessoas com 60 anos ou mais em todos os aspectos sociais (Brasil, 1994). Essa política busca promover o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas, garantindo-lhes acesso a serviços e oportunidades que favoreçam sua autonomia e dignidade.

No entanto, a educação em saúde foi realmente enfatizada na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamentou as ações do SUS no país, destacando a educação como fator determinante e condicionante para a saúde, entre outros fatores (Brasil, 1990). A educação em saúde, enquanto área de conhecimento, une diferentes campos do saber como educação, filosofia e antropologia focadas num objetivo comum (Machado et al., 2007), que é a transmissão e/ou troca de conhecimentos acerca de comportamentos relacionados à melhora da saúde de indivíduos de todas as idades.

É necessário destacar que o processo de educação em saúde tem como foco a população, diferenciando-se substancialmente do processo de aquisição de conhecimento pelo qual os profissionais de saúde devem passar para exercer sua profissão, processo que o Ministério da Saúde denomina como Formação Profissional em Saúde e Educação na Saúde (Secretaria-Executiva, 2012).

Por meio do seu papel de ordenador da formação de profissionais na área da saúde, ao refletir sobre a educação como uma ferramenta de gestão e como instrumento de transformação de práticas de atenção em saúde, vem investindo na construção de novos perfis profissionais, em favor da integralidade e resolubilidade da atenção à saúde prestada à população (Leite et al., 2012).

Apesar de muitas vezes utilizados para referir-se ao mesmo conceito, os termos educação em saúde e promoção de saúde, apesar de extremamente conectados, divergem em suas definições (Falkenberg et al., 2014). Quando abordamos a promoção de saúde, referimo-nos a um conjunto de estratégias de enfrentamento de diversos problemas de saúde, seja no âmbito individual ou organizacional, partindo da compreensão do processo saúde-doença e dos fatores associados, e é composta de saberes populares unidos ao conhecimento técnico capazes de beneficiar camadas mais abrangentes da comunidade (Patrocínio, 2011).

O autocuidado, enquanto parte integrante da promoção da saúde, é essencial para a manutenção da saúde e do bem-estar na terceira idade. Segundo Orem (1995), o autocuidado é uma prática fundamental para a preservação da vida, da saúde e do bem-estar, abrangendo atividades que os indivíduos realizam em benefício próprio para manter a vida, a saúde e o bem-estar. A educação em saúde, ao capacitar os idosos com conhecimentos e habilidades para o autocuidado, promove a autonomia e a independência, possibilitando que eles assumam um papel ativo na gestão de sua saúde e na prevenção de doenças (Lima et al., 2018).

Por fim, as práticas para evolução no desenvolvimento do engajamento no autocuidado são fundamentais. Veras e Camargo (1995) sustentam que, entre as entidades governamentais, a universidade é atualmente a mais adequada para atender às demandas das pessoas idosas, uma vez que conta com uma diversidade de pesquisadores capazes de desenvolver investigações científicas e propor abordagens inovadoras no cuidado à saúde das pessoas idosas, que se diferenciam das práticas tradicionais.

3.3. Educação em saúde mental da Pessoa Idosa

O conceito de saúde, conforme a Organização Mundial da Saúde, é descrito como, não é apenas a falta de enfermidade, mas sim, uma condição de completo bem-estar físico, mental e social. *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity health.”* (WHO, 1946).

Quando tratamos da temática, saúde mental, observamos que é uma parte essencial da saúde geral, especialmente na população idosa. O envelhecimento é um processo natural que envolve mudanças biológicas, psicológicas e sociais que podem impactar significativamente o

bem-estar mental dos indivíduos. A compreensão dos fatores que influenciam a saúde mental na terceira idade é fundamental para a promoção de intervenções eficazes que visem melhorar a qualidade de vida dos idosos.

O envelhecimento traz consigo uma série de mudanças psicológicas que podem afetar a saúde mental dos idosos. Segundo Neri (2001), a adaptação a essas mudanças requer uma capacidade de resiliência e flexibilidade emocional. A aposentadoria, a perda de entes queridos e a diminuição da capacidade física, são eventos comuns que podem contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais, como depressão e ansiedade. Estudos indicam que a prevalência de depressão em pessoas idosas varia entre 10% e 20%, sendo mais alta entre aqueles que vivem em instituições de longa permanência (Blazer, 2003).

A solidão e o isolamento social são fatores de risco significativos para o desenvolvimento de problemas mentais na terceira idade (Hawkley & Cacioppo, 2010). A participação em atividades sociais, comunitárias, pedagógicas e recreativas tem se mostrado eficaz na redução desses riscos. Além disso, a qualidade do suporte social, incluindo o apoio de familiares e amigos, está diretamente relacionada ao bem-estar mental dos idosos (Bowling, 2005).

Diante disso, intervenções psicossociais têm se mostrado eficazes na promoção da saúde mental entre os idosos. Terapias cognitivas e comportamentais, programas de exercícios físicos e atividades recreativas são algumas das estratégias que podem melhorar a qualidade de vida e reduzir os sintomas de depressão e ansiedade (Chalise, 2014). Além disso, políticas públicas que promovam o envelhecimento ativo e a inclusão social são fundamentais para a criação de um ambiente propício ao bem-estar mental dos idosos.

A saúde mental da pessoa idosa é um campo complexo e multifacetado que requer uma abordagem holística e integrada. O reconhecimento das mudanças psicológicas, sociais e físicas que ocorrem com o envelhecimento é importante para a implementação de intervenções eficazes. A promoção da saúde mental para pessoas idosas deve ser uma prioridade, tanto em termos de políticas públicas quanto de práticas clínicas, visando melhorar a qualidade de vida e o bem-estar desta população crescente, (BRASIL, 2009).

4. METODOLOGIA

4.1. Desenho do Estudo

Este é um estudo quase-experimental, de natureza quantitativa, com intervenção controlada e não randomizada, utilizando pré-teste e pós-teste. A pesquisa adota as diretrizes

da declaração Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs – TREND (2022) como referência metodológica. Conforme Gil (2021), em estudos quase-experimentais há manipulação da variável independente, porém nem sempre é possível garantir pleno controle sobre os estímulos experimentais ou realizar a distribuição aleatória dos participantes entre os grupos.

4.2. Amostra e Questões Éticas

Participaram do estudo 45 acadêmicos regularmente matriculados na Universidade da Maturidade (UMA) do Polo de Porto Nacional – TO, selecionados por conveniência. Os participantes foram informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, e concordaram em participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme prevê a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins, sob o CAEE 02128818.8.0000.5519 e parecer nº 3.198.948.

4.3. Local e Período

A pesquisa foi realizada no polo da UMA/UFT de Porto Nacional – TO. A coleta de dados referente ao pré-teste ocorreu no final de agosto de 2024 e de pós-teste no final de janeiro de 2025.

4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas pessoas com 45 anos ou mais, de ambos os sexos, regularmente matriculadas na UMA de Porto Nacional. Foram excluídas pessoas que faltaram a três ou mais intervenções educativas ou que não responderam ao questionário do pré-teste.

4.5. Instrumentos e Procedimentos

4.5.1. Questionário Socioeconômico

O questionário apresentado no anexo 1 foi estruturado para avaliar as variáveis sociodemográficas como: idade, gênero, trabalho, aposentadoria, pensão, escolaridade, renda pessoal, estado civil, renda familiar e pessoas que residem na mesma residência.

4.5.2. Questionário de Variáveis de Saúde

O questionário que foi utilizado para avaliação das variáveis de saúde, anexo II, foi subdividido em três tópicos: doenças autorrelatadas, problemas de saúde e uso de medicamentos (PATROCINIO, 2011).

Questões sobre doenças autorrelatadas foram aquelas onde os participantes responderam se tinham diagnóstico médico de algumas doenças como: Doenças do coração, Angina, Infarto ou Taquicardia, Derrame, Acidente Vascular Encefálico ou Isquemia, Diabetes Melitus, Hipertensão Arterial, Tumores malignos e benignos, Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas, Alergias, Depressão, Osteoporose, Hepatites, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Alergias (PATROCINIO, 2011).

Questões sobre problemas de saúde foram aquelas onde os participantes responderam se tiveram algum problema de saúde nos últimos 12 (doze) meses como: Coronavírus, Incontinências urinárias e fecais, Depressão, ansiedade, ganho de peso, perda de peso, sofreu quedas, se houve perda de memória após a queda, se teve fraturas, se foi hospitalizado e tempo de hospitalização (PATROCINIO, 2011).

Em relação ao uso de medicamentos, foram questionados se fazem uso de remédios prescritos ou por conta própria nos últimos 6 meses e relatar a quantidade e tipos (PATROCINIO, 2011).

4.5.3. Participação Social

Para avaliar a participação social dos respondentes da pesquisa foi utilizada a escala Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVDs) conforme o Anexo IV. Esta escala apresenta 13 perguntas com a finalidade de avaliar a capacidade social e mental na realização de atividades independente do seu trabalho e seu engajamento na sociedade (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

As perguntas como fazer visitas, vai a igreja, participa de eventos, dirige, faz viagens, trabalho voluntário ou remunerado, se participa de conselhos ou associações e também se faz cursos ou participa de grupos exclusivo para idosos são os questionamentos utilizados na escala. Quando se identifica estas condições é possível saber se o idoso apresenta ou não alguma redução nos seus empenhos sociais, alterações intelectuais e vulnerabilidade (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

4.5.4. Hábitos de Vida e Variáveis Psicológicas

Para avaliar as condições de Hábitos de vida e variações psicológicas dos participantes da pesquisa foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica- GDS conforme o Anexo III e V. A GDS-15 foi elaborada por Sheikh e Yesavage em 1986. Através de perguntas simples é possível identificar sintomas depressivos nos idosos (PEREIRA, 2017).

As perguntas totalizam a abrangência de 15 (quinze) itens, com questionamentos voltados para a satisfação, interesse, aborrecimentos, humor, felicidades, sair de casa, problemas de memória, prazer, inutilidade, vitalidade, esperança e negativismo.

Para a interpretação dos resultados da pesquisa adotou-se como critério uma variação de zero (ausência de sintomas depressivos) a quinze pontos (pontuação máxima de sintomas depressivos), escore de corte ≥ 5 para determinar a presença de sintomas depressivos nos idosos (PEREIRA, 2017).

