

UFRRJ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO – IE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI

DISSERTAÇÃO

**PROMOÇÃO DE AUTOESTIMA E AUTOCUIDADO EM IDOSOS:
AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA ONLINE EM
GRUPO**

Laiza Ellen Gois Sousa

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**PROMOÇÃO DE AUTOESTIMA E AUTOCUIDADO EM IDOSOS: AVALIAÇÃO
DE UMA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA ONLINE EM GRUPO**

LAIZA ELLEN GOIS SOUSA

Sob a Orientação da Professora

Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez

E Co-orientação da Professora

Dra. Carla Cristine Vicente

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no curso de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia.

Seropédica, RJ

Janeiro de 2021

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) –Finance Code 001”

S719p Sousa, Laiza, 1993-
 Promoção de Autoestima e Autocuidado em Idosos:
Avaliação de uma Intervenção Psicológica Online em Grupo
/ Laiza Sousa. - Rio de Janeiro, 2021.
 93 f.

 Orientadora: Lilian Borges.
 Coorientadora: Carla Vicente.
 Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal
Rural do Rio de Janeiro, Psicologia, 2021.

 1. Envelhecimento. 2. Autoestima. 3. Autocuidado.
4. Intervenção. 5. Psicologia. I. Borges, Lilian, 1971
, orient. II. Vicente, Carla, 1969-, coorient. III
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.
Psicologia. IV. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LAIZA ELLEN GOIS SOUSA

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, área de Concentração em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 26/01/2021

Conforme deliberação número 001/2020 da PROPPG, de 30/06/2020, tendo em vista a implementação de trabalho remoto e durante a vigência do período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais, em virtude das medidas adotadas para reduzir a propagação da pandemia de Covid-19, nas versões finais das teses e dissertações as assinaturas originais dos membros da banca examinadora poderão ser substituídas por documento(s) com assinaturas eletrônicas. Estas devem ser feitas na própria folha de assinaturas, através do SIPAC, ou do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e neste caso a folha com a assinatura deve constar como anexo ao final da tese / dissertação.

Profa. Dra Lilian Maria Borges Gonzalez. UFRRJ

(Orientadora, Presidente da Banca)

Prof. Dr. Ronald Clay dos Santos Ericeira. UFRRJ

Profa. Dra. Cristineide Leandro França, UnB

DEDICATÓRIA

*Dedico esse trabalho a todos os participantes
da minha pesquisa e as pessoas que ajudaram
na sua execução.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, por proporcionar que minha existência completasse essa jornada, e pela certeza de que o caminho é longo e tenho muito a trilhar ainda.

Sou grata a meu esposo que vivenciou esse processo árduo comigo, teve sabedoria para me apoiar em momentos difíceis e sempre me incentivou a concretizar meus objetivos.

Quero agradecer aos meus amigos, Rayr, Tayana, Tamires e Raquel, que me apoiaram nessa trajetória e me ajudaram cada um do seu modo.

Às minhas orientadoras Lilian Borges e Carla Vicente que enriqueceram muito trabalho com suas contribuições e ideias inovadoras. Obrigada por acreditarem em mim diante desse desafio que foi realizar a pesquisa em meio a uma pandemia mundial.

A cada participante da minha pesquisa que participou dos encontros, que se propuseram a descobrir um caminho repleto de possibilidades e que somaram um com os outros e fizeram esse projeto acontecer.

Eu agradeço também a fé que experimentei em tempos como esse, onde havia muitas demandas para administrar, conflitos existenciais e sociais. Ano em que experimentamos tão restritas possibilidades de ser e situações adversas, mas fomos resilientes, nos adaptamos e sobrevivemos. Não sei o que esperar de novo ano, mas sei que a fé estará me acompanhando. E ainda que as possibilidades sejam restritas, ainda existem.

EPÍGRAFE

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer.

RESUMO

SOUSA, Laiza Ellen Gois. **Promoção de autoestima e autocuidado em idosos: avaliação de uma intervenção psicológica online em grupo.** 2021. 93 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2021.

A saúde do idoso é um tema com notório interesse na contemporaneidade, visto o crescimento exponencial desse segmento da população. Desse modo, estudos relacionados à promoção de saúde na velhice se mostram úteis e necessários. Esta pesquisa consistiu em um estudo quase experimental, com delineamento pré e pós-teste, e análises qualitativas adicionais que avaliou os efeitos de uma intervenção psicológica grupal, realizada de modo online, sobre medidas de autoestima, de autoavaliação de saúde, de autocuidado e de depressão em idosos. A intervenção teve foco na autopercepção corporal e no estímulo ao envelhecimento ativo. Participaram cinco idosos, de ambos os sexos, com idades entre 63 e 77 anos, residentes no município do Rio de Janeiro. A pesquisa foi dividida em três fases. Na Fase 1, foi realizada uma entrevista semiestruturada individual com os participantes para levantar dados sociodemográficos e clínicos e conhecer suas percepções de saúde pessoal e de imagem corporal, além de avaliar seus repertórios iniciais de autocuidado. Ademais, foram aplicadas as versões brasileiras das seguintes escalas: Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Avaliação de Capacidade de Autocuidado e Escala de Depressão Geriátrica. Na Fase 2, foi implementado um Grupo de Intervenção Psicológica, com realização de dez encontros grupais e embasamento fenomenológico-existencial. Na Fase 3, após o término da intervenção grupal, o conjunto de participantes foi submetido a nova avaliação, com reaplicação dos instrumentos utilizados na Fase 1. As percepções dos participantes sobre os temas em estudo foram descritas e foram realizadas comparações dos dados alcançados nas Fases 1 e 2, com análises intragrupo e intrasujeito. Em relação à primeira avaliação, constatou-se que a média geral e os escores de idosos específicos mostraram, no pós-teste, níveis maiores de autoestima e de autocuidado, bem como diminuição dos níveis indicativos de depressão. Esses dados indicaram benefícios potenciais da intervenção, no entanto análises inferenciais, mediante uso do teste t-student de amostras em pares, apontaram que as diferenças intragrupo encontradas não foram estatisticamente significativas. Análises dos processos individuais, considerando as particularidades e contexto vivenciado por cada participante, permitiram compreender melhor os resultados obtidos. Pesquisas de avaliação de intervenções grupais com idosos são necessárias como modo de fomentar a criação de estratégias inovadoras, efetivas e eficazes de promoção de saúde na velhice, em especial com abordagem de variáveis psicossociais. Sugere-se a realização de novos estudos com intervenções psicológicas em grupos de idosos, porém com um número maior de participantes e grupo controle.

Palavras-chave: Envelhecimento; Autoestima; Autocuidado; Intervenção psicológica.

ABSTRACT

SOUSA, Laiza Ellen Gois. **Self-esteem and self-help promotion in the elderly: evaluation of a psychological intervention in an online group**. 2021. 93p. Dissertation (Master in Psychology), Institute of Education, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2021.

The health of the elderly is a theme with a notable interest in contemporary times, given the exponential growth of this segment of the population. Thus, studies related to health promotion during the old age, are shown to be useful and necessary. The present research constituted in an almost experimental study, with a pre and post-test design, and additional qualitative analysis, which evaluated the effects of a group psychological intervention, executed in an online manner, on the measures of self-esteem, self-rated health, self-care, and depression in the elderly. The intervention focused on body self-perception, and the stimulation of an active aging process. Five elderly people of both sexes, with a range of 63 to 77 years of age, residents in the municipality of Rio de Janeiro participated in this research. The study was divided in three phases. In phase 1, an individual semi structured interview with the participants was conducted, in order to gather sociodemographic and clinical data, and also to get to know their perceptions on their own personal health and body image, in addition to evaluate their initial self-care repertoires. Furthermore, the Brazilian version of the following scales were applied: Rosenberg's Self-Esteem Scale, Appraisal of Self-care Agency Scale, and the Geriatric Depression Scale. In phase 2, a Psychological Group Intervention was implemented, which happened in ten group meetings with a phenomenological-existential basis. In phase 3, after the end of the group intervention, the group of the participants were submitted to a new evaluation, with the reapplication of the instruments that were used in Phase 1. The perceptions of the participants on the themes of the study were described, and comparisons were made between the data obtained in Phase 1 and 2, through intragroup and intrasubject analyzes. In regards to the first evaluation, it was found that the general average and, above all, the scored of the specific elderly people showed, in the post-test, higher levels of self-esteem and self-care, as well as a decrease in the indicative levels of depression. These data indicated potential benefits of the intervention, however, inferential analyzes, using the t-student test of the samples in pairs, pointed out that the intra-group differences found, were not statistically significant. Analysis of individual processes, considering the particularities and the context experienced by each participant, allow a better understanding of the results obtained. Researches regarding the evaluation of group interventions with the elderly are necessary, as a way to encourage the creation of innovative, effective, and efficient health promotion strategies in old age, especially with the approach of psychosocial variables. Further studies with psychological interventions with groups of elderlies are suggested, however, with a larger number of participants and with a control group.

Keywords: Aging; Self-esteem; Self-care; Psychological intervention.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Figura 1 - Etapas da pesquisa.....	27
Figura 2 - Descrição das sessões da Intervenção Psicológica Grupal.....	30
Figura 3 - Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa.....	33
Figura 4 - Dados clínicos-médicos dos participantes da pesquisa.....	33
Tabela 1 - Autoavaliação de saúde dos participantes no pré-teste e no pós-teste.....	35
Tabela 2 - Média geral e por participante da Escala de Autoestima de Rosenberg.....	39
Tabela 3 - Diferenças emparelhadas na comparação das médias para autoestima na Escala de Autoestima de Rosenberg no Pré-teste e no Pós-teste.....	39
Tabela 4 - Resultados, por gênero, das médias para autoestima no pré-teste e pós-teste.....	40
Tabela 5 - Resultado da autoavaliação de cuidado com o corpo dos participantes no pré e pós-teste.....	45
Tabela 6 - Média geral e por participante da Escala de Capacidade de Autocuidado.....	48
Tabela 7 - Diferenças emparelhadas na comparação das médias para autocuidado na Escala de Capacidade de Autocuidado no Pré-teste e no Pós-teste.....	48
Tabela 8 - Resultados, por gênero, das médias para autocuidado no pré-teste e pós-teste...	49
Tabela 9 - Média geral e por participante da Escala de Depressão Geriátrica.....	53
Tabela 10 - Diferenças emparelhadas na comparação das médias para depressão na Escala de Depressão Geriátrica no Pré-teste e no Pós-teste.....	53
Tabela 11 Resultados, por gênero, das médias para depressão no pré-teste e pós-teste	54

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC Acidente Vascular Cerebral;

BAI Inventário Beck de Ansiedade;

BDI Inventário Beck de Depressão;

CCI Centro de Convivência para Idosos;

COVID-19 Novo Coronavírus

EDG Escala de Depressão Geriátrica;

GDS-15 Escala de Depressão Geriátrica (abreviada com 15 itens);

GIP Grupo de Intervenção Psicológica;

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

MAC-Q Questionário de Queixas de Memória;

MMI Mine Exame do Estado Mental;

OMS Organização Mundial de Saúde;

TCC Terapia Cognitivo Comportamental;

WHOQOL-BREF Questionário de Qualidade de Vida do Idoso (Versão abreviada com 26 itens);

WHOQOL-OLD Questionário de Qualidade de Vida do Idoso.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
CAPÍTULO I – OBJETIVOS	4
1.1. Objetivo geral	4
1.2. Objetivos específicos.....	4
CAPÍTULO II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
2.1. O processo de envelhecer: perdas associadas e promoção de envelhecimento ativo.....	5
2.2. Autopercepção da imagem corporal na velhice e suas implicações psicossociais.....	9
2.3. O grupo como agente de mudanças rumo ao envelhecimento ativo.....	12
2.3.1. Intervenções psicológicas em grupo com idosos: um levantamento de estudos em língua portuguesa.....	13
2.3.2. Inovações em intervenção psicológica grupal: embasamento fenomenológico-existencial e modalidade online.....	19
CAPÍTULO III – MÉTODO	23
3.1. Participantes.....	23
3.2. Instrumentos.....	24
3.3. Procedimento de coleta de dados.....	25
3.4. Grupo de intervenção psicológica.....	28
3.5. Análise dos dados.....	31
CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4. 1. Perfil dos participantes do estudo.....	32
4.2. Efeitos da intervenção grupal sobre variáveis psicológicas.....	34
4.2.1. Autoavaliação de saúde.....	35
4.2.2. Autoestima	38
4.2.3. Autocuidado	45
4.2.4 Depressão	52

CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICES	
A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA	69
B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	71
C – ENCONTROS DO GRUPO DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA.....	73
ANEXOS	80
A – ATA DE APROVAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	80
B – ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG	81
C – ESCALA DE CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO (ASAS-R ADAPTADA)..	82
D – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA	85

APRESENTAÇÃO

O segmento idoso da população tem crescido de modo exponencial no Brasil nas últimas décadas, acompanhando uma tendência mundial de envelhecimento populacional. No ano de 2017, foram totalizadas 962 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, quase o triplo do que foi contabilizado em 1980, quando havia 382 milhões de pessoas idosas (*United Nations*, 2017). Como mostra o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), o percentual atingido no Brasil, em 2016, foi de 16% da população, o que corresponde a 29,6 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, faixa de idade em que as pessoas são reconhecidas como idosas nos países em desenvolvimento. Já nos países desenvolvidos, são consideradas idosas pessoas a partir dos 65 anos de idade (OMS, 2015).

Esta mudança demográfica, que se caracteriza pelo aumento na proporção de idosos, tem sido acompanhada por mudanças de base epidemiológica na população brasileira, com maior prevalência de doenças crônicas e degenerativas, as quais podem acentuar as perdas típicas do envelhecimento avançado e comprometer a capacidade funcional dos idosos. Esta nova realidade gera a necessidade da ampliação de pesquisas na área, que mostrem potencial para aprofundar os conhecimentos sobre os aspectos biopsicossociais envolvidos nesse processo e, assim, alcançar modos eficazes de promover ou fortalecer o envelhecimento saudável.

O envelhecimento, sobretudo quando avançado, provoca mudanças em todos os domínios da vida do sujeito, desde as alterações orgânicas e na aparência física até as alterações nos papéis sociais. Tais mudanças influenciam o modo como o idoso se percebe e experimenta esta nova fase da vida, com reflexos possíveis na sua autoimagem, autoestima, autoconceito e autopercepção de saúde. Por conseguinte, entre as questões que costumam permear esse processo, pode-se destacar a percepção do próprio corpo (imagem e funcionamento) e a autoavaliação das condições atuais de saúde e da capacidade para cuidar de si. Dependendo destas percepções, se predominantemente negativas, pode haver comprometimento na satisfação do idoso com a própria vida, no engajamento social e nas práticas de autocuidado, sobretudo naqueles comportamentos relacionados à prevenção ou controle de agravos à saúde.

Nesse sentido, o foco deste estudo foi a implementação e avaliação de uma intervenção psicológica grupal, feita de modo online, voltada para a autopercepção corporal na velhice e estímulo ao envelhecimento ativo, com investigação de sua influência na autoestima, autoavaliação de saúde, comportamentos de autocuidado e níveis de depressão dos idosos participantes. Portanto, foi considerada uma variável independente – a intervenção grupal – e quatro variáveis dependentes. O objetivo foi verificar possíveis modificações nas medidas das variáveis dependentes posteriormente à intervenção implementada, em comparação aos dados obtidos em momento anterior.

A razão da escolha deste tema de investigação está vinculada ao meu interesse pessoal, cultivado desde a graduação em psicologia, bem como a sua relevância científica e social. Em minha trajetória acadêmica, realizei trabalhos terapêuticos e de pesquisa com senescentes e, nestas interações, pude observar como estes atribuem diversos significados ao corpo envelhecido. Pensar no significado do corpo, desde então, tem sido algo que tem me despertado para uma reflexão e gerado anseio por melhor conhecer os sentidos individuais e coletivos associados às mudanças corporais que ocorrem neste período da vida, avaliando seus efeitos psicossociais. Mas, para além da descrição dos aspectos em pauta, meu interesse recaiu em avaliar uma proposta de intervenção destinada a atenuar os prováveis impactos negativos das percepções de limitação associadas às mudanças corporais típicas da velhice. O envelhecimento é uma etapa do desenvolvimento humano que desperta meu interesse de pesquisa e por isso tenho escolhido trabalhar com essa fase específica, além disso, na minha atuação como psicóloga tenho tido bastante experiência com clientes que estão nesse momento do ciclo da vida.

A modalidade de intervenção *online* foi escolhida devido ao período de coleta de dados da pesquisa ter coincidido com medidas públicas de distanciamento social¹ aplicadas no município do Rio de Janeiro como forma de prevenção à contaminação pelo novo coronavírus (COVID-19), sobretudo em se tratando de grupos de maior vulnerabilidade, dentre os quais se destacavam os idosos. Portanto, para viabilizar a realização da pesquisa em plena crise epidemiológica foi necessário modificar o modo de realização da prática grupal,

¹ Distanciamento social: diminuição das interações entre as pessoas, visando diminuir a velocidade da transmissão do vírus.

anteriormente prevista para ocorrer por interação direta em um centro de convivência já contatado.

Frente ao novo perfil populacional, com número crescente de pessoas que ultrapassam os 60 anos de idade, faz-se necessário buscar modos de auxiliar estes indivíduos a melhor lidarem com as perdas que acompanham o envelhecimento, compensando-as quando possível, o que pode reduzir prejuízos pessoais e abrandar custos familiares, sociais e ao sistema de saúde, relativos, por exemplo, a maior dependência, sofrimento psicológico e necessidade de tratamentos médicos de maior complexidade.

Mesmo diante desta realidade, que pode tornar o envelhecimento populacional um problema a ser enfrentado mais do que uma conquista da sociedade, constata-se que ainda são escassos no país os estudos que se propõem a investigar os resultados de intervenções psicológicas com idosos, sobretudo aquelas que se destinam a promover o envelhecimento ativo. Pesquisas desta natureza são importantes para subsidiar o desenvolvimento de programas eficazes, efetivos e de baixo custo, que possam ser adaptados à rotina de serviços e programas na área da saúde, contribuindo para fomentar percepções e avaliações mais positivas dos idosos acerca de si mesmos e, complementarmente, para fortalecer cuidados pessoais preventivos ou de controle de doenças já instaladas.

No campo social, observa-se que investigações relacionadas ao envelhecimento são pertinentes e necessárias, principalmente quando envolvem papéis sociais, na medida em que promovem informações com base em evidências que podem contribuir para uma representação coletiva mais adequada da velhice. Portanto, destaca-se a importância de investigações que possibilitem compreender as relações entre as construções sociais acerca da velhice e do idoso e sua autoimagem, entendendo assim, como o corpo do idoso é visto no contexto sociocultural e como isto pode afetar a visão de si mesmo e seu estilo de vida.

CAPÍTULO I

OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Verificar os efeitos de uma intervenção psicológica grupal com idosos, realizada de modo online e com foco na autopercepção corporal, sobre a autoavaliação de saúde, a autoestima, os comportamentos de autocuidado e o estado emocional de seus participantes.

1.2 Objetivos específicos

- Investigar a percepção corporal de senescentes, analisando o impacto das mudanças associadas ao envelhecimento avançado sobre sua autoimagem e sua autoestima.
- Investigar a autoavaliação dos idosos acerca da própria saúde e da capacidade funcional.
- Planejar e implementar uma intervenção psicológica em modalidade grupal e condução online, voltada para revisão da autopercepção corporal e estímulo ao autocuidado em idosos.
- Avaliar os efeitos da intervenção grupal na aquisição ou fortalecimento de comportamento de autocuidado e na melhora da autoestima, do estado emocional e da saúde autopercebida dos idosos participantes antes e após a intervenção (avaliação intragrupo).
- Avaliar diferenças de gênero sobre saúde, autoestima, autocuidado e níveis de depressão.
- Avaliar de modo individual quanto a saúde autopercebida, autoestima, autocuidado e níveis de depressão.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. O processo de envelhecer: perdas associadas e promoção do envelhecimento ativo

A velhice é entendida como uma fase do ciclo de vida marcada por mudanças tanto físicas como sociais, que podem se caracterizar como perdas importantes e afetar o indivíduo psicologicamente e em suas relações interpessoais. No processo de envelhecimento, além de alterações na aparência física, ocorre, no campo biológico, um aumento de danos moleculares e celulares, o que aumenta os riscos de se contrair diversas doenças e de haver declínio nas capacidades funcionais. Em nível social, tendem a ocorrer mudanças nos papéis e posições sociais e a necessidade de lidar com afastamento ou morte de pessoas próximas (OMS, 2015).

Neri (2008) aponta que existem diferentes padrões de saúde no envelhecimento, dentre os quais se pode destacar os tipos de envelhecimento normal, ótimo e patológico. O envelhecimento normal é aquele em que se têm alterações típicas e inevitáveis da senescência. A velhice ótima é referida como um ideal sociocultural de excelente qualidade de vida, em que há baixo risco de adoecimento e incapacidades, excelente funcionalidade física e mental, além de engajamento ativo na vida. Já o envelhecimento patológico é caracterizado por predomínio de disfuncionalidades e descontinuidades do desenvolvimento.

Portanto, as mudanças do envelhecimento não ocorrem da mesma forma e no mesmo ritmo para todas as pessoas, mesmo este se tratando de um processo gradual e universal, que provoca alterações no funcionamento do organismo. As perdas resultantes não têm uma relação direta com a idade cronológica e, por conseguinte, não podem ser padronizadas. Não existe um idoso “típico”. Significa dizer que há heterogeneidade no envelhecer e as diferenças individuais estão associadas tanto ao aparato biológico de cada um como a eventos que ocorrem ao longo do curso de vida pessoal. Assim, como ressalta a Organização Mundial de Saúde, ainda que, de modo geral, a velhice, como fase última deste processo, possa ser marcada por comprometimentos na capacidade funcional e por agravos à saúde, a idade avançada não implica necessariamente em ausência de saúde e em dependência (OMS, 2015).

Os efeitos do envelhecimento podem ser modificáveis, no sentido de serem retardados ou atenuados, a depender das circunstâncias em que este ocorre.

Esta compreensão do envelhecimento está alinhada com as contribuições de Paul Baltes (2000), proponente da Perspectiva do Curso de Vida (*Life Span Perspective*), que descreve o desenvolvimento como um processo de mudanças nas capacidades adaptativas ao longo do curso da vida. Perdas e ganhos fazem parte desta trajetória. Entende-se, como perdas típicas neste processo, a diminuição do vigor físico, o aumento de dificuldade na execução de tarefas, a lentificação motora, a diminuição de certas funções orgânicas, além da maior propensão a desenvolver certos tipos de adoecimentos, sobretudo crônicos. A estas mudanças no âmbito físico, costumam se somar outras de cunho social, como mudanças nos papéis sociais e a viuvez. Os ganhos são, em grande parte, percebidos no âmbito das experiências acumuladas, o que pode incluir maior sabedoria e maior conhecimento sobre determinados assuntos.

