



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Pós Graduação *Strictu Sensu* - Mestrado em Atenção à Saúde

POLLYANA PAGLIARO BORGES SOARES

**TÉCNICA DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS: INTERVENÇÃO EM
IDOSOS COM INDICATIVO DE DEPRESSÃO**

**UBERABA – MG
2013**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Pós Graduação *Stricto Sensu* - Mestrado em Atenção à Saúde

TÉCNICA DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS: INTERVENÇÃO EM IDOSOS COM INDICATIVO DE DEPRESSÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - Mestrado em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso; Saúde da família.

Orientanda: Pollyana Pagliaro Borges Soares

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves

POLLYANA PAGLIARO BORGES SOARES

TÉCNICA DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS: INTERVENÇÃO EM
IDOSOS COM INDICATIVO DE DEPRESSÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - Mestrado em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

10 de Dezembro de 2013

Banca Examinadora:

Prof^ª Dr^ª Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^ª Dr^ª Ana Lúcia de Assis Simões
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^ª Dr^ª Sueli Aparecida Frari Galera
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Dedico este trabalho aos idosos, por todo conhecimento que não hesitam em compartilhar. Por tanta sabedoria adquirida, pela experiência anunciada em cada expressão da senilidade, pelo que se deixaram aprender na vida, e por iluminarem o mundo com suas filosofias, por vezes antagônicas a tanta mediocridade contemporânea.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, por conduzir meus passos a lugares altos, me levando a vivenciar experiências e oportunidades antes apenas idealizadas. Reconheço, todos os dias, que tudo é Dele, por meio Dele e para Ele. Deus, obrigada por estar sempre perto.

AO MEU ESPOSO, que acreditou nos meus sonhos e sempre me incentivou com carinho. Ao seu lado quero dividir cada momento, desvelando o significado de compartilhar.

À MINHA FAMÍLIA, por me ensinar a semear no caminho do conhecimento, valorizando a prática dos estudos, para que hoje eu possa colher bons frutos. Por me oferecer princípios, que constroem quem realmente sou, e não me permitem perder minha essência. Educar é uma dádiva. Meus exemplos de força e superação.

À PROFESSORA DOUTORA JUREMA RIBEIRO LUIZ GONÇALVES, orientadora desta pesquisa. Minha sincera gratidão por permitir a construção de uma relação pautada em respeito e amizade. Por cultivar durante todo esse tempo, muito além de orientações científicas/metodológicas, mas valores de vida que levarei comigo onde quer que esteja. Obrigada pela oportunidade e pela confiança em mim depositada. À você, minha admiração.

AOS IDOSOS DA UAI, pela disponibilidade em participar desta pesquisa, para a qual gentilmente se doaram. Fonte inesgotável de aprendizado, que me permitiram desfrutar.

À CAPES/REUNI, pelo auxílio financeiro.

À UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, pelo apoio para o desenvolvimento da pesquisa.

AOS PROFESSORES DO PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE que foram fundamentos para o aprimoramento e construção do conhecimento adquirido para me tornar mestre.

AOS ALUNOS DA GRADUAÇÃO, pela importante colaboração em todas as etapas da pesquisa. E, sobretudo, pela oportunidade de exercer a arte de ensinar e instruir.

AOS COLEGAS DO MESTRADO, em especial à **AMIGA ÉRICA**, pela convivência e companhia em todos os momentos. Dúvidas e anseios compartilhados, conquistas celebradas, vitória alcançada.

*“Depois de algum tempo a gente aprende...
Aprende que nós somos responsáveis por nós mesmos. Começa a compreender que não se deve comparar com os outros, mas com o melhor que se pode ser. Descobre que leva-se muito tempo para se tornar a pessoa que deseja ser, e que o tempo é curto. E você aprende que realmente pode suportar; que realmente é forte e que pode ir muito mais longe, mesmo tendo pensado não ser capaz.”*

(William Shakespear)

RESUMO

No contexto atual, os idosos brasileiros convivem com diversos problemas nas esferas física, social e psicológica, representando fator desencadeante de sintomas depressivos com impacto negativo sobre vários aspectos da vida desses indivíduos. Sob este prisma, evidencia-se a necessidade de que as estratégias de intervenção à saúde do idoso apontem iniciativas que alcancem aspectos mais amplos, constituindo, portanto, como desafio, assegurar ações capazes de atribuir significado à vida, proporcionando ao idoso a elaboração de novas perspectivas frente aos desafios. Assim, a Técnica de Solução de Problemas (TSP) surge como uma estratégia de conduta terapêutica aos pacientes deprimidos configurando-se como uma possibilidade de abordagem a ser realizada pelo enfermeiro, munido de características, habilidades e embasamento científico/teórico. Dessa forma, essa pesquisa objetivou avaliar o impacto da TSP através de grupos terapêuticos como estratégia de intervenção junto a idosos com indicativo de depressão que frequentam a Unidade de Atenção ao Idoso (UAI), e especificamente, traçar perfil sócio demográfico e econômico dos idosos; estimar a prevalência de indicativo de depressão; comparar escores indicativos de depressão antes e após a intervenção; descrever as repercussões da TSP nas estratégias de Coping usadas para enfrentamento de problemas antes e após a intervenção; desvelar potencialidades da TSP através de grupos terapêuticos como estratégia de intervenção junto a idosos com indicativo de depressão. Trata-se de um estudo com abordagens quali/quantitativas, de acordo com os objetivos propostos. A pesquisa foi realizada na UAI do município de Uberaba – MG , com pessoas de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que frequentavam a unidade periodicamente. O estudo foi desenvolvido em duas etapas, a saber: 1ª etapa: Perfil socioeconômico/demográfico e Estimativa de prevalência de depressão; 2ª etapa: Intervenção com desenvolvimento da TSP através de grupos terapêuticos e Avaliação. Os instrumentos utilizados foram: Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ); Escala de Depressão Geriátrica Abreviada; Inventário de Estratégias de Coping. A análise dos dados foi feita por meio da estatística descritiva em frequência simples. A taxa de prevalência foi segundo a fórmula número de casos existentes em dado local momento período $\times 10^{-n}$ dividido por população do mesmo local e período. Foram ainda calculados comparativamente os escores obtidos antes e após a intervenção, a fim de evidenciar alterações, por meio do teste *T - pareado*. Para análise dos dados referentes às estratégias de enfrentamento, obtidos pelo Inventário de

Estratégias de Coping-Jaloitec foi calculada pontuação relativa. A análise dos depoimentos emergentes nos grupos terapêuticos foi feita no Software de análise qualitativa ATLAS.ti, norteada pela teoria de Bardin (2010). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob protocolo nº 2316. O estudo mostrou que dos 317 idosos que frequentam UAI a maioria foi representada pelo sexo feminino com 73,73%. 46,2% encontravam-se entre 60 | 70 anos, houve predominância dos viúvos com 36,7%, possuem um a cinco anos de estudo (59,17%) e são predominantemente donas de casa (59,17%). Maioria possui casa própria quitada (78,79%) com renda de 1 (um) salário (39,87%). Com relação à estimativa de prevalência de depressão identificou-se valor de 30,9%. A média dos escores de depressão no período pré-intervenção foi de 10,73 e no pós-intervenção de 5,27, evidenciando diferença significativa na comparação dos escores médios de depressão ($p=0,00$). Os resultados indicaram, ainda, que as estratégias de Coping, utilizadas para solução dos problemas, antes da intervenção, eram predominantemente focadas nas emoções, com ênfase para a estratégia emotiva (36,3%), e verificou-se que as estratégias adotadas após a intervenção foram confrontiva e sustentativa, totalizando 63,6% dos indivíduos, que constituem estratégias positivas, focadas no problema, aumentando chances de resoluções efetivas. Os resultados evidenciados como potencialidades da TSP em grupo terapêutico mostraram reelaboração do significado da depressão e compreensão do problema por meio da análise cognitiva da sintomatologia depressiva e reflexão acerca dos fatores precursores da depressão; concepção de novas estratégias de solução para os problemas da vida; elaboração de comportamento frente à vida e construção de significados intrínsecos sobre grupos terapêuticos. Identificou-se empoderamento pessoal e melhora das habilidades de enfrentamento e adaptação, explicitando o impacto da intervenção com efeitos no âmbito domiciliar, nas relações familiares e na forma de compreender e interpretar situações, minimizando sintomas depressivos. Por fim, o presente estudo levantou problemas de extrema relevância e otimizou evidências dessa conduta terapêutica como forma de tratamento para pacientes deprimidos, com custos reduzidos e viabilidade de tratamento em curto prazo, o que vai ao encontro das necessidades do ponto de vista de saúde pública no Brasil.

Palavras-chave: Depressão. Idoso. Cuidados de Enfermagem. Psicoterapia de grupo.

ABSTRACT

In the current context, the elderly Brazilians living with various problems in the physical, social and psychological, representing a triggering factor for depressive symptoms with a negative impact on various aspects of life of these individuals. In this light, highlights the need for intervention strategies to elderly health initiatives point to reach broader aspects, and therefore is a challenge, ensuring actions capable of assigning meaning to life, providing the elderly to develop new perspectives to the challenges ahead. Thus, the Technical Troubleshooting (TSP) emerges as a therapeutic strategy for depressed patients configured as a possibility approach to be performed by nurses , provided with characteristics , skills and a scientific / theoretical . Thus , this study aims to assess the impact of TSP through therapeutic groups as a strategy for intervention with older adults with depression indicative of attending Elderly Care Unit (ECU), and specifically , to trace socio demographic and economic profile of the elderly ; estimate the prevalence of depression indication ; compare scores indicative of depression before and after the intervention , describing the impact of TSP on coping strategies used to cope with problems before and after the intervention ; unveil potential of TSP through therapeutic groups as a strategy for intervention with elderly indicative of depressão. Trata is a study of approaches quali / quantitative , according to the proposed goals . The survey was conducted in the IAU Uberaba - MG, persons 60 years or older, of both sexes, who attended the unit periodically. The study was developed in two stages, as follows: Step 1: Socioeconomic / demographic and estimate prevalence of depression; Step 2: Intervention development of TSP through therapeutic groups and Evaluation. The instruments used were: Brazilian Functional Assessment Questionnaire and Multidimensional (BOMFAQ), Geriatric Depression Scale Short ; Coping Strategies Inventory . Data analysis was performed using descriptive statistics in single frequency. The prevalence rate was according to the formula number of existing cases in a given site x 10 time period n divided by population in the same place and time. We also calculated compared the scores obtained before and after the intervention in order to highlight changes, through T Test - test. For data analysis of coping strategies, obtained by the Coping Strategies Inventory - Jaloitec was calculated relative score. The statements in the emerging therapeutic groups was made in ATLAS.ti qualitative analysis software, guided by the theory of Bardin (2010) . The project was approved by the Ethics Committee on Human Research of the Federal University of Triangulo

Mineiro, under protocolo 2316 . The study showed that of the 317 seniors who attend IAU most were represented by females with 73.73 %. 46.2 % were between 60 | 70, predominated with 36.7 % widowed, have a five -year study (59.17 %) and are mainly housewives (59.17 %) . Most homeowners have paid off (78.79 %) with an income of one (1) salary (39.87 %) . With respect to the estimated prevalence of depression was identified value of 30.9 % . Mean depression scores at pre-intervention period was 10.73 and post - intervention 5.27, showing a significant difference between the mean scores of depression ($p = .00$) . The results also indicated that the Coping Strategies , used for troubleshooting , before the intervention , were predominantly focused on emotions , with emphasis on the emotional strategy (36.3 %) , and it was found that the strategies adopted after intervention were confrontiva and sustentativa, totaling 63.6 % of individuals who are positive strategies , problem-focused , increasing chances of effective resolutions . The results shown potential as the TSP group showed therapeutic reworking the meaning of depression and understanding of the problem through the analysis of depressive symptomatology and cognitive reflection on the factors precursors of depression ; designing new strategies for solving the problems of life , development behavior towards life and building intrinsic meanings of therapeutic groups . Identified personal empowerment and improved coping skills and adaptation, highlighting the impact of intervention effects in the home environment, family relationships and how to understand and interpret situations , minimizing depressive symptoms . Finally, this study raised issues of great relevance and optimized evidence of this therapeutic approach as a treatment for depressed patients with reduced costs and feasibility of short-term treatment, which meets the needs from the point of view of public health Brazil.

Keywords: Depression. Elderly. Nursing care. Group psychotherapy.

RESUMEN

En el contexto actual, los brasileños de edad avanzada que viven con diversos problemas en el desarrollo físico, social y psicológico, lo que representa un factor desencadenante de los síntomas depresivos con un impacto negativo sobre diversos aspectos de la vida de estas personas. En este sentido, destaca la necesidad de que las estrategias de intervención para la salud de ancianos punto de iniciativas para llegar a aspectos más amplios, y por lo tanto es un desafío, asegurando acciones capaces de asignar significado a la vida, proporcionando a los ancianos a desarrollar nuevas perspectivas a los retos del futuro. Por lo tanto, la Técnica de Solución de Problemas (TSP) emerge como una estrategia terapéutica para los pacientes deprimidos configurados como un enfoque posibilidad de ser realizadas por las enfermeras, provistos de características , habilidades y un científicos / teórico . Por lo tanto , este estudio tiene como objetivo evaluar el impacto de la TSP a través de grupos terapéuticos como una estrategia de intervención con los adultos mayores con depresión indicativos de asistir a la Unidad de Atención al Anciano (UAA), y en concreto, para trazar el perfil socio demográfico y económico de las personas mayores; estimar la prevalencia de indicación de la depresión ; comparar los resultados indicativos de depresión antes y después de la intervención, que describe el impacto de la TSP sobre las estrategias utilizadas para hacer frente a los problemas antes y después de la intervención; desvelar el potencial de TSP a través de grupos terapéuticos como una estrategia para intervención con personas de edad avanzada indicativo de depresión. Trata es un estudio de los enfoques cualidades / cuantitativa, de acuerdo con los objetivos propuestos . La encuesta se llevó a cabo en el UAA Uberaba - MG , las personas mayores de 60 años , de ambos sexos , que asistió a la unidad periódicamente . El estudio se desarrolló en dos etapas, de la siguiente manera: Paso 1: prevalencia Socioeconómico / demográfica y estimación de la depresión; Paso 2: Desarrollo de Intervención de TSP a través de grupos terapéuticos y Evaluación. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de Evaluación Funcional de Brasil y Multidimensional (BOMFAQ), la Escala de Depresión Geriátrica corto ; Estrategias de Coping Inventory. El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva en una sola frecuencia. La tasa de prevalencia fue de acuerdo con el número de fórmula de los casos existentes en un lugar determinado x 10 período de tiempo n dividido por la población en el mismo lugar y hora. También se calculó compararon los resultados obtenidos antes y después

de la intervención con el fin de destacar los cambios, a través de la prueba T - test. Para el análisis de los datos de las estrategias de afrontamiento, obtenidos por las estrategias de afrontamiento Inventario Jaloitec se calcula el nivel relativo. Las declaraciones de los grupos terapéuticos emergentes se hizo en software de análisis cualitativo ATLAS.ti , guiada por la teoría de Bardin (2010). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro, bajo protocolo 2316 . El estudio mostró que de los 317 adultos mayores que asisten a la IAU más estaban representados por mujeres con 73,73 %. 46,2 % tenían entre 60 - 70, predominó con el 36,7 % viudas, tener un estudio de cinco años (59,17 %) y son principalmente amas de casa (59,17 %). La mayoría de los propietarios de viviendas han dado sus frutos (78,79 %), con un ingreso de un (1) Salario (39,87 %). Con respecto a la prevalencia estimada de la depresión se identificó valor de 30,9 %. Las puntuaciones medias de depresión en periodo pre - intervención fue de 10,73 y 5,27 después de la intervención, mostrando una diferencia significativa entre las puntuaciones medias de depresión ($p = 0,00$) . Los resultados también indicaron que las estrategias de afrontamiento , que se utiliza para la resolución de problemas , antes de la intervención , se centraron principalmente en las emociones , con énfasis en la estrategia emocional (36,3 %) , y se encontró que las estrategias adoptadas después intervención fueron confrontiva y sustentativa , totalizando 63,6 % de los individuos que son estrategias positivas , problemas centrado , aumentando las posibilidades de resoluciones efectivas . Los resultados en el potencial que el grupo TSP mostraron reelaboración terapéutica el significado de la depresión y la comprensión del problema a través del análisis de la sintomatología depresiva y la reflexión cognitiva sobre los factores precursores de la depresión , el diseño de nuevas estrategias para la resolución de los problemas de la vida, el desarrollo el comportamiento frente a la vida y la construcción de significados intrínsecos de grupos terapéuticos . Identificado habilidades de afrontamiento empoderamiento y la mejora personal y la adaptación , destacando el impacto de los efectos de intervención en el entorno familiar , las relaciones familiares y la forma de entender e interpretar las situaciones , lo que minimiza los síntomas depresivos. Por último, este estudio plantea cuestiones de gran relevancia y pruebas optimizada de este enfoque terapéutico como tratamiento para los pacientes con depresión y la reducción de costes y la viabilidad del tratamiento a corto plazo, que responda a las necesidades desde el punto de vista de la salud pública Brasil .

Palabras clave: Depresión. Ancianos. Cuidados de enfermería. La psicoterapia de grupo.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e econômicas dos idosos que frequentam a UAI, Uberaba-MG. 2013.....	57
Tabela 2 - Comparação dos escores médios para sintomas depressivos dos idosos participantes do Grupo Terapêutico. Uberaba-MG, 2013.....	63
Tabela 3 - Pontuação dos escores da EDGA pré e pós-intervenção, Uberaba-MG. 2013.....	64
Tabela 4 - Estratégias de Coping utilizadas antes e após a intervenção, Uberaba-MG. 2013.....	65

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO.....	19
1.2 ASPECTOS DA DEPRESSÃO EM IDOSOS.....	20
1.3 REFERENCIAL TEÓRICO: TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)	26
1.3.1 Referencial metodológico: Técnica de Solução de Problemas (TSP).....	30
1.3.2 Etapas do processo da TSP (NEZU e NEZU, 1989).....	34
1.4 QUESTÃO NORTEADORA	38
2 PRESSUPOSTO.....	39
3 JUSTIFICATIVA.....	40
4 OBJETIVOS.....	40
4.1 OBJETIVO GERAL.....	41
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	42
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	42
5.2 LOCAL DA PESQUISA.....	43
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO (1ª etapa).....	45
5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO (2ª etapa).....	45
5.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS.....	45
5.6.1 Estratégias logísticas.....	49
5.6.2 Coordenação dos grupos – Facilitador / Co-facilitador.....	50
5.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	53
5.8 ANÁLISE DOS DADOS	54
5.8.1 Dados Quantitativos.....	54
5.8.2 Dados qualitativos.....	54
5.8.2.1 <i>Software ATLAS.ti - Qualitative Dates Analysis.....</i>	54
5.8.2.2 <i>Análise de conteúdo (BARDIN, 2010).....</i>	55
5.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	56
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	57
6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO DOS IDOSOS QUE FREQUENTAM A UNIDADE DE ATENÇÃO AO IDOSO (UAI).....	57

6.2 PREVALÊNCIA DE INDICATIVO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS QUE FREQUENTAM A UAI.....	60
6.3 ESCORES INDICATIVOS DE DEPRESSÃO ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO..	62
6.4 REPERCUSSÕES DA TSP NAS ESTRATÉGIAS DE COPING USADAS PARA ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO.....	65
6.5 POTENCIALIDADES DA TSP ATRAVÉS DE GRUPOS TERAPÊUTICOS COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO JUNTO A IDOSOS COM INDICATIVO DE DEPRESSÃO.....	67
7 CONCLUSÃO.....	81
8 REFERÊNCIAS.....	84
9 APÊNDICE.....	92
A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	92
B- ESTUDO DE CASO.....	93
10 ANEXOS.....	94
10.1 ANEXO A - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO.....	94
10.2 ANEXO B - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA.....	95
10.3 ANEXO C - INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING.....	96
10.4 ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS/UFTM	98

1 INTRODUÇÃO

1.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivida pelo país nas últimas décadas traz uma série de questões relevantes para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo (VERAS, 2009).