4.5.5. Escala de Literacia em Saúde Mental (MHLS)

A Escala de Instrução em Saúde Mental teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento, percepção e atitudes em relação à saúde mental, conforme anexo VII. Trata-se de um instrumento que engloba 35 itens, abordando desde o reconhecimento de sintomas de transtornos mentais (como depressão, ansiedade, fobias, bipolaridade) até atitudes frente ao estigma e à convivência com pessoas que apresentam essas condições.

A aplicação da escala foi realizada em dois momentos: pré-teste (antes das ações educativas) e pós-teste (após as intervenções em saúde).

4.5.6. Escala de Capacidade de Autocuidado (ASA-A)

Para avaliar as capacidades de autocuidado (Anexo VI), foi utilizada a Escala de Capacidade de Autocuidado-ASA-A, ela é formada por 24 itens, tendo como opção de resposta cinco opções: discordo totalmente (1 ponto); discordo (2 pontos) nem concordo nem discordo (3 pontos); concordo (4 pontos) e concordo totalmente (5 pontos).

A pontuação mínima é de 24 e a máxima de 120 pontos. Quanto mais próximo de 120 pontos, melhores as capacidades de autocuidado e quanto mais próximo de 24, piores as mencionadas capacidades (DA SILVA; RODRIGUES, 2017).

É usada em adultos de diferentes estados de saúde, investiga o indivíduo em relação ao seu desenvolvimento, operabilidade e adequação, ou até mesmo derivados do processo de doença ou desvio da saúde. Ao final o score pode-se classificar o autocuidado péssimo (24-40),

ruim (40-56), regular (56-72), boa (72-88), muito boa (88-103) e ótimo (104-120) (DA SILVA; RODRIGUES, 2017).

4.5.7. Desenvolvimento e Implementação das Aulas

As intervenções realizadas no presente estudo ocorreram por meio de um conjunto de aulas educativas com abordagem participativa, desenvolvidas em encontros presenciais com os idosos participantes.

No primeiro momento, foi apresentado o cronograma de atividades, com cinco temas centrais: saúde mental, principais transtornos mentais em pessoas idosas, o poder do abraço, o poder do sorriso e o autocuidado da saúde mental na velhice.

Cada temática foi acompanhada de estratégias de ensino-aprendizagem interativas, adaptadas à linguagem e às vivências dos participantes. Os temas foram previamente discutidos com o grupo, oferecendo aos idosos a oportunidade de sugerir alterações, exclusões ou acréscimos. A

o final da apresentação, todos os participantes manifestaram concordância com os conteúdos propostos, validando o plano de intervenção de forma coletiva. Esse protocolo foi inspirado e adaptado de Patrocínio (2011), que propõe a construção participativa de ações educativas com foco na autonomia da pessoa idosa.

No segundo encontro com o grupo, foram apresentados os termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com explicação detalhada sobre os objetivos da pesquisa, o sigilo das informações e os direitos dos participantes. Todos os idosos assinaram o documento, demonstrando compreensão e anuência à participação voluntária.

No terceiro encontro, procedeu-se à aplicação dos instrumentos de coleta de dados do pré-teste, os quais incluíram: o questionário socioeconômico, o questionário de variáveis de saúde, o questionário sobre hábitos de vida, participação social, variáveis psicológicas e a Escala de Capacidade de Autocuidado (ASA-A), conforme descrito na seção resultados deste trabalho.

Finalizada a etapa diagnóstica, iniciaram-se as ações educativas, compostas pelas cinco aulas temáticas, que serão descritas em detalhe na subseção a seguir.

Quadro 1 - Aulas ministradas durante o processo de intervenção

Aula	Tema	Objetivo da aula	Duração
Aula 01	Saúde Mental	Exposição dialogada	

Aula 02	Principais Transtornos Mentais em Pessoas Idosas	Exposição dialogada	2 horas aula
Aula 03	O Poder do Abraço	Dinâmica do abraço com significado, roda de conversa sobre afeto e memória afetiva.	
Aula 04	O Poder do Sorriso	Dinâmica do sorriso com significado, roda de conversa sobre afeto e memória afetiva.	
Aula 05	Autocuidado da Saúde Mental em Pessoas Idosas	Exposição dialogada	

Fonte: Autor (a)

Após finalizadas as ações educativas aplicou-se os pós-teste com os questionários: Escala de Literacia em Saúde Mental (MHLS) e Escala de Capacidade de Autocuidado (ASA-A) para avaliar a capacidade de Autocuidado.

Foram encontradas barreiras durante a pesquisa como falta de compreensão de alguns assuntos devido problemas visuais sendo necessário uma atenção maior da pesquisadora. Os instrumentos foram adaptados para melhor visualização dos idosos com problemas de saúde.

4.6. Análise Estatística

Os dados foram tabulados pela plataforma Jamovi que é um software estatístico idealizado para a comunidade científica. O jamovi é compatível com plataformas como Linux, Windows, MacOS, facilitando o acesso para geração de tabelas formatadas segundo as normas da *American Psychological Association* (APA) e permite copiar e colar no word e excel.

5. RESULTADOS

5.1. Socioeconômico

Participaram um grupo de idosos com 36 pessoas, sendo 93% (34 pessoas) são mulheres e 7% (2 pessoas) são homens. Em relação à raça, 22% (8 pessoas) são brancas, 27% (10 pessoas) são pardas, 50% (18 pessoas) são pretas. Quanto ao estado civil, 50% (18 pessoas) são casadas, 22% (8 pessoas) são divorciadas ou separadas, 17% (6 pessoas) são solteiras, e 11% (4 pessoas) são viúvas.

Em termos de faixa etária, 44% dos participantes têm entre 45 e 54 anos (16 pessoas), e 56% têm 55 anos ou mais (20 pessoas). Aproximadamente 22% (8 pessoas) dos entrevistados possuem trabalho remunerado, enquanto 78% (28 pessoas) não trabalham e/ou vivem de algum benefício do governo. No que diz respeito à faixa de rendimento mensal, 19% (7 pessoas) ganham menos que um salário-mínimo, 36% (13 pessoas) ganham de um a dois salários-

mínimos, 28% (10 pessoas) recebem de três a quatro salários-mínimos, e 17% (6 pessoas) ganham mais de cinco salários-mínimos.

Sobre a escolaridade, 48% concluíram o ensino fundamental (17 pessoas), 42% têm ensino médio (15 pessoas), e 10% são graduados no ensino superior (04 pessoas).

Quadro 2 - Resultados do questionário socioeconômico

Sexo	Contadores	% do Total	% acumulada
Feminino	34	94.4%	94.4%
Masculino	2	5.6%	100.0%

Raça	Contadores	% do Total	% acumulada
Branca	8	22.2%	22.2%
Parda	10	27.8%	50.0%
Preta	18	50.0%	100.0%

Estado_Civil	Contadores	% do Total	% acumulada
Casado(a)	18	50.0%	50.0%
Divorciado(a)	8	22.2%	72.2%
Solteiro(a)	6	16.7%	88.9%
Viúvo(a)	4	11.1%	100.0%

Faixa Etária	Contadores	% do Total	% acumulada
45-54	16	44.4%	44.4%
55+	20	55.6%	100.0%

Trabalho	Contadores	% do Total	% acumulada
Não	28	77.8%	77.8%
Sim	8	22.2%	100.0%

Renda	Contadores	% do Total	% acumulada
1-2 SM	13	36.1%	36.1%
3-4 SM	10	27.8%	63.9%
<1 SM	7	19.4%	83.3%

Escolaridade	Contadores	% do Total	% acumulada
>5 SM	6	16.7%	100.0%
Fundamental	17	47.2%	47.2%
Médio	15	41.7%	88.9%
Superior	4	11.1%	100.0%

Fonte: Jamovi

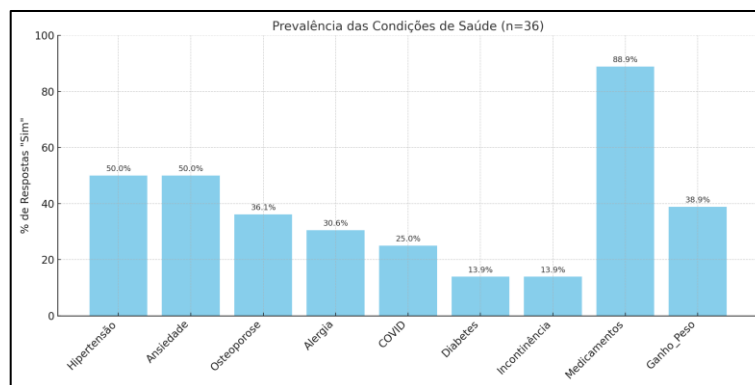
5.2. Variáveis de saúde

A Tabela 2 apresenta as características de saúde dos 36 idosos participantes da pesquisa. Observa-se que as doenças mais prevalentes foram a hipertensão arterial e ansiedade, ambas relatadas por 50% dos respondentes. Em seguida, destacam-se a osteoporose (35,0%), alergias (30,0%) e infecção por COVID-19 nos últimos 12 meses (25,0%). A diabetes mellitus e a incontinência urinária ou fecal foram apontadas por 15,0% dos idosos.

Apenas um participante (2,8%) relatou diagnóstico de derrame (AVE ou isquemia). Apesar da hipertensão aparecer em metade dos casos, as doenças cardíacas (como angina, infarto e taquicardia) foram relatadas como frequentes entre a maioria, sugerindo correlação com o avanço da idade. Por outro lado, não foram relatados casos de tumores (malignos ou benignos), doenças pulmonares (como asma ou DPOC), hepatite ou doenças sexualmente transmissíveis. Quanto ao uso de medicamentos, quase 90% dos idosos declararam utilizar algum tipo de medicação, sendo que 55% utilizam dois medicamentos ao dia. Em relação ao peso corporal, quase 40% relataram ganho de peso nos últimos meses.

A percepção subjetiva de saúde foi dividida igualmente entre regular (45%) e boa (45%), refletindo um equilíbrio na autoavaliação das condições de saúde entre os participantes.

