ReGeo ISSN: 2177-3246

BARREIRAS DE ACESSO E EQUIDADE NA PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS: QUEM FICA DE FORA E POR QUE

ACCESS BARRIERS AND EQUITY IN PARTICIPATION IN ELDERLY DAY CENTERS: WHO IS LEFT OUT AND WHY

BARRERAS DE ACCESO Y EQUIDAD EN LA PARTICIPACIÓN EN GRUPOS DE CONVIVENCIA PARA PERSONAS MAYORES: QUIÉN QUEDA FUERA Y POR QUÉ

https://doi.org/10.56238/revgeov17n9-185

Data de submissão: 28/08/2026 **Data de publicação:** 28/09/2026

Tárcila da Costa
Bacharela em Publicidade e Propaganda
Instituição: Universidade Cesumar
E-mail: tarcilandimmm@gmail.com

Ceanny Cristina Pinho Costa
Mestre em Saúde da Família
Instituição: Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
E-mail: ceannypinho@gmail.com

Janainna de Sousa Santana
Especialista em Saúde da Família e Comunidade
Instituição: Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão (RENASF/UFMA)
E-mail: janainna_santana@hotmail.com

Ana Karina Arruda Abdala Soares
Especialista em Fisioterapia em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências
Instituição: Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
E-mail: akabdala@yahoo.com.br

Alinne Silva Andrade Costa
Mestre em Saúde Coletiva
Instituição: Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
E-mail: alinnesac@gmail.com

Ludmilia Rodrigues Lima Neuenschwander Penha
Mestra em Gestão de Saúde
Instituição: Universidade Ceuma
E-mail: ludpenha@gmail.com

Solange Negreiros de Almeida Bacelar
Doutora em Odontologia
Instituição: Universidade Ceuma
E-mail: solange.bacelar@ceuma.br

ReGeo

ISSN: 2177-3246

Karla Virgínia Bezerra de Castro Soares
Doutora em Odontologia
Instituição: Universidade Ceuma
E-mail: Karla1441@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: a literatura brasileira sobre Grupos de Convivência para Idosos concentra-se quase integralmente sobre quem já frequenta esses espaços, oferecendo pouca visibilidade ao perfil e aos motivos das pessoas idosas que nunca chegaram a participar. Objetivo: caracterizar o perfil sociodemográfico e funcional de idosos não frequentadores de grupos de convivência, identificar os motivos relatados para a não participação e comparar sua autopercepção de saúde com a de idosos frequentadores. Método: estudo transversal, descritivo-comparativo, com amostra de conveniência de 59 idosos classificados, por pergunta filtro do instrumento, em frequentadores atuais (n=36) e não frequentadores (n=23); um caso adicional de ex-frequentador (n=1) foi descrito à parte. Comparações realizadas por teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher (significância de 5%). Resultados: os não frequentadores apresentaram menor escolaridade, menor renda familiar per capita e maior proporção de homens do que os frequentadores ($p<0,05$). O motivo predominante relatado para a não participação foi o desconhecimento da existência de grupos na região (82,6%), muito à frente de barreiras de interesse (17,4%), acesso/transporte (13,0%) ou condição de saúde (8,7%). A autopercepção geral de saúde foi significativamente mais positiva entre frequentadores (86,1%) do que entre não frequentadores (60,9%; $p=0,033$). Conclusão: a barreira predominante à participação nesta amostra não é a falta de interesse ou a limitação funcional, mas o desconhecimento da própria existência dos grupos — achado com implicação direta para estratégias institucionais de divulgação e captação, sobretudo em populações de menor renda e escolaridade.