Neste sentido, evidencia-se o crescimento da população idosa como um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e acelerada, sendo que o número de idosos passou de três milhões, em 1960, para sete milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008. Projeções indicam que em 2020 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO; GARCIA, 2003; VERAS, 2009; IBGE, 2009).

Atribui-se a isso a queda das taxas de mortalidade e fecundidade, resultando em elevação significativa da população acima de 60 anos, com aumento da expectativa de vida mediante melhorias nas condições de saúde dos idosos. Revela-se uma transição demográfica rápida e irreversível num contexto de profundas transformações sociais (KALACHE, 2007; IBGE, 2011).

Sobreviver foi o grande desafio do século XX. O deste século incipiente, entretanto, será garantir condições que assegurem qualidade de vida àqueles que sobreviveram. Para tal será necessário esforço conjunto de toda a sociedade, desde o setor público e agências não governamentais, até o setor privado, na compreensão da heterogeneidade que caracteriza a população idosa, dos recursos necessários de saúde destinados a este público e estratégias de abordagem preventiva e integral, que associe a reflexão epidemiológica e o planejamento sistemático de ações eficazes de saúde (KALACHE, 2007; VERAS et al., 2008).

Diante deste cenário, surge um desafio: criar condições econômicas e sociais que atendam às necessidades dos idosos, especialmente aqueles de classes socioeconômicas menos favorecidas, com enfoque em envelhecimento ativo, saúde, participação social e segurança. É imprescindível que haja mobilização geral no sentido de adequações para essa realidade iminente que já revela indícios de calamidades sociais (KALACHE, 2007).

No contexto atual, os idosos brasileiros convivem com diversos problemas como a precariedade de investimentos públicos para atendimento às suas necessidades específicas, escassez de assistência médica e de hospitais, além de angústias com os baixos valores das aposentadorias e pensões que não permitem acesso aos serviços de saúde privados (NERI; SOARES, 2007; VERAS; PARAHYBA, 2007; VERAS, 2007; VERAS, 2009).

A maioria das pessoas idosas nos países em desenvolvimento não tem acesso a sistemas de saúde e de seguridade social adequados às suas necessidades, haja vista, a renda pode se constituir em fator limitante para acesso ao lazer e aquisição de bens necessários para melhoria das condições de saúde e de vida (VERAS; CALDAS, 2008; TAVARES; DIAS; MUNARI, 2012).

Soma-se a isso o preconceito, a subestimação e o desrespeito, ocorridos muitas vezes no próprio âmbito familiar, culminando em violência verbal, psicológica, emocional e física. A violência intrafamiliar ou institucional no segmento dos idosos é um dos tópicos mais relevantes nos dias atuais, tão vigente no mundo dos idosos e com indicadores cada vez maiores. A amplitude do tema e a dificuldade em solucionar o problema se atribuem ao fato de ocorrerem no interior da família e, particularmente, entre as pessoas mais próximas e supostamente estimadas pelo idoso, o que dificulta a detecção da situação, que na maioria das vezes é ocultada pelo próprio idoso, por medo, vergonha ou insegurança. O mesmo se observa nas Instituições de Longa Permanência, que deveriam ser locais de proteção à pessoa fragilizada, mas são, em alguns casos, espaços de maus-tratos físicos, psicológicos, financeiros, de abuso sexual, negligência e abandono (VERAS, 2010).

Destaca-se ainda a perda de pessoas próximas, como cônjuge, filhos ou amigos, e ainda a ociosidade, mediante escassez de alternativas de atividades de lazer e a falta de expectativa quanto à vida futura, situações que podem repercutir em isolamento social e desencadear diversos problemas de cunho emocional e psicológico no idoso (NERI; SOARES, 2007; VERAS; PARAHYBA, 2007; VERAS, 2007; VERAS, 2009; TAVARES; DIAS; MUNARI, 2012).

Diante desta realidade, estudos comprovam que viver submetido a essas condições pode representar fator desencadeante de sintomas depressivos e que isso tem se tornado um dos problemas psiquiátricos mais frequentes e importantes em idosos. A presença de depressão entre esse grupo tem impacto negativo sobre vários aspectos de suas vidas, sendo que a não realização de tratamento adequado gera piora do

prognóstico, tendendo a culminar em maior comprometimento físico, social e funcional do idoso (CARSON et al., 2005; BRASIL, 2006).

1.2 ASPECTOS DA DEPRESSÃO EM IDOSOS

De acordo com a OMS a depressão é um transtorno mental grave que se caracteriza por um estado prolongado de tristeza, perda de interesse em atividades e diminuição da energia. A depressão não é apenas tristeza e não é inerente ao processo de envelhecimento, é uma doença que deve ser tratada (WHO, 2001; BRASIL, 2006; NASCIMENTO, 2007).

No Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia dependendo da população alvo e do local estudado com predominância para sexo feminino e idosos institucionalizados. Na comunidade, no que concerne à presença de sintomas depressivos, a prevalência pode alcançar 59,3%. Estudo realizado com idosos cadastrados em Unidade de Saúde da Família evidenciou que 52% desses indivíduos apresentavam sintomatologia depressiva, dos quais 48% tinham depressão (BRASIL, 2006; FRANK; RODRIGUES, 2006; SIQUEIRA et al., 2009; FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Destaca-se que embora a maioria das pessoas idosas possam ser consideradas mentalmente saudáveis, a depressão é frequente nos anos que precedem à aposentadoria, diminui na década seguinte e, sua prevalência aumenta após os 75 anos, podendo levar ao suicídio, por meios letais ou ainda por meios latentes ou passivos (abandono de tratamento e recusa alimentar). Aponta-se que a maioria dos idosos teve seu primeiro episódio depressivo não diagnosticado e, portanto, não tratado (BRASIL, 2006).

Assim, revela-se como um problema eminente em idosos, que devido aos diversos fatores já mencionados, ainda pode apresentar como fatores desencadeantes o isolamento, as dificuldades nas relações pessoais, problemas de comunicação e conflitos com a família (BRASIL, 2006).

A compreensão das inter-relações entre os sinais e sintomas de depressão constitui-se premência, considerando que o diagnóstico e o tratamento adequados são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dessa população, além de otimizar o uso de serviços de saúde, evitar outras condições clínicas e prevenir óbitos (BRASIL, 2006).

Mediante o exposto, aponta-se que a saúde do idoso está relacionada com a sua capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo, sendo influenciada pelo funcionamento harmonioso de sua cognição, humor, mobilidade e comunicação. Evidencia-se a importância da realização de ampla avaliação clínica dos idosos, a fim de identificar problemas nessas áreas que possam ser provenientes de sintomas depressivos e as relações entre eles. A visão fragmentada do idoso é indiscutivelmente prejudicial (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A sintomatologia da depressão pode afetar diversas esferas do indivíduo, com perturbação ou alteração da capacidade funcional. Sendo assim, no que concerne aos aspectos emocionais e afetivos, evidenciam-se alterações como humor deprimido, diminuição do interesse e do prazer na maioria das atividades (anedonia), desmotivação, sentimentos de cunho negativo, diminuição da auto-estima e da autoconfiança, tristeza, vazio, auto-recriminação, sentimentos de culpa, insegurança, angústia, falta de iniciativa, raiva, crise de choro incontrolável e vergonha (BECK, 1997; MORENO; SOARES, 2003; ISTILLI et al., 2010).

Além disso, são identificadas alterações na psicomotricidade como retardo psicomotor, falta de energia, preguiça ou cansaço excessivo, lentificação do pensamento e do discurso, dificuldade de concentração, indecisão, perda de memória, agitação e tensão (BECK, 1997; MORENO; SOARES, 2003).

Como agravos às funções cognitivas ressaltam-se comportamentos que expressam avaliações negativas acerca de si mesmo, do mundo e do futuro, temas recorrentes como ruminacões, privação, perda, morte, desamparo, doença, ruína financeira, aumento desproporcional das preocupações, delírios congruentes com o humor (envolvendo saúde, moral, relacionamentos e finanças), ou incongruentes com o humor (persecutórios) (BECK, 1997; MORENO; SOARES, 2003).

E por fim, os sinais e sintomas relacionados aos aspectos vegetativos incluem alterações do apetite, diminuição da libido, dores, sintomas físicos difusos, desregulação circadiana da temperatura corporal, do ciclo sono-vigília e da secreção do cortisol, além de queixas somáticas e hipocondria (BECK, 1997; MORENO; SOARES, 2003; SIQUEIRA et al., 2009).

Em virtude do que foi exposto, conclui-se que as estratégias de intervenção à saúde do idoso devem ser desenvolvidas em seu sentido mais amplo, como um conjunto de iniciativas que alcancem os aspectos social, físico e emocional do idoso, constituindo, portanto, como desafio, assegurar ações capazes de atribuir significado à

vida, transformando a lógica do cuidado tradicional, com criatividade e inovação, pautadas no conhecimento científico com vista nas relações humanas e necessidades psicossociais, de forma a conduzir o idoso à elaboração de novas perspectivas na idade avançada (VERAS, 2007; VERAS, 2010).

Assim, o tratamento da depressão visa à reabilitação psicossocial e melhora cognitiva/funcional com enfoque na promoção da saúde e prevenção de recorrências, de forma a possibilitar que a pessoa idosa possa lidar com suas dificuldades. Inclui o uso de medicamento, que quando associado à psicoterapia, pode apresentar potencial de resposta terapêutica significativamente ampliada (FRANK et al., 2006; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Dessa forma, evidenciam-se as terapias desenvolvidas em grupo, que tem apresentado altas taxas de eficácia, em especial as terapias centradas em problemas emergentes, pois possibilitam ao indivíduo recursos adicionais para enfrentamento de suas condições, auxiliando-o a desenvolver recursos internos para lidar com seus problemas e dificuldades, de forma que possa vislumbrar novas possibilidades (BRASIL, 2006; OLIVEIRA et al., 2009).

Essas estratégias visam auxiliar as pessoas deprimidas a compreenderem e modificarem seus pensamentos, principalmente no que diz respeito aos sentimentos que podem afetar o comportamento, causando a desesperança, ideias suicidas, baixa auto-estima e baixa capacidade de resolução de problemas. Geralmente são intervenções breves que priorizam o enfrentamento dos problemas do cotidiano dos idosos, contribuindo para que superem situações de estresse e solucionem problemas relacionados às alterações do humor, favorecendo a melhora do ânimo e da vontade de viver (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005; FRANK et al., 2006; FUNELL, 2010).

Nessa perspectiva, estudos apontam que o desenvolvimento do quadro de depressão pode ser evitado, ou mesmo minimizado, através do apoio que o indivíduo recebe por meio das relações interpessoais. Sob este prisma, consolida-se a importância da estratégia de atendimento aos idosos através da participação em grupos, que é uma alternativa para as práticas assistenciais. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

O grupo constitui-se um espaço de acolhimento, escuta e atenção, possibilitando trocas de experiências e interações, que transformam de modo significativo as relações

sociais, na medida em que os encontros grupais possibilitam novos relacionamentos e a ampliação da rede social de apoio, promovendo a percepção de estar integrado à sociedade, intervindo na melhora da qualidade de vida (TAHAN; CARVALHO, 2010).

Neste sentido os grupos terapêuticos, que tem como objetivo principal a melhoria de alguma situação de patologia dos indivíduos, seja no aspecto da saúde orgânica ou psíquica, ou em ambas. O grupo terapêutico constitui-se na junção de pessoas que se sentem identificadas por algumas características semelhantes entre si, e se unificam quando se dão conta de que tem condições de se ajudarem reciprocamente (ZIMMERMAN, 1998; ZANINI, 2011).

Estudos comprovam que a participação em grupos terapêuticos tem possibilitado o reconhecimento das reais condições dos indivíduos, resgatando a auto-estima, influenciando no auto cuidado, na sensação de bem-estar, fortalecendo suas identidades pessoais e capacitando-os a vivenciar situações específicas. Estes fatores podem ser atribuídos às trocas de experiências, às atividades aprendidas e às mudanças proporcionadas no espaço grupal, evidenciando a importância desses grupos na melhora da vida dos indivíduos (ZANELATTO; REZENDE, 2006; TAHAN; CARVALHO, 2010).

Como suporte, um grupo pode ajudar pessoas durante períodos de ajustamento a mudanças, no tratamento de crises ou ainda na manutenção ou adaptação a novas situações. O potencial preventivo desses grupos emerge da possibilidade de pessoas com situações semelhantes poderem compartilhar experiências comuns (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

As vantagens da realização de grupos consistem em facilitar a construção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, além de possibilitar a quebra da relação vertical (profissional-paciente) e facilitar a expressão das necessidades, expectativas, angústias (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Apoiados, os indivíduos se sentem capacitados a superar condições adversas, haja vista que são constantemente estimulados pelo próprio grupo a participarem ativamente da resolução de seus próprios problemas, por meio da transferência de confiança do grupo no sentido de experimentar novos hábitos e comportamentos frente aos problemas, e do compartilhar de experiência do grupo para enriquecimento pessoal (CAMPOS, 2000).

Estudos comprovam que o grupo terapêutico constitui um espaço acolhedor capaz de promover interação entre os componentes desenvolvendo aceitação mútua das diversidades, considerando questões subjetivas e a capacidade que cada sujeito possui, o que promove vínculo e fortalece as condições para socialização de relatos pessoais sem receio de rejeição (OLIVEIRA et al., 2009; AZEVEDO; MIRANDA, 2011; SANTOS et al., 2012).

Neste sentido, ressalta-se que compartilhar experiências e vivências possibilita oportunidade de verbalizar dificuldades e proporciona alívio para os participantes ao mesmo tempo em que amplia possibilidades de escolha de condutas frente aos problemas vivenciados mediante exposição das estratégias de enfrentamento utilizadas. Assim, a construção cognitiva dos participantes de um grupo pode ser desenvolvida por meio de trocas (OLIVEIRA et al., 2009).

Isso permite a percepção de semelhança de situações vividas pelos membros do grupo, evidenciando a identificação entre os componentes, que consiste no discernimento dos participantes de que sua experiência de sofrimento ou situação problemática não é única, mas existem circunstâncias similares, ou ainda, é menor que a de outras pessoas e pode ser compartilhada (YALOM; LESZCZ, 2006; OLIVEIRA et al., 2009).

Sob este prisma, a participação em grupos terapêuticos sugere aumento da capacidade de reformulação de ideias e potencial para incitar mudança de comportamento por meio de reflexões internas de caráter cognitivo, interacional, social e acerca dos hábitos de vida. Assim, contribui no sentido de gerar novas perspectivas e levar o indivíduo a vislumbrar novas possibilidades de mudanças, maximizando a capacidade de acreditar na melhora da sua situação vivenciada a partir da reflexão e compreensão de características ou comportamentos inadequados frente aos problemas (OLIVEIRA et al., 2009).

Diante do exposto, essa estratégia tem sido amplamente utilizada por profissionais da saúde de diferentes áreas, pois se constitui em uma ferramenta inovadora no tratamento de diversas doenças, principalmente no cenário da saúde mental, aumentando motivação para adesão ao tratamento ao mesmo tempo em que favorece a criação de estratégias eficazes para enfrentamento das situações da vida (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

Contudo, a competência técnica necessária para coordenar grupos só pode ser adquirida por meio de preparo específico (teórico e prático) e contando com a

supervisão e assessoria de um profissional especializado na área nas atuações iniciais, até que se tenha domínio da função (SANTOS et al., 2012).

Para tanto, é necessário que o condutor do grupo possua alguns atributos indispensáveis para nortear e proporcionar os benefícios terapêuticos mencionados. Osório (2000) define que é necessário estimar trabalhar com grupos, para evitar desgaste pessoal e, conseqüentemente, prejuízo no cumprimento da tarefa estabelecida. Destaca ainda que seja fundamental o respeito às verdades, que contribui para o necessário estabelecimento de um modelo de identificação, de como enfrentar as dificuldades da vida. A coerência é necessária, pois atitudes incoerentes podem levar os participantes a um estado confusional e um abalo na construção dos núcleos de confiança. O senso de ética refere-se à imposição dos seus próprios valores e expectativas, além do total sigilo de tudo que lhe foi confiado.

O respeito é o exercício sistemático de tolerância pelas falhas e limitações presentes em algumas pessoas do grupo no sentido de compreender as eventuais inibições e o ritmo peculiar de cada um. Considera-se a paciência como uma atitude ativa e não passiva do coordenador para que cada integrante ultrapasse os diferentes momentos do grupo. Ao ser continente, o coordenador permite a contensão das possíveis emoções exacerbadas que podem emergir no grupo, das suas próprias angústias, provenientes da capacidade negativa (OSÓRIO, 2000).

Apontam-se ainda, como necessárias, a comunicação e a empatia. Somente uma comunicação efetiva pode auxiliar o indivíduo a conceituar seus problemas, enfrentá-los, vislumbrar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, buscando adaptar-se a novos padrões de comportamento. A empatia refere-se a uma sintonia emocional do coordenador com os participantes de forma a integrar-se no clima grupal. A capacidade de síntese e integração é a de se extrair um denominador comum dentre as inúmeras comunicações provindas das pessoas do grupo e associá-las em um processo de construção e reparação de ideias (OSÓRIO, 2000).

1.3 REFERENCIAL TEÓRICO: TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)

A teoria norteadora desta pesquisa fundamenta-se em princípios originários da Teoria Cognitivo-Comportamental. A Teoria Comportamental (TC), conforme Caballo (1996) é um termo utilizado como sinônimo de modificação ou terapia comportamental. Configura-se como o movimento mais significativo dentro da psicologia clínica nas últimas décadas, com enfoque nos transtornos do comportamento.

O autor refere ainda que essa teoria tem oferecido aos profissionais de saúde múltiplos procedimentos de intervenção para auxiliar os indivíduos a enfrentar transtornos comportamentais, desde o momento da aproximação ao problema, seguindo com a avaliação do mesmo e finalizando com seu tratamento, sendo que sua aplicação prática é imediata e verificável (CABALLO, 1996).

Por definição a Teoria Comportamental implica principalmente, na aplicação dos princípios derivados da investigação na psicologia experimental e social, para o alívio do sofrimento das pessoas e o progresso do funcionamento humano. Implica na alteração ambiental e na interação social, mais que na alteração direta dos processos corporais. O objetivo é essencialmente, educativo (CABALLO, 1996).

Neste sentido, as técnicas facilitam maior autocontrole, haja vista que na aplicação da terapia comportamental, normalmente se negocia um acordo contratual no qual se especificam procedimentos e objetivos mutuamente agradáveis. Aqueles que empregam os enfoques comportamentais de modo responsável guiam-se por princípios éticos amplamente aceitos (FRANKS; WILSON, 1975).

Caballo (1996) observa que em relação ao papel do comportamentalismo na TC, deve-se primeiro entender que o comportamentalismo não é monolítico, e os terapeutas que mais se adaptam à prática da TC, configuram-se como profissionais comportamentalistas metodológicos, levando em consideração a existência de estados mentais sob uma base inferencial, onde é possível a utilização de definições tais como livre arbítrio, autocontrole, cognição e o perceber-se.

Em oposição a essa vertente, existem os comportamentalistas metafísicos ou radicais que negam a existência de estados mentais com intenções úteis. Bandura (1986), um dos mais renomados comportamentalistas metodológicos, desenvolveu a teoria da aprendizagem social, que leva em consideração tanto a cognição quanto a execução, influenciando no comportamento do indivíduo.

A teoria da auto-eficácia aparece como base sólida para esclarecer os meios necessários para tornar compreensível a interdependência entre as mudanças cognitivas e comportamentais, influenciando nos padrões de pensamento, nas ações e na avaliação emocional, no decorrer da experiência vivida pelo indivíduo. Para esse autor, os processos causais constituem determinantes recíprocos, nos quais ocorre a interação entre as influências comportamentais, cognitivas e ambientais.

Para Caballo (1996), esse é o aspecto que propicia dificuldades conceituais, pois se de um lado, o conceito predispõe a criar uma aparência de livre arbítrio, por outro retém ao mesmo tempo um conceito de determinismo.