Figura 3 - Resultados do questionário de Variáveis de saúde



Fonte: Jamovi

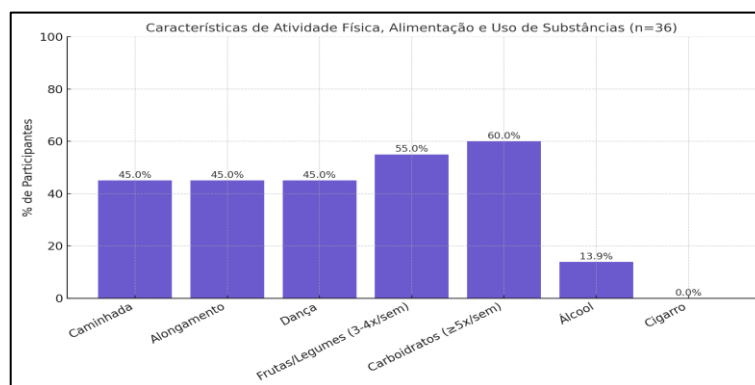
5.3. Hábitos de vida

A Tabela 3 apresenta as características relacionadas à atividade física, alimentação e uso de substâncias entre os 36 idosos participantes da pesquisa. As atividades físicas mais relatadas foram caminhadas, alongamento e dança, cada uma praticada por 45,0% dos entrevistados, indicando uma preferência por práticas acessíveis e de baixo impacto.

Em relação aos hábitos alimentares, 55,0% dos participantes relataram consumir frutas e legumes de 3 a 4 vezes por semana, enquanto 60,0% afirmaram consumir alimentos como arroz, feijão, pão, massas e doces cinco ou mais vezes por semana, revelando uma alimentação com predominância de carboidratos, mas com inserção moderada de alimentos naturais.

No que diz respeito ao uso de substâncias, 13,9% dos idosos (5 pessoas) declararam fazer uso de álcool, enquanto nenhum participante relatou o uso de cigarro, sugerindo um perfil com baixa exposição ao tabagismo, mas com presença discreta do consumo de bebidas alcoólicas.

Figura 4 - Resultados do questionário de Hábitos de vida



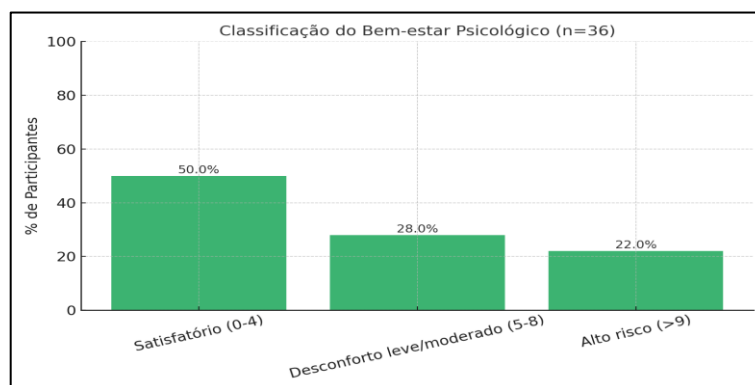
Fonte: Jamovi

5.4. Variáveis psicológicas

Dos 36 idosos avaliados, 50% (n=18) apresentaram escores entre 0 e 4 pontos, o que indica níveis satisfatórios de bem-estar emocional e satisfação com a vida. Cerca de 28% (n=10) demonstraram sinais leves a moderados de desconforto emocional, com escores de 5 a 8 pontos. Já 22% (n=8) alcançaram escores acima de 9, sugerindo alto risco de sofrimento emocional, possivelmente associado à solidão, desânimo, ou outras condições psicológicas.

Esses dados indicam que metade dos participantes mantém uma boa percepção de qualidade de vida e autoestima, mas uma parcela significativa apresenta sinais de alerta que merecem atenção em futuras ações de promoção da saúde mental.

Figura 5 - Resultados do questionário de Variáveis psicológicas



Fonte: Jamovi

5.5. Intervenções

As atividades educativas desenvolvidas com os idosos no âmbito deste projeto foram organizadas em cinco encontros temáticos, cada um com foco na promoção da saúde mental e no fortalecimento do autocuidado. As aulas foram construídas com base em metodologias participativas, adaptadas à linguagem e vivências do público idoso, respeitando seus saberes e valorizando a escuta ativa. A seguir, apresenta-se a descrição detalhada de cada uma das aulas realizadas.

A primeira aula, intitulada “Saúde Mental: o que é e por que importa na velhice”, teve como objetivo introduzir o conceito de saúde mental, discutindo suas dimensões emocionais, sociais e culturais, com base na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017). O conteúdo abordou a diferença entre emoções naturais, como tristeza, e quadros clínicos que configuram transtornos mentais.

Foram problematizadas questões comuns ao processo de envelhecimento, como isolamento social, perdas afetivas e alterações cognitivas, buscando desmistificar a ideia de que sofrer emocionalmente faz parte inevitável da velhice. A metodologia utilizada incluiu roda de conversa com perguntas disparadoras, atividades de expressão oral e relaxamento guiado, o que favoreceu a participação ativa e a reflexão sobre experiências individuais. Observou-se que os idosos relataram carência de espaços para falar sobre sentimentos e demonstraram surpresa ao perceber que sofrimento psíquico pode e deve ser cuidado.

A segunda aula, “Principais Transtornos Mentais em Pessoas Idosas”, teve como finalidade promover o reconhecimento de sinais e sintomas de transtornos comuns na velhice, como depressão, transtornos de ansiedade, transtorno bipolar e início de quadros demenciais.

A aula foi fundamentada em informações da literatura científica e nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006). Utilizou-se uma metodologia expositiva-dialogada, com o apoio de dramatizações simples e cartelas ilustrativas, a fim de facilitar a identificação dos sintomas. Os participantes foram convidados a discutir casos fictícios e relacionar os sinais abordados a situações do cotidiano.

A atividade revelou a existência de muitos estigmas associados aos transtornos mentais e uma baixa compreensão sobre o que constitui um transtorno versus o que é parte natural do envelhecimento. Contudo, ao final da atividade, observou-se maior clareza e reconhecimento de que saúde mental pode ser cuidada por meio de acompanhamento profissional e apoio social.

A terceira aula, denominada “O Poder do Abraço”, buscou explorar o valor do afeto, do contato físico e da empatia como componentes fundamentais da saúde mental. Com base em estudos que relacionam o toque afetivo à liberação de hormônios como a ocitocina, e sua função na regulação do estresse (FIELD, 2010), foram realizadas dinâmicas interativas em que os participantes eram convidados a trocar abraços acompanhados de palavras positivas.

A proposta da aula foi sensibilizar o grupo sobre a importância do contato humano e da escuta afetuosa, especialmente em um contexto em que o envelhecimento é frequentemente atravessado por perdas e isolamento. A atividade provocou forte engajamento emocional, sendo relatado por muitos participantes que há muito tempo não recebiam um abraço sincero. Tal experiência reforçou o papel dos vínculos afetivos como elementos protetores da saúde mental na velhice.

Na quarta aula, intitulada “O Poder do Sorriso”, o objetivo foi estimular uma atitude positiva diante da vida, valorizando o humor, a leveza e a gratidão como estratégias de enfrentamento dos desafios do envelhecimento. Por meio de jogos, contação de causos e vídeos motivacionais, os idosos foram convidados a refletir sobre como o sorriso e o bom humor podem contribuir para a saúde emocional.

Essa abordagem foi ancorada em estudos que associam emoções positivas à redução do risco de doenças cardiovasculares e ao aumento da longevidade (FREDRICKSON, 2001). A aula teve caráter lúdico, sem deixar de problematizar o papel das emoções na saúde mental. Os participantes relataram sentir-se mais leves e valorizados, reconhecendo a importância de cultivar momentos de alegria mesmo diante das adversidades.

Por fim, a quinta aula, “Autocuidado da Saúde Mental em Pessoas Idosas”, teve como foco principal o incentivo à autonomia e à adoção de práticas cotidianas de cuidado consigo mesmo. A proposta foi inspirada na Teoria do Autocuidado de Orem (2001), que compreende

o autocuidado como uma ação deliberada do indivíduo em favor da própria saúde. Foram trabalhadas estratégias acessíveis de autocuidado, como alimentação equilibrada, higiene pessoal, sono regular, espiritualidade, lazer e prática de exercícios físicos.

A metodologia da aula envolveu a construção de um plano individual de autocuidado, em que cada idoso pôde identificar práticas que já realizava e metas para incorporar novas ações. A oficina revelou o quanto os idosos valorizam a capacidade de cuidar de si e como pequenas mudanças podem ter grande impacto na saúde mental e no sentimento de autonomia.

De maneira geral, as cinco aulas proporcionaram não apenas acesso à informação qualificada sobre saúde mental, mas também momentos de escuta, acolhimento e valorização do protagonismo dos idosos. As estratégias metodológicas adotadas se mostraram eficazes para promover a reflexão crítica, o fortalecimento de vínculos e o empoderamento dos participantes no cuidado de si e dos outros.

Quadro 3 - Registro fotográfico das aulas ministradas

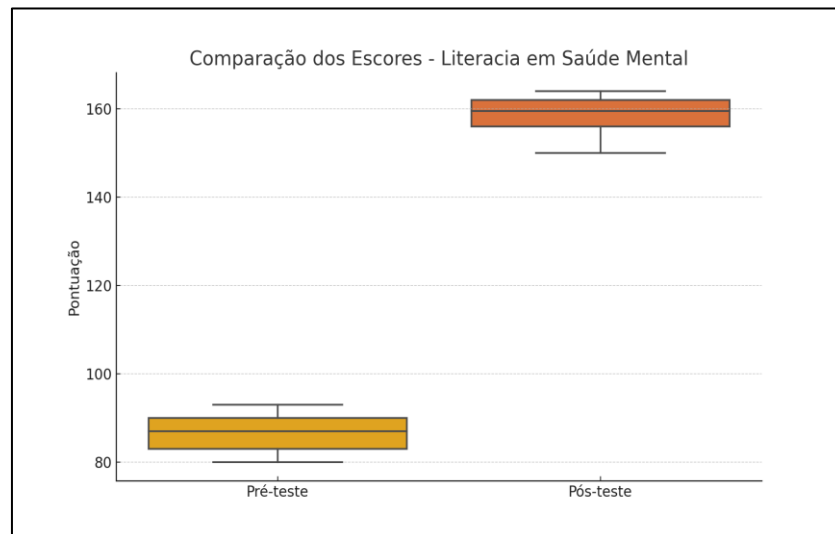




5.6. Escala de Instrução em Saúde Mental

A aplicação da Escala de Literacia em Saúde Mental antes e depois das intervenções revelou uma melhora expressiva no nível de conhecimento e compreensão sobre saúde mental entre os idosos participantes. No momento do pré-teste, a média geral dos escores foi de 62,0 pontos, enquanto no pós-teste essa média saltou para 132,9 pontos, demonstrando um aumento de +70,9 pontos.