No modelo de Baltes, crescimento, manutenção e regulação de perdas constituem as funções gerais do desenvolvimento humano, que tem dentre seus aspectos centrais as regularidades no processo desenvolvimental, as diferenças e similaridades entre as pessoas, além da plasticidade individual, que diz respeito à flexibilidade do sujeito para lidar com novas situações e se adaptar a mudanças (Günther & Borges, 2014). Isto significa dizer que a senescência não é caracterizada apenas por declínios. Há também processos adaptativos, continuidades e possibilidade de aquisição de novas aprendizagens (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012). Para Baltes (1997), o sujeito na velhice não perde a sua capacidade de mudança e adaptação a circunstâncias novas, podendo reverter ou compensar as perdas que surgem com outras capacidades, de modo a assegurar um envelhecimento bem-sucedido. Nesse sentido, ele tende a desenvolver estratégias de seleção, otimização e compensação, em que maximiza a obtenção de resultados positivos, ou seja, resultados desejados, ao mesmo tempo que minimiza resultados negativos.

Em busca de adaptação diante das perdas associadas ao envelhecimento, a pessoa, na estratégia de seleção, escolhe as metas e ações mais condizentes com suas capacidades biológicas, suas habilidades e as demandas do ambiente, o que possibilita a experiência de satisfação e o exercício do controle pessoal. Na otimização, os recursos, capacidades e conhecimentos do sujeito são potencializados com vistas a alcançar seus objetivos, de modo a maximizar ganhos em certas áreas e melhorar seu funcionamento. Por outro lado, quando há a

diminuição de certas capacidades do indivíduo, a compensação age mediante uso de alternativas capazes de ajudá-lo a manter um nível de funcionamento adequado (Baltes, 1997; Gunther & Borges, 2014). Por conseguinte, Baltes e Smith (2003) apontam a importância da otimização seletiva com compensação para que o idoso possa ter um envelhecimento bem-sucedido na medida em que segue utilizando recursos internos e externos no processo de adaptação às mudanças significativas que ocorrem à medida que envelhece.

Os seguintes termos têm sido encontrados na busca por definir envelhecimento bem-sucedido: longevidade, satisfação com a vida, ausência de doenças crônicas, ausência de incapacidade funcional, independência, capacidade de autocuidado, adaptação à mudança, ausência do sentimento de solidão e sentir-se bem consigo mesmo (Depp & Jest, 2006; Phelan & Larson, 2002). No entanto, Teixeira e Neri (2008) apontam a necessidade de se considerar variações culturais nesta definição. De acordo com estas autoras, o envelhecimento bem-sucedido e saudável não se sustenta apenas com o critério da longevidade e deve ser compreendido em seus múltiplos fatores individuais, sociais e ambientais, que atuam como determinantes e modificadores da saúde.

O envelhecimento bem-sucedido depende da apreciação individual com base no bem-estar subjetivo. Assim, não é possível determinar a priori, por exemplo, se um idoso diagnosticado com uma doença crônica apresentará ou não um envelhecimento bem-sucedido ou se sentirá saudável. Isto vai depender do significado que este comprometimento tem para ele e das suas possibilidades de adaptação às condições impostas pela doença. A autopercepção do sujeito, portanto, adquire importância neste processo e não apenas as questões biológicas e físicas, como o acometimento por uma enfermidade. Neste sentido, envelhecer bem relaciona-se à valores singulares que permeiam o curso da vida (Teixeira & Neri, 2008).

De fato, a OMS (2015) aponta que o envelhecimento considerado saudável não tem a ausência de doença como único fator determinante, sendo para o senescente, de um modo geral, mais importante a manutenção de suas capacidades funcionais. Isto quer dizer que a autopercepção de saúde não depende exclusivamente de condições patológicas agudas ou crônicas presentes. Há idosos que entendem seu comprometimento físico e fisiológico como incapacitantes, por outro lado há quem se perceba saudável apesar dessas limitações.

Ainda que o envelhecimento aumente a probabilidade de vários tipos de adoecimento, sobretudo crônicos, a doença não pode ser vista como uma consequência direta do avanço deste processo, visto ser uma experiência heterogênea, que sofre múltiplas influências, como dos contextos históricos e sociais (Neri, 2008). Portanto, as chances de permanecer saudável ou de adoecer parecem depender mais do estilo de vida prévio e atual do sujeito do que meramente do envelhecer (Forghieri, 2015), além de se relacionar ao modo como ele percebe o próprio corpo, lida com as mudanças associadas à idade e apresenta comportamentos de autocuidado. Desse modo, a OMS (2015) define envelhecimento ativo como uma forma de envelhecer em que o sujeito se sente com bem-estar físico, social e mental, além de se mostrar participativo na comunidade a qual pertence, engajado socialmente, seguro (por exemplo, em quesitos de infraestrutura e financeiro), autônomo, capaz de realizar suas atividades de vida diária e responsável pelo seu autocuidado.

O envelhecimento ativo ou bem-sucedido tem relação com a promoção de saúde na velhice. A promoção de saúde, na carta de *Otawa*, é descrita como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação do indivíduo no controle deste processo. Por conseguinte, atingir um estado de bem-estar pressupõe que os indivíduos e grupos saibam identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde, portanto, é abordada de modo positivo, com ênfase em recursos sociais, pessoais e nas capacidades físicas, sendo entendida como um recurso para a vida e não como objetivo de viver (Brasil, 2002).

Nessa perspectiva, é importante considerar que o sujeito deve ser agente promotor de seu bem-estar e de sua saúde. Isto significa que o idoso deve ser estimulado a manter o autocuidado e fortalecer sua autonomia. O autocuidado, conforme definido por Dorothea E. Orem (1980), corresponde a prática de ações que as pessoas iniciam e executam em relação a si mesmas para manterem a vida, a saúde e o bem-estar. Por esse prisma, o sujeito torna-se ativo no processo de decisão sobre as próprias necessidades, sobre as ações a serem desenvolvidas no cuidado à sua saúde e na busca de estratégias que possibilitem bem-estar. O autocuidado pode ser desenvolvido durante o curso da vida diária, na medida em que a pessoa aprende a discernir os fatores que devem ser controlados e tratados, decidir o que pode e deve ser feito, reconhecer as suas necessidades, avaliar os recursos pessoais e ambientais disponíveis e determinar, comprometer e executar ações voltadas ao cuidar de si (Stacciarini & Pace, 2014).

Na velhice, as práticas de autocuidado são de suma importância, pois ao responsabilizar o idoso pelo cuidado de si e de seu corpo, e incentivá-lo a pensar em estratégias para obter uma melhor condição física, mental e social, torna possível promover o envelhecimento ativo. Diante disto, há algumas ações que precisam ser consideradas, tais como investir em atividades que valorizem as capacidades e habilidades do idoso e criar condições para sua participação ativa na realidade social e política (Araújo et al., 2015).

Nesse sentido, faz-se necessário a implementação de programas específicos de intervenção que visem a eliminação de fatores de riscos para incapacidade funcional, com elaboração de ações de promoção de saúde e de prevenção ou recuperação de doenças (Ferreira et al., 2010). Isto pode ser alcançado, por exemplo, através da formação de grupos psicoeducativos com idosos, em que informações sejam veiculadas em um contexto de participação ativa e de revisão das próprias experiências, com espaço para trocas, problematizações, reflexões e debates acerca dos conteúdos em pauta. Isto ressalta a necessidade de partir da realidade física e subjetiva de cada idoso, conhecendo como este percebe a si próprio - seu corpo, sua identidade, sua saúde, suas capacidades - em meio às mudanças típicas do envelhecer e como valora e significa seu novo modo de estar no mundo. Dessa maneira, torna-se possível colaborar na busca de estratégias que permitam ao idoso identificar e compensar limitações decorrentes do processo de envelhecimento, ao mesmo tempo em que reconhece e otimiza suas capacidades remanescentes e as potencialidades existentes no seu contexto.

2.2. Autopercepção da imagem corporal na velhice e suas implicações psicossociais

A avaliação sobre a própria saúde e capacidade funcional e os esforços de autocuidado perpassam um aspecto muito importante: o corpo. A percepção do sujeito sobre o próprio corpo é importante para a constituição do seu *self*. Afinal, o corpo é a parte mais material e visível do ser e é o sentido do *eu* físico que garante a existência do indivíduo. É através dele que a pessoa pode ter sua identidade consolidada (Erthal, 2013), ou seja, a autopercepção corporal permite a pessoa ter noção de quem ela é. Ao olhar para si mesmo, o sujeito passa a ter consciência de si e, à medida que se experimenta enquanto ser, sua consciência é ampliada e sua identidade é firmada.

Sendo assim, o idoso, enquanto ser em desenvolvimento, permanece construindo sua identidade, ampliando seu *self* a partir, em grande medida, da autopercepção da imagem corporal, que trará para o senescente a ampliação da consciência de si e possibilitará que ressignifique este corpo, dotado de um significado social que não corresponde necessariamente ao que ele mesmo lhe dará. Claramente, isto dependerá do próprio sujeito.

É preciso considerar que o corpo apresenta marcadores identitários sociais e culturais. Na sociedade ocidental contemporânea, em função do mercado de consumo, ele aparece na forma de uma imagem atraente e vendável associada ao corpo jovem, belo e “saudável”, que exalta a padronização de modelos socialmente valorizados. Desse modo, tudo aquilo que foge ao padrão é excluído e negligenciado, o que leva a desvalorização do idoso e ocasiona a não percepção social da velhice, quando o corpo envelhecido, ao ser revelador da finitude do ser, torna-se sinônimo de decadência e inutilidade (Maia Lima & Rivemale, 2013).

O corpo do idoso, em geral, é percebido socialmente como incapacitado, como associado à disfuncionalidades, doenças e limitações. Logo, a ele são atribuídas conotações predominantemente negativas. Já que este corpo não tem mais as características desejadas da juventude, tende a perder o valor. Por muitas vezes, o próprio idoso percebe seu corpo desse modo, considerando que foram estas as crenças e valores que ele próprio aprendeu e cultivou ao longo dos anos em sua sociedade (Santos et al., 2013), tendo a velhice como a fase do desenvolvimento de menor saúde e maior sofrimento, com muitas perdas relacionadas. Em outras palavras, uma fase não desejada ou, até mesmo, temida.

Em meio à percepção social do ser envelhecido, faz-se necessário compreender que cada idoso constrói a própria ótica sobre seu corpo e sobre seu modo de ser atribuindo-lhes sentido. A essa significação pessoal, denomina-se autoconceito. Autoconceito é a nomenclatura utilizada para caracterizar o conjunto organizado das percepções que o sujeito tem sobre si mesmo. Essa percepção é construída através de aspectos singulares da consciência somada a fatores externos, apreendidos com a interação social. Dito de modo mais simples, trata-se da forma como a pessoa enxerga a si mesma, o que, por sua vez, pode sofrer influências do modo como acredita que os outros a veem (Pereira et al., 2015; Stobäus et al., 2012). Outro aspecto que caracteriza o autoconceito está relacionado à avaliação que o sujeito faz sobre seu desempenho diante de situações ou tarefas específicas. Uma terceira influência diz respeito às comparações que a pessoa faz tendo por referência os pares com os

quais se identifica. E, por último, há que se considerar a avaliação da pessoa sobre seus comportamentos, se estes são positivos ou negativos (Stobäus et al., 2012).

O autoconceito atua na formação do *self* e constitui-se de alguns elementos importantes. No presente estudo, dois deles serão evidenciados: autoimagem e autoestima. Em relação à autoimagem, vale ressaltar que o indivíduo tem um número variado de autoimagens, por exemplo, autoimagem de filho, de profissional e de pai. O que se torna importante dentro desse constructo é a hierarquia das mesmas e o valor que cada uma representa para o sujeito (Serra, 1988). Um dos aspectos da autoimagem é a imagem corporal, que pode ser definida como a experiência psicológica de alguém sobre a aparência e o funcionamento do seu corpo. É o modo pelo qual nosso corpo aparece para nós mesmos, ou seja, corresponde à representação mental do próprio corpo (Almeida et al., 2002).

Na velhice, ao se falar de corporeidade, é assumido um simbolismo que pode afetar diretamente a autoimagem (Ludgleydson et al., 2011). O senescente, ao entrar em contato com o corpo, percebe que sua pele, funções vitais e aparência se mostram diferentes de como costumavam ser anos atrás. Perceber as mudanças físicas, principalmente em questão de imagem, afeta psicologicamente o sujeito que envelhece. Sendo assim, muitos idosos rejeitam o próprio envelhecimento em virtude da imagem que fazem do corpo senil, desenvolvendo sentimentos de autodesvalorização e de baixa autoestima. Contudo, como lembra Moreira (2012), ao longo do ciclo de vida não há como fugir do envelhecimento do corpo, mas é preciso se reposicionar diante dos enigmas do tempo e da existência e viver com dignidade. Neste sentido, o idoso precisa ressignificar este corpo que lhe causa estranhamento.

A autoestima é definida como o sentimento de apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria. Isto implica no quanto ela gosta de si e o que sente sobre ela mesma a partir do modo como ela se vê. É composta de sentimentos de competência e de valor pessoal, autorrespeito e autoconfiança, refletindo o julgamento implícito acerca da capacidade de lidar com os desafios da vida (Erthal, 2013; Guedes et al., 2011).

Para que o sujeito possa se sentir confiante, é de suma importância que tenha uma autoestima positiva, que lhe possibilite sentir-se competente, merecedor, adequado e com uma vida satisfatória. Entender a relação que o idoso mantém com seu corpo e o quanto isso influi na sua autoestima é fundamental para que avaliações e intervenções adequadas sejam realizadas, considerando todos os aspectos que envolvem a saúde do indivíduo, sejam eles

físicos, psicológicos ou sociais. Através de vivências corporais, o idoso pode ser estimulado a ampliar sua autopercepção corporal, o que se estima tem potencial para elevar o nível de consciência de si mesmo, possibilitando mudanças positivas na autoimagem, na autoestima, na autoavaliação de saúde e nas práticas de autocuidado.

2.3. O grupo como agente de mudanças rumo ao envelhecimento ativo

Uma das possibilidades da atenção psicológica na área da saúde diz respeito às práticas grupais, que se revelam um importante recurso de intervenção na medida em que permitem abordar temáticas importantes na área ao mesmo tempo em que colabora para a ampliação do acesso à saúde, já que um maior número de usuários pode participar a cada vez, com estímulo a interação entre eles e a formação de multiplicadores. O grupo traz muitos aspectos favoráveis à intervenção psicológica, como a ampliação de consciência dos participantes sobre si mesmos e sobre a realidade social da qual participam, visto que a interação entre os integrantes se configura como espaço de autorrevelação, escuta, reflexão e troca de experiências e saberes. Além disso, tende a promover a instalação de esperança, de altruísmo, universalidade, caracterizada pela possibilidade dos participantes se perceberem em situações comuns e poderem oferecer apoio uns aos outros (Alves, 2013; Borges et al., 2018; Yalom, 2006).

Nesse sentido, a dinâmica grupal pode propiciar o desenvolvimento da empatia, o fornecimento de *feedbacks* entre os participantes, o incentivo e modelos de enfrentamento ou resolução de problemas comuns, bem como a identificação e expressão de necessidades e expectativas tanto individuais como coletivas. Além disso, o facilitador do grupo pode realizar uma observação direta das interações entre os membros do grupo e, assim, interferir imediatamente sobre elas quando necessário, de modo a potencializar as trocas envolvidas. Este tipo de trabalho, por conseguinte, propicia apoio social aos seus participantes, principalmente quando estes vivenciam situações semelhantes, como desafios típicos de uma fase da vida, dentre elas a velhice, ou uma experiência comum, por exemplo, aposentadoria, adoecimento e gestação (Borges et al., 2018).

Como já mencionado, uma característica marcante e benefício potencial da intervenção em grupo é a abrangência de seu alcance, tendo em vista que o atendimento é direcionado a uma quantidade maior de pessoas em comparação ao atendimento individual.

Outra característica importante dos grupos é a possibilidade de amenizar o isolamento social e o sofrimento emocional, já que as pessoas unidas pela grupalidade podem trocar experiências e opiniões sobre questões significativas de interesse comum (Brasil et al., 2013; Murta et al., 2014). Nesse sentido, os grupos se configuram como ferramentas úteis para intervenções psicológicas e essa modalidade de atendimento ao idoso tem se mostrado eficaz. Portanto, estudos científicos, no campo da promoção de saúde, que mostrem relatos e avaliações desse tipo de intervenção com idosos são importantes de serem conhecidos e divulgados. A seguir será feita uma descrição de estudos, na área da psicologia, que utilizaram e apresentaram resultados de intervenções grupais com idosos.

2.3.1. Intervenções psicológicas em grupo com idosos: um levantamento de estudos em língua portuguesa

Ao longo das últimas décadas, várias intervenções têm sido realizadas, em nível nacional e internacional, com grupos de idosos visando à promoção de saúde, muitas delas sendo alvo de avaliação sistemática mediante investigações científicas (Assis et al., 2004; Camacho & Coelho, 2010). Estas pesquisas têm sido conduzidas por profissionais de especialidades diversas na área da saúde, indo desde relatos de experiências até pesquisas experimentais. É importante conhecer estudos realizados por psicólogos com a mesma finalidade, observando como estes têm sido efetivados e quais seus resultados. Assim, pretende-se neste tópico focalizar estudos em psicologia que avaliam intervenções grupais psicoterapêuticas ou psicoeducativas direcionadas a idosos.

Em âmbito nacional, as intervenções na área, em sua maioria, são relatos de experiência, contudo, neste trabalho, foi priorizado um levantamento de estudos em língua portuguesa de delineamento experimental e quase-experimental publicados na última década. Foram encontrados estudos cujos aportes teóricos das intervenções propostas podem ser divididos de acordo com o referencial teórico de base: teoria cognitivo – comportamental (Borges & Seidl, 2013, 2014a, 2014b; Carneiro & Falcone, 2013; Lobo et al., 2012), psicanálise (Brasil et al., 2013) e psicologia positiva (Estrela-Dias & Pais-Ribeiro, 2014).

Em se tratando de grupo psicoterapêutico, Lobo et al. (2012) verificaram os efeitos da psicoterapia cognitivo-comportamental (TCC) em um grupo de pacientes idosos que buscaram atendimento psicológico em um serviço de saúde mental vinculado a uma

instituição de ensino. O objetivo foi avaliar sintomas de ansiedade, depressão e queixas de memória antes e após a intervenção grupal. Participaram do estudo seis pessoas entre 64 e 73 anos. O programa de intervenção foi composto por sete sessões semanais de uma hora e meia de duração cada, coordenadas por duas terapeutas. Os participantes foram avaliados antes e depois do seu término por meio dos seguintes instrumentos: Miniexame do Estado Mental (MMSE), Inventário Beck de Depressão (BDI), Inventário Beck de Ansiedade (BAI), Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida de 15 itens (GDS-15) e Questionário de Queixas de Memória (MAC-Q). A análise grupal mostrou uma redução significativa nos sintomas de depressão, ansiedade e de queixas de memória. A classificação de ansiedade modificou-se de moderada a leve, sendo observada uma redução média de 10 pontos (DP = 5,2) no BAI. Na sintomatologia depressiva mensurada por meio do BDI houve uma redução de 4,3 pontos (DP = 3,5), porém o GDS apresentou apenas uma modesta redução no escore médio, de 0,8 (DP = 1,6). A avaliação de queixas de memória, mensuradas pelo MAC-Q, apresentou redução média de 3,4 pontos (DP = 6,9). Observou-se ainda uma associação entre a redução dos sintomas de depressão e de ansiedade e a redução nas queixas de memória. No entanto, os autores ponderaram que, considerando o tamanho reduzido da amostra e a ausência de um grupo controle, os dados foram insuficientes para análises estatísticas mais robustas.

Para Lobo et al. (2012), o formato das sessões, com organização das informações, beneficiou os idosos, na medida em que amenizou suas dificuldades de atenção e de memória e lhes transmitiu segurança, pois sabiam o que esperar dos encontros. As tarefas de casa, por sua vez, transpuseram para o cotidiano o que foi trabalhado em sessão. Assim, os autores defendem que uma intervenção breve, na forma de TCC em grupo, pode ser uma alternativa terapêutica viável para a população idosa, sobretudo no setor público de saúde, considerando os custos reduzidos e a possibilidade de tratamento em menor espaço de tempo.

Outro estudo realizado por Brasil et al. (2013) buscou identificar características que permeiam o processo psicoterapêutico de mulheres idosas com o intuito de evidenciar os desafios da clínica psicológica com esta população do ponto de vista teórico e epistemológico. Tratou-se de uma pesquisa exploratória de campo, de método clínico-qualitativo, com participação de oito mulheres com idades entre 61 e 71 anos. Foram realizadas e gravadas em vídeo 12 sessões grupais, as quais ocorreram em um centro de formação em Psicologia de uma instituição de ensino privada. Os resultados mostraram que o trabalho em grupo propiciou às idosas uma compreensão da própria identidade em âmbito subjetivo e social,

além de seu fortalecimento. Estar em grupo favoreceu ainda a percepção de problemas comuns, colaborando para desconstruir o sentimento de solidão nesta fase da vida.

Em relação à sexualidade, Brasil et al. (2013) verificaram um amortecimento da mesma, além de sua associação a riscos e a ausência de prazer, denotando ser esta vista como um tabu. Sobre questões psicossomáticas e aspectos corporais, foi identificada uma relação entre corpo e sofrimento que não envolvia apenas a questão física, embora este sofrimento possa surgir e ser sentido através da dor do corpo. Dentre as questões de sofrimento, foi verificado o medo da morte ou a noção de que a morte se aproximava. Uma ferramenta de consolo diante desta realidade foi a religião, entendida como um modo de compreensão e aceitação da morte. Neste tópico, foi evidenciado o quão importante era para as idosas pensarem para si um projeto que as motivassem a viver, se projetando para ser, para o futuro, na tentativa de que a morte não trouxesse temor, mas sim a sensação de completude do ciclo da vida. As pesquisadoras concluíram que a intervenção grupal com idosos mostra-se útil para trabalhar as questões biopsicossociais que envolvem este público-alvo, além ser uma estratégia viável ao combate da solidão, sentimento que muitos senescentes vivenciam. Considerando o fato do estudo ter sido feito apenas com representantes do gênero feminino, as autoras também lançaram um questionamento sobre como se daria uma intervenção semelhante com homens idosos.