Palavras-chave: Idoso. Acessibilidade aos Serviços de Saúde. Equidade em Saúde. Fatores Socioeconômicos. Nível de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Brazilian literature on Senior Citizen Social Groups focuses almost entirely on those who already attend these spaces, offering little visibility to the profile and reasons of older adults who have never participated. Objective: To characterize the sociodemographic and functional profile of older adults who do not attend social groups, to identify the reasons reported for non-participation, and to compare their self-perception of health with that of older adults who do attend. Method: A cross-sectional, descriptive-comparative study with a convenience sample of 59 older adults classified, by a filter question of the instrument, into current attendees (n=36) and non-attendees (n=23); an additional case of a former attendee (n=1) was described separately. Comparisons were performed using Pearson's chi-square test or Fisher's exact test (significance of 5%). Results: Non-attendees presented lower education levels, lower per capita family income, and a higher proportion of men than attendees ($p<0.05$). The predominant reason reported for non-participation was lack of awareness of the existence of groups in the region (82.6%), far ahead of barriers of interest (17.4%), access/transportation (13.0%), or health condition (8.7%). Overall self-perception of health was significantly more positive among attendees (86.1%) than among non-attenders (60.9%; $p=0.033$). Conclusion: the predominant barrier to participation in this sample is not lack of interest or functional limitation, but lack of awareness of the very existence of the groups—a finding with direct implications for institutional strategies for dissemination and recruitment, especially among populations with lower income and education levels.

Keywords: Elderly. Accessibility to Health Services. Health Equity. Socioeconomic Factors. Health Level.

RESUMEN
Introducción: La literatura brasileña sobre grupos sociales para adultos mayores se centra casi exclusivamente en quienes ya participan en estos espacios, ofreciendo poca visibilidad al perfil y las razones de los adultos mayores que nunca han participado. Objetivo: Caracterizar el perfil sociodemográfico y funcional de los adultos mayores que no participan en grupos sociales, identificar las razones reportadas para la no participación y comparar su autopercepción de salud con la de los adultos mayores que sí participan. Método: Estudio transversal, descriptivo-comparativo con una muestra de conveniencia de 59 adultos mayores clasificados, mediante una pregunta filtro del instrumento, en participantes actuales (n=36) y no participantes (n=23); se describió por separado un caso adicional de un ex participante (n=1). Las comparaciones se realizaron utilizando la prueba de chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher (significancia del 5%). Resultados: Los no participantes presentaron niveles educativos más bajos, menor ingreso familiar per cápita y una mayor proporción de hombres que los participantes ($p<0,05$). La principal razón para la no participación fue el desconocimiento de la existencia de grupos en la región (82,6%), muy por encima de las barreras relacionadas con el interés (17,4%), el acceso/transporte (13,0%) o el estado de salud (8,7%). La autopercepción general de la salud fue significativamente más positiva entre los asistentes (86,1%) que entre los no asistentes (60,9%; $p=0,033$). Conclusión: la principal barrera para la participación en esta muestra no es la falta de interés ni las limitaciones funcionales, sino el desconocimiento de la existencia misma de los grupos; un hallazgo con implicaciones directas para las estrategias institucionales de difusión y captación, especialmente entre poblaciones con menores ingresos y niveles educativos.

Palabras clave: Personas Mayores. Acceso a Servicios de Salud. Equidad en Salud. Factores Socioeconómicos. Nivel de Salud.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vive um processo de envelhecimento populacional acelerado e estruturalmente desigual, em um cenário no qual a longevidade não tem sido acompanhada, de forma equânime, por condições adequadas de saúde, renda e suporte social[1]. Esse aumento expressivo da população idosa coloca em evidência os dispositivos comunitários de cuidado e socialização, entre eles, os Grupos de Convivência para Idosos, como espaços estratégicos de promoção da saúde, prevenção do isolamento social e fortalecimento de vínculos.

A literatura nacional sobre esses grupos é hoje robusta em demonstrar associações positivas entre a frequência a eles e a autopercepção de saúde, a redução da solidão e o fortalecimento da identidade e do senso de pertencimento na velhice[2]. Entretanto, essa produção concentra-se quase integralmente sobre quem já está dentro do grupo, e oferece pouca visibilidade a um recorte igualmente relevante para a gestão de políticas públicas e extensão universitária: o perfil e os motivos das pessoas idosas que nunca chegaram a participar.

Esse problema dialoga com uma crítica mais ampla ao paradigma do envelhecimento ativo e bem-sucedido, que, ao valorizar autonomia, participação e produtividade como sinônimos de "envelhecer bem", corre o risco de naturalizar a exclusão de idosos com menor escolaridade, renda mais baixa ou maior dificuldade de mobilidade e transporte, justamente o público que mais se beneficiaria do suporte social, mas que enfrenta as maiores barreiras estruturais de acesso[3]. Se a participação em grupos de convivência é tomada apenas como indicador de sucesso no envelhecer, os idosos que não participam correm o risco de serem lidos como falha individual, e não como resultado de barreiras estruturais e de informação, um risco já apontado pela gerontologia crítica contemporânea[4].