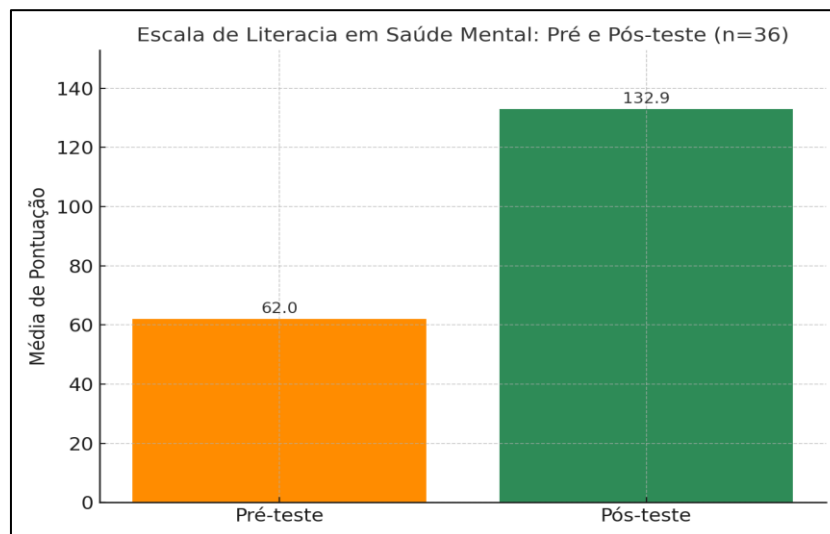
Figura 6 - Resultados do questionário de escala de instrução em saúde mental (comparação)



Fonte: Jamovi

Esse crescimento significativo indicou que, após as aulas educativas, os participantes passaram a apresentar maior familiaridade com os conceitos de saúde mental, menor estigma em relação a transtornos mentais e maior abertura para buscar apoio quando necessário. Tais resultados estiveram em consonância com estudos que evidenciam a eficácia de ações educativas na promoção da literacia em saúde, especialmente em populações idosas (JORM, 2012; PAES et al., 2020).

Figura 7 - Resultados do Pré e Pós teste

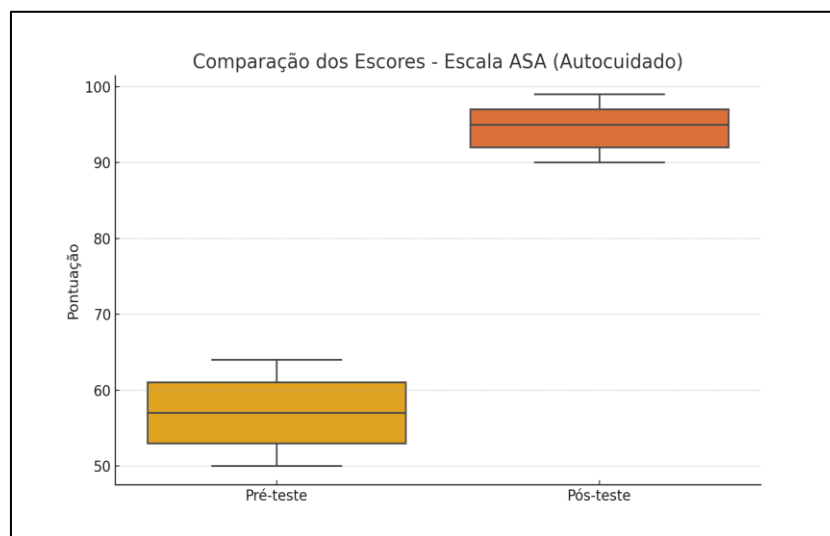


Fonte: Jamovi

5.7. Escala de Capacidade de autocuidado - ASA-A

A Escala ASA-A (Escala de Capacidade de Autocuidado) evidenciou uma evolução notável no comportamento de autocuidado dos idosos. No pré-teste, a média foi de 60,2 pontos, sinalizando práticas de autocuidado ainda incipientes ou irregulares. Já no pós-teste, a média aumentou para 95,4 pontos, refletindo uma melhora de +35,2 pontos. Essa variação positiva representa não apenas maior consciência individual sobre a importância do autocuidado, mas também adoção prática de ações voltadas à higiene pessoal, alimentação, monitoramento da saúde e busca por apoio em situações de risco.

Figura 8 - Resultados do questionário de escala de autocuidado (comparação)

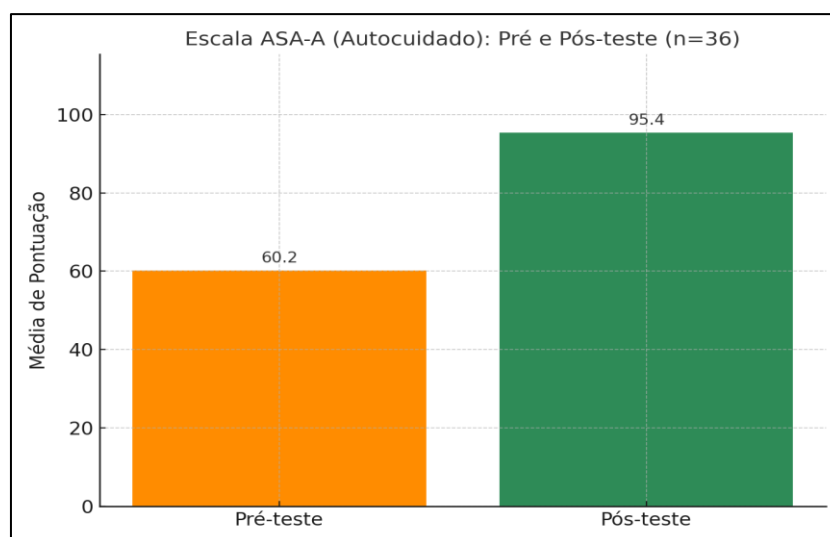


Fonte: Jamovi

A melhoria nos escores é coerente com a proposta metodológica adotada, baseada em aulas temáticas, rodas de conversa e planejamento participativo do autocuidado, estratégias já consagradas na literatura como efetivas para a promoção da autonomia entre pessoas idosas (OREM, 2001; BATISTA; NÓBREGA; CUNHA, 2020).

Esses dados evidenciam que a intervenção educativa multidimensional, ao abordar tanto aspectos emocionais quanto práticos do envelhecimento, teve impacto significativo na vida dos participantes. A elevação dos escores em ambas as escalas reforça a importância de programas permanentes de educação em saúde para idosos, contribuindo para o envelhecimento ativo, saudável e autônomo, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015).

Figura 9 - Resultados do Pré e Pós teste (autocuidado)



Fonte: Jamovi

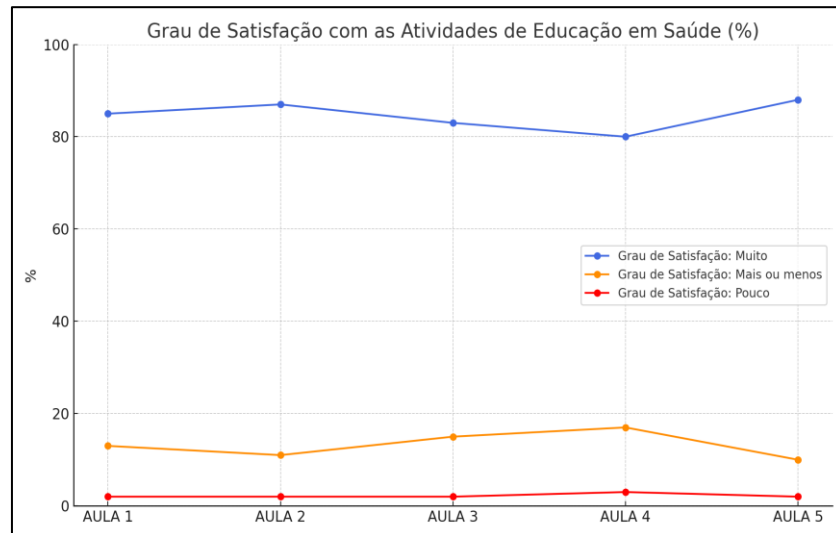
5.8. Grau de Satisfação e Entendimento das Aulas

O gráfico referente ao grau de satisfação com as atividades educativas evidencia uma avaliação amplamente positiva por parte dos idosos. Observa-se que, em média, mais de 80% dos participantes relataram estar “muito satisfeitos” com as aulas, percentual que se manteve relativamente estável ao longo dos cinco encontros. Essa percepção positiva revela não apenas o interesse pelos temas propostos, mas também a adequação da linguagem, didática e estratégias utilizadas durante as oficinas.

Adicionalmente, os baixos percentuais atribuídos às categorias “pouco satisfeito” (média inferior a 5%) e “mais ou menos satisfeito” (variando entre 10% e 18%) indicam que eventuais dificuldades pontuais não comprometeram a receptividade global das atividades. Esses achados estão em consonância com a literatura que reforça a importância de metodologias

ativas e inclusivas no trabalho com grupos de idosos (SOUZA; GOMES; PEREIRA, 2021), destacando o papel da escuta, do acolhimento e da valorização da experiência dos participantes como elementos centrais na promoção da saúde mental.