Sob este prisma, a Terapia Comportamental configura-se como uma perspectiva de solução de problemas, na qual se mesclam a avaliação e a intervenção para gerar valorizações contínuas do progresso. Rangé (2011) refere que discutir a Terapia Comportamental, atualmente, requer uma reflexão sobre as direções trilhadas através das bases do Condicionamento Operante. Levando essa reflexão a uma visão mais ampla, podem ser consideradas como caminhos percorridos a teoria da aprendizagem social e a modificação do comportamento cognitivista.

No que concerne à realização de uma avaliação comportamental, é importante respeitar algumas fases que direcionam o seu desenvolvimento. Essas fases são: a seleção e descrição dos comportamentos-problema; a seleção das técnicas de intervenção com as quais se atuará sobre os comportamentos descritos na etapa anterior; a avaliação dos efeitos provocados pela intervenção realizada. Essas fases são essenciais para colocar o profissional em contato com o problema de seu cliente e partindo da investigação, seguida da avaliação da situação-problema tentar ajudá-lo a solucionar e/ou procurar meios para encontrar as soluções (CABALLO, 1996; RANGÉ, 2011).

Embora a Terapia Comportamental tenha muitos adeptos na psicologia, ela não pertence a uma área do conhecimento específica, podendo ser interdisciplinar, desde que profissionais das áreas afins recebam treinamento adequado para atuar como terapeutas (CABALLO, 1996; RANGÉ, 2011).

Avanços fisiológicos e psicológicos levaram ao desenvolvimento da psicologia cognitiva, entretanto progressos em outros ramos do conhecimento também deram sua contribuição para o desenvolvimento do cognitivismo, ou seja, a crença de que muito do comportamento humano pode ser compreendido se primeiro houver o entendimento de como as pessoas pensam. (STERNBERG, 2000).

As vertentes teóricas que ajudaram a psicologia cognitiva a emergir foram a psicobiologia, a linguística e a antropologia, bem como campos tecnológicos como o sistema de comunicação, de engenharia e de informática (STERNBERG, 2000).

Na década de sessenta, tais avanços científicos nos campos referidos bem como as reações contra o behaviorismo criaram condições propícias para mudanças, o livro de Ulric Neisser foi especialmente importante para divulgar o cognitivismo. Para esse autor a psicologia cognitiva é o estudo da maneira como as pessoas aprendem, estruturam, armazenam e usam o conhecimento (STERNBERG, 2000).

Daí em diante ocorreu um desenvolvimento crescente de uma abordagem psicoterapêutica denominada psicoterapia cognitiva. A Teoria Cognitiva tem como uma de suas premissas básicas o fato de que a cognição prioriza a emoção e o comportamento. Para Teoria Cognitiva, mais importante que a situação real, é avaliação que o indivíduo faz a respeito dela. Uma mesma situação pode desencadear diferentes emoções como tristeza, raiva ou ansiedade (SILVA; SERRA, 2001).

Bandura (1969) e outros que se seguiram na década de setenta e oitenta, progressivamente, começaram a valorizar os aspectos cognitivos, com o consequente desenvolvimento de uma abordagem cognitivo-comportamental (HAWTON e cols, 1989). A Teoria Cognitiva consiste numa abordagem ativa, diretiva e estruturada com utilização no tratamento de ampla variedade de problemas psiquiátricos, fundamentada no modelo cognitivo e caracterizada pela aplicação de diversos procedimentos clínicos como: introspecção, insight, teste de realidade e aprendizagem, com o propósito de aperfeiçoar discriminações e corrigir concepções equivocadas, que se supõe fundamentarem os comportamentos, sentimentos e atitudes perturbadas dos indivíduos (ATKINSON et al., 2002; RANGÉ, 2011).

Ressalta-se que a Teoria Cognitiva de forma alguma pode ser persuasiva, em princípio constitui um método socrático. As sessões transcorrem, fundamentalmente, em torno de perguntas que o terapeuta faz para o indivíduo de modo que este possa questionar as bases de seus pensamentos automáticos e que, reconhecendo a ausência destas, possa modificá-las (ATIKINSON et al., 2002). Essa abordagem na medida em que focaliza as evidências dos dados como instrumento de avaliação da credibilidade das hipóteses, utiliza-se de procedimentos de um método indutivo (RANGÉ, 2011).

Neste sentido, a Teoria Cognitiva é orientada para o problema, não para a personalidade. É estruturada e direcionada para obter mudanças em dada situação problemática. Baseia-se, portanto, em um modelo educacional com o propósito de

instruir os indivíduos acerca de recursos e habilidades que lhe permitam lidar sozinho com as situações novas que enfrenta no seu cotidiano.

Por fim, aponta-se ainda, dentro da teoria Cognitiva o processo de metacognição, que consiste no conhecimento do próprio conhecimento, à avaliação, à regulação e à organização dos processos cognitivos. Fundamenta-se na atenção destinada aos pensamentos, no que se refere à consciência dos processos e das competências necessárias para execução de funções; na reflexão sobre as ações, referentes à auto-regulação, capacidade de avaliar a realização da tarefa e fazer adequações quando necessário (BROWN, 1978; FLAVELL, 1979).

Em suma, a terapia cognitiva se fundamenta na racionalidade de que o afeto e o comportamento de um indivíduo são em grande parte determinados pelo modo como ele estrutura o mundo. Essa técnica terapêutica é projetada para identificar, testar a realidade e corrigir conceituações distorcidas e crenças disfuncionais. Reavaliando e corrigindo seu pensamento, o paciente aprende a dominar problemas e situações, que ele previamente considerou insuperáveis. O terapeuta ajuda o paciente a pensar e agir de forma mais realísticas e adaptativa em relação aos seus problemas psicológicos, e desta forma reduzir sintomas (BECK, 1997).

Mediante a vasta aplicabilidade e resultados a curto e médio prazos evidenciados pela Teoria Cognitivo - Comportamental, tem-se observado vários desdobramentos da teoria, tanto na área da saúde como na empresarial (CABALLO, 1996).

Consiste numa área ascendente entre os profissionais da saúde mental que têm percebido seu valor enquanto possibilidade de ampliar o entendimento dos transtornos comportamentais e problemas emocionais. Além disso, insere o treinamento em habilidades de solução de problemas, como parte do tratamento, apontando a maioria da produção científica inicial sobre a habilidade em solução de problemas sendo originária da psicologia cognitiva experimental, da educação e da indústria (NEZU e NEZU, 1989).

A Teoria Cognitivo - Comportamental apresenta a tríade cognitiva, onde todos os sinais e sintomas depressivos originam-se de falha de três processos: 1º - visão que o paciente tem de si mesmo; 2º - visão que ele tem de suas experiências; 3º - visão que ele tem de seu futuro. A pessoa deprimida pode dar-se conta de que suas interpretações negativas iniciais são tendenciosas se ela é persuadida a refletir sobre essas explicações alternativas menos negativas (BECK, 1997).

Conforme observado, a pessoa deprimida tende a ver a si mesma, suas expectativas e seu futuro de forma negativa. Estes conceitos negativos ficam evidentes no modo como o paciente sistematicamente interpreta de forma errônea suas experiências no conteúdo do seu pensamento. Os conceitos negativos do paciente contribuem para os outros sintomas da depressão como tristeza, passividade, auto-incriminação, perda de resposta de prazer, e desejos suicidas. Um círculo vicioso é estabelecido: pensamento negativo, afeto desagradável, motivações autoderrotistas e passividade geral reforçam uns aos outros (BECK, 1997).

No geral, a vida de uma pessoa pode ser determinada por aquilo que ela pensa. Os pensamentos de uma pessoa são capazes de determinar situações, ocasiões, circunstâncias e momentos. Dessa forma todas as doenças disfuncionais da mente estão baseadas no raciocínio cognitivo. O que o indivíduo pensa determina suas escolhas, que determinam seu comportamento frente à vida, e este por sua vez determina suas conquistas, êxitos, derrotas e fracassos. Neste sentido a terapia cognitiva comportamental leva o indivíduo a reformular seus conceitos sobre si mesmo, sobre a vida e sobre suas capacidades, e assim gerar impacto de mudanças comportamentais frente os problemas da vida (RANGÉ, 2011).

1.3.1 Referencial metodológico: Técnica de Solução de Problemas (TSP)

Definida como sendo o processo meta-cognitivo pelo qual os indivíduos compreendem a natureza dos problemas da vida e dirigem seus objetivos em direção à modificação do caráter problemático da situação ou mesmo de suas reações a ela (NEZU, 1987). Dessa maneira, o problema é visualizado como situações vivenciadas ou que estão em curso e que necessitam de respostas para que ocorra a adaptação.

Derivada da Teoria Cognitivo - Comportamental, a TSP teve seu marco inicial nas décadas de 1950 e 1960, época em que se defendia a utilização de um enfoque social na psicopatologia. O trabalho desenvolvido por D'zurilla; Goldfried "Solução de problemas e modificação de comportamento", em 1971, constituiu um marco revelando o potencial dessa vertente teórica. O artigo em questão descrevia um modelo prescrito de como treinar as pessoas para desenvolver habilidades de resolver problemas, facilitando sua competência geral.

Nezu e Nezu (1987) referem que, diante dessa definição, o problema não se configura como característica nem do ambiente nem da pessoa, mas trata-se de um tipo individualizado de relação pessoa-ambiente que reflete um desequilíbrio ou discordância, percebidos entre as demandas e a disponibilidade de uma resposta adaptativa. Espera-se que esse desequilíbrio mude com o tempo, dependendo de alterações ocorridas no ambiente, na pessoa ou em ambos. A solução nesse modelo refere-se a qualquer resposta com característica de afrontamento com a intenção de modificar a natureza da problemática, bem como as reações emocionais negativas ou ambas.

A TSP, desde então, tem sido utilizada como intervenção de tratamento nos mais variados problemas de transtornos como a depressão, o estresse, a ansiedade, a agorafobia, a obesidade, os problemas conjugais, o etilismo, o tabagismo, entre outros; podendo até mesmo ser utilizada com pacientes psiquiátricos internados, no intuito de aumentar a competência social (CABALLO, 1996).

A técnica considera a habilidade de resolver problemas como uma série de habilidades específicas adquiridas, isto é, está teoricamente enraizada numa abordagem de competência social para treinamento de habilidades. Assim, tem sido mais recentemente adaptada para aumentar a capacidade de enfrentamento das pessoas que vivenciam dificuldades emocionais e psicológicas significativas (CABALLO, 1996).

Em síntese, a solução de problemas é o processo no qual se procura encontrar uma solução eficaz para uma situação considerada problema. Porém colocar em prática a solução supõe a realização da solução escolhida. Vale ressaltar que dispor de diferentes estratégias de tratamento configura-se como importante para o indivíduo que é competente para descobrir uma solução eficaz, mas incapaz de levá-la à prática, e esse pôr em prática configura-se como a realização do afrontamento que constitui o resultado do processo de solução de problemas (GONÇALVES, 2005).

Nessa perspectiva, D'zurilla e Nezu (1987) referem que as soluções eficazes são aquelas em que o indivíduo não só consegue alcançar seus objetivos, como também aumentam a possibilidade de resultados positivos, caracterizando, dessa forma, os benefícios que se têm com o afrontamento. Os autores referem ainda que conseqüentemente as situações negativas são minimizadas, configurando os aspectos negativos como os custos vivenciados pela tentativa de resolução de problema. Essa tendência de benefícios, sobrepondo os custos, implica em um reforço a curto ou longo

prazo da solução, bem como as consequências pessoais para o indivíduo e a impressão que a solução tem sobre outras pessoas significativas (CABALLO, 1996).

A eficácia ou a adequação de qualquer solução de problemas dependerá de como o indivíduo enfrenta seus problemas, qual o valor deles para sua vida e para as pessoas com quem vive, ou seja, cada indivíduo reage de uma maneira diferente ao mesmo estímulo, considerando como estímulo tantos fatores intrapessoais quanto os inerentes ao exterior (CABALLO, 1996).

O modelo de solução de problemas de saúde mental tem duas suposições, a primeira, devido às complexas capacidades cognitivas e às exigências da sociedade, as pessoas são ativas solucionadoras de problemas. A segunda suposição refere que o ajuste psicológico relaciona-se com a habilidade de solucionar problemas, levando em consideração características intra e interpessoais. Destrezas comportamentais e cognitivas medeiam tanto as reações emocionais como o ajuste psicológico (CABALLO, 1996).

Dentre essas destrezas que o indivíduo pode desenvolver, podemos citar o enfoque geral que o problema tem para o indivíduo, a maneira como vê o problema e quanto está sensibilizado e envolvido com a situação problemática, dessa maneira estando envolvido com o problema, haverá facilitação da capacidade de considerar soluções potenciais e até mesmo antepor os resultados das várias ações ou atos, e a maneira como a pessoa resolve reagir quando se defronta com uma solução problemática também configura-se como uma destreza (CABALLO, 1996).

Esse modelo ressalta ainda que as habilidades para solução de problemas denotam competência social, ou seja, capacidade que o indivíduo tem de enfrentar eficazmente os inúmeros problemas da vida cotidiana, e que a competência social é um componente do ajuste psicológico (D'ZURILLA; GOLDFRIED, 1971).

Aponta-se ainda, que o modelo de solução de problemas compreende dois grandes e parcialmente independentes processos no seu todo, são eles: o processo de orientação para o problema e o estilo de solução de problemas. A orientação para o problema refere-se às reações afetivas cognitivas generalizadas de uma pessoa que se confronta primeiramente com o problema. Essas respostas incluem uma sensibilização geral para os problemas bem como as várias crenças, pressupostos, avaliações e expectativas relacionadas aos problemas da vida e à sua própria habilidade para resolvê-los efetivamente (NEZU; NEZU, 1989).

A orientação para o problema pode ser caracterizada como positiva ou negativa. Uma orientação positiva envolve um senso realístico de otimismo bem como a crença de que os problemas na vida são comuns e podem ser resolvidos. Os indivíduos com uma orientação positiva tendem a visualizar os problemas como desafios ou como oportunidades para beneficiá-los de alguma maneira significativa. Eles também tendem a possuir uma forte crença de auto-eficácia e são mais aptos a usar as habilidades adaptativas de solução de problemas (NEZU; NEZU, 1989).

Ao contrário, uma orientação de problemas negativa pode conduzir a efeitos negativos. Há comportamento impulsivo e motivação para afastamento, os quais podem inibir ou interromper as tentativas de solução de problema subsequentes. Uma pessoa com uma orientação negativa tem uma tendência a ver o mundo de uma forma pessimista e provavelmente perceberá os problemas como atípicos e catastróficos (NEZU; NEZU, 1989).

O processo de solução de problemas envolve vários estilos de solução de problemas. Um tipo de estilo mal adaptado envolve uma tendência geral de agir impulsivamente e descuidadamente. Esse método de luta pode resultar em tentativas apressadas e não sistematizadas para resolver os problemas, conduzindo usualmente a um aumento das conseqüências negativas. Um segundo estilo mal adaptado de solução envolve uma tendência geral a evitar lidar com os problemas, especificamente, numa tentativa de proteger a si mesmo do estresse, algumas pessoas tentam negar sua existência, portanto, não resolvem ou tentam resolver o problema. Entretanto ambos os estilos de solução de problemas, ou seja, o impulsivo e o evitativo usualmente resultam num aumento da tensão (NEZU; NEZU, 1989).

Um estilo de solução de problemas efetivo é aquele que conduz a uma solução racional do problema. Essa abordagem envolve uma aplicação sistemática, planejada e habilidosa de vários princípios ou técnicas efetivas de solução de problemas. Cada tarefa nesse processo traz uma contribuição distinta em direção à descoberta de uma solução adaptativa e a resposta efetiva a uma situação geradora de tensão (NEZU; NEZU, 1989).

Esses quatro domínios de habilidade incluem: a definição e formulação do problema, ou seja, a habilidade para entender a natureza do problema, identificar os obstáculos em direção às metas, delinear objetivos realísticos e perceber relações de causa e efeito; a geração de alternativas, habilidade para criar múltiplas idéias para solução; a decisão de fazer diz respeito a identificar conseqüências potenciais para

predizer as probabilidades de tais conseqüências e conduzir a uma análise de custo x benefício a respeito do desejo desses resultados; a implementação da solução e verificação da habilidade para levar a cabo um plano de solução favoravelmente, monitorar seus efeitos, buscar assessoria, caso a solução não seja efetiva, e autovalorizar se o resultado for satisfatório (NEZU; NEZU, 1989).

Nesta vertente, o modelo de solução de problemas, para ser considerado eficaz requer cinco etapas que se processam em interação, cada uma delas trazendo uma determinada contribuição para o resultado final (NEZU; NEZU, 1989).

1.3.2 Etapas do processo da TSP (NEZU; NEZU, 1989)

1ª etapa - Orientação para o problema

Consiste em um processo motivacional, que pode ser considerado como reações cognitivo-afetivo-comportamentais imediatas de uma pessoa que vivencia uma situação-problema. Essa etapa configura-se como a sensibilização para o problema e pode ter um efeito facilitador ou inibidor sobre as outras quatro etapas restantes da solução de problemas. O treinamento dessa etapa ajuda nos seguintes aspectos:

- a- Identificar e reconhecer corretamente os problemas quando ocorrem – Percepção, reconhecimento e classificação do problema.
- b- Adotar a perspectiva filosófica de que os problemas da vida são normais e inevitáveis e que a sua solução é um meio viável de enfrentá-los – atribuições sobre as causas dos problemas.
- c- Aumentar suas expectativas de serem capazes de realizar satisfatoriamente atividades de solução de problemas, isto é, auto-eficácia percebida – avaliação do problema, significação para o bem-estar pessoal e social.
- d- Inibir a tendência a realizar hábitos de resposta automática, baseados em experiências anteriores, em situações semelhantes.
Controle pessoal – que se perceba o problema como controlável e com solução.
- e- Disposição de tempo e esforço – estimativa precisa do tempo que levará para solucionar o problema com êxito, a disposição do indivíduo em dedicar tempo e esforço necessários para solucionar o problema.

2ª etapa - Definição ou formulação do problema

Competem a esse processo o esclarecimento e o entendimento da natureza específica do problema. Pode estar incluso uma reavaliação da situação em termos de significação para o bem-estar e a mudança. Nessa fase o indivíduo avalia com mais precisão o problema, sendo que o treinamento desse componente centra-se em cinco tarefas:

- a- Busca de toda a informação e de todos os fatos disponíveis sobre o problema.
- b- Descrição desses fatos em termos claros e sem ambiguidades.
- c- Diferenciar as informações relevantes das irrelevantes e os fatos objetivos das inferências, suposições e interpretações não comprovadas.
- d- Identificação dos fatores e circunstâncias que fazem da situação um problema.
- e- Estabelecer uma série de objetivos realistas na solução de problemas. Pode-se utilizar nessa fase os cinco “W”:
 - Quem (who). Quem está envolvido neste problema? Quem é o responsável por este problema?
 - O que (What). O que estou sentindo sobre este problema? O que está acontecendo que faz com que eu me sinta triste? O que estou pensando em resposta a este problema? O que acontecerá se não solucionar este problema?
 - Onde (where) Onde ocorre este problema?
 - Quando (When) Quando começou este problema? Quando solucionarei, supostamente, este problema?
 - Por que (Why) Por que ocorreu este problema? Por que estou me sentindo tão triste?

Através da definição e formulação dos problemas, aos indivíduos conseguem traçar estratégias voltadas para a realidade do problema. Nesta fase o indivíduo é conduzido a compreender a natureza do problema, levando em conta as experiências prévias com problemas similares, com o objetivo de verificar se trata-se de uma situação que não é possível ser modificada (por exemplo a morte de um filho), sendo assim o indivíduo será então levado a compreender que para estas situações é necessário a adaptação; ou trata-se de uma situação que pode ser enfrentada no sentido de modificá-la (depressão), e então a pessoa irá examinar estratégias de modificação da situação na perspectiva de resolução do problema.