A equidade no acesso a programas voltados à pessoa idosa é um princípio assegurado formalmente pelo arcabouço legal brasileiro, que inclui a Política Nacional do Idoso[5] e o Estatuto da Pessoa Idosa, com atualizações posteriores[6-8]. Apesar desse arcabouço, a efetivação desse direito ainda enfrenta barreiras relacionadas a financiamento, acessibilidade e inclusão em atividades sociais[3,9], e iniciativas como o movimento "Cidades Amigas do Idoso" da Organização Mundial da Saúde reforçam que ambientes inclusivos são condição necessária para que o envelhecimento ativo se traduza em participação social efetiva[10,11].

Este estudo investiga exatamente essa lacuna: quem são os idosos que não frequentam grupos de convivência, quais barreiras relatam para essa não participação, e como esse perfil se relaciona com sua autopercepção de saúde, comparativamente aos idosos que frequentam. Diante disso, teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e funcional de idosos não frequentadores, identificar

os motivos relatados para a não participação e comparar sua autopercepção de saúde com a de idosos frequentadores.

2 MÉTODO

Estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa, integrado a uma pesquisa mais ampla sobre autopercepção de saúde e percepção sobre grupos de convivência em idosos. A amostra total do estudo principal foi de 60 idosos (60 anos ou mais), residentes em contexto urbano e em municípios do interior do Maranhão, entrevistados face a face mediante questionário estruturado organizado em oito blocos temáticos. Para este recorte, os participantes foram classificados, por meio da pergunta filtro do instrumento, em frequentadores atuais (n=36) e não frequentadores (n=23); um caso adicional classificado como ex-frequentador (n=1) foi descrito separadamente, sem inclusão nos testes inferenciais, dado seu tamanho amostral incompatível com qualquer teste estatístico.

Foram utilizadas as seguintes variáveis: sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, renda familiar per capita e arranjo domiciliar); funcional (necessidade de auxílio para locomoção); autopercepção de saúde (geral, física, mental/emocional e comparativa a um ano, dicotomizadas em Positiva/Negativa); e motivos relatados para nunca ter frequentado um grupo de convivência, com marcação múltipla de até duas opções entre sete categorias pré-definidas, agregadas em quatro domínios de barreira: informação, interesse/preferência pessoal, acesso/estrutura e condição de saúde.

As comparações entre os grupos foram realizadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson ou do teste exato de Fisher, adotando-se nível de significância de 5% ($p<0,05$). A associação entre necessidade de auxílio para locomoção e o motivo relatado não foi submetida a teste estatístico formal, em razão do número reduzido de casos (n=2); os achados são apresentados de forma descritiva.

O estudo principal do qual este recorte deriva foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Ceuma, sob o parecer nº 616.364, tendo sido conduzido em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde[12], com obtenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes e garantia de sigilo e anonimato das informações coletadas.

Limitações metodológicas: trata-se de estudo transversal, que não permite estabelecer relações de causalidade, e de amostra de conveniência de tamanho reduzido, sobretudo no grupo de ex-frequentadores (n=1). A autopercepção de saúde, por ser medida subjetiva, pode estar sujeita a viés de desejabilidade social. A categorização dos motivos de não participação em opções pré-definidas pode simplificar barreiras que, na prática, se sobrepõem. Adicionalmente, o grupo de não frequentadores

concentra-se majoritariamente em contexto rural/interiorano, de modo que os achados sobre barreiras de acesso devem ser interpretados em conjunto com essa desigualdade territorial mais ampla.

3 RESULTADOS

3.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E FUNCIONAL

Os não frequentadores apresentaram perfil sociodemográfico significativamente mais vulnerável do que os frequentadores atuais, com diferenças expressivas de sexo, escolaridade e renda (Tabela 1). Não houve diferença significativa quanto à faixa etária, ao arranjo domiciliar ou à necessidade de auxílio para locomoção, indicador pouco prevalente em ambos os grupos (5,6% e 8,7%, respectivamente).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico: frequentadores atuais e não frequentadores de grupos de convivência. Maranhão, Brasil, 2026. (n=59)