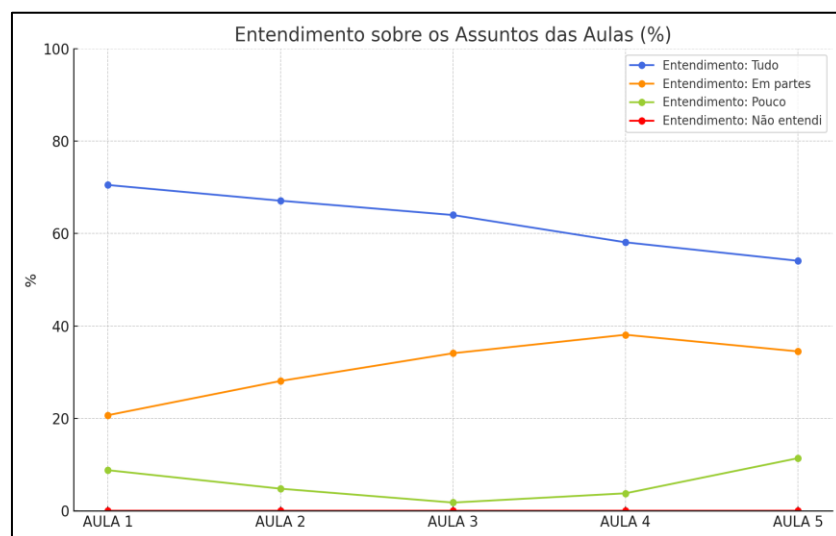
Figura 10 - Resultados do Grau de Satisfação das Aulas



Fonte: Jamovi

No que se refere ao grau de entendimento dos conteúdos abordados nas aulas, os dados também revelam resultados consistentes e satisfatórios. A maioria dos participantes (variando entre 54,1% e 70,5%) relatou ter compreendido todo o conteúdo apresentado em cada encontro, com um pico de compreensão total observado na terceira aula. Além disso, uma proporção significativa, entre 20% e 38%, indicou ter entendido os assuntos “em partes”, o que pode refletir a diversidade de níveis de escolaridade e experiências prévias entre os idosos.

Figura 11 - Resultados do Grau de Entendimento das Aulas



Fonte: Jamovi

Importa destacar que nenhum participante declarou “não ter entendido” os conteúdos, o que evidencia a efetividade comunicacional da abordagem educativa utilizada. Mesmo a categoria “entendimento pouco” registrou percentuais residuais, com médias abaixo de 10%, sugerindo que, mesmo em temas mais complexos, os idosos conseguiram acessar e processar a informação transmitida.

Estes dados sustentam a ideia de que a educação em saúde, quando adaptada ao contexto e às necessidades do público idoso, é capaz de promover a aprendizagem significativa e fortalecer competências individuais, conforme preconizado por Freire (1996) e reafirmado por diretrizes nacionais de promoção da saúde na velhice (BRASIL, 2006).

6. DISCUSSÃO

O conceito de autocuidado adotado aqui está alinhado à Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, que define autocuidado como “as práticas que indivíduos realizam em benefício próprio para manter a vida, saúde e bem-estar” (OREM, 2001). Para Orem, o autocuidado é uma competência aprendida, e, portanto, educação em saúde é uma ferramenta central no fortalecimento dessa habilidade, especialmente entre idosos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também enfatiza a importância do autocuidado como estratégia para o envelhecimento saudável, destacando que o acesso à informação, o empoderamento do idoso e o fortalecimento da rede de apoio são essenciais para ampliar a autonomia e prevenir agravos evitáveis (WHO, 2015).

A presente investigação teve como objetivo promover a saúde mental e o autocuidado entre pessoas idosas, a partir de uma intervenção educativa composta por cinco encontros temáticos. A análise dos dados revelou aspectos relevantes acerca do perfil sociodemográfico, das condições de saúde, hábitos de vida e indicadores psicológicos dos participantes. Com um total de 36 idosos, predominando mulheres (93%) e autodeclarados pretos e pardos (77,8%), o grupo apresentou características similares às encontradas em estudos sobre o envelhecimento no Brasil, os quais apontam maior participação feminina e desigualdades raciais nas condições de saúde (CAMARANO, 2016).

Do ponto de vista socioeconômico, a maioria dos participantes possuía renda de até dois salários-mínimos (55,5%) e escolaridade até o ensino médio (88,9%), o que corrobora os achados de Belasco et al. (2006), que destacam a baixa escolaridade e renda como fatores de vulnerabilidade social entre idosos. Esses elementos impactam diretamente a capacidade de acesso à informação e aos serviços de saúde, sendo fatores relevantes no planejamento de ações educativas.

Em relação à saúde, os resultados demonstraram elevada prevalência de doenças crônicas como hipertensão arterial (50%) e diabetes mellitus (15%), além de condições como osteoporose (35%) e ansiedade (50%). Esses dados estão em conformidade com o panorama nacional das condições de saúde de idosos, conforme descrito pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2023), que reconhece a multipatologia como realidade comum entre essa população.

Observou-se também que 90% dos idosos fazem uso contínuo de medicamentos, sendo que mais da metade (55%) relatou utilizar ao menos dois medicamentos ao dia. O uso frequente de fármacos está associado tanto à polifarmácia como à necessidade de acompanhamento terapêutico especializado, o que reforça a importância de estratégias educativas que abordem o uso racional de medicamentos (OLIVEIRA et al., 2014).

Quanto aos hábitos de vida, verificou-se que as práticas mais comuns foram caminhadas, alongamento e dança, cada uma praticada por 45% dos participantes. Tais atividades são consideradas eficazes para a manutenção da funcionalidade física e prevenção de agravos à saúde na velhice, conforme indicam Marques et al. (2017). A alimentação também apresentou características específicas: 55% dos idosos relataram consumo regular de frutas e legumes, enquanto 60% afirmaram ingerir alimentos ricos em carboidratos cinco ou mais vezes por semana.

No tocante ao consumo de substâncias, o uso de álcool foi relatado por 13,9% dos idosos, enquanto nenhum declarou uso de cigarro. Essa tendência é compatível com o observado por Santos et al. (2021), que identificaram declínio no consumo de tabaco entre idosos brasileiros, embora o consumo de álcool ainda persista em níveis preocupantes em alguns grupos.

A avaliação das variáveis psicológicas indicou que metade dos participantes apresentava bom nível de bem-estar emocional, com escores entre 0 e 4 na escala aplicada. No entanto, 28% demonstraram sintomas leves a moderados de sofrimento emocional, e 22% atingiram escores compatíveis com alto risco, evidenciando a necessidade de ações direcionadas à saúde mental na terceira idade (FERRARI et al., 2018).

Diante desse panorama, as intervenções educativas buscaram atuar sobre os determinantes sociais da saúde mental e do autocuidado. A Escala de Literacia em Saúde Mental, aplicada antes e após as aulas, revelou um crescimento de +70,9 pontos na média dos escores, saltando de 62,0 para 132,9. Isso indica que os participantes adquiriram conhecimentos relevantes, reduziram estigmas e desenvolveram maior capacidade de reconhecer sinais de sofrimento psíquico, conforme discutido por Jorm (2012) e Paes et al. (2020).

De igual forma, a Escala ASA-A evidenciou uma melhoria significativa na capacidade de autocuidado dos idosos, passando de 60,2 no pré-teste para 95,4 no pós-teste. Tal resultado representa não apenas uma melhora na percepção sobre o próprio cuidado, mas também um fortalecimento da autonomia, essencial para o envelhecimento ativo e saudável, como preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015).

A abordagem metodológica adotada, baseada na escuta ativa, rodas de conversa e atividades lúdicas, mostrou-se adequada ao público idoso. As aulas foram planejadas para abordar dimensões emocionais e comportamentais da saúde mental, promovendo engajamento e protagonismo dos participantes, conforme defendido por Freire (1996) na perspectiva da educação dialógica e emancipatória.

A análise dos gráficos de satisfação e compreensão dos conteúdos revelou alto índice de aprovação das atividades. Mais de 80% dos idosos se declararam “muito satisfeitos” com as aulas e mais de 65% afirmaram ter compreendido integralmente os temas discutidos. Tais dados demonstram que a linguagem acessível, o respeito à experiência de vida e a valorização da afetividade foram elementos fundamentais para o sucesso da intervenção.

Em especial, as aulas sobre “O Poder do Abraço” e “O Poder do Sorriso” destacaram-se pelo impacto emocional positivo. Essas atividades sensibilizaram os idosos para a importância das conexões afetivas, promovendo empatia e acolhimento. Estudos como os de Field (2010) e Fredrickson (2001) corroboraram a ideia de que práticas afetivas estão diretamente relacionadas à saúde mental e à longevidade.

A aula sobre “Autocuidado da Saúde Mental” também trouxe contribuições importantes ao possibilitar a construção de planos individuais de cuidado. A teoria do autocuidado de Orem (2001) foi aplicada como base teórica, orientando a valorização da capacidade dos idosos de atuar sobre sua saúde, mesmo diante de limitações funcionais.

Com base na melhoria observada nas escalas e no relato dos participantes, é possível afirmar que a intervenção educativa contribuiu de maneira expressiva para a promoção da saúde mental e do autocuidado. A elevação dos escores em ambas as escalas representa mais do que um indicador estatístico: reflete transformação pessoal e social na vida dos idosos.

Por fim, é necessário destacar que ações como esta devem integrar políticas públicas contínuas, visto que o envelhecimento da população brasileira demanda respostas inovadoras e humanizadas no campo da saúde. Programas educativos, intersetoriais e participativos são essenciais para garantir o direito a um envelhecimento digno, ativo e saudável.

7. CONCLUSÃO

As ações educativas desenvolvidas nesta pesquisa demonstraram impactos positivos na promoção do autocuidado e no fortalecimento da saúde mental de idosos vinculados à Universidade da Maturidade do Polo de Porto Nacional – Tocantins. Com base nos dados obtidos, foi possível constatar melhora significativa nos escores das escalas aplicadas, especialmente na Escala de Capacidade de Autocuidado (ASA-A), cuja média passou de 60,2 (pré-teste) para 95,4 (pós-teste), com diferença de +35,2 pontos, e na Escala de Literacia em Saúde Mental, que registrou crescimento expressivo de +70,9 pontos, evidenciando a efetividade das intervenções educativas implementadas.

A análise do perfil sociodemográfico da amostra composta por 36 idosos evidenciou predominância do sexo feminino (93%), com faixa etária majoritariamente acima dos 55 anos (56%). A maioria era de pessoas autodeclaradas pretas ou pardas (77,8%), com baixa renda (55% ganhando até dois salários-mínimos) e nível de escolaridade concentrado até o ensino médio (90%). Tais dados são compatíveis com os perfis típicos da população idosa brasileira em situação de vulnerabilidade social e informacional.