3ª etapa - Levantamento de alternativas

Nesse momento, ocorre o levantamento de uma lista exaustiva de alternativas e possibilidades. Deve haver quantas respostas forem necessárias para a solução de problemas, de forma que se possa ter a oportunidade de uma delas ser a que melhor se aproxima de um resultado positivo.

Ensinam-se os indivíduos a utilizarem três regras gerais de ideias: o princípio de quantidade, que relaciona quanto mais ideias alternativas forem levantadas, maior a probabilidade de gerar opções eficazes ou de qualidade; o segundo princípio refere-se ao adiamento do julgamento, sugere que a regra da quantidade pode ser aplicada se for retirada a opinião sobre a qualidade ou eficiência de qualquer ideia, até produzir uma lista exaustiva de respostas; o último princípio refere à variedade, que leva o indivíduo a pensar em um leque de soluções possíveis, através de uma variedade de estratégias ou tipos de enfoque, ao invés de centrar-se em uma só ideia.

4ª etapa – Tomada de decisão

Consiste em avaliar (julgar e comparar) as opções disponíveis com respeito à solução e selecionar a(s) melhor(es) para serem utilizadas na situação de problema. Nessa fase, orienta-se o indivíduo a estimar:

- a) A probabilidade de que uma alternativa determinada seja realmente eficaz para alcançar o objetivo.
- b) A probabilidade de que o indivíduo seja capaz de realizar a solução de forma adequada, isto é, valorização da capacidade e o próprio desejo de pôr em prática uma solução, independente de seus efeitos sobre o problema. Discute-se a possibilidade de execução de uma solução simples ou uma combinação de soluções: aspectos emocionais (estresse, nervoso, ansiedade) vivenciados pelo indivíduo ao tentar colocar em prática a solução.

5ª etapa – Prática da solução e verificação

Cabe a esse processo avaliar a eficácia para o resultado da solução escolhida. Após ter se colocado em prática, orientam-se os indivíduos para que se observem as

consequências da vida real que acontecem como função da solução aplicada. Nessa fase, avalia-se a implementação.

Após o desenvolvimento das cinco etapas, realiza-se a auto-avaliação, que consiste em verificar o bem-estar que esse envolvimento para a solução de problemas trouxe, e auto-reforçamento, que consiste em valorizar o esforço realizado e, por fim recapitular e reciclar, voltar aos passos de solução de problemas e averiguar as correções a serem feitas para achar uma solução eficaz.

No que tange ao profissional, Caballo (1996) refere que não cabe somente proporcionar explicações didáticas, mas modelar a maneira pela qual podem ser utilizadas, procedendo com empatia, valorizando o indivíduo em sua singularidade, sendo o enfermeiro um profissional com competência para atuar nesse processo, que têm por objetivo ajudar os indivíduos a identificar as situações estressantes da vida, tanto as situações anteriores como as atuais (os acontecimentos mais importantes e os problemas diários atuais); minimizar o grau em que essa resposta influencia de modo negativo, as tentativas futuras de enfrentamento; aumentar a eficácia de suas tentativas de solução de problemas, diante de situações problemáticas atuais e ensinar habilidades que permitam aos indivíduos vê-las de modo mais eficaz com problemas futuros, a fim de evitar perturbações psicológicas (CABALLO, 1996).

Assim, mediante o que foi exposto, salienta-se que envelhecimento está atrelado a mudanças contínuas, considerando que os idosos estão em intermitentes mudanças, marcados por muitos infortúnios em uma sociedade ainda despreparada para lidar com os desafios dessa nova realidade. Sendo assim, propiciar a estes indivíduos comportamentos construtivos e otimistas na fase do envelhecer pode ser uma tarefa árdua, porém estratégia imprescindível para permitir-lhes desfrutar dessa fase adotando decisões positivas para reagir às adversidades que o envelhecimento possa provocar, utilizando seu potencial humano para viver com qualidade (SANTOS et al., 2011).

Pessoas otimistas e que administram eventos genético-biológicos, sócio-históricos e psicológicos adequadamente se adaptam melhor às transformações trazidas pelo envelhecimento, considerando a velhice um período aprazível, com projetos e realizações, liberdade e experiência acumulada, especialização e capacitação, com desenvolvimento de vida e de potencialidades (LUZ; AMATUZZI, 2008).

1.4 QUESTÃO NORTEADORA

Assim, diante deste cenário, surgiu a questão norteadora dessa pesquisa: Qual o impacto da Técnica de Solução de Problemas através de grupos terapêuticos como estratégia de intervenção junto a idosos com indicativo de depressão?

2 PRESSUPOSTO

Partiu-se do pressuposto que o desenvolvimento da Técnica de Solução de Problemas através de grupos terapêuticos exerce influência positiva na forma como os idosos se percebem diante dos problemas da vida e auxilia-os a vislumbrar novas perspectivas para lidar com os sinais indicativos de depressão.

3 JUSTIFICATIVA

Considerando a demanda crescente do número de idosos, as diversas situações que permeiam essa fase, além dos problemas emocionais e psicológicos aos quais estão expostos, torna-se necessário o uso de recursos e estratégias voltadas para as relações humanas e sociais.

Evidencia-se a realização de grupos terapêuticos, como forma de intervenção junto a esses idosos, considerando suas peculiaridades, sendo os resultados desse estudo subsídio para o planejamento e desenvolvimento de ações de Enfermagem.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto da Técnica de Solução de Problemas, através de grupos terapêuticos, como estratégia de intervenção, junto a idosos com indicativo de depressão.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Traçar perfil sociodemográfico e econômico dos idosos que frequentam a Unidade de Atenção ao Idoso (UAI);
2. Estimar a prevalência de indicativo de depressão em idosos que frequentam a UAI;
3. Comparar escores indicativos de depressão antes e após a intervenção;
4. Descrever as repercussões da Técnica de Solução de Problemas nas estratégias de Coping, usadas por idosos com indicativo de depressão, para enfrentamento de problemas antes e após a intervenção;
5. Desvelar potencialidades da Técnica de Solução de Problemas, através de grupos terapêuticos, como estratégia de intervenção, junto a idosos com indicativo de depressão.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de intervenção do tipo Quase-experimental, com abordagem quali/quantitativa.

Quanto ao objetivo específico 1 (um), que se propôs a traçar perfil sociodemográfico e econômico dos idosos, trata-se de um estudo descritivo.

Concernente ao objetivo específico 2 (dois), que pretendeu estimar a prevalência de indicativo de depressão em idosos que frequentam a UAI, trata-se de um estudo descritivo do tipo seccional com abordagem quantitativa. Estudos seccionais permitem a verificação da ocorrência e distribuição de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, bem como estimar a prevalências, fornecendo evidências capazes de gerar hipóteses epidemiológicas (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2003; PEREIRA, 2003; PORTA, 2008).

No que se refere ao objetivo específico 3 (três), que se propôs a comparar escores indicativos de depressão antes e após a intervenção, e ao objetivo 4 (quatro), que visou descrever as repercussões da Técnica de Solução de Problemas nas estratégias de Coping, usadas por idosos com indicativo de depressão, para enfrentamento de problemas antes e após a intervenção, trata-se de estudo de intervenção do tipo Quase-experimental, com abordagem quantitativa.

Configuram-se como estudos de intervenção, aqueles onde o investigador introduz elementos para transformação do estado de saúde dos indivíduos ou grupos, visando avaliar eficácia ou efetividade de procedimentos. Cabe apontar, que com o advento da ciência moderna, a metodologia experimental foi tomada como paradigma do processo de produção de conhecimento, sendo considerada fundamental para o avanço da ciência. O estudo é definido como do tipo Quase experimental, pois não haverá alocação aleatória do tratamento, uma vez que tratam-se de grupos que serão submetidos a uma única forma de intervenção (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2003; PEREIRA, 2003).

E por fim, quanto ao objetivo 5 (cinco), que pretendeu desvelar potencialidades da Técnica de Solução de Problemas, através de grupos terapêuticos, como estratégia de intervenção, junto a idosos com indicativo de depressão, trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade de Atenção ao Idoso (UAI) do município de Uberaba – MG, fundada em setembro de 1986 para agregar e atender aos idosos que frequentavam grupos de convivência realizados nos diversos bairros da cidade. A UAI é mantida pela Prefeitura Municipal de Uberaba por meio da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social.

A Instituição tem doze anos de existência, com sede própria desde setembro de 2005 e com área ampla com dois salões para festas e jogos de bilhar, duas salas para aulas de dança, uma para fisioterapia, uma de terapia ocupacional, uma para psicologia, uma da administração, sala de apoio pedagógico, de assistência social, duas salas de artes manuais, sala de musculação, piscina aquecida para aulas de hidroginástica e natação adaptada para terceira idade. No local, são realizadas atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças, objetivando melhorar a qualidade de vida de seus usuários.

Segundo dados fornecidos pela Secretaria administrativa da UAI o acesso ao serviço é gratuito para pessoas acima de 50 anos, sendo exigida apenas documentação para cadastro e frequência regular. O serviço classifica como abandono quando o indivíduo comete cinco faltas não justificadas no período de um mês.

Com o intuito de organizar e qualificar o atendimento, são formados grupos divididos por atividades sendo elas: Recreativas (canto coral, jogos de mesa, baile, bateria), Artísticas (pintura em tela, trabalhos manuais), Físicas (dança de salão, natação, ginástica orientada, hidroginástica, musculação), Área da Educação (alfabetização, informática), Área de Beleza (cabeleireiro, maquiagem) e Área de Saúde (Psicologia, Fisioterapia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Serviço Social).

A equipe de profissionais que atua no local é composta por um Terapeuta ocupacional, um Assistente social, um Pedagogo, um Psicólogo, um Fisioterapeuta, um Enfermeiro, sete Professores de alfabetização, cinco Instrutores de arte, seis educadores físicos, um Motorista e 13 Auxiliares de serviços.

Além da equipe multiprofissional para o desenvolvimento das atividades voltadas aos idosos, a UAI possui em sua estrutura organizacional uma coordenação geral e uma equipe de apoio administrativo, sendo esta responsável para o arquivamento e documentação, controle de material permanente, de consumo e demais solicitações de natureza administrativa.

Destaca-se que a Unidade de Atenção ao Idoso tem como objetivo estabelecer ações que priorizem atendimento nas áreas de saúde, social, educativa e esportiva do idoso, possibilitando o acesso destes à promoção da saúde, prevenção de doenças, à recuperação e qualidade de vida. Assim, caracteriza-se como serviço de referência para a população idosa no município de Uberaba-MG constituindo espaço para relações sociais e satisfação pessoal, exercendo influência na qualidade de vida e promovendo melhor enfrentamento das condições da vida pelos idosos (HALLVASS, 2011).

Considera-se que a UAI contribui para o envelhecimento saudável da população idosa, uma vez que promove o bem estar do indivíduo e favorece ainda o fortalecimento das relações sociais, a troca de experiências, a autonomia e a independência do idoso. (CAETANO; TAVARES, 2008).

De acordo com o que foi exposto, observa-se que a UAI tem sido alternativa tanto para idosos que apreciam as atividades e adotam estilo de vida saudável e ativo, como também por idosos que vivenciam quadro de depressão, ou apresentam sinais e sintomas indicativos de depressão, ansiedade ou acometimentos à saúde mental, sendo orientados por profissionais da saúde a frequentarem a unidade como forma de minimizar esses problemas e auxiliar no enfrentamento dessas situações (CAETANO; TAVARES, 2008; HALLVASS, 2011).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Mediante desatualização da lista de idosos cadastrados, oferecida pelo serviço administrativo da unidade, onde percebeu-se que muitos idosos presentes na lista não estavam frequentando o serviço, bem como alguns tinham ido a óbito, decidiu-se realizar recadastramento de todos os indivíduos frequentes no serviço.

Assim, no período de 60 dias referentes aos meses de Abril e Maio de 2013 os pesquisadores realizaram cadastro dos idosos que frequentaram a unidade. Dessa forma, foi possível a construção de nova lista atualizada, totalizando 735 indivíduos frequentes a partir de 50 anos, sendo que destes, 401 eram idosos (60 anos ou mais) e 317 participaram da pesquisa.

Ressalta-se que os motivos da não participação de alguns idosos na pesquisa podem ser atribuídos a não terem sido encontrados após 5 tentativas, por motivos de viagem ou informações equivocadas acerca dos contatos informados no ato do

cadastro, impossibilitando acesso ao idoso para agendamento da entrevista (18%); recusa por falta de tempo ou desinteresse em contribuir com a pesquisa (2%); hospitalização no período da pesquisa (1%); dentre outros motivos como óbito entre o período de cadastramento e coleta dos dados e doenças como gripe e dengue, totalizando 21% de perdas.

Dessa forma, o estudo foi desenvolvido em duas etapas, a saber:

- 1ª etapa: Coleta de dados para construção do perfil socioeconômico/demográfico e Estimativa de prevalência de depressão;
- 2ª etapa: Intervenção e Avaliação.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO (1ª etapa)

Com relação à 1ª etapa, foram incluídas na pesquisa pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que frequentavam a unidade periodicamente e concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa os idosos que não comparecerem na unidade no período de 60 dias, considerando que se o indivíduo não compareceu à Unidade neste período não poderia ser considerado frequente, segundo critérios da unidade.

5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO (2ª etapa)

Com relação à 2ª etapa, foram incluídas na pesquisa pessoas com escores indicativo de depressão. Foram excluídos da pesquisa os idosos que faltaram em mais de um encontro, referente aos grupos terapêuticos, visto que foi pré-estabelecido que seriam permitidos 25% de falta nos grupos, correspondendo a uma falta.

5.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

1ª etapa: Perfil Socioeconômico/Demográfico e Estimativa de Prevalência de Depressão

Para estimar a prevalência de depressão nos idosos, foram coletados dados por meio de entrevistas realizadas por pesquisadores e entrevistadores. Optou-se por essa forma de coleta de dados para minimizar problemas como dificuldade de leitura ou compreensão dos itens descritos no questionário e problemas visuais apresentados pelos

idosos, além de reduzir perdas de indivíduos da pesquisa por questionários que frequentemente não são preenchidos e não retornam ao pesquisador.

A coleta foi feita por 12 entrevistadores previamente treinados para desempenho da função, orientados quanto à forma de abordagem do entrevistado, questões éticas relacionadas à pesquisa e quanto aos critérios metodológicos que devem ser utilizados no momento da entrevista.

Todas as entrevistas foram revisadas, e mediante inadequações no preenchimento do instrumento e/ou necessidade de complementação de dados, o idoso foi novamente abordado para garantir preenchimento completo do instrumento.

Foram realizadas reuniões periódicas entre os pesquisadores responsáveis pela pesquisa e os entrevistadores para orientações e esclarecimento de dúvidas.

As entrevistas foram agendadas previamente com o idoso, mediante lista com dados construída no recadastramento, e estes foram abordados no âmbito da unidade, antes, durante ou após a realização de suas atividades, de acordo com a disponibilidade do idoso. Neste momento foram coletados dados de identificação, sociodemográficos e econômicos para caracterização dos participantes da pesquisa, bem como dados para estimar a prevalência de indicativo de depressão.

Instrumentos de coleta dos dados e variáveis do estudo

Concernente a essa etapa, os dados foram coletados com a utilização de dois instrumentos. São eles:

1- Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ): Consiste em parte do questionário Older Americans Resources and Services (OARS), elaborado pela Duke University (1978), adaptado no Brasil por Ramos (1987), para coleta de dados sociodemográficos e econômicos. Foram selecionados os itens com as respectivas variáveis: sexo (masculino e feminino); faixa etária, em anos (60|-70, 70|-80 e 80 ou mais); estado conjugal (nunca se casou ou morou com companheiro(a); mora com esposo(a) ou companheiro(a); viúvo(a); separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a); ignorado); renda individual mensal, em salário mínimo (não tem renda, <1, 1, 1|-3, 3|-5, 5 ou mais); escolaridade, em anos de estudo (analfabetos, 1|-4, 4|-9, 9 ou mais) (ANEXO A).

2- Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (EDGA): Utilizada para identificar idosos com indicativos de depressão. Foi proposta por Yesavage e colaboradores em 1986 e adaptada no Brasil por Frank e Rodrigues (2006). É composta por 15 questões fechadas com respostas objetivas, sendo as variáveis "sim" e "não", com escore total que pode variar de zero a 15 pontos. Será considerado indicativo para depressão quando o escore for superior a cinco pontos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999) (ANEXO B).

2ª etapa: Intervenção e Avaliação

Nesta etapa, objetivou-se realizar intervenção com a utilização da TSP nos idosos com maiores escores indicativos de depressão. De acordo com princípios da técnica de realização de grupos, que preconiza número de oito a 10 participantes por grupo (DEBUS, 1997), e de acordo com o tempo disponível para realização do estudo, foi previamente estabelecido pela pesquisadora que seriam feitos dois grupos com, no máximo 10 idosos.

Os idosos que apresentaram escores de depressão entre 10 e 15 pontos, foram convidados via telefone a participar dos grupos terapêuticos, totalizando 23 idosos. Cinco idosos recusaram participar por questões pessoais, possibilitando compor um grupo de oito pessoas e outro grupo de dez pessoas. Essa estratégia de seleção dos idosos permitiu contemplar aqueles que mais necessitavam de intervenção. Ao longo da intervenção houve desistência de sete idosos, permanecendo 11 idosos, sendo cinco idosos no grupo um e seis idosos no grupo dois.

Foi feito contato com o idoso via telefone, com uma semana de antecedência para a realização do grupo, confirmando sua participação, contudo, no dia do grupo foi feito contato por telefone com todos os idosos, lembrando do compromisso e confirmando participação. Ressalta-se que os grupos foram fechados, não podendo ser modificados a partir do primeiro encontro, mesmo havendo não comparecimento no primeiro dia ou desistência ao longo do desenvolvimento, para garantir que todos os idosos do grupo participassem da mesma intervenção.

Os dados foram coletados durante o desenvolvimento dos grupos terapêuticos, por meio de gravadores, onde todos os depoimentos foram registrados. Utilizou-se ainda diário de campo, para registro de informações acerca do ambiente, comunicação não verbal manifestada pelos participantes e informações diversas obtidas por meio da observação, que contextualizam os discursos e permitem análise de múltiplos fatores.

As informações eram registradas ao longo do grupo pela pesquisadora, bem como imediatamente ao término do grupo, com impressões, inferências e percepções.

Procedimentos Metodológicos para Desenvolvimento dos Grupos Terapêuticos (DEBUS, 1997)

O grupo teve características de Grupo Focal, que segundo Gomes e Barbosa (1988) consiste em um grupo de discussão com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade desenvolvidos com duração em torno de uma hora, segundo recomendação de alguns autores (VEIGA; GONDIM, 2001).

Krueger (1996), afirma que o número de participantes de um grupo focal deverá ser pequeno o suficiente para que todos possam ter a oportunidade de expor suas ideias e grande o bastante para gerar diversidade de pensamentos. Quantificando esse raciocínio sugerem-se valores entre oito a 12 participantes.

Assim, esta pesquisa se propôs a desenvolver grupos com duração de uma hora, com um número de oito participantes para cada grupo, totalizando cinco encontros para cada grupo.

No 1º encontro foi realizado acolhimento do grupo com boas vindas, apresentação dos pesquisadores e informações acerca dos objetivos e finalidades da pesquisa e da técnica que seria desenvolvida, com destaque aos aspectos éticos vinculados à pesquisa. Feito contrato de regras e princípios básicos de convivência em grupo, envolvendo uso de celular, horário de chegada e saída, pontualidade, número de faltas, duração, respeito, aceitação, críticas e sigilo com as informações compartilhadas. No primeiro encontro ainda, iniciou-se discussão terapêutica sobre depressão no idoso, problemas da vida e repercussão destes na saúde mental. Por fim, aplicação de questionário sobre as estratégias de enfrentamento de problemas comumente utilizadas pelos idosos por meio do Inventário de Estratégias de Coping (ANEXO C).