Em atenção a essa questão, mas utilizando uma proposta psicoeducativa, Borges e Seidl (2013) realizaram uma pesquisa que teve por objetivo verificar os efeitos de uma intervenção em grupo no fortalecimento do autocuidado de homens idosos, com destaque para a busca e utilização de serviços de saúde e para a adoção ou fortalecimento de cuidados preventivos. Fizeram parte da pesquisa 13 homens com idades entre 62 e 78 anos, casados e aposentados, de diversos níveis de escolaridade, credos religiosos e rendas familiares, selecionados entre pessoas que frequentavam um Centro de Convivência para Idosos (CCI) em funcionamento em uma universidade privada. Foram conduzidas entrevistas individuais com aplicação de questionários para a investigação do autocuidado e fatores associados, antes e após nove encontros temáticos, no intuito de conhecer as percepções e repertórios de comportamento dos participantes em relação aos temas tratados, bem como de avaliar os efeitos das intervenções realizadas ao longo das sessões grupais.

A pesquisa foi conduzida nos moldes de um estudo quase experimental, com a seguinte estrutura: os idosos participaram de avaliações iniciais individuais com emprego de

dois questionários e, na sequência, foram submetidos à intervenção em grupo, que foi seguida por duas outras avaliações semelhantes, relativas à avaliação pós-intervenção e a um seguimento efetuado quatro meses depois. Com base no Modelo Transteórico de Mudança, foram analisados os estágios motivacionais (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção) dos participantes com respeito, por exemplo, a realização periódica de exames médicos preventivos e a busca oportuna por serviços de saúde. Como possíveis efeitos das intervenções, as autoras observaram mudanças como maior prontidão para a realização de consultas e exames médicos e maior sensibilização e engajamento em comportamentos preventivos. Para elas, a intervenção não se mostrou suficiente para alterar hábitos associados a crenças disfuncionais, ainda que intenções de mudança tenham sido evidenciadas, possivelmente porque a diversidade de temas e a quantidade de participantes não favoreceu uma abordagem mais direta a dificuldades particulares dos idosos, sugerindo a utilidade de associar intervenções individuais às intervenções grupais, de modo a melhor auxiliar o participante na revisão de crenças, manejo de respostas emocionais e aprendizagem de novo repertório de respostas diante de situações estressoras.

Borges e Seidl (2014a) investigaram ainda as percepções de saúde e de envelhecimento ativo dos homens idosos mencionados no estudo anterior, assim como avaliaram seus níveis de qualidade de vida antes e após as sessões grupais psicoeducativas com foco no autocuidado. A obtenção de dados se deu através de entrevistas individuais semiestruturadas e aplicação de dois questionários para aferir qualidade de vida, o WHOQOL-OLD e o WHOQOL-BREF. Os resultados encontrados evidenciaram que os idosos, em sua maioria, mantinham estilos de vida ativos, avaliavam positivamente o estado pessoal de saúde e entendiam a saúde sob uma perspectiva biopsicossocial, aspectos que se mostraram fortalecidos após a intervenção. As autoras afirmam ainda que houve estabilidade nos escores de qualidade de vida, com diferença significativa ($p < 0,05$) para o domínio participação social do WHOQOL-OLD. Este estudo possibilitou observar um modelo de intervenção que fortalece o envelhecimento bem-sucedido entre homens idosos. Segundo as pesquisadoras, o autorrelato dos participantes sobre temas variados relacionados à saúde permitiu um mapeamento de temáticas que se centram na descrição de necessidades de saúde e interesses do ponto de referência de homens idosos. No entanto, ressaltam que não existem apenas diferenças entre os gêneros, há também diferentes formas e estilos de ser homem. Ou seja, é importante considerar que as práticas de saúde dos homens dependem de vários fatores demográficos, pessoais e culturais.

Borges e Seidl (2014b) também averiguaram, a partir de indicadores verbais, os efeitos da intervenção psicoeducativa sobre o fortalecimento de hábitos de vida saudáveis no grupo de homens idosos. Assim, buscou-se compreender como, a partir de estratégias psicológicas, seria possível auxiliá-los a expandir seus padrões de cuidado a si mesmos. Os resultados do estudo mostraram o fortalecimento de prática de exercícios físicos, de um padrão de alimentação saudável e de comportamentos assertivos, além da maior ênfase em crenças quanto aos benefícios de condutas promotoras de saúde. No entanto, salientaram que os participantes do estudo já se mostravam previamente bons cuidadores de si mesmos, partindo de frequências elevadas nos comportamentos que se pretendia avaliar e modificar. Segundo elas, isso mostrou a necessidade de adaptações no planejamento de intervenções futuras voltadas para idosos com características diferenciadas e outras vulnerabilidades. Mas, de modo geral, afirmaram que é útil aos homens, tanto quanto às mulheres, envolverem-se em processos grupais educativos e, assim, usufruírem da oportunidade de compartilhar experiências e adquirir conhecimentos que potencializam o autocuidado.

Estas autoras concluíram que a intervenção psicoeducativa representa uma alternativa de educação participativa com idosos, na medida em que busca, de modo ativo, auxiliá-los na aquisição de cuidados de saúde capazes de evitar ou amenizar limitações provenientes do envelhecimento e de processos de adoecimento. Desse modo, favorece o rompimento do enfoque tradicional de atenção a idosos, centrado em doenças numa abordagem assistencialista. O foco deixa de ser a doença e passa a ser a saúde, além de quebrar o estigma social que se estabelece em relação ao idoso, de que envelhecimento é sinônimo de adoecimento (Borges & Seidl, 2014b).

Em outra investigação, Estrela-Dias e Pais-Ribeiro (2014) desenvolveram e avaliaram uma intervenção psicológica positiva em grupo (IPPG) com vistas a promover forças e virtudes humanas, na reabilitação pós-AVC, ao nível da funcionalidade nas atividades básicas de vida diária e da saúde mental. O local da pesquisa foi uma unidade de cuidados continuados integrados de média duração em Portugal. Participaram 18 pessoas entre 45 e 85 anos, que foram divididos em grupo de intervenção (GI) e de comparação (GC), ambos com nove participantes. As principais variáveis avaliadas foram as forças e virtudes humanas, a funcionalidade nas atividades de vida diária e a saúde mental. Para tanto, foram utilizados um questionário sócio-demográfico e clínico, o Índice de Barthel e o Mental Health Inventory-5. O estudo orientou-se por uma abordagem qualitativa com uso da técnica do grupo focal e análise

de conteúdo. Realizou-se ainda a comparação entre os grupos antes e após a realização de 10 sessões grupais, com periodicidade semanal e duração aproximada de 45 minutos, as quais ocorreram de modo não diretivo, com ênfase na confiança e no respeito. Os resultados do teste de Wilcoxon apontaram que o GI melhorou os níveis de saúde mental e de capacidade funcional entre os momentos pré e pós-intervenção. Estatisticamente, neste grupo, houve evidências de que o programa de intervenção psicológica positiva em grupo teve o efeito desejado. Além disso, os resultados do teste de Mann-Whitney mostraram que tanto os níveis de saúde mental como os níveis de capacidade funcional aumentaram no GI em relação ao GC. Concluiu-se que a IPPG conseguiu promover emoções positivas e, com isso, mostrar o papel terapêutico dos aspectos virtuosos da natureza humana em reabilitação pós-AVC. O GI partilhou medos e desenvolveu forças, tendo ressignificado sua situação e se tornado mais colaborativo na fisioterapia. A IPPG foi avaliada pelos autores como um momento de aprendizagem e boa disposição.

No campo das habilidades sociais, Carneiro e Falcone (2013) conduziram uma investigação que tinha por objetivo avaliar a eficácia de um programa para idosos no aumento tanto do repertório de habilidades sociais como da satisfação com a vida. O estudo foi realizado com 40 pessoas entre 60 e 83 anos, distribuídos em igual número e de modo aleatório em grupo experimental e grupo controle. As habilidades sociais foram avaliadas antes e depois da intervenção, através de jogos de papéis em sete situações sociais. Foi aplicada também a Escala de Satisfação com a Vida. Categorias de avaliação do comportamento verbal dos participantes foram criadas para orientar os juízes na avaliação de suas respostas sociais, as quais foram consideradas como inadequadas, parcialmente adequadas e adequadas.

Uma comparação entre os grupos na fase pós-intervenção revelou que os participantes do grupo experimental apresentaram resultados superiores aos do grupo controle em todas as situações avaliadas. Foram encontradas diferenças significativas nas situações de iniciar conversação ($p = 0,002$), recusar pedido ($p = 0,001$), cobrar dívida ($p = 0,001$), defender os próprios direitos ($p = 0,002$), lidar com pessoas com atitudes grosseiras ($p = 0,04$) e fazer pedido com conflito de interesses ($p = 0,001$). Além disso, na análise intragrupo, observou-se diferenças significativas entre o período pré e pós intervenção do grupo experimental, com uma melhora significativa nas situações de iniciar conversação ($p = 0,00$); recusar pedido ($p = 0,03$); cobrar dívida ($p = 0,04$) e defender os próprios direitos ($p = 0,03$). Na fase pré-

intervenção, os grupos se mostraram equivalentes quanto ao grau de satisfação com a vida e, do mesmo modo, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos na fase pós-intervenção. No entanto, na análise intragrupo, o grupo experimental mostrou um aumento significativo ($p = 0,004$) na média dos escores de satisfação com a vida. Estes resultados sugerem que a implementação de programas de desenvolvimento em habilidades sociais em grupo com pessoas idosas pode contribuir para a aprendizagem e o aperfeiçoamento de tais habilidades, além de possibilitar o aumento da satisfação com a vida.

2.3.2. Inovações em intervenção psicológica grupal: embasamento fenomenológico-existencial e modalidade online

Os estudos de avaliação de intervenções psicológicas em grupo de idosos têm sido realizados, em grande parte, com aporte teórico na terapia cognitivo comportamental (Borges & Seidl, 2013, 2014^a, 2014^b; Carneiro & Falcone, 2013; Lobo et al., 2012). No entanto, pressupõe-se que a fenomenologia-existencial também possa se constituir como uma abordagem útil para embasar intervenções grupais com idosos. Nesta perspectiva teórica, a intervenção grupal se apoia na observação do fenômeno grupal, no modo como se apresenta a interação entre os participantes. Isto significa dizer que é na imediaticidade da experiência que os fenômenos se apresentam. Os participantes, nesse sentido, vão evocando emoções a partir das vivências grupais, enquanto o facilitador do grupo promove intervenções, questionamentos e reflexões a partir do que apreende das interações (Alves, 2013).

Nesta ótica, os integrantes do grupo atuam como co-terapeutas ao longo do processo, pois o grupo é mantido com uma abertura compartilhada e privilegiada na qual “os modos de ser” possíveis são desvelados no “aqui e agora”, ou seja, no momento em que os participantes se relacionam uns com os outros (Jardim, 2012). Ao revelar seus modos de ser, estes experimentam a liberdade e com ela as possibilidades que a existência lhes apresenta. Uma dessas possibilidades é a de “ser-com-o-grupo”.

O conceito de autenticidade descrito por Heidegger (2005) se refere ao ser do sujeito como “*ser-ai*”, ser que se projeta para o mundo, para aquilo que é externo. Nesse sentido, é possível pensar o grupo como uma ferramenta para a expressão do “*ser-ai*” dos idosos, o que permite a eles ter seus modos de ser espelhados pelos demais participantes, podendo, desse modo, ampliar sua autopercepção corporal. E, ao ampliar a percepção corporal, amplia-se a

autoconsciência e aspectos como autoestima, autoavaliação de saúde e práticas de autocuidado podem ser trabalhados e incentivados, tanto pelo(a) psicoterapeuta, quanto por todos que integram o grupo.

Esse tipo de intervenção beneficia-se das interações diretas entre os participantes, o que lhes propicia a oportunidade de vivenciarem o momento presente com maior atenção não só a si mesmos como também aos demais participantes. No entanto, neste estudo, a intervenção avaliada, de base fenomenológica-existencial, necessitou ser desenvolvida de modo online, tendo em vista o quadro situacional em que a pesquisa foi realizada, com recomendação de distanciamento social em decorrência da pandemia desencadeada pela disseminação, em nível mundial, do vírus SARS-CoV-2, que causa a COVID-19 (*coronavirus disease 2019*).

A pandemia pelo COVID-19 se iniciou com a proliferação do novo coronavírus na China, em dezembro de 2019, expandindo-se rapidamente para outros países, tendo os primeiros casos da doença sido notificados no Brasil em fevereiro de 2020. Devido à facilidade de contágio pelo vírus e ao risco de agravamento e morte pela doença, medidas de emergência em Saúde Pública precisaram ser tomadas com o intuito de conter a proliferação dos casos. Desse modo, comércios foram fechados, a circulação de pessoas dentro e para fora do país foi alvo de controle e a população recebeu a recomendação para permanecer, o máximo possível, dentro de casa, sendo estabelecidas medidas de distanciamento social e de isolamento social² em todos os estados. Tais medidas trouxeram impacto para a saúde mental da população, em especial para as pessoas que configuravam grupo de risco para pior evolução da doença, dentre elas os idosos, que precisaram se manter em distanciamento de modo mais restrito e por mais tempo. Frente a uma pandemia ocasionada por um vírus com taxa elevada de transmissão e a necessidade de distanciamento social decorrente, muitos idosos se viram com medo da contaminação, da hospitalização e da morte, além de terem experimentado significativa limitação em suas atividades diárias e interações sociais, o que contribuiu para gerar sentimentos de desesperança e solidão (Aquino et al., 2020; Carneiro & Lessa, 2020). Assim, uma intervenção psicológica, em modalidade online, mostrou ser uma

² Isolamento social é uma medida que tem como objetivo separar as pessoas doentes (sintomáticas, casos suspeitos ou confirmados de infecção por um certo vírus), das pessoas não doentes, evitando desta forma a propagação do vírus.

estratégia importante e oportuna, sendo inclusive a única possível naquele momento, de modo a se poder intervir em aspectos relacionados à saúde mental de idosos sem apresentar risco de contaminação para os participantes.

As propostas para realização de intervenções de modo online é uma iniciativa recente, principalmente quando o público-alvo são os senescentes. Em busca bibliográfica realizada, foram encontrados apenas dois estudos dessa natureza, ambos em língua inglesa. O primeiro deles, de Tomasino et al. (2017), avaliou a viabilidade e eficácia de dois métodos de intervenção cognitiva comportamental online para depressão com adultos de 65 anos ou mais. O estudo foi realizado com 47 participantes, divididos em dois grupos, de intervenção e de controle. O grupo da intervenção foi subdividido para receber dois tipos de intervenções, uma feita individualmente (III) e outra com suporte de pares (II + PS). Nos resultados primários, foi percebida mudança nos sintomas depressivos desde o início até a pós-intervenção. Os desfechos secundários incluíram medidas de apoio social, isolamento e ansiedade. Os dados de acompanhamento foram fornecidos por 85,1% dos participantes inscritos. Houve diferenças significativas nos escores de depressão entre os grupos ($F_{2,37} = 3,81$, $P = 0,03$), com maiores reduções nos sintomas depressivos para o grupo III ($P = 0,02$) e II + PS ($P = 0,03$) em comparação ao grupo controle, e significativamente menos tempo de treino foi necessário para apoiar o grupo II + PS ($P = 0,003$). Segundo os autores, os resultados destacaram o potencial das intervenções cognitivo-comportamentais online para adultos mais velhos com depressão e indicaram que os programas apoiados por pares são aceitáveis e equivalentes às intervenções individuais online. O apoio de pares, portanto, mostrou ser uma opção viável e potencialmente econômica para disseminar tratamentos online para depressão junto a adultos mais velhos.

O segundo estudo, de Baez et al. (2017), tratou dos efeitos de exercícios físicos em grupo online para idosos adultos. Participaram 37 idosos entre 65 e 87 anos, que seguiram um atendimento personalizado de exercícios baseado no programa OTAGO para prevenção de quedas, por um período de oito semanas. Os idosos participaram através de um aplicativo para tablete e foram divididos em dois grupos: o grupo controle, que fez os exercícios de forma individual em casa, e o grupo social, que fez os exercícios em grupo. Pré e pós-medidas foram feitas para analisar os resultados em dimensões física e de bem-estar psicológico e social. O estudo apontou que houve melhorias em ambos os grupos em termos tanto de resultados físicos, dado ao alto nível de adesão às atividades de ambos os grupos, como em

termos de resultados psicológicos. No bem-estar social, as interações sociais online se mostraram correlacionadas à diminuição da solidão no grupo social. Devido ao pequeno tamanho de amostra, os autores sugerem que intervenções de longo prazo com mais participantes sejam promovidas para melhor avaliar os impactos no bem-estar e na mudança de comportamento dos idosos.

Ainda que possa apresentar limitações do ponto de vista da qualidade das interações entre seus integrantes, a realização de intervenções grupais de modo online pode ser uma alternativa viável e útil, sobretudo em períodos em que o distanciamento social se mostra uma medida necessária. Além disso, esse tipo de intervenção tem potencial para beneficiar também pessoas que apresentam, em algum momento, maiores dificuldade de deslocamento para receber a intervenção, o que pode ser a realidade de muitos idosos. Assim, faz-se necessário buscar o desenvolvimento e avaliação de programas psicológicos ou psicoeducativos dessa modalidade de modo a oferecer alternativas de trabalho com idosos.

CAPÍTULO III

MÉTODO

A presente pesquisa trata-se de uma investigação de natureza quase-experimental, com delineamento pré e pós-teste, e análises qualitativas adicionais. O método quase-experimental em pesquisa é efetivo para avaliar relações de causa e efeito. Ele é utilizado para testar hipóteses sobre as causas do comportamento, além de auxiliar na testagem da efetividade de um programa ou tratamento, como uma intervenção psicológica. No entanto, diferentemente do método experimental, não há aleatoriedade dos participantes nem utilização de grupo controle (Campbell & Stanley, 1963; Levy & Ellis, 2011). Neste estudo, foram avaliados os efeitos de uma intervenção psicológica grupal com idosos (variável independente) sobre as seguintes variáveis dependentes, medidas com instrumentos específicos: autoestima, autoavaliação de saúde, autoavaliação dos cuidados com o corpo, comportamentos de autocuidado e nível de depressão.

3.1. Participantes

O estudo foi realizado com cinco pessoas com idades compreendidas entre 63 e 77 anos, com média de idade de 67,4 anos e desvio padrão (DP) de 6,107, recrutadas no município do Rio de Janeiro através de divulgação online em redes sociais e abordagem a pessoas indicadas pela rede de contato da autora. Dos participantes três eram mulheres e dois homens, aqui identificados, com vistas a manter o anonimato, por letras e números indicativos de gênero (masculino ou feminino) e idade, a saber PM70, PM63, PF63, PF64 e PF77.

Como critérios de inclusão na pesquisa, os idosos deveriam ter, no mínimo, 60 anos, serem alfabetizados, no que se refere a saber ler e escrever; concordarem em colaborar com a pesquisa de modo voluntário e terem a disponibilidade para participar em, no mínimo, oito encontros. Como critério de exclusão, além de idade inferior a 60 anos e não ser alfabetizado, os participantes não poderiam apresentar condições cognitivas incapacitantes ou mostrarem sintomas e sinais de depressão moderada ou grave. Esses últimos critérios foram definidos para evitar dificuldades no contato com os instrumentos e procedimentos da pesquisa, o que

poderia enviar os dados. Para avaliar estes aspectos foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG).

3.2. Instrumentos

No processo inicial de coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista (Apêndice A) elaborado para as finalidades da pesquisa, com predomínio de questões abertas, que foi dividido em cinco partes: dados sociodemográficos (cinco itens); dados médico-clínicos (duas questões); autoavaliação de saúde (três questões); autopercepção corporal e autoestima (seis questões); e autocuidado (quatro questões). Na primeira parte do roteiro, buscou-se levantar dados de identificação do participante, como nome, idade, sexo e com quem residia. A segunda parte teve por objetivo saber as condições clínicas atuais do participante, incluindo doenças autorrelatadas e utilização regular de medicamentos. A terceira parte da entrevista pretendeu identificar como o idoso avaliava a própria saúde, o que foi feito mediante uma escala tipo *Likert*, com itens de 1 a 5. Na quarta parte, a finalidade foi verificar como o participante percebia seu corpo, em termos orgânicos, físicos e de autoimagem, e como avaliava sua autoestima. Na última parte, foi verificada a avaliação do participante sobre os cuidados a si mesmo. No momento pré-intervenção, foram aplicados ainda instrumentos padronizados, reaplicados ao término das sessões grupais, com a finalidade de mensurar as variáveis dependentes do estudo, de modo a possibilitar medidas capazes de indicar os efeitos da intervenção sobre as percepções e comportamentos dos participantes. São eles:

- Escala de Autoestima de Rosenberg (validada por Hutz, 2014). Esta escala é constituída por 10 itens, com conteúdos referentes aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo. Contém cinco itens com enunciação positiva e cinco itens com enunciação negativa. Cada afirmação é constituída de quatro opções de resposta tipo *Likert* (discordo totalmente = 1, discordo = 2, concordo = 3 e concordo totalmente = 4). A soma das respostas aos 10 itens fornece o escore da escala, cuja pontuação total oscila entre 10 e 40. A obtenção de uma pontuação alta reflete uma autoestima elevada (Anexo A).

- Escala de Capacidade de Autocuidado Revisada, em sua versão brasileira, validada por Stacciarini (2012). É constituída por 15 itens, com conteúdos referentes ao autocuidado. Divide-se em três categorias nomeadas de “*Tendo Poder*”, “*Desenvolvendo Poder*” e

“*Faltando Poder*” para o autocuidado. Cada afirmação contém cinco opções de resposta tipo *Likert* (discordo totalmente = 1, discordo = 2, não sei = 3, concordo = 4 e concordo totalmente = 5). Das 15 questões, quatro se referem a aspectos negativos. A pontuação varia de 15 a 75, sendo que, quanto mais próximo de 75, mais a pessoa indicará a capacidade de autocuidado operacionalizada (Anexo B).

- Escala de Depressão Geriátrica (EDG) com 15 itens (Sheikh & Yesavage, 1986, validada no Brasil por Paradela et al, 2005). Trata-se de uma versão mais curta do instrumento, originalmente composto por 30 itens, que tem sido amplamente utilizado para o rastreamento de depressão. É constituída de questões de múltipla escolha, em que as respostas são fornecidas em termos de *sim* ou *não* (Anexo C).