No que tange à saúde, observou-se prevalência de hipertensão arterial (50%), ansiedade (50%) e osteoporose (35%). Além disso, 90% dos idosos relataram uso contínuo de medicamentos, sendo que mais da metade faz uso de dois ou mais fármacos por dia. A percepção subjetiva da própria saúde foi classificada como “regular” ou “boa” por 90% dos participantes, o que reforça a importância das intervenções voltadas ao fortalecimento da autonomia e do cuidado integral.

Os hábitos de vida revelaram a prática de atividades físicas acessíveis, como caminhada, alongamento e dança (45% cada). A alimentação demonstrou predominância no consumo regular de frutas, legumes (55%) e carboidratos (60%), revelando comportamentos alimentares que, embora comuns, ainda carecem de ajustes nutricionais. O consumo de álcool foi identificado em 13,9% dos idosos, e o tabagismo foi inexistente, dado que se mostra positivo frente aos impactos do cigarro na saúde da população idosa.

As variáveis psicológicas indicaram que metade da amostra apresentava bem-estar emocional satisfatório, enquanto 22% estavam em condição de sofrimento psíquico moderado a grave. Esses resultados evidenciam a necessidade constante de atenção à saúde mental da pessoa idosa, especialmente em contextos de vulnerabilidade e isolamento social.

Em relação à satisfação com as aulas, observou-se que mais de 80% dos idosos se declararam muito satisfeitos com as atividades propostas. Os temas trabalhados despertaram

interesse e engajamento, e a metodologia dialógica e prática facilitou a compreensão dos conteúdos. A aula mais bem avaliada em termos de compreensão foi a terceira, “O Poder do Abraço”, onde 70,5% relataram ter entendido completamente o conteúdo. Nenhum dos participantes afirmou não ter compreendido os assuntos das aulas, o que reforça a adequação metodológica e a linguagem utilizada.

As aulas práticas, sobretudo as que envolveram afeto e participação ativa, como “O Poder do Sorriso” e “Autocuidado da Saúde Mental”, foram as que geraram maior envolvimento emocional e reflexivo. Essa constatação ressalta a importância de adotar metodologias que valorizem a escuta, o vínculo e a expressão de experiências pessoais no processo de ensino-aprendizagem com idosos.

Diante disso, sugere-se que metodologias educativas voltadas para idosos, principalmente aquelas que abordam a saúde mental e o autocuidado, sejam ampliadas em políticas públicas, considerando o impacto positivo identificado nas práticas aqui desenvolvidas. O uso de abordagens multimetodológicas — combinando exposições dialogadas, rodas de conversa, oficinas práticas e dinâmicas afetivas — mostrou-se fundamental para promover engajamento e apropriação dos conteúdos pelos participantes.

A continuidade dessas estratégias junto à Universidade da Maturidade é fortemente recomendada, bem como o fortalecimento das ações interdisciplinares em saúde que dialoguem com as necessidades específicas da pessoa idosa. Também se destaca a relevância da formação permanente de profissionais da saúde e da educação, que atuam com este público, de forma que possam integrar práticas pedagógicas humanizadas e eficazes em seus contextos de trabalho.

Além disso, este estudo contribui para o campo da Educação em Saúde ao propor um modelo de intervenção replicável, com resultados mensuráveis e validados por instrumentos reconhecidos, como a Escala ASA-A e a Escala de Literacia em Saúde Mental. O impacto positivo na autonomia, no autocuidado e na consciência sobre saúde mental dos idosos demonstra o potencial dessas ações no fortalecimento do envelhecimento ativo.

Recomenda-se que estudos futuros ampliem o número de participantes, explorem outras regiões do Tocantins e aprofundem as análises longitudinais sobre os efeitos das ações educativas no comportamento e na qualidade de vida da população idosa.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
- BRASIL. Relatório de Gestão 2023: Secretaria Nacional de Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 30 jul. 2025.
- CAMARANO, Ana Amélia. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2016.
- FIELD, Tiffany. Touch for socioemotional and physical well-being: A review. *Developmental Review*, v. 30, n. 4, p. 367–383, 2010.
- FREDRICKSON, Barbara L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, v. 56, n. 3, p. 218–226, 2001.
- FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2021.
- GOMES, Melissa. O envelhecimento da população brasileira: uma análise demográfica. Brasília: IBGE, 2014.
- GUIMARÃES, Nadja. Demografia e mercado de trabalho no Brasil. São Paulo: Fundação Seade, 2008.
- HAWKLEY, Louise C.; CACIOPPO, John T. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, v. 40, p. 218–227, 2010.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: Características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
- JORM, Anthony F. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, v. 67, n. 3, p. 231–243, 2012.
- LEITE, Sabrina N.; CASTRO, Luciana L.; CASTILHO, Sheila R. L. Educação na saúde: limites e possibilidades para a formação dos profissionais no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 903–912, 2012.
- LIMA, Maria G. et al. Autocuidado e envelhecimento: uma análise da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, n. 6, p. 754–764, 2018.

- MACHADO, Maria Fernanda et al. A Educação em saúde: contribuições teóricas para o debate contemporâneo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 319–327, 2007.
- MARQUES, Amanda P. et al. Efeitos do exercício físico sobre a saúde de idosos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 6, p. 869–879, 2017.
- NASSAR, Paulo. Idade média da população brasileira: desafios e perspectivas. São Paulo: USP, 2017.
- NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2001.
- OLIVEIRA, Denise R. et al. Polifarmácia e uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos: uma revisão crítica. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 3, p. 575–586, 2014.
- OLIVEIRA, Paula C. et al. Avaliação da participação social de idosos: adaptação e aplicação da escala AAVD. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 18, n. 3, p. 115–134, 2015.
- OREM, Dorothea E. Enfermagem: conceitos de prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- OREM, Dorothea E. Nursing: concepts of practice. 6. ed. St. Louis: Mosby, 2001.
- OSÓRIO, Neila B.; SILVA NETO, Luiz S. UMA – Universidade da Maturidade: história e fundamentos. In: *Anais da Universidade da Maturidade*. Palmas: UFT, 2021.
- PAES, Neuza M. et al. Intervenção educativa e literacia em saúde mental com idosos: uma experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. suppl. 3, e20200055, 2020.
- PATROCÍNIO, Edinéia. Educação em saúde com idosos: autonomia e autocuidado. Palmas: UFT, 2011.
- PEREIRA, Pedro A. et al. Validação da Escala de Depressão Geriátrica GDS-15. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 1–8, 2017.
- REAVLEY, Nicola J.; JORM, Anthony F. Prevention and early intervention to improve mental health in higher education students: a review. *Early Intervention in Psychiatry*, v. 4, n. 2, p. 132–142, 2010.
- REIS, Adriano P. Desigualdades e envelhecimento populacional no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 33, n. 2, p. 293–313, 2016.
- RIGOTTI, Jacques I. Envelhecimento da população e planejamento urbano: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 15, n. 2, p. 229–241, 2012.
- RODRIGUES, Dilcijanes. Envelhecimento e ruralidade: desafios para as políticas públicas. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 22, n. 4, p. 55–74, 2019.
- SANTOS, Vanessa M. dos et al. Comportamentos de saúde em idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, e210008, 2021.

SAAD, Paulo M. Envelhecimento populacional no Brasil: tendência recente e perspectivas futuras. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 33, n. 1, p. 11–26, 2016.

SECRETARIA-EXECUTIVA. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem feito? Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9).

SILVA NETO, Luiz S.; OSÓRIO, Neila B. Educação em saúde com idosos: desafios e possibilidades. In: OSÓRIO, Neila B.; SILVA NETO, Luiz S.; NUNES FILHO, João M. (org.). *GerontOcantins: estudos sobre educação ao longo da vida na Amazônia Legal*. Palmas: UFT, 2022. p. 67–84.

SOUZA, Emanuelle F.; GOMES, Thaís M.; PEREIRA, Rosa M. Oficinas temáticas com idosos: escuta, afeto e partilha como promotores da saúde mental. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 24, n. 2, e210108, 2021.

STEWART-BROWN, Sarah et al. Emotional well-being and its relation to health: evidence from epidemiological studies. *Annual Review of Public Health*, v. 21, p. 191–210, 2000.

VASCONCELOS, Ana Maria B. Envelhecimento populacional: uma agenda para a construção de um novo pacto social no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 29, n. 1, p. 225–229, 2012.

VERAS, Renato P.; CAMARGO, Adriano B. Universidade Aberta da Terceira Idade: novo paradigma de ação educacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 2, n. 1, p. 25–33, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference. New York: WHO, 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. World report on ageing and health. Geneva: WHO, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. World Population Prospects 2022: Summary of Results. New York: United Nations, 2022.

BATISTA, Rosana Q.; NÓBREGA, Simone C.; CUNHA, Rejane L. Intervenções educativas e saúde do idoso: análise de experiências brasileiras. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 6, p. 2205–2216, 2020.

DA SILVA, Viviane F.; RODRIGUES, Andréa B. Escala ASA-A: construção e validação de instrumento de autocuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 5, p. 1035–1041, 2017.

BLAZER, Dan G. Depression in late life: review and commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 58, n. 3, p. M249–M265, 2003.

CHALISE, Hom Nath. Depression among elderly living in Briddashram (old age home). *Advances in Aging Research*, v. 3, p. 6–11, 2014.

BOWLING, Ann. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. 3. ed. Maidenhead: Open University Press, 2005.

APÊNDICES

Apêndice I- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante, você está sendo convidado a participar COMO VOLUNTÁRIO de uma pesquisa intitulada “EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E DO AUTOCUIDADO EM IDOSOS DA UNIVERSIDADE DA MATURIDADE NO POLO DE PORTO NACIONAL - TO” Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. **VOCÊ NÃO É OBRIGADO A PARTICIPAR CONTRA SUA VONTADE** e está livre para tomar qualquer decisão. Esta pesquisa tem o objetivo investigar como as atividades de educação em saúde mental impactam no autocuidado dos acadêmicos da Universidade da Maturidade do Polo de Porto Nacional – TO. Se decidir participar, esteja ciente de que estará sujeito a riscos e benefícios como: Riscos: 1- possibilidade de estresse, cansaço, impotência ou aborrecimento durante o preenchimento do questionário; 2- constrangimento, baixa-estima; 3- quebra de sigilo e anonimato de informações. Benefícios: 1- melhora do autocuidado em saúde mental; 2- mudanças nos hábitos de vida; 3- melhora da qualidade de vida dos idosos da UMA; 4- ensinar ou aperfeiçoar os conhecimentos educação em saúde. Para sua maior comodidade, asseguro que o sigilo de sua identidade será mantido e tomaremos todas as precauções para evitar quaisquer riscos que trazem danos a sua saúde e integridade mental. Reforço ainda, que a **QUALQUER MOMENTO VOCÊ PODERÁ RETIRAR O SEU CONSENTIMENTO**, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garanto que as informações concedidas através da sua participação não permitirão a identificação de sua pessoa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo e a outra, com você.