Do segundo ao quarto encontro foi desenvolvida a TSP, utilizando como disparador temático um Estudo de Caso (APÊNDICE B) previamente construído para esta pesquisa pautado nas reais condições vivenciadas pelos idosos. Permeia os principais problemas enfrentados e as necessidades identificadas nos dados coletados acerca dos sinais indicativos de depressão e ainda nos estilos de estratégias de resolução dos problemas, identificados respectivamente na EDGA (ANEXO A) e no Inventário de Estratégias de Coping (ANEXO C).

Essa estratégia visa motivar a manifestação reflexiva dos participantes sobre os assuntos que fazem parte do seu cotidiano, estimular a construção do pensamento cognitivo além da verbalização sobre percepções acerca do caso relatado, traduzindo experiências semelhantes, compartilhando as estratégias utilizadas, os fracassos e êxitos obtidos e as condutas alternativas. Assim, busca-se abordar a totalidade de uma situação, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto e o significado de acontecimentos da vida mediante identificação e análise da multiplicidade de dimensões que envolvem o caso (YIN, 2001).

No quinto encontro, os idosos foram estimulados a verbalizarem sobre os resultados obtidos com o treinamento em solução de problemas, bem como as expectativas ao final do grupo. Conduziu-se reflexão acerca dos conceitos agregados, as novas estratégias de solução de problemas adotadas, os resultados alcançados bem como os significados construídos da experiência em participar dos grupos. Realizada coleta de dados pós-intervenção com EDGA (ANEXO B) e Inventário de Estratégias de Coping (ANEXO C), e finalmente conduzido momento de confraternização e despedida.

5.6.1 Estratégias logísticas

Para realização dos grupos terapêuticos foi solicitada reserva de sala na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, com ambiente tranquilo e confortável, facilitador de debate, de forma a minimizar eventos que pudessem causar desconforto ou mal estar, como variações extremas de temperatura, ventilação e iluminação.

Assim, preconizou-se local isento de ruídos externos (como aqueles provocados por obras, tráfego intenso de veículos automotores, entre outros) e internos (ventiladores e outros aparelhos) para que fosse facilitada a escuta entre os participantes, prezando por ambiente que assegurasse privacidade, onde os participantes puderam verbalizar sem serem observados por espectadores. As cadeiras foram dispostas em círculo, possibilitando contato visual de todos os componentes, evitando qualquer relação de hierarquia que possa dificultar o bom relacionamento, fazendo com que o coordenador e o observador se encontrem em posição de igualdade entre os membros do grupo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Os participantes sentaram-se a distâncias aproximadamente iguais do coordenador. Isto estimula a interação, o sentimento de fazer parte do grupo e previne conversas paralelas, bem como a formação indesejável de subgrupos.

A composição dos grupos contou com um número de oito idosos, em consonância com princípios grupais que preconizam que de oito a dez participantes constitui-se num grupo ideal (DEBUS, 1997).

Foi estabelecido acordo entre os idosos e o coordenador do grupo acerca de horário de chegada, de saída, importância de não faltar, disponibilidade de água para beber no local a fim de evitar ausências temporárias.

5.6.2 Coordenação dos grupos – Facilitador / Co-facilitador

A condução dos grupos terapêuticos foi feita pelas pesquisadoras, sendo uma na função de facilitadora (coordenadora) e outra na função de co-facilitadora (observadora). O papel do facilitador é significativo e relevante para o bom funcionamento dos grupos e implica preparo e instrumentalização em todas as fases do processo (DEBUS, 1997).

O grupo não deve ser concebido apenas como um campo de coleta de dados, sendo assim, não há respostas corretas ou incorretas e não se tem por fim informar ou persuadir. O grupo buscará encontrar no facilitador a figura de uma pessoa verdadeira e com sincero interesse em promover benefícios aos indivíduos. Assim, o facilitador não deve adotar postura de professor, juiz ou chefe, sendo expressamente inadequado manifestar acordo ou desacordo com pontos de vista apontados pelos participantes ou induzir falas (DEBUS, 1997).

Deste princípio derivam-se outros, isto é, que o coordenador trabalhe em si mesmo atitudes favoráveis à interação grupal e estratégias de condução, sendo que na prática a percepção e flexibilidade são de extrema significância, porque o preparo para situações previstas nem sempre é suficiente, uma vez que, em grupos, situações inusitadas ocorrem e o facilitador precisará administrá-las (DEBUS, 1997).

Neste sentido, o coordenador é um facilitador do debate. Fomenta opiniões divergentes ao ratificar que não se tratam de verdades absolutas e que cada um pode expressar sentimentos diferentes dos demais, estimulando o grupo a expor opiniões com franqueza e sinceridade. Explica princípios gerais para o debate, solicitando que seja assegurado o espaço de fala sem interrupções. Cede a palavra aos co-facilitadores para que cada um explique seu papel durante as sessões, indicando os momentos de intervenção, auxílio ao coordenador, anotações e controle das gravações (DEBUS, 1997).

Assim, o facilitador conduz o debate, encoraja os participantes a expressarem livremente seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre a questão em estudo, mantém a discussão focalizada, fazendo sínteses do que foi explicitado e retomando o assunto quando alguém se desvia dele. Concede espaço aos participantes para que possam se manifestar quanto à veracidade da síntese ou para algum esclarecimento quando necessário. Vincula continuamente os comentários feitos por diferentes membros do grupo a fim de que possam emergir significados, construindo o significado do grupo (DEBUS, 1997).

Contudo, o co-facilitador é de suma importância para o sucesso da técnica de grupos focais. Embora suas ações não sejam tão visíveis quanto àquelas que o coordenador desempenha durante as sessões, exigem dele atenção constante e habilidade tanto de análise quanto de síntese. Localizado de forma que possa comunicar-se de forma não verbal com o facilitador, o observador registra acontecimentos gerais e peculiaridades significantes. Em sintonia com o facilitador, auxilia a condução da sessão, no sentido de intervir para obter esclarecimentos quando percebe que não houve os devidos encaminhamentos, até porque, muitas vezes, o coordenador pode não ter reconhecido a necessidade como tal (DEBUS, 1997).

Durante a sessão, colabora com o coordenador no controle do tempo e encarrega-se de monitorar o equipamento de gravação, de forma ágil e discreta, isto é, sem deslocar a atenção do grupo para seus movimentos. Também faz um breve registro em cada fala dos participantes para facilitar a posterior transcrição das fitas, de forma a identificar quem são os interlocutores na seqüência do debate (DEBUS, 1997).

No final da sessão, reúnem-se facilitador e co-facilitador, no intuito de realizarem um feedback sobre o que transcorreu. Ambos trocam impressões e pareceres sobre o desempenho de seus papéis e do grupo como um todo. O observador contribui com seu parecer, complementando a síntese elaborada pelo facilitador, já que dispõe de maiores subsídios para balizar significados porque deteve-se em captar e registrar em um diário de campo as reações dos participantes nas várias formas de expressão, verbal e não verbal (DEBUS, 1997).

Avaliação

No último encontro os grupos foram conduzidos à reflexão acerca da repercussão em participar da intervenção, os conceitos agregados, as novas estratégias de solução de problemas adotadas, os resultados alcançados bem como os significados construídos da experiência em participar dos grupos, a fim de desvelar potencialidades da TSP através de grupo terapêutico.

Foram ainda coletados dados acerca dos sintomas indicativos de depressão pela EDGA (ANEXO B), bem como dados das estratégias de enfrentamento de problemas, através do Inventário de Estratégias de Coping (ANEXO C), para comparação antes e após a intervenção.

Instrumento de coleta dos dados: Inventário de Estratégias de Coping-Jalowiec

O Inventário de Estratégias de Coping-Jalowiec consiste em uma escala desenvolvida para mensurar como o indivíduo lida com diferentes situações de problemas. Sua versão original foi proposta por Jalowiec et al em 1984, validada no Brasil por Galdino em 2000.

Consiste em 60 itens que descrevem esforços cognitivos e comportamentais adotados em resposta ao problema e foram divididas em oito estilos de *coping*: confrontivo (confronta o problema diretamente – 10 itens), evasivo (evita o problema – 13 itens), otimista (tem pensamentos positivos – 9 itens), fatalista (desesperança em relação ao problema e pessimista – 4 itens), emotivo (responde emocionalmente – 5 itens), paliativo (passa pelo problema fazendo coisas que se sintam melhor – 7 itens), sustentativo (utiliza suportes para enfrentar problemas – 5 itens), e autoconfiante (uso de estratégias que envolvem seus próprios recursos – 7 itens). Os estilos de *coping* confrontivo e sustentativo são classificados como *coping* focado no problema, os demais estilos (evasivo, fatalista, otimista, emotivo, paliativo e autoconfiante) focados na emoção (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O *coping* centrado na emoção corresponde a estratégias que derivam de processos defensivos e levam os indivíduos a evitarem confronto com situações que gerem ameaça e conduzem a manobras cognitivas como fuga, distanciamento e aceitação na tentativa de amenizar os estressores. No *coping* focalizado no problema as estratégias estão voltadas para a realidade, consideradas formas de enfrentamento adaptativas, pois

possibilitam modificar as pressões ambientais e até eliminar estressores, objetivando analisar, definir a situação, de forma a buscar alternativas para melhor resolvê-la (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Dessa forma os itens são distribuídos aleatoriamente e o indivíduo é orientado para que marque aqueles comportamentos com os quais ele se identifica quando precisa enfrentar um problema.

A avaliação da confiabilidade do instrumento utilizado foi feita pelo Coeficiente Alfa de *Cronbach*. Nesse sentido, a confiabilidade é definida como uma variável ou um conjunto de variáveis capaz de medir o que se propõe, de forma fidedigna e verdadeira. Valores de alfa inferiores a 0,60 podem ser considerados inadequados; adequados com algumas carências os coeficientes entre 0,60 e 0,70; adequados entre 0,70 e 0,80; bons entre 0,80 e 0,85; e excelentes os superiores a 0,8513. O índice de consistência interna dos itens da escala do instrumento é de 0,9221, ou seja, apresenta excelente confiabilidade (JUNIOR, 2005).

A confiabilidade do instrumento utilizado possibilita que o mesmo seja utilizado por pesquisadores, em outras investigações, com extratos populacionais diferentes, de maneira a ampliar conhecimentos referentes ao enfrentamento das pessoas às diferentes situações a que são expostas no seu cotidiano. Em se tratando, especificamente, dos diferentes espaços de atuação do enfermeiro, pesquisas desse tipo podem contribuir no sentido de qualificar a assistência de enfermagem aos indivíduos, extensivo aos seus familiares (GALDINO, 2000).

5.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Com relação aos dados quantitativos, coletados na 1ª etapa da pesquisa, foram digitados em dupla entrada, em banco de dados eletrônico, no programa Excell® para validação. Foi verificada a consistência dos dados entre as duas bases; e os dados inconsistentes foram confirmados com a entrevista original e realizadas as correções pertinentes. O banco de dados da planilha foi transportado para o programa SPSS, para proceder à análise.

Os dados qualitativos coletados no desenvolvimento dos grupos terapêuticos foram transcritos na íntegra e associados às informações registradas no diário de campo, para proporcionar maior quantidade de informações. Posteriormente foram transferidos para o Software de análise qualitativa ATLAS.ti, que consiste em uma ferramenta de suporte metodológico norteada pela teoria de Bardin (2010).

5.8 ANÁLISE DOS DADOS

5.8.1 Dados Quantitativos

Os dados sociodemográficos e econômicos coletados foram analisados e as seguintes variáveis foram categorizadas: faixa etária 60-70, 70-80, 80 ou mais; estado conjugal; moradia; escolaridade; atividade; salário; origem dos recursos.

A análise das variáveis categóricas do instrumento foi feita por meio da estatística descritiva em Frequência Simples. A taxa de prevalência foi segundo a fórmula número de casos existentes em dado local momento período x 10ⁿ dividido por população do mesmo local e período.

$$\frac{\text{Número de casos existentes em dado local momento período} \times 10^n}{\text{População do mesmo local e período}}$$

A taxa de prevalência representa a proporção de pessoas com determinada característica de saúde em um dado momento temporal, sendo aplicável em estudos transversais e observacionais (AGUIAR, 2007).

Foram ainda calculados comparativamente os escores obtidos antes e após a intervenção, a fim de evidenciar alterações, por meio do *teste T - pareado*.

Para análise dos dados referentes às estratégias de enfrentamento, obtidos pelo Inventário de Estratégias de *Coping-Jaloitec* foi calculada pontuação relativa, que resulta da soma dos valores de todos os itens pontuados dentro da subescala, dividido pelo número de itens na subescala, denominada de pontuação de meio. Em seguida calcula-se a pontuação relativa dividindo a pontuação de meio para cada subescala, pela soma das pontuações de meio de todas as subescalas (incluindo aquela da subescala). A seguir, serão comparadas as pontuações relativas de cada subescala e a que apresentar maior pontuação será considerada como estilo de *coping* mais utilizado no enfrentamento pelos entrevistados (GALDINO, 2000).

5.8.2 Dados qualitativos

5.8.2.1 Software ATLAS.ti - Qualitative Dates Analysis

A análise dos dados coletados nos grupos terapêuticos foi feita no Software de análise qualitativa ATLAS.ti, que consiste em programa de análise de dados utilizado

na pesquisa qualitativa, cujo objetivo é auxiliar pesquisadores a sistematizar este processo, minimizando interpretações e inferências pessoais e garantindo a fidedignidade dos dados, mantendo relações entre elementos analisados. Neste sentido, oferece ferramentas que permitem ao usuário localizar informações no discurso registrado, efetuar anotações, elaborar códigos e estabelecer relações entre eles.

O software ATLAS.ti permite a descoberta de fenômenos complexos, os quais, possivelmente, não seriam detectáveis na simples leitura do texto, principalmente, em relação à técnica tradicional de tratamento dos dados manualmente (QUEIROZ, 2011).

Contudo ressalta-se que toda construção feita com base nos dados brutos depende do elemento humano, representado pelo pesquisador. Assim, o programa não exclui a participação ativa do pesquisador qualitativo, que utiliza suas habilidades à análise dos dados, de forma a detectar os sentidos dos significados expressos nos discursos.

5.8.2.2 *Análise de conteúdo (BARDIN, 2010)*

A técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2010) aborda os resultados como uma descoberta de núcleos de sentidos, evidenciados a partir dos temas que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência apresentam significado para o objetivo analítico do estudo.

A análise de conteúdo visa verificar hipóteses e descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto. A contextualização deve ser considerada como um dos principais requisitos para garantir a fidedignidade dos dados. A operacionalização da análise temática abrange três etapas:

1) *Pré-análise*: o material coletado será organizado mediante sistematização das ideias e leitura exaustiva. São determinadas nesta fase, as unidades de registro – palavras ou frases, as unidades de contexto, os recortes, a forma de categorização e os conceitos teóricos gerais que orientarão a análise, levando-se em conta a questão central e objetiva da pesquisa.

2) *Exploração do Material*: será realizado o processamento da análise propriamente dita, por meio dos processos de codificação, categorização e quantificação das informações consiste na transformação dos dados iniciais obtidos, objetivando a compreensão do texto a partir do seu núcleo de sentido. Procedem-se o recorte do texto em unidades de registro e realiza-se a classificação e agregação dos dados.

3) *Tratamento dos Resultados Obtidos*: ocorre a interpretação dos dados obtidos, já categorizados, correlacionando-os com o referencial teórico que fundamenta a pesquisa. Fase de transformação dos dados brutos em resultados significativos.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob protocolo nº 2316. Para cada voluntário foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido segundo Resolução 196/96. Neste momento foi esclarecido o objetivo do estudo, bem como a garantia do anonimato e total liberdade do voluntário em desistir da pesquisa a qualquer momento. Salienta-se que a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba autorizou a coleta de dados.

Cabe elucidar que todas as informações colhidas estarão sob o cuidado do pesquisador responsável e deverão retornar de forma compreensível à comunidade. É de responsabilidade do pesquisador, coordenar as atividades de pesquisa tendo o cuidado de cumprir os prazos estabelecidos, divulgar os resultados em eventos científicos, confecção de artigos, e garantir a confidencialidade de qualquer informação obtida mantendo conduta ética.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados dessa pesquisa serão apresentados de acordo com a ordem dos objetivos propostos.

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO DOS IDOSOS QUE FREQUENTAM A UNIDADE DE ATENÇÃO AO IDOSO (UAI)

A tabela 1 a seguir descreve as características da população, de acordo com as variáveis sociodemográficas e econômicas:

Tabela 1- Características sociodemográficas e econômicas dos idosos que frequentam a UAI, Uberaba-MG. 2013.

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	81	26,27
	Feminino	236	73,73
Faixa etária	60 70	156	49,20
	70 80	119	37,10
	80 e mais	42	13,68
Estado Conjugal	Casado/mora companheiro	107	34,77
	separado/desquitado/divorciado	57	18,67
	Viúvo	115	36,7
Moradia	Solteiro/ nunca se casou	38	9,81
	Casa própria quitada	256	80,69
	Casa própria em prestações	14	4,56
	Aluguel em casa de familiar	3	0,97
	Paga aluguel	17	5,53
	Cedida	27	8,79
	Asilo	0	-----
Escolaridade(anos)	Sem escolaridade	20	6,64
	1 a 5 anos	203	63,17
	6 a 10 anos	36	11,72
	11 a 15 anos	49	15,96
	16 a 20 anos	9	2,93
Atividade/Profissão	Dona de casa	183	64,17
	Doméstica	7	2,28
	Trabalho braçal	3	0,97
	Trabalho rural	1	0,32
	Profissional Liberal	19	6,18
	Empresário	2	0,65
	Não exerce	80	25,63
	Outro	22	0,16
Salário individual	Sem renda	37	12,45
	<1	8	2,60
	1	123	39,87
	1 3	124	37,65
	3 5	20	6,51
	>5	3	0,97
Origem dos recursos financeiros	Aposentadoria	154	78,48
	Pensão	72	23,1
	Aluguel	29	9,44
	Familiares	10	3,25
	Doações	1	0,32

Trabalho Contínuo	18	5,86
Trabalho Eventual	14	4,56
Renda mensal vitalícia	2	0,65
Aplicação financeira	3	0,97
Sem renda própria	14	4,56

Fonte: o autor

De acordo com a tabela 1 nota-se que dos 317 idosos que frequentam UAI a maioria foi representada pelo sexo feminino (73,73%). No Brasil, as mulheres idosas também representam maior percentual em relação aos homens dessa faixa etária (55,7% vs 44,3%), bem como na cidade onde este estudo foi realizado, cujos dados do Ministério da Saúde indicaram que no ano de 2009, o município tinha 20403 (56,97%) mulheres idosas residentes (IBGE, 2012).

Quanto à faixa etária, o presente estudo apontou que 49,2% encontravam-se entre 60-70 anos (tabela 1), caracterizando uma população idosa jovem. Entretanto obteve-se 37,1% de idosos entre 70-80 anos, demonstrando que idosos menos jovens procuram por atividades de atenção à saúde em número também significativo. Por fim, apenas 13,68% deles tinham 80 anos ou mais.

No Brasil em 2011, o índice populacional relativo de idosos com 60 anos ou mais era de 12,1%, e de idosos acima de 80 anos chegava a 1,7% sobre toda a população, portanto os idosos com mais de 80 anos correspondiam a 14,04% do total de idosos, o que significa que os dados deste estudo são convergentes com os achados para a população brasileira, também, explicando o motivo pelo qual estão em menor número comparado às demais faixas etárias na Instituição (IBGE, 2000; IBGE, 2012).

Comparando com o observado em 2007, em que foi realizada uma pesquisa na mesma UAI em questão, percebe-se uma redução significativa de 71,8% para 46,2% da população idosa jovem (60 a 69 anos), demonstrando um aumento de interesse por programas de atividades comunitárias pelos idosos de 70 a 79 anos (de 28,2% para 37,65%) (CAETANO, 2008). Entretanto, ressalta-se que, embora a Instituição seja dedicada ao idoso, seu maior público compreende pessoas de 50 a 59 anos, os quais não foram abordados na pesquisa (ESTATUTO DO IDOSO, 2010).