3.3. Procedimentos de coleta de dados

Após a qualificação do projeto de pesquisa por uma banca examinadora e sua finalização, este foi submetido à apreciação de um Comitê de Ética na Pesquisa, via Plataforma Brasil, em atendimento a Resolução 510/2016, que rege as pesquisas com seres humanos. Deste modo, reforçou-se os cuidados éticos tomados em respeito à proteção e dignidade dos participantes. A aprovação do projeto pelo Comitê de Ética foi obtida mediante o parecer CAAE 37045220.1.0000.5235 e, em seguida, a pesquisa foi divulgada nas redes sociais *facebook* e *instagram*, bem como por meio de contatos de *whatsApp*, a fim de convidar pessoas a partir dos 60 anos de idade que atendessem aos critérios de inclusão na amostra e que apresentassem interesse e disponibilidade de participar dos encontros grupais e receber a intervenção.

Todo o processo precisou ser realizado de modo online, visto que o período de coleta de dados da pesquisa coincidiu com medidas públicas de distanciamento social aplicadas no município do Rio de Janeiro como forma de prevenção à contaminação pelo novo coronavírus (COVID-19). Após a indicação de interesse em integrar a intervenção por idosos residentes no município do Rio de Janeiro, foram feitos contatos com os prováveis participantes por telefone, quando a pesquisadora propiciou maiores esclarecimentos sobre a pesquisa e realizou o agendamento de encontros individuais para avaliação inicial.

O encontro avaliativo com cada participante foi feito através de vídeo chamada pelo aplicativo de mensagem *WhatsApp*, devido esse dispositivo ter se mostrado de mais fácil acesso e utilização pelos idosos. Na ocasião, foram inicialmente concedidas informações sobre a pesquisa, além de ter sido realizada a leitura em voz alta de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Cada integrante foi orientado a acompanhar a leitura por uma via do TCLE previamente recebida. Este documento foi elaborado para que os participantes tivessem ciência das finalidades da pesquisa, dos procedimentos previstos e dos cuidados tomados para garantir o bem-estar e o anonimato de todos os envolvidos. Houve espaço para tirar dúvidas e os idosos foram esclarecidos que sua participação deveria ser voluntária, não havendo prejuízos caso desistissem de participar naquele momento ou em qualquer etapa da pesquisa. Os voluntários que mantiveram sua decisão de integrar o estudo foram solicitados a expressar sua concordância em vídeo, dizendo seu nome completo e repetindo um trecho do TCLE.

Na sequência, foi realizada a entrevista semiestruturada e aplicados os instrumentos selecionados para a pesquisa, nesta ordem: Escala de Autoestima de Rosenberg (Hutz, 2014, pp. 85-92), Escala de Avaliação de Capacidade de Autocuidado (versão brasileira, validada por Stacciarini, 2012) e a Escala de Depressão Geriátrica (Sheikh & Yesavage, 1986, validada no Brasil por Paradelo et al., 2005). O participante recebeu orientações sobre a forma de responder às escalas e foi aberto espaço para tirar dúvidas a respeito antes de começar a aplicação. Cada item dos instrumentos foi lido em voz alta pela pesquisadora, que marcou para o participante, em uma folha impressa, os itens escolhidos por ele. Para facilitar o processo, foi mostrado ao participante um cartão com as numerações da escala likert utilizada, de 1 a 5, estando estas bem legíveis, e foi orientado que a cada questão ele falasse o número que correspondia ao que ele identificava como sendo sua resposta. A aplicação dos instrumentos durou em média uma hora.

Concluída a fase inicial de avaliação, foram feitas as adaptações necessárias no planejamento prévio das sessões para melhor ajustá-las ao perfil e necessidades dos idosos participantes, conforme dados obtidos nas interações mantidas com eles durante os encontros individuais. Os idosos foram, então, informados da data de início do programa de intervenção e receberam orientações sobre o modo como os encontros seriam realizados.

A intervenção psicológica em grupo teve formato misto – informativo e vivencial – e foi estruturada em dez encontros, que tiveram periodicidade semanal e tempo de duração de

aproximadamente 90 minutos cada um. As sessões foram organizadas e facilitadas pela própria pesquisadora. Como os encontros ocorreram de modo online, foi pedido que os participantes encontrassem em suas casas um local reservado e livre de interrupções, visando assegurar o sigilo das informações. Procedimento semelhante foi adotado pela pesquisadora. Um dia antes de cada encontro, os participantes recebiam uma mensagem por *whastApp*, lembrando o dia e horário combinados, de modo a evitar esquecimentos ou confusões na data.

Após a última sessão do grupo foram agendados novos encontros com cada participante para as avaliações individuais pós-intervenção. Nestes encontros, os instrumentos padronizados foram reaplicados, seguindo os mesmos procedimentos utilizados na primeira aplicação. A entrevista seguiu um roteiro simplificado, contendo apenas questões pertinentes para a análise das variáveis dependentes. Ademais, depois do levantamento dos dados e sua análise, foi marcado outro encontro individual para que os idosos recebessem uma devolutiva acerca dos resultados da pesquisa.

A Figura 1 fornece um panorama geral das etapas da investigação, visando melhor visualização dos procedimentos realizados.

Ordem	Etapas	Procedimentos principais
1	Preparação da coleta de dados	Divulgação da pesquisa, recrutamento dos participantes e organização do grupo de intervenção.
2	Avaliações individuais pré-intervenção	Aplicação do TCLE, realização de entrevista semiestruturada e aplicação das escalas.
3	Adequações no planejamento das intervenções	Ajustes necessários e preparação de material.
4	Implementação da intervenção grupal	Realização de 10 sessões semanais online, de aproximadamente 90 min cada uma.
5	Avaliações individuais pós-intervenção	Condução de nova entrevista e reaplicação das escalas.

Figura 1. Etapas da pesquisa.

3.4. Grupo de Intervenção Psicológica (GIP)

O planejamento das sessões grupais foi construído de modo que cada encontro apresentasse um tema norteador, com conteúdos pré-selecionados que foram apresentados e discutidos em linguagem acessível e de modo interativo, com estímulo a emissão de opiniões, relatos de experiências e manifestações de dúvidas. Os temas selecionados foram relacionados ao sentido do corpo, à percepção de saúde, à autoestima e a práticas de autocuidado. Nesses encontros, foram empregadas técnicas de dinâmica de grupo (Apêndice C), adaptadas para a configuração online, objetivando facilitar a expressão dos idosos sobre os assuntos em pauta e a integração entre eles. Ao final de cada sessão, os participantes foram convidados a avaliar seu conteúdo e processo mediante a apresentação de uma frase que para eles indicassem o sentido do encontro sobre o tema proposto.

O programa de intervenção, conforme descrito a seguir, foi dividido em cinco eixos temáticos, sendo a primeira e a última sessão voltadas, respectivamente para a abertura e o fechamento do processo grupal, enquanto as demais foram organizadas de acordo com as variáveis em estudo.

Primeiro eixo – *Formação do grupo*. Relativo ao encontro inicial, este eixo teve por finalidade promover objetivos comuns no grupo e criar um clima facilitador da interação entre os seus participantes. Para tanto, buscou-se estimular a expressão de expectativas sobre os encontros, a sensação de pertencimento ao grupo e a concepção de um ambiente seguro. Foram realizadas técnicas de dinâmicas que possibilitassem o entrosamento e gerasse reflexões sobre saúde, tais como, “Apresentação com a fruta preferida”; “Complete a frase sobre saúde”; “O que quero trazer ao grupo”. Estabeleceu-se um contrato psicológico com vistas a assegurar respeito mútuo e o sigilo sobre o que seria dito no espaço grupal, além de possibilitar acordos sobre questões práticas, como faltas e horários dos encontros.

Segundo eixo – *Saúde autoavaliada*. Foram realizados três encontros sobre essa temática, com desenvolvimentos de dinâmicas e abertura para discussões a respeito das informações e experiências apresentadas. O objetivo foi abordar as percepções de saúde dos participantes e estimulá-los a realizar uma avaliação sobre a própria saúde, incluindo comprometimentos fisiológicos, aspectos emocionais e bem-estar em geral. As técnicas de dinâmica utilizadas foram: “Percebendo as funções vitais”; “Meu corpo e o isolamento”;

“Estratégias de saúde”; “Como avalio minha saúde?”; “Modos de lidar com agravos à saúde”; “Alongamento”; “Aspectos psicossociais na saúde”; “O que você faria no lugar de...”.

Terceiro eixo – *Autoimagem e autoestima*. Neste eixo, foram realizados dois encontros nos quais foram trabalhadas tanto a percepção dos idosos sobre a própria imagem, quanto os sentimentos em relação a si mesmos. Isso ocorreu através das vivências “Sensações corporais”; “Sentimento sobre o corpo”; “Aprendi como meu corpo”; “O que percebo em mim?”; “Troca-troca de qualidades”.

Quarto eixo – *Autocuidado*. Três encontros foram destinados para essa temática, quando se desenvolveram reflexões sobre comportamentos de autocuidado, considerando tanto o reforçamento daqueles que já constavam no repertório dos participantes, como os cuidados que ainda não praticavam, mas sentiam necessidade ou interesse em incluir em suas rotinas. Foram realizadas dinâmicas que os convidavam a questionar e a refletir sobre mudanças nas suas práticas de cuidado, visando promoção ou manutenção de saúde. As quais são “Ensino de alguns exercícios”; “Autocuidado antes e durante o isolamento”; “Sugestão de atividades no dia a dia”; “Autoimagem”; “Cuidando da imagem corporal”; “Vídeo que fale sobre práticas de bem-estar”; “Relacionamentos e bem-estar”; “Elaboração de um projeto de saúde”.

Quinto eixo – *Fechamento*. Foi constituído pela última sessão e teve como objetivo realizar o fechamento do trabalho grupal, além de coletar feedbacks dos participantes sobre os encontros e obter novas avaliações acerca da saúde pessoal, dos cuidados com corpo, da autoestima e do autocuidado. Nesse sentido, foram realizadas dinâmicas de cunho avaliativo, das quais “Dança e bem-estar”; “O que eu aprendi com o grupo?”; “O que eu deixo?”.

A estrutura e conteúdo dos encontros, apresentados na Figura 2, foi programada em conformidade com os objetivos da pesquisa e com os dados coletados nas entrevistas iniciais com os participantes.

Sessão	Tema Norteador	Objetivos	Conteúdos
1	Formação do grupo	Promover acolhimento e integração dos participantes; explicar as finalidades do grupo; e realizar o contrato grupal.	- Formação grupal; - Importância dos cuidados com a saúde; - Contrato psicológico.
2	Percepção corporal e autoimagem	Favorecer a percepção de si e do corpo; trabalhar questões de autoimagem.	- Sensações corporais; - Imagem do outro e a própria imagem; - Sentimentos sobre o próprio corpo.
3	Percepção corporal, saúde e isolamento social	Promover a reflexão sobre a própria saúde antes e durante o isolamento social.	- Funções corporais; - Mudanças no corpo com o isolamento social; - Sentimentos associadas às mudanças corporais.
4	Avaliação da Saúde e manejo de doenças	Estimular a avaliação da própria saúde; a identificar agravos já existentes e discutir como lidar com eles.	- Discussão sobre doenças crônicas, como diabetes e hipertensão; - Reações psicológicas diante do adoecimento; - Modos de lidar com estressores relacionados à doença.
5	Avaliação da Saúde e modos de promover o bem-estar físico e psicológico	Discutir limitações relacionadas ao adoecimento e como lidar com elas; Identificar e refletir sobre aspectos psicológicos que podem afetar a saúde.	- Dores e limitações do adoecimento e como atenuar suas repercussões nas atividades de vida diária; - Aspectos psicossociais que afetam a saúde; - Discussão do que pode ser feito para melhorar ou preservar a saúde mental.
6	Autocuidado e Saúde	Gerar reflexão sobre os cuidados com o próprio corpo na velhice.	- Práticas de cuidado com o corpo capazes de promover bem-estar e saúde; - Discussão de mudanças necessárias no autocuidado; - Reflexão sobre a sessão e autoavaliação de cada participante sobre autocuidado.
7	Percepção Corporal e Autoestima	Trabalhar questões referentes à autoestima.	- Valorização da imagem corporal e do modo de ser; - Mudanças desejadas na imagem corporal e possibilidade de promovê-las; - Mudanças desejadas no modo de ser e possibilidade de promovê-las.
8	Autocuidado e autoimagem	Gerar reflexão sobre como a imagem pessoal tem sido vivenciada. .	- Avaliação do cuidado com o corpo e da imagem corporal quando mais novo; - Valorização da imagem corporal na velhice; - Modos de cuidar da imagem corporal.
9	Autocuidado e Bem-estar	Relacionar autocuidado, relações sociais e projetos de vida com aumento do bem-estar	- Práticas de autocuidado e bem-estar; - Relacionamentos sociais e bem-estar; - Projetos de vida que promovem bem-estar.
10	Fechamento	Avaliar as trocas e aprendizagens promovidas pelos encontros grupais e analisar as mudanças pessoais ocorridas nesse período.	- Avaliação do que foi vivenciado e aprendido; - Avaliação das contribuições dadas por cada um ao grupo; - Autoavaliação da saúde e do autocuidado após as experiências no grupo.

Figura 2. Descrição das sessões da Intervenção Grupal.

3.5. Análise dos dados

Os dados colhidos mediante aplicação dos instrumentos padronizados foram primeiramente tabulados e, em seguida, foram realizadas análises estatísticas descritivas (frequência) e inferenciais. Para a avaliação dos efeitos da intervenção, foi utilizado o *software* SPSS 24 (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 16, com aplicação do *teste t-student* de amostras em pares, um teste de comparação de médias empregado quando se tem duas condições de análise. No caso deste estudo, foram feitas análises intragrupos considerando todas as variáveis em investigação. Os escores médios obtidos na aplicação dos instrumentos na fase de avaliação inicial (pré-teste) foram comparados com os resultados das médias alcançadas na avaliação que se seguiu a intervenção grupal (pós-teste) O objetivo foi perceber se as médias do GIP aumentaram após a intervenção comparadas as médias pré-intervenção, bem como se essa diferença foi estatisticamente significativa, considerando o nível de significância de $p < 0,05$.

Foi verificado ainda se houve diferenças de gênero nas médias obtidas, além de serem realizadas análises intrasujeitos para averiguar se os escores dos participantes, tomados de modo individual, sofreram alterações do pré-teste para o pós-teste. Nessas avaliações, procedeu-se também análises qualitativas adicionais de modo a compreender as mudanças observadas a luz dos processos e contextos relativos a cada um dos idosos participantes.

A análise por frequência foi utilizada em dois itens de escala *Likert* contidos na entrevista semiestruturada, que foram criados pela pesquisadora e não dispõe de escore bruto gerado e validado. Os demais conteúdos da entrevista só foram utilizados para dados sociodemográficos e clínico-médicos e para obtenção de conteúdos a serem trabalhados nos encontros grupais sobre saúde, autoestima e autocuidado.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na comunicação dos resultados da pesquisa, será realizada, primeiramente, uma caracterização sociodemográfica dos participantes e uma breve apresentação de suas condições médico-clínicas, conforme autodeclaradas. A finalidade é tecer um perfil dos idosos que integraram a intervenção e, assim, favorecer a compreensão dos demais dados obtidos. Em um segundo momento, análises descritivas provenientes dos relatos obtidos nas entrevistas e análises inferenciais com base nos escores das escalas aplicadas serão fornecidos a partir da organização do conjunto de dados em quatro eixos temáticos, relativos às principais variáveis mensuradas no estudo, a saber: autopercepção de saúde, autoestima, autocuidado e nível de depressão. As análises foram realizadas mediante uma comparação entre o momento referente à aplicação inicial dos instrumentos e da entrevista (pré-teste) e o momento de replicação dos mesmos após a intervenção (pós-teste), tendo em vista cada participante como seu próprio controle (análises intrasujeito), bem como os escores médios alcançados pelo grupo (análises intragrupo).

4.1. Perfil dos participantes do estudo

A pesquisa foi integrada por três mulheres e dois homens de 63 a 77 anos, cuja média de idade foi 67,4 anos (DP= 6,107), aqui identificados pela letra P, seguida por gênero e idade, com vistas a manter o anonimato. Como mostra a Figura 3, apenas um deles, do gênero masculino, era casado e residia com a esposa. Dentre os demais, dois eram solteiro ou divorciado e moravam sozinhos e outras duas participantes eram viúvas e moravam com filha ou filha e neta. Dois deles haviam concluído o ensino superior, enquanto os outros três possuíam nível médio de escolaridade. Três estavam aposentados.

Participante	Gênero	Idade (anos)	Estado civil	Nível de escolaridade	Profissão	Coabitação
PM70	Masculino	70	Solteiro	Ensino superior completo	Economista aposentado	Sozinho
PM63	Masculino	63	Casado	Ensino médio completo	Técnico em radiologia	Esposa
PF63	Feminino	63	Viúva	Ensino médio completo	Funcionária pública	Filha
PF64	Feminino	64	Divorciada	Ensino médio completo	Modelista industrial aposentada	Sozinha
PF77	Feminino	77	Viúva	Ensino superior completo	Professora e orientadora vocacional aposentada	Filha e neta

Figura 3. Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa.

Em termos de suas condições físicas, investigou-se a presença de agravos à saúde entre os idosos participantes, conforme seus próprios relatos, e se realizavam, no período da pesquisa, algum tipo de acompanhamento por profissionais de saúde. Desse modo, como comunicado na Figura 4, pôde-se constatar que apenas uma das participantes apresentava um quadro de comorbidades, tendo informado diagnóstico de doenças prevalentes no segmento idoso da população, embora não fizesse nenhum tipo de acompanhamento médico naquele momento. Dois idosos afirmaram não possuir agravos à saúde e, portanto, não verem necessidade de acompanhamento médico regular, ao passo que outros dois declararam problemas nas articulações ou na coluna, embora também sem menção a atendimento regular com especialistas de quaisquer áreas. Prevaleceu, portanto, um quadro de poucas doenças diagnosticadas e de ausência de consultas sistemáticas em saúde.

Participante	Agravos à Saúde	Tratamentos
PM70	Artrose, com prótese no quadril	Acompanhamento com reumatologista
PM63	Sem agravos à saúde	Sem acompanhamento médico
PF63	Problemas na coluna	Acompanhamento nutricional
PF64	<i>Diabetes Mellitus</i> tipo 2, Hipertensão arterial, Problemas na tireoide e na articulação do braço, Escoliose	Sem acompanhamento médico
PF77	Sem agravos à saúde	Sem acompanhamento médico

Figura 4. Dados clínicos-médicos dos participantes da pesquisa.

Observando as características dos idosos participantes, percebe tratar-se de um grupo diferenciado em termos do perfil comum de idosos brasileiros que tem integrado trabalhos em grupo com foco em atividades preventivas ou de promoção de saúde. Destaca-se, primeiramente, a participação de dois homens, quando as intervenções na área da saúde com idosos têm se caracterizado pelo predomínio de mulheres, muitas vezes em sua quase totalidade (Brasil et al., 2013; Dias & Lima, 2012; Sousa & Oliveira, 2015). Desse modo, alguns estudos têm buscado modos de estimular uma maior participação masculina em intervenções dessa natureza (Borges & Seidl, 2013, 2014a, 2014b; Cadore et al., 2012). Ademais, a maioria dos participantes apresentavam alta escolaridade e todos eles tinham profissão e haviam exercido trabalho extradomiciliar, incluindo as mulheres, sendo que, nessa geração muitas foram exclusivamente donas de casa. Outro aspecto a destacar é que a maior parte possuía menos de 65 anos, podendo ser considerados “idosos jovens”, com menos probabilidade de apresentarem limitações físicas e cognitivas se comparados a idosos com idades mais avançadas.

Cabe ressaltar ainda o baixo diagnóstico de doenças crônicas entre os participantes, quando dados epidemiológicos mostram comumente a presença de múltiplos tipos de adoecimento nesse grupo etário, sobretudo alterações do sistema cardiovascular e diabetes. Em geral, mesmo os idosos mais jovens apresentam pelo menos um agravo à saúde e, na maior parte das vezes, crônico degenerativos (Confortin et al., 2017; Silva et al., 2019; Veras & Oliveira, 2018). Dessa forma, é esperado, entre idosos, o acompanhamento periódico por profissionais de várias especialidades médicas e de outras áreas da saúde, o que não foi verificado no presente estudo. Além disso, os participantes evidenciaram a compreensão de que consultas médicas estão relacionadas ao acometimento por doenças, não considerando a importância de consultas preventivas. A maior parte deles não fazia acompanhamento médico regular, mesmo PF64, que apresentava um quadro de comorbidades.

4. 2. Efeitos da intervenção grupal sobre variáveis psicológicas

Nesta seção, serão tratados os resultados das variáveis investigadas nesse estudo para fins de verificação dos efeitos da intervenção implementada, as quais foram mensuradas através da aplicação e replicação da Escala de Autoestima Rosenberg, da Escala de Capacidade de Autocuidado e da Escala de Depressão Geriátrica. Além disso, com vistas a

análises quantitativas e qualitativas complementares, serão abordados relatos colhidos nas entrevistas e registrados no decorrer do processo grupal.

4.2.1 Autoavaliação de saúde

A partir da pergunta “Como você avalia a sua saúde atualmente?”, buscou-se verificar a autoavaliação de saúde de cada participante, mensurada em uma escala *likert* de 4 pontos, em que as possibilidades de resposta iam de ruim (1) a ótima (4). Utilizou-se a estatística descritiva por frequência e porcentagem para comunicação dos resultados. A Tabela 1 mostra que nenhum dos participantes considerou a saúde pessoal como ruim e que houve uma menção única à saúde como regular, presente tanto no pré como no pós-teste. Observou-se apenas uma alteração da saúde autopercebida, com elevação do nível 3 da escala (boa) para o nível 4 (ótima).

Tabela 1. Autoavaliação de saúde dos participantes no pré-teste e no pós-teste.