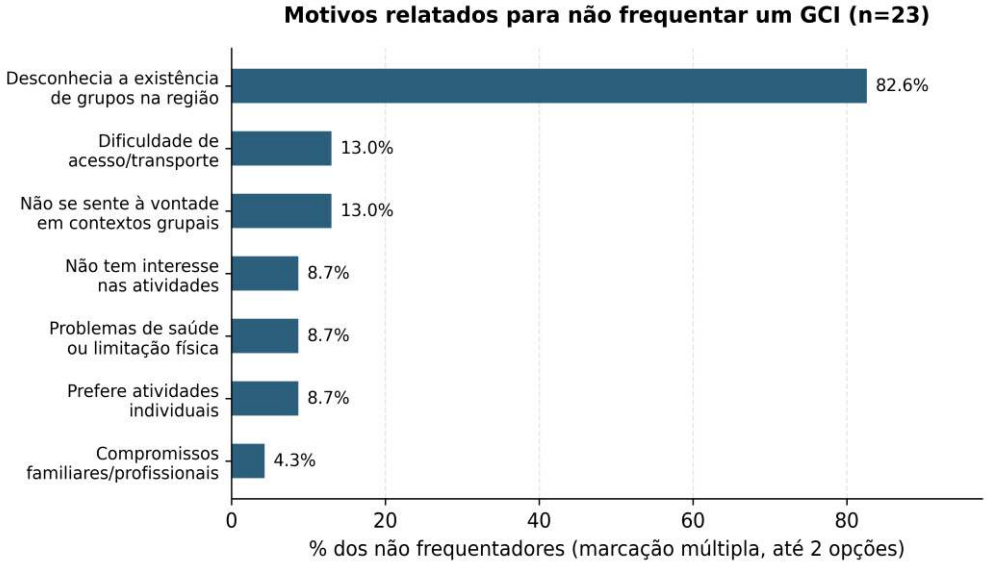
Variável / Categoria	Frequentadores n=36	Não freq. n=23	p
Sexo			0,003*
Feminino	33 (91,7%)	13 (56,5%)	
Masculino	3 (8,3%)	10 (43,5%)	
Escolaridade			<0,001*
Nenhuma escolaridade	0 (0,0%)	5 (21,7%)	
Fundamental incompleto	0 (0,0%)	7 (30,4%)	
Fundamental completo	0 (0,0%)	3 (13,0%)	
Médio completo/incompleto	9 (25,0%)	7 (30,4%)	
Superior completo/incompleto	27 (75,0%)	1 (4,3%)	
Renda familiar per capita			<0,001*
Até 1 salário-mínimo	2 (5,6%)	18 (78,3%)	
Mais de 1 a 3 salários-mínimos	10 (27,8%)	3 (13,0%)	
Mais de 3 salários-mínimos	24 (66,7%)	2 (8,7%)	

Fonte: dados da pesquisa. *p<0,05 (teste qui-quadrado ou exato de Fisher).

3.2 MOTIVOS RELATADOS PARA A NÃO PARTICIPAÇÃO

Entre os 23 não frequentadores, 18 relataram apenas um motivo, 4 relataram dois motivos e 1 relatou um número de motivos acima do esperado pelo desenho do instrumento. O motivo isoladamente mais relatado foi, de forma expressiva, o desconhecimento da existência de grupos de convivência na região (Figura 1).

Figura 1 - Motivos relatados para nunca ter frequentado um grupo de convivência. Maranhão, Brasil, 2026. (n=23)