Em se tratando do estado conjugal dos idosos houve uma predominância dos viúvos com 36,7%, seguidos dos casados com 34,77%, separados/desquitados/divorciados com 18,67 e solteiros com 9,81. Esses dados coincidem em partes com um estudo que traçou perfil de idosos ingressantes em um programa de educação física e os motivos da adesão, onde verificaram que idosos

viúvos e solteiros tendem a participar mais de atividade física regular e caminhada (PEREIRA, 2009).

Uma parcela importante da população estudada possui casa própria quitada (80,69%). A maioria da população idosa brasileira possui casa própria (66%), segundo um estudo sobre perfil sociodemográfico do idoso brasileiro, corroborando com essa pesquisa (IBGE, 2011).

Quanto ao grau de instrução em relação aos anos de escolaridade, verificou-se que os idosos participantes do estudo apresentaram, em sua maioria, um a cinco anos de estudo (63,17%), coincidindo com Censo Demográfico de 2010, que foi de 3,3 anos de estudo, em relação à média de escolaridade de idosos no Brasil (IBGE, 2011). Em se tratando dos idosos sem escolaridade, obteve-se neste estudo 6,64%, o que reflete um ligeiro aumento dos idosos sem estudo na Instituição quando comparado à 2007 que era de 5,1%, porém menor do que o observado na área urbana da cidade que era de 23,08% (CAETANO, 2008).

Sobre a ocupação dos idosos, houve um predomínio de donas de casa (64,17%), seguidos dos que não exercem a profissão (25,63%). Em outro estudo realizado na mesma UAI em 2007 verificou-se que 89,8% não trabalhavam e 84,7% eram aposentados. Mesmo com aposentadoria alguns idosos referiram trabalhar (10,2%), principalmente no mercado informal, para complementação de renda (TAVARES, 2008). A participação do idoso no mercado de trabalho minimiza sua marginalização perante a sociedade, além de proporcionar a sensação de bem estar social e utilidade para a sociedade. Por outro lado, pode ser um fator limitante para a participação em atividades promocionais de saúde e preventivas de doenças, em decorrência da não disponibilidade de tempo ou da incompatibilidade de horário entre o trabalho e o horário de funcionamento dos serviços (CAETANO, 2008; IBGE, 2007).

O valor da renda familiar encontrado no presente estudo mostra que a maioria dos idosos apresenta 1(um) salário como renda, correspondendo 39,87%, tendo, em seguida, rendas de um a três salários com 37,65%, sendo desses, a maioria (78,48%) aposentados, e 23,1% pensionistas. Segundo o IBGE a média de renda do idoso é de até três salários mínimos, corroborando com esse estudo. Uma pesquisa realizada em Brasília, sobre o perfil sociodemográfico dos idosos participantes de atividades físicas regulares, encontrou-se uma média acima da população brasileira, de 10 a 15 salários mínimos (31,71%), seguida de idosos que recebiam entre 5 a 10 salários mínimos

(25,61%), diferenciando da média da renda familiar do idoso brasileiro (SANTOS, 2012).

Quanto à origem dos recursos, 78,48% advinham de aposentadoria e 23,1% de pensão. Dos 30,3% dos idosos que possuíam mais de uma fonte de renda, 92,7% tinham a aposentadoria como uma delas, demonstrando atualmente, uma maior atividade da população idosa, que não se sustentam apenas com recursos da aposentadoria, mas buscam outras formas de renda. Na pesquisa supracitada realizada em Brasília, foi demonstrado que a principal fonte de renda dos idosos participantes de atividades físicas regulares foi a aposentadoria, corroborando como a principal fonte de renda dos idosos frequentadores do UAI, encontrada nesse estudo (BORGES, 2011).

6.2 PREVALÊNCIA DE INDICATIVO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS QUE FREQUENTAM A UAI

Com relação à estimativa de prevalência de depressão, verificou-se que dos 317 idosos entrevistados que frequentam a UAI do município, 98 (30,9%) apresentaram indicativo de depressão.

Estudo realizado com idosos pertencentes a um grupo de terceira idade, em uma cidade do interior de São Paulo-SP, constatou que muitos idosos apresentavam queixas e sintomas relacionados à depressão e tinham dificuldades em procurar ou aderir a tratamento, mesmo sendo-lhes oferecidas semanalmente oficinas de atividade física, artesanato, coral, dança cigana, passeios e bailes da terceira idade (GIL, 2011).

Em outro estudo realizado com 118 idosos predominantemente do sexo feminino (90%), de cinco Grupos de Convivência de Idosos cadastrados na Gerência de Atendimento ao Idoso (GAI) do Distrito Federal, identificou-se índice de depressão em 31% dos idosos que freqüentavam esses Centros de Convivência de Idosos (OLIVEIRA et al., 2006).

Contudo evidencia-se predomínio de estudos apontando escores reduzidos de depressão em idosos que frequentam Unidades e Centros de convivência para idosos, como o Projeto Ediposo em um subdistrito da Saúde no município de São Paulo – SP, apresentando valores de 80,2% dos 1293 idosos entrevistados em um estudo de coorte que não apresentavam índices depressivos. Os escores de depressão encontrados na população pesquisada chegaram a se aproximar de números obtidos em trabalhos

avaliativos de escores de depressão em idosos de países mais desenvolvidos (LIMA et al., 2009; ANTES et al., 2012; GUTIERREZ et al.; 2011).

Outros dados relacionados a escores inferiores de depressão de acordo com o Índice de Aptidão Funcional Geral (IAFG) envolveram os participantes do Programa Floripa Ativa de seis Centros de Saúde de Santa Catarina-SC, e a prevalência de idosos com sintomas depressivos encontrada foi de 16, 9% (ANTES et al., 2012).

Salienta-se ainda outra pesquisa desenvolvida nas áreas de convivência de dois centros de referência de idosos localizados no Município de São Paulo (SP), com amostra de 166 idosos onde observou-se que 19,9% dos participantes apresentavam sintomas depressivos (GUTIERREZ et al; 2011).

Mas em pesquisa realizada envolvendo quatro Centros de Convivência de Idosos em Ermelino Matarazzo (SP), apesar de concluírem que o índice de sintomas depressivos não diminuiu, os centros de convivência e os programas da terceira idade parecem contribuir para o *status* cognitivo e para a satisfação com a vida dos participantes. Verificou-se que os aspectos cognitivos e psicossociais do envelhecimento revelam plasticidade e podem sofrer a modulação de intervenções socioculturais, como as desenvolvidas pelos centros de convivência (YASSUDA; SILVA, 2010).

De acordo com o que foi exposto, observa-se que a UAI tem sido alternativa tanto para idosos que apreciam as atividades e adotam estilo de vida saudável e ativo, como também por idosos que vivenciam quadro de depressão, ou apresentam sinais e sintomas indicativos de depressão, ansiedade ou acometimentos à saúde mental, sendo orientados por profissionais da saúde a frequentarem a unidade como forma de minimizar esses problemas e auxiliar no enfrentamento dessas situações (CAETANO; TAVARES, 2008; HALLVASS, 2011).

Neste sentido, estudos acumulam evidências de que a participação efetiva nas atividades oferecidas pela UAI atua no sentido de diminuir as atitudes negativas em relação à vida e ao envelhecimento, estimulando o idoso a enfrentar o envelhecimento de forma consciente, percebendo-o como uma etapa natural no seu ciclo de vida. Evidencia-se também que a participação favorece a independência pessoal, a possibilidade de ocupação do tempo livre de forma saudável e criativa, a descoberta de habilidades dos talentos antes nunca explorados, e o desenvolvimento da sensação de pertencimento a um grupo, promovendo a inserção social e trazendo positivos reflexos

na vida dessas pessoas e de suas famílias (CAETANO; TAVARES, 2008; HALLVASS, 2011).

Diferente do que se esperava, idosos que frequentam UAI podem apresentar problemas emocionais relevantes, e necessitam de assistência de qualidade que contemple essas necessidades, não apenas suporte às necessidades físicas de saúde, mas ênfase nos aspectos psicoemocionais e espirituais dos idosos.

Isso pode ser explicado pelo fato de muitos idosos frequentarem a UAI por recomendação médica/psicológica, como estratégia para tratamento dos sinais e sintomas depressivos, desmistificando conceitos de que UAI reúne apenas idosos saudáveis, em busca de bem estar e lazer. Destaca-se que diversos idosos frequentam a unidade em busca de relacionamentos interpessoais, distração e ocupação, como estratégia de enfrentamento dos sintomas depressivos.

Dessa forma, revela-se a necessidade de investimentos em estratégias e atividades que contemplem as necessidades de saúde mental apresentadas pelos idosos como grupos terapêuticos, acompanhamento psicológico criterioso e ininterrupto, garantia de continuidade da assistência à saúde mental, capacitação dos profissionais da área da saúde para detectar os sintomas de depressão e realizar encaminhamentos necessários, atendendo os indivíduos em suas necessidades biopsicossociais e espirituais.

6.3 ESCORES INDICATIVOS DE DEPRESSÃO ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO

Os idosos que apresentaram escores de depressão entre 10 e 15 pontos foram convidados, via telefone, a participar dos grupos terapêuticos, totalizando 23 idosos. Cinco idosos recusaram participar por questões pessoais, possibilitando compor um grupo de oito pessoas e outro grupo de dez pessoas. Essa estratégia de seleção dos idosos permitiu contemplar aqueles que mais necessitavam de intervenção. Ao longo da intervenção houve desistência de sete idosos, permanecendo 11 idosos, sendo cinco idosos no grupo um e seis idosos no grupo dois.

Em relação aos 11 idosos participantes do grupo terapêutico, observou-se que oito eram mulheres (72,7%) e três homens (27,3%). Em estudo realizado em Camaragibe-PE, sobre participação em grupos terapêuticos, observou-se predominância do sexo feminino (60%) como neste estudo (ALBUQUERQUE et al., 2012).

No presente estudo, a faixa etária foi de 62 a 83 anos, e aponta-se que a prevalência de indicativo de depressão foi maior entre os idosos com 60 |70 anos (12,9%), seguido daqueles entre 70 |80 anos (6,2%) e 80 ou mais (2,9%).

Na Tabela 2 encontram-se a comparação das médias obtidas para os escores de sintomas depressivos.

Tabela 2 – Comparação dos escores médios para sintomas depressivos dos idosos participantes do Grupo Terapêutico. Uberaba-MG. 2013.

Variável	Média pré-intervenção	Desvio Padrão	Média pós-intervenção	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Sintomas depressivos	10,73	1,95	5,27	3,19	5,48	0,00

Fonte: o autor

A média dos escores de depressão no período pré-intervenção foi de 10,73 e no pós-intervenção de 5,27, evidenciando diferença significativa na comparação dos escores médios de depressão ($p=0,00$).

Em pesquisa realizada em Porto Alegre-RS, identificou-se que após a intervenção realizada com grupos terapêuticos, os idosos apresentaram redução significativa no indicativo de depressão acarretando em melhora na ansiedade e nas queixas de memória. Os resultados sugeriram que uma intervenção breve na forma de grupo terapêutico constitui-se alternativa de atenção à saúde em seus sentidos mais amplos a essa população (LOBO et al., 2012).

Estudo realizado no interior do estado de São Paulo com idosos que foram submetidos a sessões de grupos terapêuticos, em relação às médias da pontuação para sintoma de depressão antes da intervenção verificou-se que caracterizava quadro de depressão moderada, sendo que após a intervenção observou-se melhora no indicativo de depressão de 20,25 para 13,75 na média de escores (FERREIRA; LIMA; ZERBINATTI, 2012).

Dessa forma, aumentam-se evidências de que a realização de grupos terapêuticos proporciona efeitos positivos refletindo em diversos aspectos da vida dos indivíduos (ALBUQUERQUE et al., 2012).

Na tabela 3 estão dispostos os valores pré e pós-intervenção dos participantes da intervenção.

Tabela-3 Pontuação dos escores da EDGA pré e pós-intervenção, Uberaba-MG. 2013.

(Idosos - I)	I.1	I.2	I.3	I.4	I.5	I.6	I.7	I.8	I.9	I.10	I.11
Escores pré-intervenção	11	14	7	12	11	10	12	12	11	10	8
Escores pós-intervenção	9	3	3	3	11	5	4	10	5	3	2

Fonte: o autor

A tabela acima mostra os escores dos 11 idosos no período pré-intervenção comparativamente ao período pós-intervenção, explicitando impacto de redução nos escores indicativos de depressão em dez idosos (90,9%) onde apenas um idoso permaneceu com o mesmo escore.

Assim, evidenciou-se que seis idosos (54,5%) deixaram de apresentar escores indicativos de depressão após serem submetidos à intervenção, passando a apresentar escores menores que cinco, conforme EDGA. A literatura aponta resultados semelhantes em um estudo comparando a eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental em grupo para idosos e um grupo controle, com redução de 51,4% nos sintomas depressivos (TRISTÁN; RANGEL, 2009).

Referente ao estudo acerca da repercussão de grupos terapêuticos realizados com idosos no Rio de Janeiro-RJ evidenciou-se melhora na sintomatologia depressiva bem como nas queixas de memória, demonstrando que a prática dessas intervenções pode contribuir não somente para redução da depressão dos idosos, mas também com a saúde mental de forma geral (NETTO; FONSECA; FERNANDEZ, 2012).

Assim, sugere-se que, neste estudo, a participação dos idosos nos grupos terapêuticos, com o desenvolvimento da TSP, possa ter influenciado de forma positiva na média de escores de depressão após a intervenção.

Ressalta-se, ainda, que as diversas esferas da vida do indivíduo, não puderam ser controladas nos períodos em que ocorreu a intervenção, o que pode ter influenciado nos resultados. Em decorrência disso, os dados foram insuficientes para análises estatísticas mais robustas.

Nesse sentido, a estratégia de intervenção da TSP em grupos terapêuticos para idosos configura-se como uma abordagem de tratamento psicoterápico, com

embasamento científico e teórico, que apresenta custos reduzidos e possibilidade de tratamento em menor espaço de tempo, o que vai ao encontro das necessidades do ponto de vista de saúde pública no Brasil. Dessa forma, os resultados do presente estudo aumentam evidências científicas acerca dessa intervenção em idosos com sintomatologia depressiva, apontando resultados satisfatórios.

6.4 REPERCUSSÕES DA TSP NAS ESTRATÉGIAS DE COPING USADAS PARA ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO

Segundo Lazarus e Folkman (1984), as estratégias focadas no problema são utilizadas para enfrentar diretamente o problema objetivando analisar e definir a situação, de forma a buscar alternativas para melhor resolvê-la.

As estratégias focadas na emoção, entretanto, são aquelas em que o indivíduo tenta manejar ou equilibrar suas emoções para diminuir o sofrimento diante do estressor por meio da evitação. Indivíduos que lançam mão desse tipo de estratégia podem, na intenção de evitar o problema, se distanciar da situação problemática minimizando chances de resolvê-lo, realizando uma série de manobras cognitivas como fuga, distanciamento, aceitação, na tentativa de amenizar estressores (LAZARUS et al., 2005).

A tabela 4 a seguir descreve as estratégias utilizadas antes e após a intervenção.

Tabela 4: Estratégias de Coping utilizadas antes e após a intervenção, Uberaba-MG. 2013.

Idosos (I)	I. 1	I. 2	I. 3	I. 4	I. 5	I. 6	I. 7	I. 8	I. 9	I. 10	I. 11
Pré	Emot.	Fatal.	Emot.	Evas.	Otim.	Susten.	Emot.	Autocon.	Susten.	Autocon.	Confro. Emot.
Pós	Confro. Sustent.	Otim.	Otim.	Confro.	Emot.	Susten.	Susten.	Confro.	Confro.	Confro.	Otim.

Fonte: o autor

Os resultados da tabela 4 indicam que as estratégias utilizadas antes da intervenção eram focadas nas emoções, com ênfase para a estratégia emotiva (36,3 %), seguida de autoconfiante, evasiva, fatalista. Ressalta-se, contudo, que três idosos apresentaram estratégias focadas no problema como sustentativa e confrontiva no período pré intervenção.

Contudo, verificou-se que as estratégias predominantemente adotadas após a intervenção foram confrontiva e sustentativa, totalizando 63,6 % dos indivíduos, que constituem estratégias focadas no problema, ressaltando aquisição de capacidade de confrontar o problema, direcionando o foco das atenções à situação problemática em si, voltados para a realidade e com a utilização de suportes para administrar ou modificar a situação. Ambas são consideradas formas de enfrentamento mais adaptativas, pois possibilitam modificar as pressões ambientais e até eliminar estressores. Ressalta-se, entretanto, que os demais idosos apresentaram estratégias otimistas (27,2 %) e emotivas (9,0 %), que constituem estratégias focadas em regular o impacto do estresse gerado pela situação vivenciada, caracterizando processo defensivo, segundo Lazarus e Folkman (1984).

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), a maneira como percebemos e lidamos com os problemas deverá influenciar nosso bem-estar. Zanini (2011) aponta que indivíduos que enfrentam diretamente seus problemas, com estratégias focadas no problema, possuem menos chances de desenvolvimento de acometimentos emocionais.

Os resultados destes estudos apontam que as estratégias de aproximação do problema podem se configurar como positivas, enquanto que as estratégias de evitação do problema se configuram como fatores de risco, repercutindo de forma negativa. Salienta-se ainda, a importância de intervenções pautadas no desenvolvimento das habilidades de *coping* e construção de redes sociais suportivas para o tratamento e prevenção de problemas emocionais (ZANINI, 2011).

Ressalta-se que a confiabilidade do instrumento possibilita que o mesmo seja utilizado por pesquisadores, em outras investigações, com extratos populacionais diferentes, de maneira a ampliar conhecimentos referentes ao enfrentamento das pessoas às diferentes situações a que são expostas no seu cotidiano (DREFFS et al., 2013).

Com isso, acumularam-se evidências de que a participação em grupos terapêuticos com o desenvolvimento da TSP pode ocasionar mudanças nas estratégias usadas para solução dos problemas da vida, levando os indivíduos a posicionarem-se de maneira racional em suas decisões, minimizando interferências das emoções na forma como percebem e administram situações problemáticas, o que mostra aumento da capacidade efetiva de resolução de problemas.

6.5 POTENCIALIDADES DA TSP ATRAVÉS DE GRUPOS TERAPÊUTICOS COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO JUNTO A IDOSOS COM INDICATIVO DE DEPRESSÃO

Os resultados evidenciados como potencialidades da TSP em grupo terapêutico foram categorizados e apresentados a seguir:

Categoria 1 - Elaboração do significado da depressão: compreensão do problema através da percepção dos sintomas depressivos.

Categoria 2 - Reflexão acerca dos fatores precursores da sintomatologia depressiva

Categoria 3 - Concepção de novas estratégias de solução para os problemas da vida

Categoria 4 - Reelaboração de comportamento frente à vida

Categoria 5 - Significados construídos acerca do grupo terapêutico

Segue apresentação detalhada de cada categoria.

Categoria 1 - Elaboração do significado da depressão: compreensão do problema através da percepção dos sintomas depressivos

A TSP em grupo terapêutico possibilitou aos idosos elaborar o significado da depressão, especialmente por meio do estudo de caso. Ao conhecer o caso fictício, eles se perceberam na história, e assim conseguiram visualizar sinais e sintomas que vivenciavam diariamente, o que contribuiu para melhor compreensão do problema.

A Teoria Cognitivo-Comportamental, norteadora desta pesquisa, fundamenta a compreensão do problema como um dos fatores primordiais para treinamento em solução de problemas (NEZU; NEZU, 1989). Sob este prisma se consolida a importância da elaboração do significado da depressão, reconhecimento da sintomatologia depressiva e compreensão do problema por meio da percepção dos sintomas depressivos.

Em análise aos depoimentos dos idosos desse estudo, identificou-se que os significados atribuídos à depressão estão associados à introversão e isolamento social repercutindo em problemas de relacionamento e perda do contato com família e amigos. Identifica-se ainda, dificuldade para conviver consigo mesmo, problemas de auto-aceitação, desvalorização pessoal, sentimento de culpa e medo da morte.