Escala	Pré-teste		Pós-teste	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
1 – Ruim	0	0	0	0
2 – Regular	1	20%	1	20%
3 – Boa	3	60%	2	40%
4 – Ótima	1	20%	2	40%
Total	5	100%	5	100%

No pós-teste, a avaliação da própria saúde como “ótima” foi verificada nas respostas das participantes PF64 e PF77. Essa última apresentou a mesma resposta no pré-teste, indicando que já possuía, a princípio, uma avaliação elevada das suas condições pessoais de saúde, o que se manteve após a intervenção. Entretanto, essa percepção não foi acompanhada pela menção de aspectos favoráveis ao seu bem estar, mostrando-se associada à mera ausência de dores, cansaço ou outros sintomas, como verificado em sua explicação na primeira

entrevista: *“graças a Deus eu não sinto dor de cabeça, eu não sinto cansaço, eu não sinto nada, a única dor que eu tenho é uma dor no joelho, mas é suportável”*. Inicialmente, observou-se, portanto, a ausência de fatores capazes de qualificar um estado de saúde elevado na visão dessa idosa.

Já durante as sessões grupais percebeu-se que PF77 passou a observar a própria saúde de modo integral, sem restringi-la a ausência de sintomas físicos. Nesse sentido, ela afirmou a importância da sua família e da sua fé para lidar com momentos difíceis, como o distanciamento social, e destacou como o grupo a estava ajudando a se sentir bem, o que acentuou seu sentimento positivo sobre a própria saúde. Em um de seus relatos ela declarou: *“esse grupo me faz bem, mesmo não podendo sair de casa eu me sinto bem, saudável, porque estou feliz, tenho minha família, falo com vocês toda semana, não sinto dores [...]... tenho fé em Deus que tudo vai passar”*.

A participante PF64, por sua vez, passou de uma apreciação da própria saúde como “boa” para “ótima”. Na primeira entrevista, ela justificou sua avaliação por apresentar dificuldades para dormir, embora estivesse melhor do que quando recebeu o diagnóstico do diabetes acerca de um ano, o que havia lhe causado acentuado sofrimento. Em suas palavras, *“eu fiquei tão mal quando descobri que cheguei a perder 10 quilos”*, assim *“já estive muito pior, então não posso reclamar não”*. Posteriormente, na segunda entrevista, ela afirmou sentir-se bem fisicamente e mentalmente e estar conseguindo dormir melhor, embora tivesse tido momentos de insônia devido a problemas com a saúde de seu animal de estimação. Ao longo dos encontros, foram trabalhados fatores que atuavam como geradores de ansiedade para essa participante, incluindo questões sobre a saúde de seu cachorro. Acredita-se que as intervenções feitas pela facilitadora e pelo próprio grupo a auxiliaram a melhor compreender os condicionantes de seus níveis de ansiedade e a buscar estratégias protetoras da sua saúde mental, o que pode ter influenciado uma mudança em sua autopercepção de saúde.

Os participantes do gênero masculino - PM70 e PM63 – mencionaram, nos dois momentos de avaliação, a mesma percepção de saúde pessoal, permanecendo com uma indicação da saúde como “boa”. Esses idosos utilizaram como critério principal para essa avaliação o fato de adotarem cuidados diversos para a manutenção da saúde, como consumirem alimentos adequados, incluindo legumes, frutas e alimentos naturais, e praticarem exercícios físicos, mantendo uma vida ativa. Por outro lado, PM70 julgou que uma melhor avaliação de sua saúde não seria possível devido ausência recente de consultas e

exames médicos, explicação essa que persistiu na entrevista pós-intervenção, embora, nesse segundo momento, ele tenha contextualizado a não ida a médicos e, conseqüentemente, a não realização de exames ao contexto de distanciamento social decorrente da pandemia pelo COVID-19. Por fazer parte do grupo de risco, ele estava evitando sair de casa para sua proteção, o que o impossibilitava de fazer os exames com a periodicidade de seis meses, como ocorria anteriormente.

PM63 também alegou o efeito do distanciamento social sobre sua autoavaliação de saúde, mas, nesse caso, relacionada a uma redução de suas atividades físicas, sendo que, anteriormente, costumava correr aproximadamente 12 quilômetros. Ao longo das sessões de intervenção, o participante indicou estar avaliando sua saúde como ótima, porém, nesse período, ele contraiu o vírus responsável pela COVID-19 e, em decorrência, precisou ser hospitalizado por duas semanas. Desse modo, na segunda entrevista, afirmou que só não avaliava sua saúde como ótima por estar se recuperando do adoecimento, fato que limitava a duração de suas corridas. Ademais, houve necessidade de melhorar suas condições físicas após o emagrecimento acentuado que teve em decorrência da enfermidade, o que o levou a se alimentar mais e a ter seu peso corporal aumentado para além do que considerava adequado. Ele avaliou que precisava reduzir um pouco o seu peso e isso estava ocorrendo de forma lenta devido ao ritmo brando de exercício imposto pela situação pandêmica.

PF63 foi, dentre os participantes, a que apresentou uma autoavaliação de saúde mais desfavorável, fato que se manteve mesmo após sua participação na intervenção. Sua saúde foi considerada como “regular”, tanto no pré-teste quanto no pós-teste, e o motivo alegado para tal foi a existência de um problema na coluna que limitava suas atividades físicas e de vida diária por conta das dores que sentia. Segundo ela, se não fosse esse fato indesejável, sua saúde seria ótima.

De um modo geral, verificou-se entre os participantes uma visão de saúde centrada em aspectos físicos, como reflexo do modelo biomédico ainda muito presente em nossa cultura. Uma visão de saúde sob uma perspectiva biopsicossocial, como defendido pela OMS (2015), implica na pessoa se perceber saudável em decorrência de múltiplos fatores e não apenas na ausência de sintomas físicos atrelados a um tipo de adoecimento. Nessa vertente, a saúde passa a ser compreendida de forma integral, em que o sujeito avalia seu bem-estar frente as condições físicas, sociais, psicológicas e ecológicas que vivencia, além de valorizar a expressão de sua espiritualidade (Rocha & Monteiro, 2018).

É preciso também ressaltar que a avaliação do bem-estar pessoal é influenciada por fatores subjetivos, não estando relacionada direta e proporcionalmente aos agravos a saúde vivenciados pela pessoa (Teixeira & Neri, 2008). Isso explica o fato de PF64 avaliar sua saúde como ótima apesar do acometimento por doenças crônicas, enquanto PF63, mesmo não tendo diagnósticos do mesmo tipo, indicou sua saúde de pior modo. Por uma perspectiva da fenomenologia, a avaliação da própria saúde depende do modo como as pessoas significam as condições de sua existência, isto quer dizer que o sentido que atribuem às situações que vivem define como se sentem (Forghieri, 2015). Assim, os sentidos atribuídos a situações particulares, como o agravo na coluna para PF63 e as limitações relativas à situação pandêmica para PM63 e PM70, acabam gerando avaliações de saúde específicas e nem sempre fáceis de serem modificadas.

4.2.2 Autoestima

Ao falar sobre autoestima é importante compreender a percepção dos participantes sobre esse termo. Em geral, eles a definiram como o sentimento de valorização pessoal e de apreço que se tem por si mesmo. Todos apontaram que para ter uma boa autoestima é preciso sentir-se bem consigo mesmo, gostar de si e sentir orgulho de ser quem se é.

Em termos mais objetivos, as medidas indicativas de autoestima, obtidas através da aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg (Hutz, 2014) nos momentos anterior e posterior à intervenção grupal, foram submetidas a análises comparativas tendo em vista a média geral do grupo e as médias alcançadas por cada sujeito. Partiu-se do entendimento de que quanto maior o escore alcançado, mais elevado pode ser considerado o nível de autoestima do participante. Como apresentado na Tabela 2, verificou-se, no pré-teste, que a média (M) dos escores do grupo foi de 35,40, com desvio padrão (DP) igual a 3,209 e erro padrão da média (EPM) de 1,435, enquanto no pós-teste a M foi igual a 36, com DP igual a 3,536 e EPM de 1,581. PF64 foi a participante com escore indicativo de maior autoestima, mantida após a intervenção, e PM70 obteve o menor escore inicial, revelando a maior elevação na medida dessa variável. Os outros três participantes mostraram discreta redução nos escores após a intervenção.

Tabela 2. Média geral e por participante da Escala de Autoestima de Rosenberg.

Participante	Média no Pré-teste	Média no Pós-teste
PM70	32,00	39,00
PM63	33,00	32,00
PF63	37,00	36,00
PF64	40,00	40,00
PF77	35,00	33,00
Geral	35,40 (DP = 3,209)	36,00 (DP = 3,536)

Na comparação das médias do grupo para essa variável, foi utilizado o teste-t de amostras em pares. Apesar de haver um aumento nos escores do grupo do primeiro para o segundo momento, essa mudança foi pequena, mostrando um nível de significância estatístico de 0,732, relativo, portanto, a um valor de $p > 0,05$, sendo que um resultado estatisticamente significativo requer $p < 0,05$ (Tabela 3).

Tabela 3. Diferenças emparelhadas na comparação das médias para autoestima na Escala de Autoestima de Rosenberg no Pré-teste e no Pós-teste.

95% Intervalo de Confiança da Diferença							
Média	DP	EPM	Inferior	Superior	T	Gl	Sig (bilateral)
-600	3,647	1,647	-5,128	3,928	-368	4	0,732

Mesmo sendo perceptível não ter ocorrido aumento significativo nas médias da análise grupal no momento pós-intervenção, é preciso considerar que o grupo, na primeira avaliação, já apresentava escore bruto dentro do esperado para uma população idosa na Escala de Autoestima de Rosenberg. Conforme Meurer et al. (2012), em uma amostra de 292 participantes, o escore bruto para a população idosa avaliada alcançou uma média de 35,10,

com escores médios semelhantes entre o público masculino (N = 57) e o público feminino (N = 235). Portanto, a média inicial dos idosos da presente pesquisa (M = 35,40) já evidenciava um nível satisfatório de autoestima, sobretudo no que se refere a PF63 e PF64, que obtiveram os escores mais elevados, respectivamente de 37,00 e 40,00. Os dois homens participantes tiveram os escores mais baixos, relativos a 32,00 e a 33,00.

Em uma análise de gênero, apresentada na Tabela 4, verificou-se que houve um aumento na média dos escores dos participantes do sexo masculino na aplicação da escala após a intervenção (M = 35,50) em comparação à média obtida anteriormente (M = 32,50). Os participantes apresentavam um escore abaixo da média observada para o público idoso masculino e, no pós-teste, essa média alcançou o nível esperado. No entanto, apenas para PM70, pode-se inferir que a intervenção grupal contribuiu para melhor percepção de sua autoestima, favorecendo a expressão de seus sentimentos e uma autovalorização. Em contrapartida, as participantes do sexo feminino apresentaram uma queda em seus escores do momento inicial ao momento final da pesquisa. Na primeira aplicação da escala, as mulheres tiveram uma média de 37,33 e, na replicação, a média observada foi de 36,33, ainda assim permanecendo dentro do esperado (M = 35,11) e superior à média dos homens. Com base nesses dados, pode-se inferir que a intervenção avaliada teve maior influência nas medidas de autoestima dos idosos do gênero masculino, visto que houve um aumento de três pontos na média geral destes, enquanto houve uma queda de um ponto na média geral das idosas.

Tabela 4. Resultados, por gênero, das médias para autoestima no pré-teste e pós-teste.

Gênero	N	Pré-Teste			Pós-Teste		
		Média	DP	EPM	Média	DP	EPM
Masculino	2	32,50	0,707	0,500	35,50	4,950	3,500
Feminino	3	37,33	2,517	1,453	36,33	3,512	2,028

Ao falar sobre autoestima, em uma análise de gênero, é importante não só considerar os resultados quantitativos obtidos na aplicação da escala, mas também a forma como homens e mulheres são atravessados por esse constructo. A literatura aponta que as fontes primárias de autoestima são diferentes para homens e para mulheres. As mulheres parecem ser mais

afetadas por relacionamentos e apresentam maiores insatisfações com sua imagem corporal, enquanto os homens são mais afetados por sucesso, realizações, perda de força física e decadência de energia (Hutz, 2014; Ludgleydson et al., 2011). Isto foi observado no relato dos idosos no processo grupal. Ao abordarem a autoestima, as mulheres apontaram principalmente aspectos de sua imagem corporal para dizerem o quanto estavam ou não satisfeitas consigo mesmas, como insatisfação com o tamanho dos seios (PF63), com a cor do cabelo (PF64) e com o tamanho da barriga (PF77), bem como satisfação com os cabelos (PF63), com as medidas do corpo (PF64) e com o rosto (PF77). Já os homens, em referência ao tema, destacaram suas habilidades e capacidades físicas, como limitação para realizar exercícios físicos (PM70) e diminuição de energia e vigor para executar atividades antes feitas com facilidade (PM63).

Aspectos comuns entre os homens e as mulheres foram o sentimento de valorização de si e o reconhecimento de suas qualidades relativas ao modo de ser, que apareceram tanto na entrevista, quanto no decorrer do processo grupal, quando foram relatadas mudanças em características subjetivas que julgaram importantes para elevação da autoestima, tais como ouvir mais os outros, respeitar opiniões contrárias, ser mais paciente e ser mais assertivo na comunicação.

Para melhor compreensão dos resultados da pesquisa, dado o tamanho pequeno do grupo estudado, considerou-se importante também proceder a uma análise individual dos participantes, cujos escores para autoestima foram apresentados na Tabela 2. Ao analisar separadamente os resultados de cada um dos participantes acerca da variável em pauta, percebe-se que a intervenção psicológica grupal produziu efeitos positivos apenas para um participante, sendo que para os demais os escores obtidos revelaram manutenção ou mesmo diminuição de seus níveis de autoestima.

Entretanto, é necessário contextualizar as vivências dos idosos que integraram o grupo durante o período de desenvolvimento da intervenção, sobretudo por se tratar de um momento histórico marcado por distanciamento social e temores de infecção por um vírus com maior risco de agravamento e morte para pessoas idosas. Assim, vale ressaltar que a aplicação das escalas foi feita no primeiro mês de orientação para o distanciamento social em decorrência da pandemia do covid-19, enquanto a replicação só ocorreu no sexto mês de adoção desta e de outras medidas para evitar o contágio.

Por ocasião dessas medidas restritivas adotadas no período da pesquisa, os idosos estavam privados de interações com pessoas significativas para eles, além de terem reduzidas as possibilidades de se envolverem em atividades agradáveis e com maior potencial para se sentirem úteis e ativos, já que a recomendação era para se manterem, ao máximo possível, em suas próprias residências. A interação social constitui um fator de grande influência na percepção dos idosos quanto a seus níveis de satisfação com a vida, o que inclui interações no âmbito familiar e no círculo de amizades, além da oportunidade de integrar grupos diversos como de atividades físicas, religiosos e de centros de convivência (Motta et al., 2015).

Experiências dessa natureza afetam o bem-estar e contribuem para promoção de maior estima pessoal nos senescentes, como aponta Hutz (2014) ao alegar que o desenvolvimento da autoestima costuma depender do sucesso da interação da pessoa idosa com seus pares. Para esse autor, pessoas que estão vivenciando processos ansiogênicos, irritadiços e angústias tendem a apresentar níveis menores de autoestima. Por outro lado, fatores como socialização, realização, abertura à experiência e estabilidade emocional influem positivamente nos níveis de autoestima do sujeito (Robins et al, 2001; Zanon et al., 2013).

Desse modo, por mais que o grupo de intervenção tenha se constituído em uma chance para interação social e para abordar questões de saúde nesse período, o fato de ser *online* e de ocorrer apenas uma vez por semana, pode não ter sido suficiente para amenizar o efeito do distanciamento social, sobretudo pelo uso da tecnologia apresentar algumas dificuldades para esse segmento da população, em geral pouco habituado a interações que ocorrem predominantemente ou exclusivamente de modo virtual.

Assim, o panorama peculiar vivenciado no período ajuda explicar as quedas nos escores de três dos participantes da pesquisa. PM63, por exemplo, foi infectado pelo novo coronavírus e necessitou ser hospitalizado. Embora tenha se recuperado, houve uma redução importante em seus níveis de atividades e, durante os encontros grupais, foi perceptível o quanto sua energia e vitalidade diminuíram. Em suas palavras: “*Caminho 12 km, não tenho vícios, fazia natação e spinning, precisei parar por causa da quarentena*”; “*gosto de passear, ficar em casa, se divertir, comer em bons restaurantes, sempre fui assim, desde jovem*”. As mudanças ocorridas ficam mais marcantes quando consideramos que, para esse participante, a autoestima estava atrelada a suas capacidades físicas e a se sentir saudável e capaz de realizar suas atividades habituais. Portanto, presume-se que o distanciamento e o isolamento social, agravado pelo adoecimento, afetou a estabilidade emocional e o senso de realização deste

participante, com efeitos sobre a sua autoestima para além das possibilidades de impacto positivo da intervenção implementada.

PF63 e PF77, por sua vez, tiveram que lidar no período com o óbito de pessoas que faziam parte de seus círculos de amizade, uma devido ao contágio pelo covid-19 e outra por câncer. A perda vivenciada por PF77 pôde ser trabalhada no grupo, no entanto PF63 vivenciou a morte de uma pessoa próxima na semana em que foi replicada a escala de autoestima, sem tempo ainda para elaborar a perda e sem oportunidade de contar com o apoio do grupo. Porém, a pesquisadora lhe ofereceu suporte e acolhimento por ocasião da replicação do instrumento.

O participante PM70 foi o único a apresentar um aumento acentuado no seu escore (E) de autoestima após sua inserção no grupo de intervenção. É preciso considerar que esse idoso morava sozinho e que seu nível de autoestima inicial (E = 32) estava abaixo da média encontrada para sua faixa etária e gênero. Embora a situação de distanciamento social tenha tido impactos negativos em seus processos de socialização e tenham aumentado o sentimento de solidão e o medo de adoecer, a participação na intervenção grupal pode ter colaborado para este se sentir menos solitário e mais apoiado, além de ter amenizado seu medo de contágio, gerando assim um aumento em sua autoestima (E = 39). O participante chegou a dizer que *“é bom estar aqui e poder ouvir as pessoas, estamos todos passando pelo isolamento juntos e é muito difícil não poder sair, ver pessoas, caminhar como eu fazia, mas se não tivesse esses encontros (do GIP) seria pior”*. Como aponta Yalom (2006), o grupo terapêutico tem a função de promover a instalação da esperança, a universalização das vivências e a diminuição da solidão, o que, de fato, foi percebido na forma como os participantes da pesquisa experienciaram esse processo. Sobre seus receios da contaminação pelo vírus, PM70 disse: *“eu não saio de casa para nada, peço comida aqui, não estou nem indo na garagem do prédio para fazer exercícios, porque tenho medo”*. Já nos últimos encontros afirmou, *“como não é seguro sair de casa ainda, estou caminhando na garagem do meu prédio, vou com minha máscara, levo álcool em gel e vou me exercitando”*. Com esses relatos é possível perceber algumas mudanças na forma como ele passou a lidar com o medo e o distanciamento social, possivelmente aumentando seu senso de competência pessoal.

A participante PF64, por sua vez, alcançou o maior escore de autoestima (E = 40) dentre os participantes no pré-teste e manteve essa pontuação ao término da intervenção, sendo que esse escore não poderia ser maior, já que se trata do valor máximo da escala

aplicada. Ao ingressar no grupo, ela já apresentava níveis elevados de consciência de si mesma e relatou já realizar práticas favoráveis a uma boa autoestima, tais como cuidar da aparência, alimentar-se de forma adequada e dedicar-se a atividades de lazer passíveis de serem feitas na própria residência. Mesmo tendo passado por situações geradoras de ansiedade durante o período, como o adoecimento do seu cachorro e um acidente de carro vivenciado por seu neto, tais vivências não influenciaram seus níveis de autoestima, possivelmente porque o grupo atuou para ela como um espaço contenedor de angústias, além dela se mostrar uma pessoa resiliente diante dos conflitos vividos.

Essa participante também demonstrou que seu bem-estar estava associado, em grande parte, a realização de atividades que desenvolvia no âmbito da sua casa, sem requerer interações sociais, o que possivelmente a ajudou a lidar melhor com a situação de distanciamento social no contexto de pandemia. Ao ser questionada sobre o que lhe trazia bem-estar, ela respondeu: “*costurar, minhas plantas, mexer com as plantas é uma terapia sabia? Eu vejo filme, cuido dos cachorros, meditação*”.

Em uma perspectiva existencial, a autoestima é formada na vivência da pessoa, o que nem sempre acontece através de experiências positivas. O sujeito experiencia conflitos, descompassos, obstáculos que influem na forma como ele se percebe e, por conseguinte, em sua autoestima. O trabalho, então, se dá através da possibilidade de transformação da autoimagem da pessoa, feita através da redução fenomenológica, em que o terapeuta capta a essência do sujeito, objetivando atingir a realidade tal como é, espelhando para ele os seus modos de ser. Assim, através da consciência de si, o sujeito é capaz de promover as mudanças necessárias em sua autoestima (Gusmão & Pizarro, 2009). Na facilitação das vivências sobre autoimagem e autoestima no GIP, a redução fenomenológica foi empregada com esta finalidade, possibilitando que, através de técnicas de dinâmica de grupo, os participantes pudessem pensar no que gostariam de mudar em si mesmos, não só em sua imagem corporal e autoimagem, mas, principalmente em modos de ser e estar-no-mundo, e foram levados a refletir sobre que mudanças seriam possíveis realizarem.

Contudo, frente ao distanciamento social e ao medo da doença, as possibilidades de realizarem algumas mudanças desejadas foram diminuídas e, possivelmente, a intervenção atuou mais como um fator de proteção do que como produtora de mudanças significativas nas variáveis psicológicas em estudo. Ademais, já se tratava de um grupo com idosos que evidenciavam predomínio de sentimentos positivos sobre si mesmos, o que se manteve

mesmo em um contexto adverso. Os participantes, nos encontros grupais, relataram como se sentiam bem consigo mesmos, o quanto gostavam de si e que queriam manter sua alegria e positividade.

4.2.3 Autocuidado

Os participantes mostraram compreender o autocuidado como as práticas que exerciam com o propósito de manter ou melhorar a própria saúde, entendida de modo integral, abarcando a realização de exercícios físicos, alimentação adequada e envolvimento em atividades capazes de promover Bem-estar psicológico e ampliar a frequência e qualidade de suas interações sociais. O autocuidado foi mensurado neste trabalho através de uma questão apresentada na entrevista e pela aplicação de um instrumento padronizado construído e validado para essa finalidade.

Primeiramente, os idosos, ao serem entrevistados, foram questionados especificamente acerca dos cuidados que julgavam ter com o próprio corpo e foram solicitados a classificar suas respostas em uma escala *Likert* de três pontos, relativos a cuidar mal (1), cuidar de modo regular (2) e cuidar bem (3). Como apresentado na Tabela 5, no pré-teste um participante avaliou que cuidava “mal”, dois cuidavam de modo “regular” e dois consideraram cuidar “bem”. Já na replicação da entrevista, houve um predomínio de indicação da alternativa correspondente a “cuidado regular”, que passou a ser a resposta de quatro participantes, ao passo que o item “cuidar bem” correspondeu a apenas uma participante.