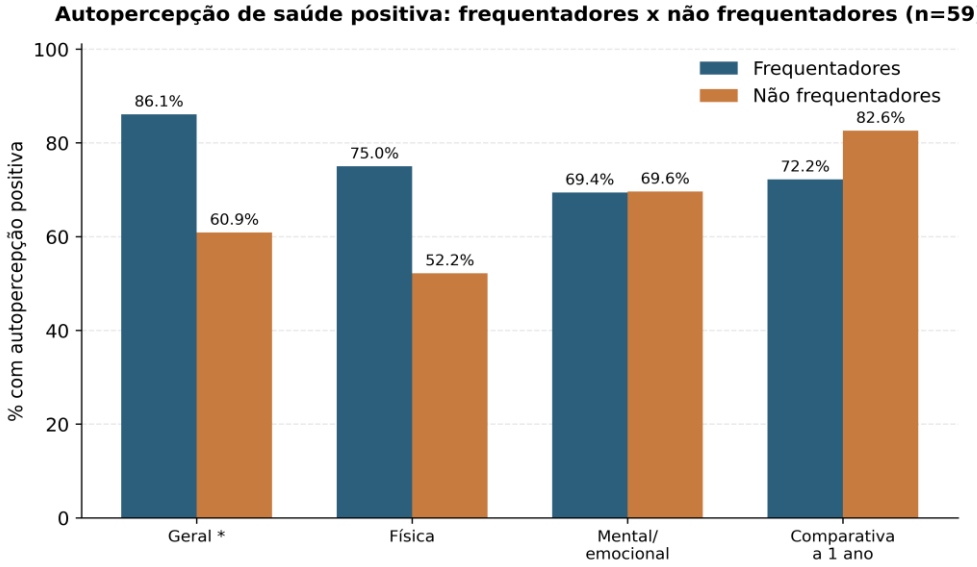
Fonte: dados da pesquisa. Marcação múltipla, até 2 opções por participante.

Quando os motivos são agregados em quatro domínios de barreira, a barreira de informação isola-se como amplamente predominante (82,6%), à frente de interesse/preferência pessoal (17,4%), acesso/estrutura-transporte (13,0%), condição de saúde (8,7%) e compromissos familiares/profissionais (4,3%). Os dois únicos não frequentadores que relataram necessitar de algum auxílio para locomoção também citaram o desconhecimento da existência de grupos como motivo.

3.3 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

A autopercepção geral de saúde foi significativamente mais positiva entre os frequentadores atuais do que entre os não frequentadores. A autopercepção física seguiu tendência semelhante, no limiar da significância estatística. Não houve diferença nos domínios mental/emocional e comparativo a um ano (Figura 2). O único caso de ex-frequentador registrou autopercepção geral e física negativas, e autopercepção mental positiva.

Figura 2 - Autopercepção de saúde positiva: frequentadores e não frequentadores. Maranhão, Brasil, 2026. (n=59)



Fonte: dados da pesquisa. *p<0,05.

4 DISCUSSÃO

O achado central deste estudo é, ao mesmo tempo, o mais simples e o mais acionável: a barreira predominante à participação nesta amostra não é a falta de interesse, nem a limitação funcional ou de saúde e sim o desconhecimento puro e simples de que esses grupos existem. Esse resultado contraria uma leitura implícita, comum ao paradigma do envelhecimento ativo, de que a não participação em atividades comunitárias reflita primariamente desinteresse, incapacidade funcional ou escolha individual[3,4]. Se a maior barreira é informacional, a responsabilidade pela lacuna desloca-se, ao menos em parte, da pessoa idosa para a estrutura de divulgação e captação dos próprios programas.

Esse achado ganha relevância adicional quando cruzado com o perfil sociodemográfico do grupo: os não frequentadores concentram-se em faixas de menor escolaridade e renda, o que sugere que o desconhecimento da oferta acompanha os mesmos eixos de desigualdade social já documentados na literatura sobre acesso a serviços de saúde e assistência[3,9], incluindo estudos de base nacional que identificam trajetórias mais longas e fragmentadas até a efetivação do cuidado entre idosos de menor escolaridade[13] e revisões recentes sobre utilização da Atenção Básica por essa população[14].

Estratégias de divulgação que dependem de canais formais tendem a alcançar menos justamente os idosos de menor escolaridade e renda, reproduzindo a desigualdade que a própria política de envelhecimento ativo se propõe a combater, um padrão que se encaixa na leitura mais ampla do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 10 aplicado ao envelhecimento no cenário brasileiro[15].

A diferença de autopercepção geral de saúde entre frequentadores e não frequentadores (86,1% vs. 60,9%) é consistente com a literatura que associa a participação nesses grupos a melhor

autopercepção de saúde e maior senso de pertencimento[2], e com achados mais recentes de que a participação em diferentes tipos de grupos comunitários associa-se a melhor qualidade de vida em múltiplos domínios[16]. Entretanto, o desenho transversal deste estudo não permite inferir direção causal.

A ausência de diferença nos domínios mental/emocional e comparativo a um ano reforça a necessidade de cautela na generalização do benefício desses grupos para todos os domínios da autopercepção de saúde, cautela também sugerida por dados do ELSI-Brasil, nos quais os elementos de rede social associados à fragilidade não se sobrepõem necessariamente aos associados ao bem-estar emocional[17].