“Eu tenho muita dificuldade de conviver, sabe. Conviver comigo mesmo, conviver com meu mau humor, e principalmente com minhas limitações.” (P 2)

“Eu fico me culpando. Eu não sei como sair dessa situação. A culpa está na minha cabeça, porque eu carrego ela todo dia.” (P 1)

“Eu sinceramente, tenho medo de morrer. A morte assusta mesmo, se a gente ficar pensando que está chegando a hora, aí dá medo mesmo.” (P 11)

Evidencia-se de forma geral, que os idosos deixaram de realizar diversas atividades por falta de motivação e ânimo.

“Uma coisa das mais terríveis da vida é essa depressão que eu tenho. Eu não sou mais a mesma pessoa depois que ela me pegou.” (P 6)

“Pescar. Eu não tenho aquela vontade mais. Antes eu gostava, agora nem tenho mais interesse.” (P 8)

Acrescentam-se ainda os sintomas depressivos referidos por eles como mau humor constante, sono prejudicado, perda do desejo sexual, afetando relacionamento com cônjuge, culminando em separação, preocupações excessivas e desnecessárias, tristeza e choro incontido.

“Quando comecei a perder desejo sexual estava casada. Na época meu esposo enfrentou bem. Arrumou outra e pronto.” (P 2)

“Eu sinto aquela tristeza. Choro. Não durmo. Tem dia que não vem não, mas tem dia que está demais” (P 7)

Os idosos citaram inclusive, manifestação de doenças cutâneas de origem emocional dentre outras comorbidades como sinusite, enxaqueca, hipertensão arterial sistêmica e diabetes, todas em fases agudas de sintomas e não controladas devido fatores emocionais, segundo relato dos idosos.

“Começaram a sair bolhas nos meus pés nas minhas pernas, pescoço, pra todo lado. Emocional. Tristeza o médico falou.” (P 9)

No que concerne aos aspectos emocionais, a literatura aponta como sintomatologia depressiva diversas alterações sendo elas humor deprimido, diminuição do interesse e do prazer na maioria das atividades, desmotivação, sentimentos de cunho negativo, diminuição da autoestima e da autoconfiança, tristeza, vazio, auto-recriminação, sentimentos de culpa, insegurança, angústia, falta de iniciativa e crises de choro (MORENO; SOARES, 2003; ISTILLI et al., 2010).

Em um estudo acerca da sintomatologia depressiva de idosos da comunidade, foram destacados apatia, desesperança, desmotivação e isolamento como principais sintomas (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012).

Beck et al. (1997) correlacionam sintomas fisiológicos como distúrbio do sono, alteração do apetite e disfunções sexuais a desordens emocionais e quadros de depressão, afetando significativamente o funcionamento fisiológico em diversos aspectos.

Categoria 2 - Reflexão acerca dos fatores precursores da sintomatologia depressiva

Nesta pesquisa as perdas revelaram-se como fatores precursores da sintomatologia depressiva nos idosos, referente à morte de irmãos, cônjuges, filhos e pais. Existe dificuldade de aceitar tais perdas, há saudade do ente falecido e constante medo da morte.

“O motivo é perdas na família. (Silencio. Choro) Meu irmão mais velho tem dois anos que ele faleceu. Isso acaba comigo.” (P1)

“Eu perdi meu marido com três filhos em um acidente. Morreu todo mundo que estava no carro. Agente nunca esquece, mas tem dia que machuca mais. Minhas filhas tudo jovens. Meu marido com 54 anos.” (P 4)

Evidenciou-se como potencialidade da TSP a capacidade de levar os idosos à reflexão e elaboração mental das causas desencadeadoras do problema, favorecendo a participação nas atividades de solução de problemas.

Dessa forma, os idosos foram sensibilizados a compreender a natureza dos problemas, levando em conta as experiências prévias com situações similares, com o objetivo de verificar estratégias de enfrentamentos racionais e resolutivas.

A vivência de luto decorrente da perda de parentes pode ser considerada forte preditora de sintomas de depressão, em especial, a perda do companheiro, que é concebida como maior antecedente de depressão entre os idosos (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010; MUNIZ; BATISTONI; NASCIMENTO, 2012).

Observou-se a questão da discriminação social, inclusive da família, abandono, rejeição, visão pejorativa da sociedade sobre o envelhecimento, desrespeito e violência verbal/emocional. Além disso, os idosos destacaram a sensação de incapacidade, limitações físicas e cognitivas prejudicando na capacidade de se autoafirmarem socialmente.

“A gente não está conseguindo aceitar. As pessoas vão abandonando porque está velho. Então a gente vai se sentindo de lado, rejeitado. Tem discriminação inclusive da família. Vai abandonando, deixando em um canto.” (P 2)

“A pessoa está idosa, os filhos já não querem mais, acham que é só pra ajudar a criar os netos. Ninguém respeita mais.” (P 6)

Os idosos no contexto contemporâneo enfrentam diversos problemas como o preconceito, a subestimação e o desrespeito, ocorridos muitas vezes no próprio âmbito familiar, culminando em violência verbal, psicológica, emocional e física (VERAS, 2010).

Foram mencionados ainda pelos idosos dessa pesquisa, dificuldade de auto-aceitação, auto perdão e amarguras do passado, provenientes de vivências pessoais na infância como estupro, pobreza extrema, necessidade de recursos básicos para higiene pessoal, vestimenta e materiais escolares, fome, rejeição por parte dos pais na infância e adolescência, violência doméstica exercida pela mãe de cunho verbal e psicológico e agressão física punitiva.

“Amarguras do passado. Isso que acaba comigo. A vida da gente tem muita história, e a maioria delas nada boas. (silêncio)” (P 9)

A falta de recursos aos idosos e problemas financeiros foram citados. Não conseguir pagar aluguel, sanar dívidas e oferecer condições melhores à família desencadeiam sintomas depressivos nos idosos, que se mostraram sem estratégias para lidar com o problema.

“Meu problema é que eu não consigo dar conta das dívidas. O aluguel. Isso é um tapa na minha cara.” (P1)

A baixa renda pode se constituir em fator limitante para acesso ao lazer e aquisição de bens necessários para melhoria das condições de saúde e de vida (VERAS; CALDAS, 2012; TAVARES; DIAS; MUNARI, 2012).

O casamento dos filhos, que saem de casa e geram o problema conhecido como “síndrome do ninho vazio”, foi relatado.

“Um casal com três, quatro, cinco filhos não tem muito tempo pra se aproximar. Ai agente fica lembrando dos tempos dos filhos, e vê que está só. Fica eu na cozinha e ela na sala. Cada um em um canto.” (P1)

“Meus filhos todos casaram [...] e ficou eu e minha esposa. Então parece que você sente aquilo.” (P8)

Sob este prisma a literatura aponta que neste período existem sofrimento e sentimento de solidão, que podem estar associados ao desenvolvimento de quadros depressivos. Dessa forma, as relações familiares são marcadas pela reestruturação de papéis conjugais e reorganização dos significados na vida de cada cônjuge. O enfoque direcionado, até então, aos filhos e à vida profissional, se volta ao casamento e a ajuda mútua e o companheirismo são indispensáveis neste momento para prevenir sentimentos de solidão (SARTORI; ZILBERMAN, 2009; MARQUES; SOUSA, 2012).

Foi abordada ainda a questão da angústia gerada pela dificuldade de criação e relacionamento com filhos adolescentes e jovens devido às diferenças de conceitos geracionais. Assim, a estratégia usada diante desses problemas é comumente a evitação. No depoimento de um idoso fica evidente essa relação conflituosa, pois ele preza por princípios religiosos que os filhos não aderem.

“A questão é que meus filhos saem e chegam de madrugada sábado e domingo. Nossa. (Silêncio). Enquanto meus filhos não chegam eu não durmo.” (P 8)

“Eu como evangélico, pastor, só eu a esposa e um filho que servimos a Deus, que somos evangélicos, o resto ninguém quer nada com Deus. Me deram mal resposta, que eu já estou ultrapassado, velho. É isso que me deixa pra baixo, ai eu vou me fechando, então eu não converso.” (P1)

“Minha filha tem 34 anos e até hoje agente não conseguem conversar como adultos.” (P 4)

Constitui desafio entre famílias o estabelecimento das relações entre pais e filhos, onde por um lado há o desejo de relações mais igualitárias e pautadas no modelo da amizade e, por outro, a valorização da família tradicional e a necessidade de se manter o papel dos pais marcado pela autoridade e pelas diferenças geracionais. É neste cenário que os conflitos surgem, e se faz necessária aceitação de ambas as partes para convivência harmoniosa (STENGEL, 2011).

Categoria 3 - Concepção de novas estratégias de solução para os problemas da vida

Ao passo que a técnica ia sendo desenvolvida, os idosos explanavam as diversas estratégias de solução para os problemas discutidos, aumentando a gama de possibilidades frente às adversidades enfrentadas através do compartilhar de experiências e trocas. Quatro estratégias foram sugeridas pelos idosos como forma de enfrentamento dos sintomas depressivos, a saber: 1- Estratégias Cognitivas; 2- Estratégias Comportamentais; 3- Estratégias Familiares; 4- Estratégias de Espiritualidade.

1- Estratégias Cognitivas: decidir; pensar positivamente; perder o medo; tirar foco dos outros; identificar o problema; ter calma; reconhecer erros do passado porém não torná-los culpa; buscar nos sonhos motivação para viver; abrir-se para oportunidades; vencer dores e traumas do passado; perdoar pessoas; esperar o tempo amenizar dores; autoaceitação; ter visão positiva valorizando as conquistas da vida.

“Eu enfrentei e perdi o medo.” (P 6)

“O tempo vai amenizando as coisas. Eu passei a pensar menos, aceitar mais. Fiquei forte.” (P 2)

Rangé (2011) defende que, de fato, os pensamentos são capazes de determinar situações, ocasiões e circunstâncias, podendo influenciar diretamente no estado de humor. Dessa forma doenças disfuncionais da mente estão baseadas no raciocínio cognitivo. O que o indivíduo pensa determina suas escolhas e seu comportamento frente à vida, e este por sua vez determina suas conquistas, êxitos, derrotas e fracassos, bem como a forma como se lida com cada situação.

2- Estratégias Comportamentais: procurar ajuda médica; aderir a medicamentos; buscar atividades para ocupação do tempo; mudar-se para outra cidade; viajar; sorrir diariamente; se cuidar fisicamente; relacionar-se.

“Tomar os remédios. E ocupar o tempo, trabalhar.” (P11)

“Sorrir atrai amizades, atrai coisas boas. Agente fica até mais bonita.” (P10)

Estudos comprovam que a participação efetiva em atividades recreativas atua no sentido de diminuir as atitudes negativas em relação à vida, estimulando o idoso a enfrentar o envelhecimento de modo mais consciente, percebendo-o como uma etapa natural no seu ciclo de vida. Evidencia-se ainda que buscar atividades para ocupação do tempo favorece o desenvolvimento da sensação de pertencimento a um grupo, promovendo a inserção social e trazendo positivos reflexos na vida (CAETANO; TAVARES, 2008; HALLVASS, 2011).

3- Estratégias Familiares: fortalecer vínculos familiares; oportunizar lazer em família; visitar os filhos; proporcionar refeições à mesa; estimular diálogo; fortalecer o vínculo entre o casal; reconquistar o cônjuge depois de anos de convivência; somar ideias e não impor ideias; agregar valores e não exigir valores; discutir condutas e não sobrepor condutas como verdades absolutas; desenvolver confiança pautando-se em postura compreensiva e não recriminalista.

“Eu acho que uma troca de ideia é muito bom. Cada dia tem que tentar diálogo. Buscar uma solução.” (P 9)

A literatura aponta a satisfação com o relacionamento familiar como fator preditivo do envelhecimento bem-sucedido, reforçando a importância dos vínculos familiares nesse processo, como forma essencial de suporte social (MORAES; SOUZA, 2005).

4- Estratégias de Espiritualidade: confiar em Deus; compreender e aceitar a finitude da vida; preparar-se para o luto; usar a música para melhorar o humor; cultivar a fé; orar; ir à igreja; ler mensagens de autoajuda.

“A gente tem que confiar em Deus.” (P 7)

“Cheguei à conclusão que o ser humano nasce, cresce, e um dia tem que morrer. Eu sei que minha hora vai chegar então quando chegar chegou. Tudo bem. Não escapa.” (P2)

Estudo revelou estratégias similares, utilizadas por idosos para tratamento da depressão, como ouvir músicas alegres, crer em Deus, rezar e apegar-se a uma religião, remete a fé, religiosidade e crença em Deus (COUTINHO, 2003).

Destaca-se que uma participante do grupo apresentou postura otimista frente à vida e compreensão clara dos problemas, discrepante ao restante do grupo. Relatou que essa capacidade de adaptação positiva foi adquirida ao longo da vida e pode ser atribuída à força que encontra na literatura e nas informações. Refere manter-se informada frequentemente, o que ocupa o tempo ocioso e minimiza pensamentos negativos, além de ser uma forma de contato com o mundo contemporâneo e atualização constante do conhecimento.

“Eu acho que minha força vem de ler muito, pesquisar as coisas. Quando eu tive artrose eu fui ler tudo sobre artrose. Fiquei tranquila, vi que tinha tratamento e que a medicina está muito avançada.” (P 2)

Ressalta-se, contudo que, tratando-se de idosos, de forma geral, com escores significativos de depressão, considerou-se exitoso que elaborarem estratégias tão diversas para os problemas discutidos, o que gerou satisfação e empoderamento do grupo, que se percebeu capaz de solucionar problemas, mesmo enfrentando grave quadro de sintomatologia depressiva.

A solução de problemas é o processo no qual se procura encontrar uma solução eficaz para uma situação considerada problema. Vale ressaltar que dispor de diferentes estratégias de tratamento configura-se como importante para o indivíduo e proporciona descobrir uma solução eficaz (NEZU; NEZU, 1989).

Neste sentido, resalta-se que compartilhar experiências e vivências amplia possibilidades de escolha de condutas frente aos problemas vivenciados, mediante exposição das estratégias de enfrentamento utilizadas. Assim, a construção cognitiva dos participantes de um grupo pode ser desenvolvida por meio de trocas (OLIVEIRA et al., 2009).

Categoria 4 - Reelaboração de comportamento frente à vida

Nos últimos encontros grupais os idosos evidenciavam postura expressamente diferente da percebida nos encontros iniciais. Foi possível observar, ao final da intervenção, pela análise criteriosa dos depoimentos que surgiram ao longo dos grupos terapêuticos, incorporação ao seu vocabulário, de conceitos básicos da técnica desenvolvida, bem como aquisição de capacidades cognitivas e comportamentais focadas no problema e não nas emoções.

“Antes de você mudar uma pessoa tem que mudar a si mesmo.” (P 6)

“O que você não pode evitar tem que conviver. Se você não pode mudar tem que se adaptar.” (P 4)

“A gente tem que assumir a culpa. Mas tem que perdoar a si mesmo. É um exercício.” (P 9)

“Conversar faz bem. A pessoa te ouve. E enquanto você falou você pensava no problema.” (P 1)

Assim, realizavam críticas à personagem do estudo de caso pela sua postura incoerente frente aos problemas da vida, que na verdade era exatamente a postura que eles assumiam diante de seus problemas no início da intervenção.

“Ela está completamente errada de agir assim. Ela está usando a pior estratégia. Ela tem que mudar a estratégia!” (P 5)

Os depoimentos expressavam reelaboração de comportamento diante dos problemas, capacidade de reconhecimento e definição do problema, compreensão acerca da necessidade de mudança de métodos, aplicação de novas estratégias, avaliação de resultados frente às novas condutas adotadas, explicitando o impacto da intervenção com efeitos no âmbito domiciliar, em suas relações familiares e na forma de compreender e interpretar situações.

“O que ficou muito pra mim é que eu posso escolher ficar estressada ou ficar calma. Eu sempre me lembro daquela frase que você falou. Eu tenho escolha, eu posso escolher. Eu mudei a estratégia de agir.” (P 11)

“Procuro outra estratégia. Eu to aprendendo muita coisa, to aprendendo a ficar longe dos problemas dos outros. Eu vou levar pra mim esse conceito ai. Quando uma estratégia não da certo, tem que mudar, não adianta fazer à mesma estratégia a vida inteira. (P 5)

“Ai eu levo almoço pra ela. Levo um lanche pra ela. Não levava não, depois que agente discutiu aqui eu to levando.” (P 9)

“Tenho mais capacidade pra resolver, pensar direitinho, eu adquiri isso aqui. É porque tem muitas coisas que foram faladas aqui que foram ficando. O negócio da ansiedade, é um problema que eu resolvi, já consigo aplicar isso lá na minha vida. Mesmo em casa e no dia a dia, com as pessoas.” (P1)

“Mas essa força eu não sempre tive não. Eu adquiri aqui.” (P 8)

A TSP pode ser definida como sendo o processo meta-cognitivo pelo qual os indivíduos compreendem a natureza dos problemas da vida e norteiam seus objetivos em direção à modificação do caráter problemático da situação, ou mesmo de suas reações a ela (NEZU, 1987). Assim constitui-se componente importante do modelo da

aprendizagem da psicoterapia é que o paciente começa a incorporar muitas das técnicas terapêuticas aprendidas ao longo do processo (BECK et al., 1997).

Estudo que objetivou analisar os efeitos da Técnica de Resolução de Problemas apontou melhora das habilidades de enfrentamento e ajustamento psicológico. Foi verificada postura de aproximação das respostas de enfrentamento ativo e tendências de abordagem que são susceptíveis de facilitar a resolução de problemas. Evidenciou ainda aumento do uso de estratégias de enfrentamento de problemas com engajamento ativo e menos comportamentos de evitação e fuga do problema, acumulando evidências de que a TSP pode atuar no sentido de melhorar o ajustamento psicológico e as respostas de enfrentamento ativas por aumentar atitudes positivas de resolução de problemas (CHINAVEH, 2013).

A literatura aponta que a Terapia Cognitiva Comportamental, teoria base da TSP, atua na melhora de habilidades para resolução de problemas ou capacidade adaptativa, repercutindo em importante redução da sintomatologia depressiva em idosos (LOBO et al., 2012; TRISTÁN; RANGEL, 2009; KLEIN et al., 2011).

Categoria 5 - Significados construídos acerca do grupo terapêutico

Os significados construídos acerca do grupo demonstram a importância do mesmo como além de ser espaço de treinamento técnico para desenvolvimento da teoria, associar características de espaço terapêutico, acolhedor, de escuta, trocas e encorajamento.

Os idosos referiram que o grupo incitou a motivação para sonhar. Expressaram frustrações pessoais que contribuíram para que adotassem postura radical de interrupção de sonhos, atribuindo o fato de desacreditarem em sonhos à idade avançada. Contudo, referiram que no grupo terapêutico começaram a entender a importância dos sonhos como ferramenta de motivação à vida, para sustentar e encorajar, e mesmo que não fossem alcançados serviriam como estímulo e força pra viver.

Segundo depoimentos dos idosos, o grupo terapêutico despertou capacidade pra resolver situações problemáticas, pautando-se no raciocínio, conhecimento, aprendizado, descobrimento, e compreensão da vida. Dessa forma proporcionou-se crescimento pessoal aumentando possibilidades de mudar situações da vida

especialmente no que se refere a relacionamentos familiares, comunicação interpessoal e expressão de sentimentos intrínsecos.

O grupo terapêutico levou ao auto-reconhecimento proporcionando encontrar respostas em si mesmo, e conduziu a mudança de pré-concepções, onde os idosos reconheceram a necessidade de transformações tanto mentais como comportamentais.

“Esse descobrimento não ia vir de mim. Eu estou descobrindo igual nós estamos aqui agora, passando nessa reunião, entendendo as condições da vida.” (P1)

“Agente vai levar o conhecimento.” (P 4)

“Isso aqui é uma forma da gente sair dessa situação. Poder aprender pra conseguir mudar.” (P 8)

“Significou uma porta que abriu que eu estava precisando. Expor as reservas, o que estava guardado. Aqui eu aprendi a falar. Respostas que eu não tinha e eu encontrei em mim mesmo.” (P 11)

“O benefício eu já achei. 2ª feira eu achei o benefício. Aprendi a falar, abrir com minha esposa, igual você ensinou. Um ajudar o outro. O que eu não tinha coragem de fazer antes agora eu estou dando conta. O grande benéfico é que eu entendi que não pode ficar da forma que é. Abriu a mente. (P 1)

O grupo constitui espaço de acolhimento, escuta e atenção, possibilitando trocas de experiências e interações que transformam de modo significativo às relações sociais, na medida em que os encontros grupais possibilitam novos relacionamentos e a ampliação da rede social de apoio (TAHAN; CARVALHO, 2010).