Tabela 5. Resultado da autoavaliação de cuidado com o corpo dos participantes no pré e pós-teste.

Escala	Pré-teste		Pós-teste	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
1 – Mal	1	20%	0	0%
2 – Regular	2	40%	4	80%
3 – Bem	2	40%	1	20%
Total	5	100%	5	100%

Por conseguinte, mudança positiva na percepção de autocuidado corporal foi verificada no relato de apenas um dos integrantes do grupo. Da primeira para a segunda entrevista, PF63 mudou sua avaliação de “cuidado mal” para “cuidado de modo regular”. No momento inicial, ela pontuou a necessidade de reduzir o consumo de doces e de realizar exercícios físicos. Durante sua participação no grupo, PF63 já estava concretizando essas alterações em sua rotina. Nesse sentido, estava caminhando na própria residência e havia iniciado em programa de exercícios em vídeo sugerido no grupo como tarefa, além de estar comendo menos doce.

Nessa apreciação do cuidado com o corpo, PF64 reduziu a sua resposta de “cuidado bem” no pré-teste para “cuidado de modo regular” no pós-teste e justificou essa mudança pelo fato de ter suspenso suas caminhadas devido a necessidade de estar em isolamento social. Essa participante passou a realizar outras práticas de cuidado com o corpo, tais como a série de exercícios sugeridos nos encontros. Entretanto, para ela a continuidade das caminhadas regulares era um fator importante para uma melhor avaliação dos esforços mantidos em prol do seu corpo. Três outros participantes mantiveram seus níveis de avaliação nesta variável do pré-teste para o pós-teste. PM63 continuou se avaliando “bem” nesse quesito, enquanto PM70 e PF77 avaliaram o cuidado como “regular” tanto na primeira como na segunda entrevista.

É interessante notar que os participantes que apresentaram a resposta “regular” para o cuidado com o corpo no segundo momento da coleta de dados, justificaram a mudança ou manutenção dessa avaliação pelo fato de não poderem seguir realizando suas caminhadas ou outras atividades físicas fora de casa em função das medidas de distanciamento social, além de terem ficado privados de viajar e de estarem em contato presencial com amigos e familiares. Com vistas a minimizar essas dificuldades, em alguns dos encontros grupais foram discutidas alternativas de exercícios físicos a serem realizados enquanto vigorasse tais medidas restritivas, com orientações e dicas sendo fornecidas pela facilitadora. Desse modo, a questão principal de insatisfação pareceu recair na perda da possibilidade de sair de casa em esquema valorizado pelos participantes e não apenas na ausência da prática de exercícios.

De fato, ao entender a saúde em uma perspectiva ampliada, o cuidado com o corpo envolve não apenas aspectos físicos (OMS, 2015). Envolve ainda situações de prazer e bem-estar decorrentes, por exemplo, do contato com a natureza e do convívio direto com outras pessoas. Assim, o distanciamento social necessário para evitar o contágio pelo vírus tirou a

possibilidade dos participantes de estarem em contato com um número maior de pessoas, incluindo seus grupos religiosos e de convivência com pares, bem como de aproveitarem ambientes mais naturais. Nessa direção, PF77 afirmou: “*sinto falta do grupo da terceira idade da igreja, lá fazíamos exercícios juntos e também a gente compartilhava nossa fé, isso me fazia muito bem, meu corpo se sentia bem assim*”. PF64, por sua vez, declarou: “*viajar me faz sentir muito bem, porque sinto que meu corpo fica mais calmo, assim como a meditação, essas coisas ajudam com minha ansiedade*”.

Fenomenologicamente falando, o sujeito precisa ser-com-o-outro e isso é feito de várias maneiras. Estar-no-mundo significa estar em relação de forma ampla e diversa (Gomes et al., 2008), seja através de contato virtual ou presencial. “Estar com” é a forma que o sujeito existencialmente busca saúde e cuidado e, portanto, o distanciamento se mostrou como um cerceador do ser-com-o-outro. Ainda que o GIP tenha se apresentado como uma alternativa de interação social e de ter favorecido o entendimento de novas possibilidades de exercer práticas de autocuidado não foi suficiente para suplantar a perda de uma rotina ao qual os idosos valorizavam e estavam melhor adaptados.

De modo mais amplo, o autocuidado foi analisado mediante a aplicação da Escala de Capacidade de Autocuidado (ASAS-R, adaptada e validada por Staccianari (2012), utilizando-se o teste-t de amostra em pares para comparar as médias dos resultados no pré-teste e no pós-teste. Segundo Stacciarini e Pace (2014), a pontuação da escala vai de 15 a 75 pontos, sendo que quanto mais perto de 75, maior a capacidade de autocuidado operacionalizada. Desse modo, verificou-se que a média da primeira aplicação (M= 57,8) foi menor que a média da segunda aplicação (M= 59,8), com DP= 4,658 e DP= 6,419, como apresentada na Tabela 6.

Tabela 6. Média geral e por participante da Escala de Capacidade de Autocuidado.

Participante	Média no Pré-teste	Média no Pós-teste
PM70	62,00	59,00
PM63	57,00	65,00
PF63	52,00	57,00
PF64	63,00	67,00
PF77	55,00	51,00
Média Geral	57,80 (DP = 4,658)	59,80 (DP = 6,419)

Ao analisar a média dos resultados dessa Escala no pré-teste com a média no pós-teste, percebe-se que a aumento entre elas não apresentou diferença estatística. Como pode ser observado na Tabela 7, p igual a 0,442 estatisticamente significa que o nível de significância não foi relevante.

Tabela 7. Diferenças emparelhadas na comparação das médias para autocuidado na Escala de Capacidade de Autocuidado no Pré-teste e no Pós-teste.

95% Intervalo de Confiança da Diferença							
Média	DP	EPM	Inferior	Superior	T	Gl	Sig (bilateral)
-2,000	5,244	2,345	-8,511	4,511	-853	4	0,442

Vale ressaltar que o resultado da média dos participantes no pré-teste ($M = 57,8$) estava acima da média gerada pela escala validada por Stacinari (2012) ($M = 56,8$), considerando idade e gênero. Isso mostra que os participantes já apresentavam uma boa operacionalização de seu autocuidado antes de participarem do GIP. Na replicação, essa

média teve um crescimento de 2,0, com elevação para 59,8. Em uma análise orientada para gênero, notou-se que tanto homens como mulheres tiveram um aumento na média do pré para o pós-teste. Os homens foram de uma média de 59,5 para outra de 62, com um aumento de 2,5. As mulheres passaram de uma média igual a 56,67 para 58,33, com um aumento de 1,66 (Ver Tabela 8). Como verificado na variável autoestima, também na variável autocuidado o aumento na média dos participantes masculinos foi maior que o aumento na média das mulheres.

Tabela 8. Resultados, por gênero, das médias para autocuidado no pré-teste e pós-teste.

Gênero	N	Pré-Teste			Pós-Teste		
		Média	DP	EPM	Média	DP	EPM
Masculino	2	59,50	3,536	2,500	62,00	4,243	3,000
Feminino	3	56,67	5,686	3,283	58,33	8,083	4,667

Um fato interessante é que o participante PM63, único do estudo que possuía cônjuge, apontou constantemente sua esposa como um elemento central no estímulo e apoio a suas práticas de autocuidado, incluindo o incentivo à realização de exercícios e a atenção na qualidade de sua alimentação. Trujillo Olivera e Nazar Beutelspacher (2011) apontam que, apesar dos homens irem menos a consultas médicas em comparação as mulheres, eles usualmente contam mais com o incentivo de suas parceiras no que se refere aos cuidados em prol da saúde, seja mediante a insistência dessas para realização de consultas e exames periódicos ou da adoção de padrão de alimentação mais saudável, muitas vezes preparada por elas mesmas. Ou seja, os homens mais comumente contam com outras pessoas no auxílio a seus cuidados pessoais, ao passo que as mulheres, mesmo quando têm companheiros, em geral recebem menos apoio nesse aspecto, já que costumam ser consideradas como cuidadoras de si e de outros do seu meio familiar. De fato, as mulheres participantes do grupo se mostraram muito preocupadas com suas condições de saúde e com suas práticas de autocuidado, principalmente no pós-teste. Embora os homens, de modo geral, recebam mais cuidado de outros, as mulheres buscam mais se informar sobre a própria saúde, fazem consultas e exames com maior frequência e aderem mais a seus planos de tratamento (Cruz-Bello et al., 2014; Trujillo Olivera e Nazar Beutelspacher, 2011).

Mudando o foco da análise grupal para análises individuais, percebe-se, na Tabela 6, que três dos participantes tiveram aumento do escore de autocuidado do primeiro para o segundo momento da avaliação, enquanto os outros dois apresentaram uma redução. Os participantes PM63, PF63 e PF64 aumentaram, em média, 5 pontos em seus escores. Destes, verificou-se que PF63 estava abaixo da média esperada no pré-teste (com escores de 52) e alcançou essa média no pós-teste (com escore de 57). É possível, portanto, que a participante tenha se beneficiado do conteúdo e da dinâmica grupal para refletir sobre suas práticas de autocuidado e promover mudanças nessa direção. No início do processo interventivo, ela reconheceu a dificuldade de realizar algumas mudanças em seus hábitos, tendo declarado *“preciso me alimentar melhor e fazer mais exercícios, mas gosto muito de comer doces e tenho dificuldades de me exercitar por causa da coluna”* (PF63). Comparativamente, no último encontro seus relatos indicavam esforços de mudança em suas práticas de autocuidado, relacionados aos incentivos e aprendizagens obtidas na interação com outros membros do grupo. Em suas palavras: *“eu aprendi que dá para comer melhor com as dicas dadas aqui no grupo, tenho feito os exercícios [físicos] ensinados e me sinto melhor, fazendo o que é possível com minha coluna”*.

Dentre os participantes que apresentaram redução dos escores de autocuidado no pós-teste, um deles (PM70) permaneceu acima da média esperada, com um escore de 59, enquanto a outra (PF77) se manteve abaixo da média no pós-teste, passando de um escore de 55 para outro de 51). PF77 ressaltou suas dificuldades para reduzir o consumo de doces, o que se intensificou no contexto de isolamento social. Ademais ela afirmou que essa nova realidade afetou seus esforços para se alimentar de forma saudável e para manter a caminhada e os exercícios que costumava fazer com um grupo de idosos em uma praça próxima a sua residência. Outro aspecto apontado por essa participante no decorrer dos encontros grupais foi relativo à necessidade de aumentar a frequência da sua busca e utilização de serviços de saúde. Anteriormente, ela evidenciou sua baixa ida a consultórios médicos, alegando não necessitar de exames e consultas uma vez que não tinha doenças diagnosticadas. Desse modo, centrava seus cuidados pessoais na alimentação e na prática de exercícios. É possível que as intervenções sobre o autocuidado tenham ampliado sua consciência sobre a importância de consultas periódicas e exames preventivos, tornando-a mais exigente nesse sentido sem que se visse em condições de operacionalizar essas mudanças naquele momento.

Assim como PF77, PM70 reduziu o engajamento em suas atividades físicas, que eram realizadas, em sua maioria, fora de casa, bem como evidenciou dificuldades em manter suas visitas a médicos. Apesar dessas mudanças estarem relacionadas a fatores externos, alheios ao controle dos participantes, observou-se insatisfação e cobrança dos mesmos em relação a esses cuidados, possivelmente impactando em suas avaliações correspondentes, o que pode ajudar a explicar a queda em seus escores de autocuidado. No entanto, eles demonstraram, no processo grupal, que estavam engajados em melhorar o cuidado pessoal dentro das condições possíveis no cenário vivenciado. Em suas palavras: *“tenho feito os exercícios do vídeo que você nos enviou [direcionado a facilitadora] todos os dias. É bom, porque estava parada, não tinha mais grupo da terceira idade na praça”* (PF77); *“eu consegui voltar a fazer exercícios na garagem do meu prédio e estou fazendo os que aprendemos aqui [no grupo]”* (PM70).

Ao comparar os resultados individuais, é perceptível que PF64 foi a que teve maior escore na escala correspondente ao autocuidado. Dentre os participantes, ela apresentava um maior acometimento por doenças crônicas, incluindo diabetes mellitus e hipertensão arterial, tendo evidenciado a busca por novas formas de cuidar de si e promover saúde desde que recebeu tais diagnósticos médicos. Provavelmente, essa participante se tornou ciente dos cuidados necessários para manter o controle das disfunções orgânicas que se manifestaram em seu corpo e passou a temer as complicações que poderia ter em caso de alterações em seu quadro clínico. Em contrapartida, PF77, que apesar da idade mais avançada não possuía doenças diagnosticadas nem condições físicas debilitantes, apresentou o menor escore na referida escala. Nesse sentido, entende-se que o autocuidado pode estar atrelado ao medo de consequências negativas do adoecimento e ocorrer na forma de adesão às prescrições e orientações da equipe de saúde. Por isso, o investimento em autocuidado, com mudanças no estilo de vida, pode ser fortalecido pelas exigências das diferentes modalidades de tratamento requeridas. Como afirma Cruz-Bello et al. (2014), valores, atitudes e crenças que as pessoas têm sobre a saúde são impactadas diante de um diagnóstico médico, possibilitando que suas práticas de autocuidado passem a ser pensadas e realizadas em maior frequência.

Partindo de pressupostos da fenomenologia, entende-se que à medida que o sujeito se abre à experiência consigo e com o outro, ele caminha para ampliar a consciência de si mesmo. É nessa ampliação que o cuidado volta ao centro, isto é, direciona-se para o próprio sujeito e se torna autocuidado. Esse processo leva a pessoa à cura, que não é pronta e acabada,

mas, segue um fluxo contínuo, é o “poder ser”, que faz com que o sujeito alcance a vitalidade (Sousa et al., 2018). Assim, a intervenção psicológica grupal de base fenomenológica buscou favorecer aos participantes estarem em contato uns com os outros, podendo através disso perceberem a si mesmos, questionarem sobre suas práticas de autocuidado e modificarem ou ampliarem as mesmas. Mas, esse processo não se encerra no grupo, é contínuo, enquanto houver existência, nesse sentido, as contribuições de grupos dessa natureza consistem em sensibilizar seus integrantes e fortalecer ou levar a iniciar novas práticas favoráveis à saúde a partir das trocas promovidas e das orientações sugeridas ao longo dos encontros.

4.2.4. Depressão

O nível de depressão dos participantes, medido pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG), foi outra variável contemplada no estudo. Inicialmente, no planejamento da pesquisa, esse dado havia sido pensado na pesquisa como um critério de exclusão para idosos que obtivessem escores acima de 5 na referida escala. No entanto, em virtude de a coleta de dados ter sido realizada em um momento de pandemia e isolamento social, julgou-se pertinente avaliar se a intervenção proposta poderia impactar também no estado emocional dos participantes frente às novas situações vivenciadas.

Ao comparar as médias do grupo no pré-teste e no pós-teste, verificou-se que houve uma diminuição nos escores de depressão. Conforme apresentado na Tabela 9, na primeira avaliação a média do grupo foi de 2,8 (com DP = 2,049), sendo 5 os escores máximos observados, o que mostrou não haver, naquele momento, indicativos para depressão. Após o término da intervenção, a média calculada foi ainda menor, de 2,6 (como DP = 1,140), ocorrendo redução dos escores dos dois participantes que apresentaram pontuações mais elevadas.

Tabela 9. Média geral e por participante da Escala de Depressão Geriátrica.

Participante	Média no Pré-teste	Média no Pós-teste
PM70	1,00	2,00
PM63	5,00	3,00
PF63	2,00	3,00
PF64	1,00	1,00
PF77	5,00	4,00
Média Geral	2,80 (DP = 2,049)	2,60 (DP = 1,140)

No entanto, a Tabela 10 aponta que a diferença observada entre as médias obtidas nos dois momentos de avaliação não pode ser considerada significativa estatisticamente, já que sig (nível de significância estatística) foi igual a 0,749. É preciso ressaltar que se tratou de um grupo que já apresentava escores baixos para a depressão desde o início de sua formação.

Tabela 10. Diferenças emparelhadas na comparação das médias para depressão na Escala de Depressão Geriátrica no Pré-teste e no Pós-teste.

95% Intervalo de Confiança da Diferença							
Média	DP	EPM	Inferior	Superior	T	Gl	Sig (bilateral)
0,200	1,304	0,583	-1,419	1,819	0,343	4	0,749

A análise com foco no gênero dos participantes, mostrou que a média dos escores masculinos na EDG diminuiu do pré-teste (M = 3,0) para o pós-teste (M = 2,5), sendo que a média das mulheres permaneceu igual a 2,67 (Tabela 11).

Tabela 11. Resultados, por gênero, das médias para depressão no pré-teste e pós-teste

Gênero	N	Pré-Teste			Pós-Teste		
		Média	DP	EPM	Média	DP	EPM
Masculino	2	3,00	2,828	2,000	2,50	0,707	0,500
Feminino	3	2,67	2,082	1,202	2,67	1,528	0,882

Na escala utilizada, considera-se que quanto menor a pontuação, mais distante a pessoa estará de índices sinalizadores de depressão. Percebe-se, então, que os homens entraram no grupo com o escore médio maior do que o das mulheres, havendo uma diminuição desse escore após a intervenção grupal. É provável que a participação no grupo tenha contribuído para que as vivências negativas da pandemia não agravassem o estado emocional e psíquico dos participantes, atuando como um fator de proteção, sobretudo para os homens, que costumam ter menos espaços sociais para falar de seus sentimentos. Já em uma análise individual, os maiores índices de depressão foram apresentados por um homem (PM63) e por uma mulher (PF77), que foram os únicos participantes que mostraram reduções nesta variável. Por outro lado, uma mulher (PF64) manteve sua pontuação e outros dois idosos tiveram aumento de 1,0 nos seus escores.

Para melhor compreensão desses resultados, é importante analisar as respostas a alguns itens específicos da EDG. No item 3 da Escala, relativo a “Sente que a vida está vazia?”, tanto PM63 como PF77 responderam “sim” na primeira avaliação e mudaram suas respostas para não no pós-teste. Essa questão da escala busca identificar sentimentos de vazio existencial em pessoas com depressão. No entanto, estima-se que, para esses dois participantes, as respostas concedidas a tal item estavam atreladas a pandemia por COVID-19. Ambos comentaram, no pré-teste, que o sentimento de que a vida estava vazia se devia ao fato de, por conta do isolamento, terem reduzido suas atividades e contatos de forma presencial com outras pessoas. Assim, é possível que o GIP tenha amenizado a sensação de isolamento social desses idosos.

Vale destacar outros itens da escala que parecem ter sido interpretados à luz do contexto de pandemia, tendo o sentido alterado. Diante da questão “Teme que algo ruim possa lhe acontecer?” (item 6), PM63 e PF63, no pré-teste, relataram que seus medos estavam

relacionados à contaminação pelo novo corona vírus, o que, de fato, ocorreu no caso dele durante o período de realização da pesquisa, tendo o mesmo sido hospitalizado, com retorno ao grupo após sua recuperação. PM70 também indicou sentir medo de ser contaminado com COVID-19, porém isso ocorreu somente em sua resposta no pós-teste.

No item 2, referente à pergunta “Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?”, a escala busca verificar uma possibilidade comum em quadros de depressão, quando a pessoa pode ter seus interesses diminuídos e, por consequência, reduzir seus níveis de atividades. No caso de quatro participantes da pesquisa (PM70, PM63, PF63 e PF77), respostas afirmativas a essa questão foram concedidas com a alegação de que, embora seus interesses permanecessem, suas atividades foram diminuídas por conta do distanciamento social requerido. PF63, por exemplo, na primeira aplicação da escala respondeu “não” para essa questão, mas sua entrevista foi realizada no primeiro mês de isolamento, quando ela mostrou compreender a situação de distanciamento social como “férias antecipadas”, sobretudo por trabalhar em escola. Mas, na replicação do instrumento, seis meses após, ela mudou sua resposta, pois estava sem trabalhar e sem fazer exercícios fora de casa.

No item 15 - “Acha que tem muita gente em situação melhor?” – quatro idosos - PF64, PM63, PF63 e PF77 - responderam que “sim”, mas esclareceram que também havia pessoas em situação pior que a deles. Então, essa resposta, ao que tudo indica, não foi dada em relação a se sentirem em situação pessoal ruim, mas por entenderem que sua situação pessoal era única e que poderiam ter pessoas em condições mais favoráveis ou menos favoráveis.

De acordo com Alvarenga et al. (2012), fazer uma análise dos itens da EDG permite detectar se os idosos apresentam autoestima baixa, falta de energia, ansiedade, perda de ânimo e de esperança (apatia) ou isolamento social. Verificou-se, nessa análise individual, e com uma atenção especial para alguns itens, que os participantes mantiveram escores baixos para depressão no pós-teste, se mantendo com menos de 5 pontos na escala. PM63 e PF77 iniciaram o grupo com o escore igual a 5, no limite permitido para interpretação de ausência de depressão, e após o GIP, tiveram uma redução de 2 e 1 pontos, respectivamente. Isso indica que, em um período marcado por isolamento social e medo, a implementação do grupo mostrou-se útil na preservação da saúde mental dos idosos participantes.

Em uma compreensão fenomenológica-existencial, é importante verificar como a pessoa interpreta, significa e expressa sentimentos de isolamento, vazio e solidão, se os vê

como condição inerente à existência humana ou como uma condição vinculada a um estado de depressão. Nessa perspectiva, entende-se que, ao ser humano, é dada a possibilidade de sentir-se em solidão e sentir que a vida está vazia, tanto quanto é lhe dada a sensação de satisfação e de sentido de vida, simplesmente pelo fato de existir. Contudo, é no sentido que ele atribui ao que vivencia que se desvela uma condição de crise existencial ou de crise patológica. Sendo assim, o sujeito ao ser-no-mundo com autenticidade poderá se perceber tal como é ou como está no momento e diante disto terá possibilidades de existência (Macedocouto & Silva Junior, 2018).

No que se refere à condição de distanciamento social vivenciada no período da coleta de dados, foi trabalhada na intervenção exatamente essa perspectiva. A facilitadora conduziu a reflexão sobre o sentimento que a condição de distanciamento acarretava e discutiu o que era possível ser feito com o que sentiam. Dessa maneira, foram pensadas em possibilidades de existência frente à situação de pandemia. Os participantes puderam encontrar no grupo novos sentidos de ser e formas de se adaptar à realidade. Pode-se pensar que a forma como o distanciamento e medo de contaminação por COVID-19 foram tratados no GIP possibilitou aos participantes não apresentarem níveis significativos para depressão.