Do ponto de vista prático, os resultados sugerem que estratégias de captação de baixo custo e alto potencial de impacto, como busca ativa por agentes comunitários de saúde, divulgação boca a boca estruturada, parcerias com igrejas e associações de bairro, e visitas domiciliares informativas, podem ser mais eficazes para reduzir a barreira predominante identificada do que investimentos em adaptação estrutural ou de conteúdo das atividades, que respondem a barreiras relatadas por uma minoria pequena da amostra.

5 CONCLUSÃO

Nesta amostra, os idosos não frequentadores de grupos de convivência apresentaram perfil sociodemográfico mais vulnerável e autopercepção de saúde geral menos positiva do que os frequentadores atuais. O motivo amplamente predominante para a não participação foi o desconhecimento da existência desses grupos, não a falta de interesse ou de condições funcionais, achado que desloca o foco de possíveis estratégias de inclusão da adaptação das atividades para a ampliação e qualificação da divulgação, especialmente entre populações de menor escolaridade e renda. Estudos futuros, com amostras probabilísticas e desenho longitudinal, são necessários para testar a direção da associação entre participação e autopercepção de saúde.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção e desenho do estudo: Karla Virgínia Bezerra de Castro Soares. Elaboração dos instrumentos de coleta e divulgação do estudo na comunidade e nos centros de convivência participantes: Tárcila da Costa. Coleta de dados: todos os autores. Revisão crítica do manuscrito: todos os autores. Orientação e revisão final: Karla Virgínia Bezerra de Castro Soares.

FINANCIAMENTO

Este estudo não recebeu financiamento de agências de fomento públicas, comerciais ou sem fins lucrativos.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados que fundamentam os resultados deste estudo estão sob a guarda dos autores e podem ser disponibilizados pelo autor correspondente mediante solicitação justificada.

REFERÊNCIAS

1. Dawalibi NW, et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. Estud Psicol. 2013;30(3):393-403.

2. Meneses KF, Aguiar ACSA, Martins LA. Concepção de pessoas idosas sobre grupos de convivência. Rev Pesqui Cuid Fundam Online. 2021;13:123-9.

3. Camarano AA. Políticas públicas para o envelhecimento saudável no Brasil: desafios e oportunidades. Rio de Janeiro: IPEA; 2021.

4. Soto-Maior C. Longevidade, políticas sociais e proteção de pessoas idosas. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo; [data desconhecida].

5. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União. 1994.

6. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União. 2003.

7. Brasil. Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. Altera o Estatuto da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União. 2022.

8. Brasil. Lei nº 14.874, de 24 de janeiro de 2024. Dispõe sobre os direitos das pessoas idosas. Diário Oficial da União. 2024.

9. Organização Pan-Americana da Saúde. Década do Envelhecimento Saudável nas Américas 2021-2030. Washington, D.C.: OPAS; 2020.

10. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.

11. World Health Organization. Global age-friendly cities: a guide. Geneva: WHO; 2008.

12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF; 2012.

13. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Lima RCD, Facchini LA. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. Cien Saude Colet. 2020;25(6):2213-26.

14. Silva NBQ, Carolina A, Nascimento EGC, Oliveira LC. Condições de saúde e utilização da Atenção Básica pelos idosos: revisão integrativa. Saude Redes. 2022;8(supl 1):305-20.

15. Camacho ACLF, Tavares GML, De Menezes HF, Alves MEA, Sant'Anna RM, Da Silva JON. Análise do objetivo de desenvolvimento sustentável na redução das desigualdades no envelhecimento. Rev Aracê. 2025;7(1):1252-62.

16. Sampaio AN, Bezerra JA, Oliveira MAN, Mallagoli ISS, Barbosa IEB, Belasco AGS. Qualidade de vida de pessoas idosas participantes de grupos comunitários na Amazônia Ocidental Brasileira: um estudo transversal. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2024;27:e230271.

17. Marcelino KGS, Braga LS, Andrade FB, Giacomin KC, Lima-Costa MF, Torres JL. Fragilidade e rede social entre adultos brasileiros mais velhos: evidências do ELSI-Brasil. Rev Saude Publica. 2024;58:e51.