Responsável pela pesquisa: Maria Dilce Wânia Rodrigues de Almeida do Nascimento

E-mail: maria.dilce@mail.uft.edu.br **Telefone:** (63) 63 9961-1045

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

O abaixo assinado _____, anos _____, RG _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada desse termo.

Palmas - TO, ____/____/_____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do pesquisador

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário socioeconômico.

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO		
IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE		
Nome:		
Endereço:		
Bairro:		
Data da realização do pré-teste / /		
Sexo: 1. () M 2. () F	Estado civil:	Tel. ()
Questionário 1: Variáveis sociodemográficas		
1. Qual a sua idade?		
2. Qual sua data de nascimento?		
3. Qual seu gênero? 1 () Masculino 2 () Feminino		
4. Qual seu estado civil?		
1. casado(a) 2. Solteiro(a) 3. Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) 4. Viúvo(a)		
5. Você trabalha atualmente? 1. Sim 2. Não		
6. Se trabalha, qual a sua profissão?		
7. Quais pessoas moram com você?		
1. () Apenas cônjuge 2. () Cônjuge e filhos 3. () Filhos e netos		
4. () Mora sozinho 5. () Netos 6. () Outros		
8. Qual seu nível de escolaridade?		
1. () Nunca foi à escola, ou não chegou a concluir a 1º série primária, ou curso de alfabetização de adultos		
2. () Da 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental (antigo primário)		
3. () Da 5ª à 8ª série do Ensino Fundamental (antigo ginásio)		
4. () Ensino Médio (antigo 2º grau)		
6. () Ensino Superior		
7. () Especialização		
8. () Pós-graduação incompleta		
9. () Pós-graduação completa mestrado ou doutorado		
9. Faixa de renda proveniente do seu trabalho ou da sua aposentadoria?		
1. () Sem renda		
2. () Até 1 salário mínimo		
3. () De 1 a 2 salários mínimos		
4. () >2 salários mínimos		

Anexo 2 - Questionário variáveis da saúde

DOENÇAS AUTORRELATADAS		
	Sim	Não
1. Você tem diagnóstico de alguma destas doenças?		
Doenças do coração com angina, infarto ou taquicardia	1	2
Derrame AVE ou isquemia	1	2
Diabetes Melitus	1	2
Hipertensão arterial	1	2
Tumores malignos	1	2
Tumores benignos	1	2
Doenças pulmonares com DPOC e Enfisema ou Asma	1	2
Alergias	1	2
Depressão	1	2
Osteoporose	1	2
Hepatite	1	2
Doenças Sexualmente Transmissíveis	1	2
Doenças pulmonares com DPOC e Enfisema ou Asma	1	2
Alergias	1	2
PROBLEMAS DE SAÚDE		
2. Você teve algum destes problemas nos últimos 12 meses?	Sim	Não
Coronavírus	1	2
Incontinências urinárias e fecais	1	2
Depressão	1	2
Ansiedade	1	2
Ganho de peso	1	2
Perda de peso	1	2
Sofreu alguma queda, se sim houve perda da memória, quanto tempo	1	2
Teve alguma fratura em qualquer parte do corpo	1	2
Foi internado	1	2
Este internado, sim qual o motivo e por quanto tempo	1	2
Teve alguma fratura em qualquer parte do corpo	1	2
Foi internado	1	2
Se respondeu sim, qual o motivo e por quanto tempo	1	2
USO DE MEDICAMENTO		
3. Nos últimos 6 meses você fez uso de algum medicamento prescrito ou por conta própria, se você respondeu sim, qual a quantidade e quais são eles?	Sim	Não
	1	2

Anexo 3 - Questionário hábitos de vida

ATIVIDADE FÍSICA		
1.Você realiza algumas desta atividade física?	Sim	Não
Academia	1	2
Hidroginástica	1	2
Caminhada	1	2
Futebol	1	2
Pilates	1	2
Academia	1	2
Alongamento	1	2
Natação	1	2
Dança	1	2
Ciclismo-bicicleta	1	2
Musculação	1	2
TABAGISMO E ÁLCOOL		
1. Você fuma atualmente?	Sim	Não
Se você respondeu sim, há quantos anos fuma, qual a quantidade em média por semana?	1	2
2.Você consome bebidas alcoólicas?	Sim	Não
Se você respondeu sim, há quanto tempo bebe e qual a frequência em média por semana?		
3.DIETA		
Você consome frutas?	Sim	Não
Se você respondeu sim, qual quantas vezes por semana?		
Você consome frutas e legumes?		
Se você respondeu sim, qual quantas vezes por semana?		
Você costuma comer alimentos como arroz, feijão, pão massas e doces?		
Se você respondeu sim, qual quantas vezes por semana?		
Você consome frutas e legumes?		
Se você respondeu sim, qual quantas vezes por semana?		
4. AVALIAÇÃO DA SAÚDE		
Como você avalia a sua saúde?		
1. Muito Ruim		
2. Ruim		
3. Regular		
4. boa		
5. Muito boa		

Anexo 4 - Participação social

QUESTIONÁRIO 1: ATIVIDADES AVANÇADAS DA VIDA DIÁRIA- AAVD		
Você tem relação com alguma destas atividades?	Sim	Não
Fazer visitas na casa de outras pessoas.		
Receber visitas em sua casa.		
Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais religiosas Participar de reuniões sociais		
Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema.		
Dirigir automóvel.		
Fazer viagens de curta duração para fora da cidade.		
Fazer viagens de longa duração para fora da cidade ou do país		
Fazer trabalho voluntário		
Fazer trabalho remunerado		
Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centro de convivência, ou atividades políticas.		
Participar de algum curso de atualização ou de Universidade à Terceira Idade.		
Participar de centro e ou grupos de convivência exclusivos para idosos		

Anexo 5 - Variáveis Psicológicas

Variáveis Psicológicas		
1. Está satisfeito (a) com sua vida?	(0) Sim	(1) Não
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	(1) Sim	(0) Não
3. Sente que a vida está vazia?	(1) Sim	(0) Não
4. Aborrece-se com frequência?	(1) Sim	(0) Não
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	(1) Sim	(0) Não
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	(1) Sim	(0) Não
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	(0) Sim	(1) Não
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)?	(0) Sim	(1) Não
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1) Sim	(0) Não
10. Acha que tem mais problemas de memória do que a maioria?	(1) Sim	(0) Não
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	(0) Sim	(1) Não
12. Vale a pena viver como vive agora?	(0) Sim	(1) Não
13. Sente-se cheio(a) de energia?	(0) Sim	(1) Não
14. Acha que sua situação tem solução?	(0) Sim	(1) Não
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	(0) Sim	(1) Não

Anexo 6 - Escala de Capacidade de autocuidado - ASA-A

ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO (ASA)					
Itens	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1- Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
2- Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	1	2	3	4	5
3- Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	1	2	3	4	5
4- Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	1	2	3	4	5
5- Quando necessário, tomo novas providências para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
6- Sempre que posso, cuido de mim.	1	2	3	4	5
7- Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim.	1	2	3	4	5
8- Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	1	2	3	4	5
9- Procuro alimentar-me de maneira a manter meu peso certo.	1	2	3	4	5
10- Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	1	2	3	4	5
11- Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia a dia.	1	2	3	4	5
12- Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar	1	2	3	4	5
13- Geralmente durmo o suficiente para me sentir descansado.	1	2	3	4	5
14- Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	1	2	3	4	5
15- De tempos em tempos examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	1	2	3	4	5

16- Antes de tomar um remédio novo procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	1	2	3	4	5
17- No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar minha saúde.	1	2	3	4	5
18- Normalmente tomo providências para manter minha segurança e a de minha família.	1	2	3	4	5
19- Costumo avaliar se as coisas que faço para manter-me saudável têm dado bom resultado.	1	2	3	4	5
20- No meu dia a dia, geralmente encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
21- Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.	1	2	3	4	5
22- Procuro ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
23- Sempre acho tempo para mim mesmo.	1	2	3	4	5
24- Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo cuidar-me como gostaria.	1	2	3	4	5

Anexo 7 - Escala de Instrução em Saúde Mental

O propósito dessas questões é obter uma compreensão do nível dos seus conhecimentos sobre a vários aspectos relativos a Saúde Mental. Portanto, ao escolher suas respostas, considere que:

1- Se uma pessoa se torna amedrontada de estar sendo avaliada (o) por outras pessoas durante situações de performance (seja em uma festa e/ou em uma apresentação em reunião) e por este motivo essa pessoa passa agir de forma humilhante e constrangedora. Você pensa que essa pessoa tem **Fobia Social** ?

A. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso não é possível.	B. <input type="checkbox"/> Penso que isso é impossível, mas eu não tenho certeza	C. <input type="checkbox"/> Penso que isso é possível, mas não tenho certeza	D. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é muito possível
---	---	--	--

– Se uma pessoa vivencia uma preocupação excessiva sobre uma situação ou uma série de eventos ou atividades nos quais o nível de tanta preocupação não se justifica e que por isso tem dificuldades para controlar essa preocupação e acaba desenvolvendo sintomas físicos como musculatura tensionada e sensação de fadiga. Você pensa que essa pessoa tem **Transtorno de Ansiedade Generalizada**?

A. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso não é possível.	B. <input type="checkbox"/> Penso que isso é impossível, mas eu não tenho certeza	C. <input type="checkbox"/> Penso que isso é possível, mas não tenho certeza	D. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é muito possível
---	---	--	--

– Se uma pessoa vivencia uma diminuição de humor entre duas ou mais semanas tendo também diminuição do prazer e interesse nas atividades normais, mudanças no apetite e no padrão do sono. Você pensa que essa pessoa tem **Transtorno Depressivo Maior**?

A. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso não é possível.	B. <input type="checkbox"/> Penso que isso é impossível, mas eu não tenho certeza	C. <input type="checkbox"/> Penso que isso é possível, mas não tenho certeza	D. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é muito possível
---	---	--	--

– Você pensa que **Transtorno de Personalidade** é uma categoria de doença mental?

A. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso não é possível.	B. <input type="checkbox"/> Penso que isso é impossível, mas eu não tenho certeza	C. <input type="checkbox"/> Penso que isso é possível, mas não tenho certeza	D. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é muito possível
---	---	--	--

– Você pensa que a **Distímia** é considerada um tipo de transtorno mental?

A. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso não é possível.	B. <input type="checkbox"/> Penso que isso é impossível, mas eu não tenho certeza	C. <input type="checkbox"/> Penso que isso é possível, mas não tenho certeza	D. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é muito possível
---	---	--	--

– Você pensa que o diagnóstico de **Agorafobia** inclui também a ansiedade sobre situações em que a possibilidade de retirar-se parece ser difícil ou constrangedor?

A. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso não é possível.	B. <input type="checkbox"/> Penso que isso é impossível, mas eu não tenho certeza	C. <input type="checkbox"/> Penso que isso é possível, mas não tenho certeza	D. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é muito possível
---	---	--	--

– Você pensa que o diagnóstico de **Transtorno Bipolar** inclui também vivências períodos de alternâncias de elevação e diminuição de humor.

A. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso não é possível.	B. <input type="checkbox"/> Penso que isso é impossível, mas eu não tenho certeza	C. <input type="checkbox"/> Penso que isso é possível, mas não tenho certeza	D. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é muito possível
---	---	--	--

– Você pensa que o diagnóstico de **Dependência de Drogas** inclui também a tolerância física e psicológica da droga (ex. requer maior quantidade de droga para ter o mesmo efeito)

A. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso não é possível.	B. <input type="checkbox"/> Penso que isso é	C. <input type="checkbox"/> Penso que isso é possível, mas não tenho certeza	D. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é muito possível
---	--	--	--

	impossível, mas eu não tenho certeza		
--	--	--	--

- Você pensa que, em geral no Brasil, **mulheres estão mais propensas a vivenciar um transtorno mental de qualquer tipo, se comparado a homens?**

A. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso não é possível.	B. <input type="checkbox"/> Penso que isso é impossível, mas eu não tenho certeza	C. <input type="checkbox"/> Penso que isso é possível, mas não tenho certeza	D. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é muito possível
---	--	--	--

- Você pensa que em geral no Brasil, **homens estão mais propensos a vivenciar transtorno de ansiedade se comparado a mulheres?**

A. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso não é possível.	B. <input type="checkbox"/> Penso que isso é impossível, mas eu não tenho certeza	C. <input type="checkbox"/> Penso que isso é possível, mas não tenho certeza	D. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é muito possível
---	---	--	--

- Você pensa que **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)** é uma terapia baseada em desafiar pensamentos negativos e aumentar comportamentos benéficos?

A. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso não é possível.	B. <input type="checkbox"/> Penso que isso é impossível, mas eu não tenho certeza	C. <input type="checkbox"/> Penso que isso é possível, mas não tenho certeza	D. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é muito possível
---	---	--	--

Atente para a seguinte informação para responder as questões 12 e 13

Profissionais de saúde mental devem respeitar a confidencialidade, no entanto existem certas condições em que isso não se aplica. Observe as afirmativas a seguir e assinale.

- Você pensa que, *se você e outras pessoas estão em risco imediato de dano e/ou de vida* **a quebra da confidencialidade** pelo profissional em saúde mental é permitida?

A. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso não é possível.	B. <input type="checkbox"/> Penso que isso é impossível, mas eu não tenho certeza	C. <input type="checkbox"/> Penso que isso é possível, mas não tenho certeza	D. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é muito possível
---	---	--	--

- Se você não está em risco de vida e os profissionais de saúde querem **quebrar a confidencialidade** para o ajudar e aos outros e assim melhor apoiar você, você pensa que é permitido nessa situação?

A. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso não é possível.	B. <input type="checkbox"/> Penso que isso é impossível, mas eu não tenho certeza	C. <input type="checkbox"/> Penso que isso é possível, mas não tenho certeza	D. <input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é muito possível
---	---	--	--

Atente para as afirmações a seguir

– Para uma pessoa que tem dificuldades de administrar suas emoções está se tornando ansiosa e/ou depressiva, **melhorar a qualidade do sono** seria algo bom.

<input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é bom.	<input type="checkbox"/> Penso que isso é bom, mas eu não tenho certeza.	<input type="checkbox"/> Penso que isso é bom, mas não tenho certeza.	<input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é muito bom.
---	--	---	---

– Para uma pessoa que tem dificuldades de administrar suas emoções seria bom **evitar todas as atividades ou situações que fazem sentir-se ansioso (a)**

<input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é bom.	<input type="checkbox"/> Penso que isso é bom, mas eu não tenho certeza.	<input type="checkbox"/> Penso que isso é bom, mas não tenho certeza.	<input type="checkbox"/> Estou certo de que isso é muito bom.
---	--	---	---

Atente para as afirmações a seguir:

16. Estou seguro(a) que eu sei onde buscar informações sobre transtorno mental.

<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Discordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Nem concordo	<input type="checkbox"/> Concordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
--	--	---------------------------------------	--	--

		Descordo		
17.Estou seguro(a) ao usar computador ou telefone busco informações sobre problema de saúde mental.				
<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Descordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Nem concordo Descordo	<input type="checkbox"/> Concordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
18.Estou seguro(a) que comparecendo pessoalmente em consulta com clinico geral, obtenho informações sobre doença mental.				
<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Descordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Nem concordo Descordo	<input type="checkbox"/> Concordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
19.Estou confiante que tenho acesso a recursos que posso usar para obter informações sobre transtorno mental (ex. profissional de saúde,internet,amigos)				
<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Descordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Nem concordo Descordo	<input type="checkbox"/> Concordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
20.Pessoas com transtorno mental poderiam ficar bem elas se quisessem.				
<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Descordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Nem concordo Descordo	<input type="checkbox"/> Concordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
21.Transtorno mental é um sinal de fraqueza pessoal.				

<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Descordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Nem concordo Descordo	<input type="checkbox"/> Concordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
22. Transtorno mental não é realmente uma doença.				
<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Descordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Nem concordo Descordo	<input type="checkbox"/> Concordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
23. Pessoas com um transtorno mental são perigosas.				
<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Descordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Nem concordo Descordo	<input type="checkbox"/> Concordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
24. É melhor evitar pessoas com um transtorno mental assim você não desenvolve também esse problema.				
<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Descordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Nem concordo Descordo	<input type="checkbox"/> Concordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
25. Se eu tivesse uma doença mental, eu não contaria a ninguém.				
<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Descordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Nem concordo Descordo	<input type="checkbox"/> Concordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
26. Procurar um profissional de saúde mental significa que você não é forte o suficiente para administrar suas próprias dificuldades.				

<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Descordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Nem concordo Descordo	<input type="checkbox"/> Concordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
27. Se eu tivesse um transtorno mental, eu não procuraria ajuda de um profissional da saúde mental.				
<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Descordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Nem concordo Descordo	<input type="checkbox"/> Concordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
28. Eu acredito que o tratamento para uma doença mental, oferecido por profissionais de saúde mental, não seria eficaz.				
<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Descordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Nem concordo Descordo	<input type="checkbox"/> Concordo Parcialmente	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente

Atente para as perguntas a seguir

29. Você estaria disposto a se mudar para um lugar que seu vizinho tenha um transtorno mental?				
<input type="checkbox"/> Totalmente Indisposto(a)	<input type="checkbox"/> Parcialmente Indisposto(a)	<input type="checkbox"/> Nem indisposto e nem disposto	<input type="checkbox"/> Parcialmente Disposto	<input type="checkbox"/> Totalmente Disposto
30. Você estaria disposto a sair à noite para se divertir com uma pessoa com um transtorno mental?				
<input type="checkbox"/> Totalmente Indisposto(a)	<input type="checkbox"/> Parcialmente Indisposto(a)	<input type="checkbox"/> Nem indisposto e nem disposto	<input type="checkbox"/> Parcialmente Disposto	<input type="checkbox"/> Totalmente Disposto
31. Você estaria disposto a fazer amizades com alguém com um transtorno mental?				

<input type="checkbox"/> Totalmente Indisposto(a)	<input type="checkbox"/> Parcialmente Indisposto(a)	<input type="checkbox"/> Nem indisposto e nem disposto	<input type="checkbox"/> Parcialmente Disposto	<input type="checkbox"/> Totalmente Disposto
32.Você estaria disposto a começar a trabalhar perto de alguém com um transtorno mental?				
<input type="checkbox"/> Totalmente Indisposto(a)	<input type="checkbox"/> Parcialmente Indisposto(a)	<input type="checkbox"/> Nem indisposto e nem disposto	<input type="checkbox"/> Parcialmente Disposto	<input type="checkbox"/> Totalmente Disposto
33.Você estaria disposto a ter alguém com um transtorno mental casando com um familiar seu?				
<input type="checkbox"/> Totalmente Indisposto(a)	<input type="checkbox"/> Parcialmente Indisposto(a)	<input type="checkbox"/> Nem indisposto e nem disposto	<input type="checkbox"/> Parcialmente Disposto	<input type="checkbox"/> Totalmente Disposto
34.Você estaria disposto a votar em algum político se você soubesse que ele teve um transtorno mental?				
<input type="checkbox"/> Totalmente Indisposto(a)	<input type="checkbox"/> Parcialmente Indisposto(a)	<input type="checkbox"/> Nem indisposto e nem disposto	<input type="checkbox"/> Parcialmente Disposto	<input type="checkbox"/> Totalmente Disposto
35.Você estaria disposto a empregar alguém se soubesse que ele (a) tem um transtorno mental?				
<input type="checkbox"/> Totalmente Indisposto(a)	<input type="checkbox"/> Parcialmente Indisposto(a)	<input type="checkbox"/> Nem indisposto e nem disposto	<input type="checkbox"/> Parcialmente Disposto	<input type="checkbox"/> Totalmente Disposto