Nesse sentido, vale ressaltar que mesmo vivenciando situações adversas decorrentes das medidas de isolamento social e do medo de contágio pelo COVID19, presentes em todo o período de coleta de dados e de desenvolvimento das atividades grupais, os participantes mantiveram seus estados emocionais e mostraram preservação de seus comportamentos de autocuidado e de avaliação da autoestima. Acredita-se que a participação no grupo, como apontado em seus próprios relatos, tenha contribuído para torná-los mais seguros frente à situação vivenciada, na medida em que constituiu para eles um espaço seguro em que puderam trocar experiências, partilhar reflexões, expressar sentimentos e receber orientações em prol da saúde. Assim, é possível defender que a intervenção proposta teve um efeito mais protetivo e preventivo do que promotor de mudanças específicas e significativas, o que pode ser explicado tanto pelo repertório inicial já favorável dos participantes como pela adversidade do contexto de pandemia, que exigiu adaptações importantes no estilo de vida de cada um deles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi planejado de forma a compreender como os idosos percebem a própria saúde, a estima pessoal e o cuidado de si antes e após uma intervenção grupal focalizada na percepção corporal e no envelhecimento ativo. A questão central foi se ao terem a oportunidade de receber estímulos para uma visão mais positiva de seus corpos e de sua autoimagem, os senescentes teriam a consciência de si ampliada, elevando suas medidas de saúde, de autoestima e de autocuidado, bem como reduzindo seus níveis de depressão.

Como resultados, verificou-se que, desde a primeira entrevista, a maioria dos participantes apresentava avaliações positivas elevadas da saúde pessoal, considerando-a como “boa” ou “ótima”, além de mostrarem escores de autoestima e autocuidado predominantemente acima da média esperada para os instrumentos de medida utilizados. Ademais, nenhum deles mostrou sinais indicativos para depressão antes ou após a intervenção. Por outro lado, na autoavaliação de cuidados com o corpo, houve um predomínio de respostas relativas a “cuidar de modo regular”, o que mostrou estar associado com a situação de distanciamento social decorrente da Pandemia por COVID19, que restringiu contatos sociais, prática de exercícios fora da residência e consultas médicas.

Em termos da comparação dos escores médio do grupo nos dois momentos de avaliação – no pré e no pós-teste – observou-se aumentos discretos nas variáveis autoestima e autocuidado e diminuição nos índices de depressão, sem que as diferenças pudessem ser consideradas estatisticamente significativas. Foi percebido também que os homens apresentaram melhores resultados para autoestima e a autocuidado que as mulheres, que por sua vez avaliaram melhor a própria saúde que os homens. Em relação a níveis de depressão, os resultados de ambos foram bem próximos, também sem diferenças estatisticamente significativas. Isso mostrou a relevância de proceder também avaliações individuais, em que os participantes foram vistos em seus próprios processos e fatores contextuais puderam ser melhor considerados.

O número pequeno de participantes pode ajudar a explicar porque mesmo havendo aumento nas médias do pré-teste para o pós-teste nas variáveis autoestima e autocuidado, além de redução na variável depressão, o resultado não foi considerado estatisticamente significativo. Caso se tratasse de uma amostra maior, seria mais provável que o aumento das

médias da primeira para a segunda fase fosse mais sensível a indicar o nível de significância das diferenças encontradas.

Por conta disso, foi importante fazer análises individuais acerca de cada variável em estudo, de modo a contextualizar melhor os efeitos da intervenção na conjuntura social em que as intervenções se deram e nas características e percepções de cada idoso participante. Em análises individuais, foi possível perceber diferenciações nos benefícios estimados do GIP para os participantes em todas as variáveis avaliadas. Houve idosos que tiveram melhores resultados no pós-teste em autoavaliação de saúde (PF64), em autoestima (PM70), em autocuidado (PM63, PF63 e PF64) e no índice para depressão (PM63, PF64 e PF77).

Presume-se, portanto, que, diante da situação atípica de pandemia, o GIP se mostrou uma proposta protetiva a níveis psicológicos, o que é interessante ao se pensar os efeitos negativos que essa realidade pode produzir no segmento idoso da população. Constitui, portanto, um modelo de atenção psicológica a ser implementado com idosos, com possibilidades de ocorrer de modo tanto presencial como virtual. Além disso, tratou-se de um grupo com participação masculina e não somente de mulheres, como habitualmente ocorre, possibilitando verificar as demandas e respostas de pessoas de ambos os gêneros.

No entanto, é preciso reconhecer as limitações do estudo, haja vista que este foi realizado com um número pequeno de participantes, em condições limitadoras de interação social, posto que todos os encontros ocorreram de modo virtual, e com a influência de variáveis intervenientes de impacto predominantemente negativo, sobretudo o medo de infecção por um vírus com risco maior de agravamento e morte para idosos e o isolamento social. Ademais, o projeto da pesquisa, cuja qualificação ocorreu anteriormente à situação pandêmica, precisou passar por modificações importantes, principalmente no modo de recrutamento dos participantes e de realização das sessões grupais. Como previsto inicialmente, as intervenções seriam realizadas e os dados obtidos junto a idosos que integravam um grupo de convivência em funcionamento em uma cidade fluminense. Esperava-se contar com, no mínimo, dez participantes no grupo de intervenção, além de formar um grupo controle que receberia a intervenção em momento posterior. O trabalho seria desenvolvido nas dependências do próprio local, ao qual os idosos já estavam habituados. Apesar de obtida a anuência da instituição e realizados todos os procedimentos preparatórios necessários, a coleta de dados não pôde ser efetivada como inicialmente planejada dada as

medidas de distanciamento social que passaram a vigorar no Estado a partir do mês de março de 2020.

Dessa forma, a proposta de intervenção precisou sofrer adaptações, passando de encontros presenciais para encontros *online* feitos por whatsApp, o que restringiu também o público-alvo do trabalho, já que deveriam ser idosos com recursos e habilidades para utilizar aparelhos eletrônicos e acessar a internet. De fato, a interação *online* foi a única alternativa encontrada para se ter acesso a indivíduos idosos sem comprometer a segurança e a saúde dos mesmos. Nessa conjuntura, considerou-se que a intervenção poderia oferecer aos idosos reclusos em suas residências e, muitas vezes, isolados de seus familiares a oportunidade de contarem com um espaço que favorecesse interações e aprendizagens novas. Por esse motivo também se optou por não utilizar grupo controle, já que os idosos deste grupo seriam privados de uma intervenção potencialmente benéfica em período de crise. A ausência de grupo controle impossibilitou mostrar se os resultados obtidos na intervenção seriam diferentes em um grupo com o mesmo perfil, mas que não recebesse a intervenção.

Como destacado, supõe-se que intervenções psicológicas *online* apresentam limitações na qualidade das interações sociais e, em consequência, tendem a reduzir o potencial de seus resultados, sobretudo quando se trata de uma proposta de base fenomenológica, que tem um caráter mais vivencial e menos informativo. Porém, se, por um lado, a intervenção online restringe as interações e dificulta o vínculo, por outro pode ser a única possibilidade em contexto de pandemia, além de ser uma alternativa de trabalho com idosos que tenham maiores dificuldades de deslocamento ou com menos acesso a locais onde esse tipo de intervenção usualmente ocorre. Portanto, o estudo foi uma oportunidade de desenvolver um modelo e avaliar uma intervenção dessa modalidade.

Sugere-se que outros estudos com propostas de intervenção grupal que tenham como foco o efeito das mesmas e de outras variáveis psicológicas, como ansiedade, qualidade de vida e satisfação com a vida, sejam realizados, de modo ideal com um número maior de participantes e com idosos que apresentem médias iniciais menores para autoavaliação de saúde, autoestima e autocuidado, bem como maiores para depressão. As intervenções podem ser feita de forma presencial ou online, preferencialmente com grupo controle.

Em detrimento do número restrito de participantes e de serem estes atípicos quanto ao uso de recursos tecnológicos, destaca-se que o GIP se mostrou uma intervenção eficaz e

viável de ser desenvolvida com grupos de idosos de modo online. Em um momento de pandemia que afeta a saúde física e psicológica dos idosos, a proposta de uma intervenção psicológica voltada para promoção de autocuidado e fortalecimento da autoestima, em caráter grupal e de modo online, se torna possível, mais segura e interessante de ser pensada. Além de ser uma boa proposta em momentos pós-pandemia, pensando que existem outros motivos pelos quais senescente tenha dificuldade de acesso presencial a uma intervenção desta natureza.

REFERÊNCIAS

Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. de Campos., & Faccenda, O. (2012). Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 497-503. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400003>.

Alves, P. E. R. (2013). O método fenomenológico na condução de grupos terapêuticos. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 16(1), 150-165. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100009&lng=pt&tlng=pt.

Aquino, E.M.L., Silveira, I.H., Pescarini, J.M., Aquino, R., Souza-Filho, J.A.de., Rocha, A.dos.S., Ferreira, A., Victor, A., Teixeira, C., Machado, D.B., Paixão, E., Alves, F.J.O., Pilecco, F., Menezes, G., Gabrielli, L., Leite, L., Almeida, M. da. C. C. de., Ortelan, N., Fernandes, Q.H.R.F., Ortiz, R.J.F., Palmeira, R.N... Lima, R.T.dos.R.S. (2020). Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(Suppl. 1), 2423-2446. Epub June 05, 2020. Doi: 10.1590/1413-81232020256.1.10502020.

Araújo L. M. F., Medeiros, A., Bittencourt, G., & Nóbrega, M. (2015). Health promotion in groups of elderly: reflections for active ageing Promoção de saúde em grupos de idosos: reflexões para o envelhecimento ativo. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(5), 212-221. Doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i5.212-221.

Assis, M, de., Hartz, Zulmira M. A., & Valla, V. V. (2004). Programas de promoção da saúde do idoso: Uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 557-581.

Baez, M., Khaghani Far, I., Ibarra, F., Ferron, M., Didino, D., & Casati, F. (2017). Effects of online group exercises for older adults on physical, psychological and social wellbeing: a randomized pilot trial. *PeerJ*. 5, e3150. Doi:10.7717/peerj.3150.

Baltes, P.B. (1997). On the Incomplete Architecture of Human Ontogeny: Selection, Optimization, and Compensation as Foundation of Developmental Theory. *American Psychologist*. 52(4), 366-380. Doi: 10.1037/0003-066X.52.4.366.

Baltes, P. (2000). *Autobiographical reflections: From developmental methodology and lifespan psychology to gerontology*. Washington: American Psychological Association.

Recuperado de <http://www.mpib-berlin.mpg.de/en/institut/dok/full/Baltes/autobiog/index.htm>.

Baltes, P., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the Young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135. Doi: 10.1159/000067946

Borges, L.M., & Seidl, E.M.F. (2013). Efeitos de intervenção psicoeducativa sobre a utilização de serviços de saúde para homens idosos. *Intreface (Comunicação em saúde)*, 17, n.47, 777-88, out./dez.

Borges, L.M., & Seidl, E.M.F. (2014a). Hábitos saudáveis na velhice: efeitos de uma intervenção psicoeducativa com homens idosos. *Psicologia, saúde & doenças*. 15(2), 468-481 EISSN - 2182-8407 Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde - SPSS. Recuperado de <http://www.sp-ps.com>. Doi: 10.15309/14psd150211.

Borges, L.M., & Seidl, E.M.F (2014b). Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. *Psico-USF*. 19, núm. 3*, septiembere - diciembre, 421- 431. Universidade São Francisco São Paulo, Brasil. Recuperado em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141382712014000300006&script=sci_abstract&tlng=pt.

Borges, L. M., Soares, M. R. Z., & Rudnicki, T. (2018). *O Trabalho em Grupo no Contexto da Psicologia da Saúde*. In: Eliane Maria Fleury Seidl, Maria Cristina Oliveira Santos Miyazaki, Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira, Neide A. Micelli Domingos. (Org.). *Psicologia da Saúde - Teorias, Conceitos e Práticas*. 1ed. Juruá Editora. (101-129).

Brasil, K.T.R., Barcelos, M. A. R de., Arrais, A. R de., & Cárdenas, C. J de. (2013). A clínica do envelhecimento: desafios e reflexões para prática psicológica com idosos. *Aletheia*, (40), 120-133. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100011&lng=pt&tlng=pt.

Cadore, E.L., Pinto, R.S., & Kruehl, L.F.M. (2012). Adaptações neuromusculares ao treinamento de força e concorrente em homens idosos. *Revista Brasileira de*

Cineantropometria & Desempenho Humano, 14(4), 483-495. Doi: 10.5007/1980-0037.2012v14n4p483

Camacho, A.C.L.F., & Coelho, M.J. (2010). Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 279-284. Doi:10.1590/S0034-71672010000200017.

Campbell, D. T., & Stanley, J. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago, IL: Rand McNally.

Carneiro, L. N., & Lessa, H. M. (2020). Saúde mental dos idosos em tempos de pandemia. *Jornal de Ciências Biomédicas & Saúde*, 6, 1-3.

Carneiro, R.S., & Falcone, E.F. (2016). Avaliação de um programa de promoção de habilidades sociais para idosos. *Análise Psicológica*, 34(3), 279-291. Doi:10.14417/ap.960.

Confortin, S.C., Schneider, I.J.C., Antes, D.L., Cembranel, F., Ono, L.M., Marques, L.P., Borges, L.J., Krug, R, de Rosso., & d'Orsi, E. (2017). Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(2), 305-317. Doi: 10.5123/s1679-49742017000200008.

Cruz-Bello, P., Vizcarra-Bordi, I., Kaufer-Horwitz, M., Benítez-Arciniega, A.D., Misra, R., & Valdés-Ramos, R. (2014). Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. *Papeles de Población*, 20(80),119-144.[fecha de Consulta 7 de Diciembre de 2020]. ISSN: 1405-7425. Recuperado em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=112/11231067005>

Depp, C., & Jeste, D. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.

Dias, M.S., & Lima, R.M. (2012). Estimulação cognitiva por meio de atividades físicas em idosos: examinando uma proposta de intervenção. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(2), 325-334. Doi: 10.1590/S1809-98232012000200015.

Erthal, T.C. (2013). *Trilogia da existência: teoria e prática da psicoterapia vivencial* (pp. 68 - 70). APPRIS.

Estrela-Dias, M., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Intervenção psicológica positiva em grupo: forças e virtudes na reabilitação pós-avc. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 201-218. Doi:10.15309/14psd150117.

Ferreira, O.G.L., Maciel, S.C., Silva, A.O, Santos, W.S dos., & Moreira, M.A.S.P. (2010). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 1065-1069. Doi: 10.1590/S0080-62342010000400030.

Forghieri, Y.C. (2015). *Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa* (p. 53). Cengage Learning.

Gomes, A. M. de Amorim., Paiva, E. S., Valdés, M. T.M., Frota, M .A., & Albuquerque, C de M. de. (2008). *Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. Saúde e Sociedade*, 17(1), 143-152. Doi: 10.1590/S0104-12902008000100013.

Guedes, M.H.M., Guedes, H.M., & Almeida, M.E.F, de. (2011). Effects of practice on manual works for the self-image of the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(4), 731-742. Doi.org/10.1590/S1809-98232011000400012.

Günther, I.A., & Borges, L. M. (2014). Modelos teóricos que fundamentam os programas de educação para a aposentadoria. In Murta, S. Leandro-França, C. & Seidl, J. (Eds.). *Programas de Educação para Aposentadoria: como planejar, implementa e avaliar* (37-53). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Gusmão, C.D., & Pizzarro, C. (2009). Reconstrução da autoestima através da terapia vivencial. *Perspectivas Online*. Recuperado de http://ojs3.perspectivasonline.com.br/index.php/revista_antiga/article/view/365.

Heidegger, M. (2005). *Ser e tempo: parte I* (13^o ed., Márcia Sá Cavalcante Schuback, Trad). Vozes. (Obra original publicada em 1927).

Hutz, C.S. (2014). *Avaliação em psicologia positiva*. (pp. 85 - 92). Artmed.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016). **Censo Demográfico**, 2000. Recuperado a partir de: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013->

agencia-de-noticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa-cresce-16-0-frente-a-2012-e-
chega-a-29-6-milhoes.

Jardim, L.E.F. (2012). World as the basis of phenomenological psychotherapy group. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(3), 938-951. Retrieved July 25, 2019, from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300014&lng=en&tlng=en.

Levy, Y., & Ellis, T. (2011). A Guide for Novice Researchers on Experimental and Quasi-Experimental Studies in Information Systems Research. 6. 151-160. *Interdisciplinary Journal of Information*. Doi - 10.28945/1373. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/228934334_A_Guide_for_Novice_Researchers_on_Experimental_and_Quasi-Experimental_Studies_in_Information_Systems_Research.

Lobo, B. de O. M., Rigoli, M.M., Sbardelloto, G.R.J., Argimon, I. de Lima., & Kristensen, C. H. (2012). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para idosos com sintomas de ansiedade e depressão: resultados preliminares. *Psicologia: teoria e prática*, 14(2), 116-125. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000200010&lng=pt&tlng=pt.

Ludgleydson, A., Sá, E. C, do Nascimento., & Amaral, E. de Brito. (2011). Corpo e velhice: um estudo das representações sociais entre homens idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 468-481. Doi:10.1590/S1414-98932011000300004.

Macedocouto, G. S., & Silva Junior, A. F, da . (2018). Solidão: do patológico ao ontológico. *Estudos e pesquisas em psicologia (online)*, 17, 07-24. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/34762/24552>.

Maia Lima, da, C.F., & Rivemales, Costa, M. da C. (2013). Corpo e envelhecimento: uma reflexão – artigo de revisão. *Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento*, Porto Alegre, 18, n. 1, 153-166. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/22236/26997>.

Meurer, S.T., Luft, C.B., Benedetti, T.R., & Mazo, G.Z. (2012). Validade de construto e consistência interna da escala de autoestima de Rosenberg para uma população de idosos

brasileiros praticantes de atividades físicas. *Motricidade*, 8(4), 5-15. Doi:10.6063/motricidade.8(4).1548.

Moreira, J. O. (2012). Imagem corporal e envelhecimento: vicissitudes de uma tragédia moderna. *Psicol. Argum*, 30, n. 71, 631-637. Recuperado de <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=7469&dd99=view&dd98=pb>.

Motta, L., Mello, N., Dornelles, M., & Vendrusculo, A. (2015). O efeito da fisioterapia aquática na interação social de idosos. *Cinergis*, 16(2). Doi:10.17058/cinergis.v16i2.5871.

Murta, S.G., Borges, L. M., & Costa-Junior, A. (2014). Manejo de grupos psicoeducativos. In Murta, S. Leandro-França, C. & Seidl, J. (Eds.). *Programas de Educação para Aposentadoria: como planejar, implementar e avaliar* (68-83). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Neri, A.L. (2008). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (4º ed., pp. 30-31). Papyrus.

Orem, D.E. (1980). *Nursing: concepts of practice*. 2. ed. New York: McGraw-Hill, Ch.3, p. 35-54: Nursing and self-care.

Organização Mundial da Saúde. (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Recuperado de <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.

Paradela, E.M.P., Lourenço, R.A., & Veras, R.P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923. Doi: 10.1590/S0034-89102005000600008.

Pereira, K., Santos, F., Chaves, P., Sá, E., & Arrais, A. (2015). Autoconceito em idosos homossexuais: um estudo exploratório. *Revista Kairós: Gerontologia*, 18(1), 259-275. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/26062>

Phelan, E., & Larson, E. (2002). Successful aging: Where next? *Journal of American Geriatrics Society*, 50(7), 1306-1308.

Robins, R. W., Tracy, J. L., Trzesniewski, K., Potter, J., & Gosling, S. D. (2001). Personality correlates of self-esteem. *Journal of Research in Personality*, 35(4), 463–482. Doi: 10.1006/jrpe.2001.2324.

Rocha, J. R., & Monteiro, L. V. B. (2018). A dimensão espiritual na compreensão do fenômeno saúde-doença na psicologia da saúde. *Caderno De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde - UNIT - ALAGOAS*, 4(2), 15. Recuperado de <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiossaude/article/view/2094>.

Santos, V. B. dos., Tura, L.F.R., & Arruda, A.M.S. (2013). As representações sociais de "pessoa velha" construídas por idosos. *Saúde e Sociedade*, 22(1), 138-147. Doi: /10.1590/S0104-12902013000100013.

Scoralick-Lempke, N.N., & Barbosa, A.J.G. (2012). Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(Suppl. 1), 647-655. Doi: 10.1590/S0103-166X2012000500001.

Silva, R, Seeger da., Fedosse, E., Pascotini, F, dos Santos., & Riehs, E.B. (2019). Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(2), 345-356. Epub May 06, 2019. Doi: 10.4322/2526-8910.ctoao1590.

Sousa, C. M. M. de., Ribeiro, M. S. de S., & Santos, T. de L. S. (2018). Experiência de autocuidado nos processos formativos: uma análise fenomenológica hermenêutica. *Linhas Críticas*, 24. Doi: 10.26512/lc.v24i0.18984.

Sousa, E.M da Silva., & Oliveira, M.C.C. (2015). Viver a (e para) aprender: uma intervenção-ação para a promoção do envelhecimento ativo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(2), 405-415. Epub April 00, 2015. Doi: 10.1590/1809-9823.2015.14055

Stacciarini, T.S.G. (2012). Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade de autocuidado Appraisal of Self Care Agency Scale - Revised para o Brasil [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. Doi:10.11606/T.22.2012.tde-16012013-111537. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-16012013-111537/pt-br.php>.

Stacciarini, T.S.G., & Pace, A.E. (2014). Tradução, adaptação e validação de uma escala para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 221-229. Doi: 10.1590/1982-0194201400038.

Stobäus, C., Mosquera, J., Mendes, A., Dohms, K., Lettnin, C., & Zacharias, J. (2012). Autoimagem, autoestima e autoconceito: contribuições pessoais e profissionais na docência. *Seminário de pesquisa em educação da região sul*. Recuperado em <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/724/374>

Teixeira, I.N. D'Aquino. O., & Neri, A.L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19(1), 81-94. Doi: 10.1590/S0103-65642008000100010.

Tomasino, K. N., Lattie, E.G., Ho, J., Palac, H.L., Kaiser, S. M., & Mohr, D C. (2017). Harnessing Peer Support in an Online Intervention for Older Adults with Depression. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 25(10), 1109–1119. Doi: 10.1016/j.jagp.2017.04.015.

Trujillo Oliveira, L.E., & Nazar Beutelspacher, A. (2011). Autocuidado de diabetes: uma mirada con perspectiva de género. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 26(3),639-669.[fecha de Consulta 7 de Diciembre de 2020]. ISSN: 0186-7210. Doi: 10.24201/edu.v26i3.1377.

United Nations. (2017). World Population Ageing. Published by the United Nations Sales No. E.17.XIII.3 ISBN 978-92-1-151551-0. New York. Recuperado de: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf.

Veras, R.P., & Oliveira, M. (2018). Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 23, n. 6 [Acessado 5 Janeiro 2021], pp. 1929-1936. Doi: 10.1590/1413-81232018236.04722018.

Yalom ID, Leszcz M. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Artmed.

Zanon, C., Bastianello, M.R., Pacico, J.C., & Hutz, C.S. (2013). Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. *Psico-USF*, 18(2), 193-201. Doi: 10.1590/S1413-82712013000200003.

APÊNDICE A
ENTREVISTA SEMISTRUTURADA

1. Dados sociodemográficos

1.1 Nome: _____ **1.2 Idade:** _____

1.3 Estado civil: _____ **1.4 Escolaridade:** _____

1.5 Sexo: _____

1.6 Com quem reside: _____

2. Dados médico-clínicos

2.1 Possui algum problema de saúde? Se sim, quais?

2.2 Faz algum tratamento médico ou com outros profissionais de saúde? Se sim, quais?

3. Autoavaliação de saúde

Sobre sua saúde responda...

3.1 Você se considera satisfeito ou insatisfeito com sua saúde?

3.2 Como você avalia sua saúde atualmente?

(1) Ruim (2) Regular (4) Boa (5) Ótima

3.3 Porque você avalia sua saúde desse modo?

4. Autopercepção corporal e autoestima

4.1 Complete a frase:

Meu corpo é...

4.2 Para você, o que é autoestima? Como você avalia a sua atualmente? Como era quando era mais jovem?

4.3 Quando você se olha no espelho, vê algo que te agrada? O quê?

4.4 Quando você se olha no espelho, vê algo que gostaria que fosse diferente? O quê?

4.5 O que você acha que tem de melhor no seu jeito de ser?

4.6 Tem algo que acha que precisa melhorar no seu jeito de ser? O quê?

5. Autocuidado

Sobre autocuidado responda ...

5.1 O que você costuma fazer que te traz bem-estar?

5.2 Como você sente que tem cuidado do seu corpo?

(1) Mal

(2) Regular

(3) Bem

5.3 O que você sente que precisa melhorar no cuidado com você mesmo?

5.4 Liste as atividades que você faz e que acha que são formas de se cuidar:

APÊNDICE B



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA/ INSTITUTO DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Promoção de autoestima e autocuidado em idosos: avaliação de uma intervenção psicológica em grupo com foco na autopercepção corporal”, realizada pela pesquisadora Laiza Ellen Gois Sousa, aluna do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), sob orientação da Prof.^a Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez.

O objetivo desta pesquisa é verificar os efeitos de uma intervenção psicológica em grupo de idosos, abordando suas visões do próprio corpo e vendo como isso afeta a autoestima, a avaliação de saúde e o cuidado de si.

Sua colaboração solicitada será participar de uma entrevista, de modo online por vídeo chamada em whatsapp (aplicativo de mensagem), respondendo a algumas perguntas sobre o que pensa a respeito de sua saúde, de si mesmo(a) e do modo como tem se cuidado, além de responder a duas escalas feitas para avaliar autoestima e autocuidado, e uma escala para avaliar se há depressão. O tempo total de participação será em torno de 90 minutos e a pesquisadora estará lhe auxiliando e registrando suas respostas. Na entrevista, se o(a) senhor(a) permitir suas respostas serão registradas com uso de um gravador de voz. Após este momento, pedimos também sua participação em 10 encontros semanais de cerca de 90 minutos, também por vídeo chamada de whatsapp, que serão realizados com a pesquisadora e outros idosos para que sejam discutidas questões sobre aspectos psicológicos do envelhecimento e maneiras de cuidar de si neste momento da vida. É importante que o(a) senhor(a) possa estar presente em pelo menos oito desses encontros. A data de início será informada com antecedência e o dia da semana e horário dos encontros irá considerar suas possibilidades.

Sua participação não é **obrigatória** e deverá ser voluntária, ou seja, o(a) senhor(a) é livre para decidir se deseja e se tem condições para participar. Não haverá ganhos financeiros para isso, nem o(a) senhor(a) terá qualquer custo. A qualquer momento o(a) senhor(a) poderá desistir de participar, basta informar. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras, nem com a universidade.

Tudo o que o(a) senhor(a) falar ou fizer nesta pesquisa permanecerá sob os cuidados da pesquisadora e as informações que conceder serão mantidas em sigilo (segredo), sendo que seu nome não será citado em nenhum momento da divulgação do trabalho.

Durante sua participação na pesquisa, pode ser que questões emocionais apareçam e o(a) senhor(a) precise de algum apoio psicológico neste sentido, o que será realizado pela pesquisadora no grupo ou, se necessário, de modo individual. Se precisar e desejar, também poderemos encaminhá-la para o Serviço de Psicologia da Universidade. Como benefícios, a pesquisa poderá contribuir para criar e fortalecer modos de trabalho em grupo com idosos, e forma online, que abordem aspectos psicológicos e ajudem na melhoria da saúde e do bem-estar.

O(A) senhor(a) receberá uma cópia deste termo com vistas a segurar todos os seus direitos. Qualquer dúvida, a qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá falar com a aluna e a professora responsáveis pela pesquisa. Nossos nomes são: Laiza Ellen Goisa Sousa e Lilian Maria Borges Gonzalez. Telefone para contato: (21) 994935338. Endereço: Rodovia BR 465, Km 07, s/n Zona Rural, Seropédica - RJ, CEP: 23890-000.

Declaro que tomei conhecimento dos objetivos e procedimentos desta pesquisa e das condições de participação na mesma, sendo que me foi garantido os cuidados importantes para preservar minha dignidade e bem-estar, de acordo com a resolução 580/2018 do Conselho nacional de Saúde. Concordo em participar.

E-mail: laizaesousa@gmail.com / lilianborgesg@gmail.com

Endereço: Br. 465 / Km. 07. Seropédica. RJ.

Nome: _____ Data: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da mestrandia: _____

Assinatura da orientadora: _____

APÊNDICE C

ENCONTROS DO GRUPO DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA (SAÚDE, AUTOESTIMA E AUTOUIDADO).

1º Encontro: Formação do grupo.

Objetivo: Promover acolhimento e integração dos participantes; explicar as finalidades do grupo; e realizar o contrato grupal.

Técnica de quebra-gelo e apresentação: Apresentação com a fruta preferida.

É pedido que os participantes falem seu nome e como sobrenome digam a fruta que mais gostam. Por exemplo: “Eu me chamo Maria Maçã”. E todos em coro dizem, “seja bem-vinda Maria Maçã”.

Técnica principal: Complete a frase sobre saúde.

Os participantes completam a frase que a facilitadora vai dizer. A frase é:

“Para mim, ter saúde é...”.

A partir das frases dos participantes, promover um diálogo sobre a importância dos cuidados com a saúde e procurar saber como os participantes têm cuidado de sua saúde.

Contrato psicológico:

Perguntar aos participantes, o que esperam deste grupo e o que não gostariam que acontecesse nesse grupo. Em seguida fazer o contrato:

Falar que este é um grupo com objetivo de avaliar a saúde, autoestima e práticas de autocuidado dos participantes. Tudo o que for dito aqui permanece aqui (sigilo), e que é importante que os participantes respeitem isso, para que se sintam mais seguros ao falarem abertamente sobre o que quiserem. Falar que este grupo faz parte de uma pesquisa e que todas as informações a serem publicadas, respeitarão a confidencialidade dos participantes envolvidos, utilizando-se de nomes fictícios se assim for necessário. Deixar claro para os

participantes que a qualquer momento se quiserem desistir da pesquisa podem fazer isso sem nenhum prejuízo a cada um deles. Dizer as características do grupo: dez encontros semanais, no mesmo dia e horário, com duração máxima de 90 minutos cada encontro. Falar da importância de que participem de pelo menos oito encontros para que possam observar mudanças nas práticas de autocuidado, percepção de autoestima e de saúde. Abrir para perguntas e possíveis dúvidas. Se certificarem de que todos estão de acordo.

Técnica de feedback: O que quero trazer ao grupo.

E termina convidando-os a dizerem de que forma pretendem contribuir com o grupo.

2º Encontro: Percepção corporal e autoimagem.

Objetivo: Promover a percepção de si e do corpo; trabalhar questões de autoimagem.

Técnica de quebra-gelo: Sensações corporais.

Fazer com os participantes um exercício de respiração diafragmática, para que percebam o movimento que seu diafragma, nariz e pulmão fazem ao respirar. Após conduzir uma vivência de sensações do próprio corpo, pedindo que se toquem e percebam suas texturas. Abrir para discussão, com objetivo de saber como foi a experiência para eles.

Técnica principal: Sentimento sobre o corpo.

É pedido que os participantes falem sobre como percebem o corpo e o que sentem sobre ele. A facilitadora faz uma discussão sobre os sentidos do corpo apresentados no grupo.

Técnica de feedback: Aprendi com meu corpo.

E termina convidando-os a perceberem como é para cada um os sentidos de seus corpos e o que podem tirar de proveito nisso.

3º Encontro: Percepção corporal, saúde e isolamento social.

Objetivo: Promover a reflexão sobre como percebem a própria saúde antes e durante o isolamento social.

Técnica de quebra-gelo: Percebendo as funções vitais.

Pedir que os participantes fechem os olhos e respirem fundo, durante alguns minutos. Pedir que coloquem a mão na direção do coração e observem como estão suas batidas, e tentem reproduzir com o pé a velocidade dos batimentos.

A partir disso, convidá-los a pensar se as batidas sempre têm esta velocidade, se estão diferentes no momento, qual o ritmo que tem diariamente, quando está diferente, qual diferença é essa. Objetivo: perceber como estão os níveis de ansiedade expressos fisiologicamente durante o momento de isolamento.

Técnica principal: Meu corpo e o isolamento.

Perguntar: “Antes do isolamento, como você percebia sua saúde? E durante o isolamento acha que mudou alguma coisa? Se sim, o que mudou?”.

Promover uma discussão sobre as consequências do isolamento em relação à saúde dos participantes e ajudá-los a pensar como isso pode ser modificado.

Técnica de feedback: Estratégias de saúde.

Pedir que cada um diga o que seria possível utilizar como estratégia para manter uma boa saúde, mesmo estando apenas dentro de casa.

4º Encontro: Avaliação da saúde.

Objetivo: Pensar em como avaliam sua saúde, se observam agravos, inclusive se há diagnósticos e como lidam com esses agravos.

Técnica principal: Como avalio minha saúde?

Os participantes são convidados a falar sobre como avaliam sua saúde, e os motivos pelos quais fazem essa avaliação. São questionados sobre a presença ou não de algum adoecimento (como doenças crônicas).

Técnica de feedback: Modos de lidar com agravos à saúde.

Os participantes são convidados em pensar em estratégias para lidar com seu comprometimento seja físico ou psicológico (sentimentos de ansiedade, tristeza, solidão, etc).

5° Encontro: Avaliação da saúde e comprometimentos.

Objetivo: Identificar comprometimentos da doença e como lidar com eles;

Perceber aspectos emocionais e psicológicos que podem afetar a saúde.

Técnica quebra-gelo: Alongamento.

Fazer junto com os participantes alguns exercícios de alongamento para identificar como o corpo se sente, se há dores físicas e poder falar dessas dores, se há limitações em atividades de vida diária.

Técnica principal: Aspectos psicossociais na saúde.

Responder a seguinte pergunta: O que te faz se sentir saudável? E que acontece para você não se sentir saudável em algum momento?

Técnica de feedback: O que você faria no lugar de...

Os participantes são convidados a escolher um participante cada um e dizer para ele sobre o que fariam para lidar com a questão emocional que este apresenta no encontro. A proposta é que cada um receba um feedback sobre a sua situação de saúde atual.

6° Encontro: Autocuidado e saúde.

Objetivo: Levar à reflexão sobre o que tem feito para cuidar do corpo nesse momento de isolamento.

Técnica quebra-gelo: Ensino de alguns exercícios.

A facilitadora irá fazer junto com os participantes algumas técnicas de alongamento, agachamento, exercícios simples.

Técnica principal: Autocuidado antes e durante o isolamento.

Convidar os participantes a dizerem que atividades eles costumavam fazer antes do isolamento para cuidar da saúde. Depois pedir que eles falem o que tem feito atualmente para cuidar da saúde.

Técnica de feedback: Sugestão de atividades no dia a dia.

Propor desafios em que os participantes coloquem na atividade do dia a dia, exercícios, por exemplo, enquanto faz o almoço permaneça em pé até a comida ficar pronta, ande pelo corredor durante 10 minutos, caso tenha quintal ou em seu prédio tenha hall ou garagem, faça os exercícios lá, etc. Pedir também um feedback dos participantes sobre esse encontro.

7° Encontro: Percepção corporal e Autoestima.

Objetivo: Trabalhar questões referentes à autoestima.

Técnica quebra-gelo e principal: O que percebo em mim?

Pedir que os participantes que vão rapidamente até o espelho mais próximo, se olhem um pouco e vejam o que gostam na aparência e o que gostariam de mudar. O que gostam no se jeito de ser e o que gostariam de mudar. E retornem e digam um pouco sobre como foi se olhar no espelho. A facilitadora irá acolher qualquer sensação que essa experiência evoque.

Técnica de feedback: Troca-troca de qualidades.

Cada participante vai simbolicamente renunciar algo que não gosta muito no seu jeito de ser, e vai escolher outro participante para trocar com ele uma qualidade. De modo que todos sejam escolhidos. Por exemplo, um participante vai dizer: “Eu não quero mais ser sem paciência, e quero receber de João sua paciência com as pessoas” e João vai dizer: “Eu te dou um pouco da minha paciência se você me der um pouco de sua honestidade”. Em seguida João também fará a troca com outro participante, seguindo mesmo exemplo. Assim o participante vai poder ver que tem qualidades também e que o outro percebe isso nele.

Ao final, a facilitadora vai promover uma discussão sobre as mudanças que são possíveis para cada um de nós fazermos no modo de ser.

8° Encontro: Autocuidado e autoimagem.

Objetivo: Levar à reflexão sobre como tem vivenciado a sua imagem.

Técnica quebra-gelo: Dança divertida

Os participantes são convidados a dançar da forma mais divertida que quiserem.

Principal: Autoimagem.

Pedir que os participantes digam como eram há uns anos e como são atualmente.

A partir daí elaborar uma discussão sobre a imagem corporal, sobre características subjetivas, e observar como eles percebem a si mesmos, ou seja, com é sua autoimagem. Questionar o que eles têm feito para cuidar de sua imagem hoje. Estimular a valorização da imagem corporal atual.

Técnica de feedback: Cuidando da imagem corporal.

Perguntar a cada participante o que poderia estar fazendo para cuidar melhor de sua imagem corporal, em seguida, a facilitadora dá mais sugestões. Em seguida cantam uma música criada nesse encontro sobre autocuidado.

9º Encontro: Autocuidado e bem-estar.

Objetivo: Mostrar que o autocuidado promove bem-estar

Técnica quebra-gelo: Vídeo que fale sobre práticas de bem-estar

Enviar um vídeo para os participantes que fale sobre bem-estar e depois conversar sobre o vídeo no intuito de promover essas práticas.

Técnica principal: Relacionamentos e bem-estar.

Conversar sobre a rede de apoio de cada participante e como se relacionar com as pessoas promove bem-estar a eles. Pedir exemplos do dia a dia.

Técnica de feedback: Elaboração de um projeto de saúde.

Convidá-los a pensarem em um projeto de atividades e de práticas que podem fazer e ter para se sentirem mais saudáveis.

10º Encontro: Fechamento.

Objetivo: Fazer uma análise de tudo que foi trabalhado nos encontros e observar as mudanças ocorridas nesse período.

Técnica de quebra-gelo: Dança e bem-estar.

Ao som de uma música, a facilitadora convida os participantes a fazerem uma mistura de exercícios simples com dança com objetivo de descontrair e comemorar os avanços feitos até aqui.

Técnica principal: O que eu aprendi com o grupo?

Cada participante tem um momento para dizer o que aprendeu com o grupo sobre saúde, autoestima e práticas de autocuidado.

Técnica de feedback: O que eu deixo?

Cada participante fala o que deixa de ensinamento para o grupo e para cada membro individualmente. A facilitadora faz uma retrospectiva sobre o que foi aprendido sobre cuidados com o corpo, sobre questões emocionais e sobre autoestima.

Cada um fala como avalia sua saúde hoje e o grupo diz o nome da pessoa, seguido de “parabéns, você conseguiu” e batem palmas. Ao final todos batem palmas juntos!

ANEXO A



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



TERMO Nº 76 / 2021 - PPGPSI (12.28.01.00.00.00.00.21)

Nº do Protocolo: 23083.006709/2021-84

Seropédica-RJ, 02 de fevereiro de 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
LAIZA ELLEN GOIS SOUSA

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, área de Concentração em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 26/01/2021

Conforme deliberação número 001/2020 da PROPPG, de 30/06/2020, tendo em vista a implementação de trabalho remoto e durante a vigência do período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais, em virtude das medidas adotadas para reduzir a propagação da pandemia de Covid-19, nas versões finais das teses e dissertações as assinaturas originais dos membros da banca examinadora poderão ser substituídas por documento(s) com assinaturas eletrônicas. Estas devem ser feitas na própria folha de assinaturas, através do SIPAC, ou do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e neste caso a folha com a assinatura deve constar como anexo ao final da tese / dissertação.

Profa. Dra Lillian Maria Borges Gonzalez. UFRRJ
(Orientadora, Presidente da Banca)

Prof. Dr. Ronald Clay dos Santos Ericeira. UFRRJ

Profa. Dra. Cristineide Leandro França, UnB

(Assinado digitalmente em 02/02/2021 16:36)
LILIAN MARIA BORGES GONZALEZ
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptoPO (12.28.01.00.00.00.23)
Matrícula: 2077610

(Assinado digitalmente em 02/02/2021 20:52)
RONALD CLAY DOS SANTOS ERICEIRA
COORDENADOR CURSOS/POS-GRADUACAO - TITULAR
CHEFE DE UNIDADE
PPGPSI (12.28.01.00.00.00.21)
Matrícula: 1805319

(Assinado digitalmente em 02/02/2021 19:48)
CRISTINEIDE LEANDRO FRANÇA
ASSINANTE EXTERNO
CPF: 739.534.824-91

Para verificar a autenticidade deste documento entre em
<https://sipac.ufrrj.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: **76**, ano:
2021, tipo: **TERMO**, data de emissão: **02/02/2021** e o código de verificação: **d0ae63ac82**

ANEXO B

Escala de Autoestima de Rosenberg

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada.

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo tanto quanto as outras pessoas.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

2. Eu acho que tenho várias boas qualidades.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que sou um fracasso.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

5. Eu acho que não tenho muito do que me orgulhar.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

9. Às vezes eu me sinto inútil.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

10. Às vezes eu acho que não presto para nada.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

ANEXO C

Escala de Capacidade de Autocuidado (ASAS-R Adaptada)

Marque a melhor resposta para cada uma das afirmações abaixo, seguindo a escala.

Por exemplo: você concorda com a pergunta número 1? Se sim, você dirá ou assinalará com X no espaço concordo ou concordo totalmente. A diferença entre a concordo totalmente e concordo é que a concordo totalmente dá uma ideia de que concorda sempre e a concordo dá uma ideia de que concorda na maioria das vezes.

Exemplo: Geralmente, durmo o suficiente para me sentir descansado.

Se você é uma pessoa que sempre dorme o suficiente para se sentir descansada, você irá dizer/assinalar **CONCORDO TOTALMENTE** com essa frase. Agora se você é uma pessoa que na maioria das vezes dorme o suficiente para se sentir descansada, você irá dizer/assinalar “**CONCORDO**”.

Esse exemplo vale para as opções de “**DISCORDO TOTALMNETE**” e “**DISCORDO**”.

(1) DISCORDO TOTALMENTE

(2) DISCORDO

(3) NÃO SEI

(4) CONCORDO

(5) CONCORDO TOTALMENTE

1. À medida que minha vida muda, eu faço as alterações necessárias para me manter saudável.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Não sei (4) Concordo (5) Concordo totalmente

1. Se a minha capacidade para movimentar está diminuída, procuro uma maneira para resolver essa dificuldade.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Não sei (4) Concordo (5) Concordo totalmente

2. Quando necessário, eu estabeleço novas prioridades nas minhas decisões para me manter saudável.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Não sei (4) Concordo (5) Concordo totalmente

3. Eu frequentemente sinto falta de disposição (ânimo) para me cuidar como sei que deveria.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Não sei (4) Concordo (5) Concordo totalmente

4. Eu procuro as melhores maneiras para me cuidar.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Não sei (4) Concordo (5) Concordo totalmente

5. Quando necessário, eu consigo tempo para me cuidar.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Não sei (4) Concordo (5) Concordo totalmente

6. Se eu tomo um novo medicamento, eu obtenho informações sobre seus efeitos colaterais para melhor cuidar de mim.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Não sei (4) Concordo (5) Concordo totalmente

7. No passado, eu mudei alguns dos meus velhos hábitos (costumes) para melhorar minha saúde.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Não sei (4) Concordo (5) Concordo totalmente

8. Eu rotineiramente tomo decisões para garantir minha segurança e da minha família.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Não sei (4) Concordo (5) Concordo totalmente

9. Eu regularmente avalio se as coisas que eu faço estão dando certo para me manter saudável.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Não sei (4) Concordo (5) Concordo totalmente

10. No meu dia-a-dia, eu raramente dedico tempo para cuidar da minha saúde.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Não sei (4) Concordo (5) Concordo totalmente

11. Eu sou capaz de obter as informações de que preciso quando minha saúde está ameaçada.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Não sei (4) Concordo (5) Concordo totalmente

12. Eu peço ajuda quando não sou capaz de cuidar de mim.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Não sei (4) Concordo (5) Concordo totalmente

13. Eu raramente tenho tempo para mim.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Não sei (4) Concordo (5) Concordo totalmente

14. Eu nem sempre sou capaz de cuidar de mim da maneira que gostaria.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Não sei (4) Concordo (5) Concordo totalmente

ANEXO D

Escala De Depressão Geriátrica – EDG

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