Estudos comprovam que a participação em grupos terapêuticos tem possibilitado o reconhecimento das reais condições dos indivíduos, resgatando a auto-estima, influenciando no auto cuidado, na sensação de bem-estar, fortalecendo suas identidades pessoais e capacitando-os a vivenciar situações específicas. Estes fatores podem ser atribuídos às trocas de experiências, às atividades aprendidas e às mudanças proporcionadas no espaço grupal (TAHAN et al., 2006).

Sob este prisma, a participação em grupos terapêuticos sugere aumento da capacidade de reformulação de ideias e potencial para incitar mudança de comportamento por meio de reflexões internas de caráter cognitivo, interacional, social e acerca dos hábitos de vida. Assim, contribui no sentido de gerar novas perspectivas e

levar o individuo a vislumbrar novas possibilidades de mudanças, maximizando a capacidade de acreditar na melhora da sua situação vivenciada a partir da reflexão e compreensão de características ou comportamentos inadequados frente aos problemas (OLIVEIRA et al., 2009).

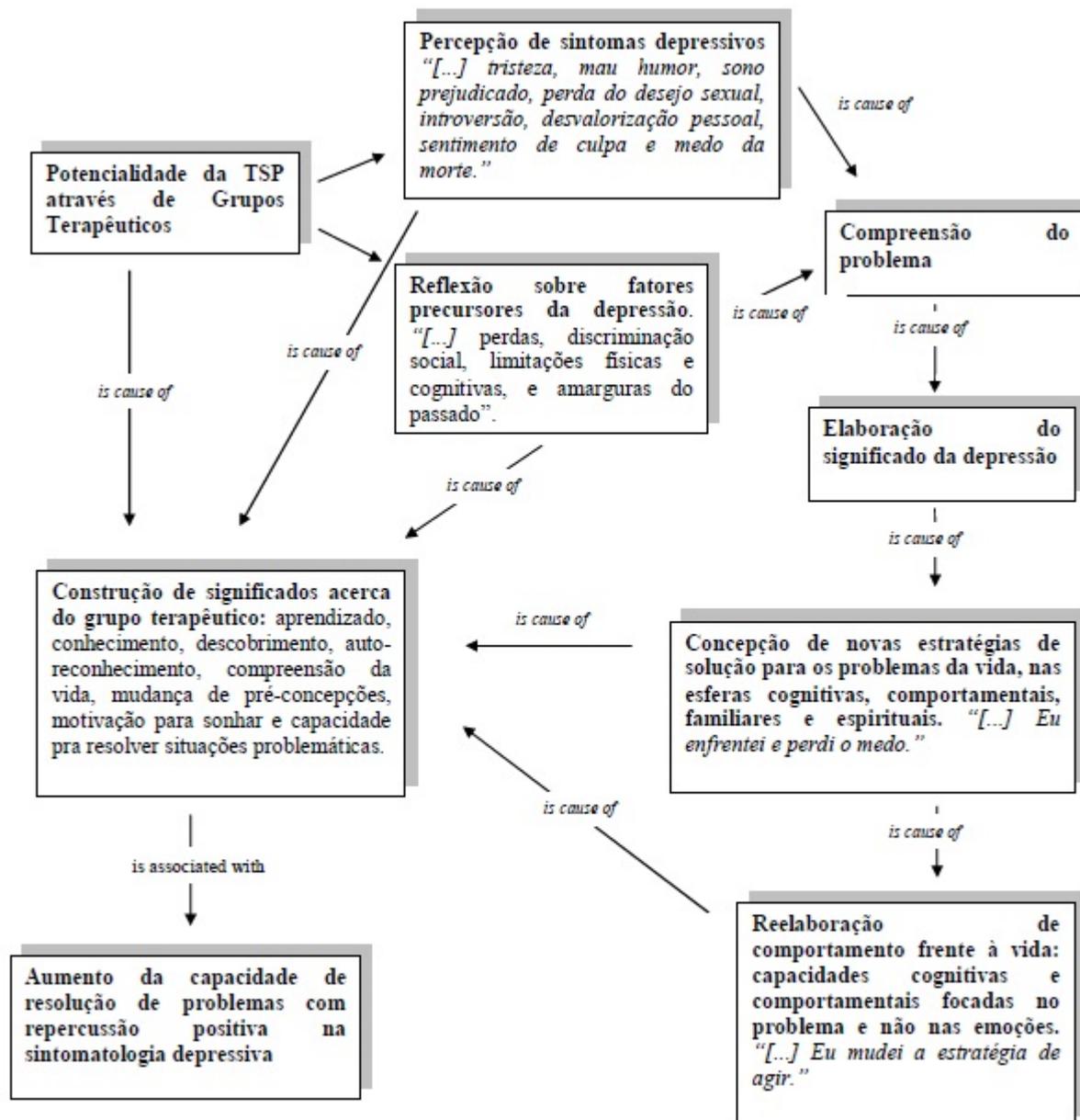


Figura 1- Network view in Atlas.ti

7 CONCLUSÃO

O estudo mostrou que dos 317 idosos que frequentam UAI, a maioria foi representada pelo sexo feminino com 73,73%. Quanto à faixa etária, 46,2% encontravam-se entre 60 | 70 anos e houve predominância dos viúvos, com 36,7%, seguidos dos casados, com 34,17%, separados/desquitados/divorciados, com 18,67 e solteiros, com 9,81%. Uma parcela importante da população estudada possuía casa própria quitada (78,79%). Os idosos apresentaram, em sua maioria, um a cinco anos de estudo (59,17%) e no quesito ocupação houve predomínio de donas de casa (59,17%).

O valor da renda familiar aponta para 1 (um) salário como renda (39,87%), tendo, em seguida, rendas de um a três salários (37,65%), sendo desses a maioria (78,48%) aposentados e pensionistas (23,1%).

Com relação à estimativa de prevalência de depressão, verificou-se que dos 317 idosos entrevistados que frequentam a UAI do município, 98 (30,9%) apresentaram indicativo de depressão. A pesquisa evidenciou que, inversamente ao senso popular comum, idosos que frequentam a UAI podem apresentar problemas emocionais relevantes, e carecem de assistência de qualidade que contemple essas necessidades, não apenas suporte aos aspectos físicos de saúde, mas ênfase nos aspectos psicossociais e espirituais. Nesse sentido ressalta-se a atuação da enfermagem, munida de conhecimentos e habilidades específicas, que permitam oferecer o cuidado nos seus aspectos mais amplos.

A média dos escores de depressão no período pré-intervenção foi de 10,73 e no pós-intervenção de 5,27, evidenciando diferença significativa na comparação dos escores médios de depressão ($p=0,00$). Verificou-se nessa pesquisa que, os escores dos idosos no período pré-intervenção comparativamente ao período pós-intervenção, explicitaram impacto de redução nos escores em 90,9% dos idosos. Evidenciou-se que 54,5% dos idosos deixaram de apresentar escores indicativos de depressão após serem submetidos à intervenção. Assim, sugere-se que, neste estudo, a participação dos idosos nos grupos terapêuticos, com o desenvolvimento da TSP, possa ter influenciado de forma positiva na média de escores de depressão após a intervenção.

Os resultados indicaram, ainda, que as estratégias utilizadas para solução dos problemas, antes da intervenção, eram predominantemente focadas nas emoções, com ênfase para a estratégia emotiva (36,3 %), seguida de autoconfiante, evasiva, fatalista. Contudo, verificou-se que as estratégias adotadas após a intervenção foram confrontiva

e sustentativa, totalizando 63,6 % dos indivíduos, que constituem estratégias focadas no problema, ressaltando aquisição de capacidade de confrontar o problema para administrar ou modificar a situação. Com isso, acumularam-se evidências de que a participação em grupos terapêuticos com o desenvolvimento da TSP pode levar os indivíduos a posicionarem-se de maneira racional em suas decisões.

Os resultados evidenciados como potencialidades da TSP em grupo terapêutico mostraram reelaboração do significado da depressão e compreensão do problema por meio da análise cognitiva da sintomatologia depressiva e reflexão acerca dos fatores precursores da depressão; concepção de novas estratégias de solução para os problemas da vida; elaboração de comportamento frente à vida e construção de significados intrínsecos sobre grupos terapêuticos. Identificou-se empoderamento pessoal e melhora das habilidades de enfrentamento e adaptação, explicitando o impacto da intervenção com efeitos no âmbito domiciliar, nas relações familiares e na forma de compreender e interpretar situações, minimizando sintomas depressivos.

A pesquisa revelou a necessidade de investimentos em estratégias e atividades que contemplem as necessidades de saúde mental apresentadas pelos idosos, especialmente desenvolvidas pelo enfermeiro, no âmbito de suas atribuições como grupos terapêuticos, oferecendo apoio, suporte e garantia de continuidade da assistência à saúde mental bem como capacitação dos profissionais das UAIs para detectar os sintomas de depressão e realizar encaminhamentos necessários.

Por fim, o presente estudo levantou problemas de extrema relevância e otimizou evidências dessa conduta terapêutica como forma de tratamento para pacientes deprimidos. Nesse sentido, a estratégia de intervenção da TSP em grupos terapêuticos para idosos configurou-se como uma possibilidade de abordagem de tratamento a ser realizada pelo enfermeiro, munido de características, habilidades e embasamento científico/teórico, apresentando custos reduzidos e viabilidade de tratamento em curto prazo, o que vai ao encontro das necessidades do ponto de vista de saúde pública no Brasil.

Aponta-se como limitação desta pesquisa o fato da sintomatologia depressiva interferir diretamente na frequência e adesão aos grupos terapêuticos. O desânimo em permanecer no grupo e o esquecimento da data do encontro repercutiu em desistência e abandono por sete idosos, ainda que a abordagem fosse motivadora e existisse reconhecimento da importância do grupo pelos próprios idosos. A estratégia utilizada para minimizar o problema foi o contato via telefone no dia do encontro, reforçando o

convite, e estimulando o idoso, contudo isso não foi o suficiente para impedir evasão dos grupos. Destaca-se ainda, o problema auditivo apresentado por um idoso, dificultando sua compreensão acerca do que estava sendo discutido e necessitando de auxílio constante. Ressalta-se, ainda, que as diversas esferas da vida do indivíduo, não podem ser controladas nos períodos em que ocorre a intervenção, o que pode influenciar nos resultados.

8 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. G et al. Capacidade funcional e linguagem de idosos não participantes e participantes de grupos de intervenção multidisciplinar na atenção primária à saúde. **Revista CEFAC**. [S.l.: s.n.],v. 14, n. 5 p. 952-962, set/out. 2012.

ALMEIDA, O. P; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. [S.l.: s.n.], v. 57, n. 2-B, p. 421-426, 1999.

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; FACCENDA, O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. **Revista Acta Paul Enfermagem**. [S.l.: s.n.], v. 25, n. 4, p. 497-503, 2012.

ANTES, D. L et al. Índice de aptidão funcional geral e sintomas depressivos em idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**. [S.l.: s.n.], v. 14, p. 125-133, 2012.

AZEVEDO, D. M; MIRANDA F. A. N. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação Psicossocial: percepção de familiares. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro: [s.n.], v. 15, n. 2, p. 339-345, jun. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BAUS, José. Prevenção da recaída: um programa de ajuda para dependentes químicos em recuperação. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis: [s.n.], n. 25, p. 162-168, abril. 1999.

BECK, A. T et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF), 2006.

BRASIL. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. **Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE: Rio de Janeiro, 2011.

BROWN, A. L. Knowing when, where, and how to remember: A problem of metacognition" in R.Glaser. **Advances in instructional psychology**. Mahwah, NJ: Erlbaum, V.1, p. 77-165 , 1978

CABALLO, V.E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Ed. Santos, 1996.

CAETANO, A. C. M; TAVARES, D. M. S. Unidade de Atenção ao Idoso: atividades, mudanças no cotidiano e sugestões. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia: [s.n.], v. 10, n.3, set.2008.

- CARSON, A; MARGOLIN, R. Depression in older patients with neurologic illness: Causes, recognition, management. **Cleve Clin J Med**, [S.l.: s.n.], v. 72, n. 3, p. 52-64, out. 2005.
- CARVALHO, J.A.M; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: [s.n.], v. 19, n. 3, p. 725-733, jun. 2003.
- CHINAVEH, M. The effectiveness of problem-solving on coping Skills and Psychological Adjustment. *Procedia*. **SBS**. [S.l.: s.n.], v. 84, n. 4-9, 2013.
- COUTINHO, M. P. L et al. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Psico-USF**, v. 8, n. 2, p. 183-192, Jul./Dez. 2003
- COSTA, A. A. V; FIORONI, L. N. Avaliação de Grupos Terapêuticos Comportamentais como estratégia de tratamento para pacientes depressivos. **Temas psicol**, Ribeirão Preto: [s.n.], v. 17, n. 2, 2009.
- DALL'AGNOL, C. M; TRENCH. M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **R. gaúcha Enferm**, Porto Alegre: [s.n.], v. 20, p. 5-25, jan. 1999.
- DEBUS M. Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales: Academy for Educational Developmen, [S.l.: s.n.], p. 97, 1997.
- DIAS, V. P; SILVEIRA, D.F; WITT, R.R. Health education: primary health care workgroups. **Rev APS**, Portugal: [s.n.], v. 12, n. 2, p.221-227, abr-jun. 2009.
- DREFFS, F. M. L et al. Mecanismos de *coping* utilizados por familiares de pacientes em terapia intensiva. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre: [s.n.], v. 6, n. 1, p. 52-58, jan./abr. 2013.
- ERDMAN, S. A. Therapeutic factors in group counseling: implications for audiologic rehabilitation. **Perspect Aural Rehabil Instrum**, [S.l.: s.n.], v. 16, n. 1, p. 15-28, out. 2009.
- FERNANDES, M. G. M.; NASCIMENTO, N. F. S.; COSTA, K. N. F. M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Revista Rene**, Fortaleza: [s.n.], v.11, n.1, p.19-27 jan./mar, 2010.
- FERREIRA, H. G.; LIMA, D. M. X. S.; ZERBINATTI, R. Atendimento psicoterapêutico cognitivo-comportamental em grupo para idosos depressivos: um relato de experiência. **Revista da SPAGESP**, [S.l.: s.n.], v. 13, n. 2, p. 86-101, ago. 2012.ago.
- FERREIRA, P. C. S.; TAVARES, D. M. S. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo: [s.n.], 2013 ago; 47(2): 401-7.

FLAVELL, J.H. Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, [S.l.: s.n.], v. 34, p. 906-911, 1979.

FORTES-BURGOS, A. C. G.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Eventos Estressantes, Estratégias de Enfrentamento, Auto-Eficácia e Sintomas Depressivos entre Idosos Residentes na Comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, [S.l.: s.n.], v. 21, n. 1, p. 74-82, 2008.

FRANK, M.H.; RODRIGUES, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 376-387.

GALDINO, J. M. S. **Ansiedade, depressão e coping em idosos**. São Paulo, 2000. 103p. Dissertação, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2000.

GALHARDO, V. A. C.; MARIOSIA, M. A. S.; TAKATA, J. P. I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. **Revista Medicina Minas Gerais**, [S.l.: s.n.], v. 20, n. 1, p. 16-21, 2010.

GIL, C. A.; TARDIVO, L. S. L. P. A oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, [S.l.: s.n.], v. 19, n. 1-2, p. 19-27, Jan-Jun, 2011.

GOMES, M. E. S; BARBOSA, E. F. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. **Educativa: Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais**. 1999. Disponível em: <<http://www.educativa.org.br>>. Acesso em: 04 nov. 2012.

GONÇALVES, J.R.L. “**Atendimento ao familiar-cuidador em convívio com o doente mental através da técnica de solução de problemas**”. 2005.159 p. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

GUTIERREZ, B. A. O.; AURICCHIO, A. M.; MEDINA, N. V. J. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. **Health Science Institute**, [S.l.: s.n.], v. 29, n. 3, p. 186-90, 2011.

HALLVASS, L. Envelhecimento ativo: uma experiência da fundação de ação social na unidade de atenção ao idoso ouvidor pardinho. **Revista Gestão Pública em Curitiba**, Curitiba: [s.n.], v. 2, n. 2, p. 35-42, mai-ago. 2011.

HOFFMANN, E. J. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **J Brasileira Psiquiatria**, [S.l.: s.n.], v. 59, n. 3, p. 190-197, 2010.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade. **Estudos de Psicologia**, Campinas:

[s.n.], v. 25, n. 4, p. 517-525, Out-Dez, 2008.

ISTILLI, P. T. et al. Antidepressivos: uso e conhecimento entre estudantes de enfermagem. **Revista Latino America de Enfermagem**. São Paulo: [s.n.], v. 18, n.3, [9 telas], maio/jun. 2010.

JEFFERSON, J. W; GREIST, J.H. **Depression and antidepressants: a guide**. Midedleton: Dean Foundation, 1997.

JUNIOR, J. F. H. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman; 2005.

KALACHE, A. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: [s.n.], v. 23, n. 10, p. 2503-2505, out. 2007.

KLEIN, D. N et al. Social Problem Solving and Depressive Symptoms Over Time: A Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy, Brief Supportive Psychotherapy, and Pharmacotherapy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [S.l.: s.n.], v. 79, n. 3, p. 342-52, 2011.

KRUEGER, R. A. **Focus Group: A Practical Guide for Applied Research**. London: Sage Publications, 1996.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer; 1984.

LIMA, M. T. R.; SILVA, R. S.; RAMOS, L. R. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, [S.l.: s.n.], v. 58, n. 1, p. 1-7, 2009.

LOBO, B et al. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para idosos com sintomas de ansiedade e depressão: resultados preliminares. **Psicologia: teoria e prática**, [S.l.: s.n.], v. 14, n. 2, p. 116-25, 2012.

LUZ, M. M. C; AMATUZZI, M. M. Vivências de felicidade de pessoas idosas . **Estudos de Psicologia**, Campinas: [s.n.], v. 25, n. 2, p. 303-307, abril – junho. 2008.

MARQUES, F.; SOUSA, L. Agregado familiar de casais idosos: estrutura, dinâmicas e valores. **Rev Tem Kairós Gerontologia**, [S.l.: s.n.], v. 15, n. 1, p. 177-98, fev. 2012.

MINAYO, M.C.S. et al. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Abrasco, 2000.

MORAES, E. M; MARINO, M. C. A; SANTOS. R. R. Principais síndromes geriátricas, **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte: [s.n.], v. 20, n. 1, p. 54-66. 2010.

MORAES, F. F. D; SOUZA, V. B. A. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 27, n. 4, Dec. 2005 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. access on 07 Nov. 2013.

MORENO, D.H; SOARES, M.B.M. **Diagnósticos e tratamento: elemento de apoio. Depressão.** São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

MUNIZ, F. H.; BATISTONI, S. S. T.; NASCIMENTO, P. P. P. Crenças sobre depressão entre idosos de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. **Rev Temática Kairós Gerontologia**, [S.l.: s.n.], v. 15, n. 7, p. 195-213, 2012.

NASCIMENTO, R. F. L. **Depressão e o desempenho cognitivo em idosos através do Teste Wisconsin classificação de cartas.** 2007. 74 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Faculdade de Psicologia da Pontifícia, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul 2007.

NERI, M.C; SOARES, W.L. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: [s.n.], v. 23, n. 8, p. 1845-56, ago. 2007.

NETTO, T. M.; FONSECA, R. P.; FERNANDEZ, J. L. Reabilitação da memória em idosos com queixas mnemônicas e sintomas depressivos: estudo piloto não controlado. **Rev. Estudos de Psico**, [S.l.: s.n.], v. 17, n. 1, p. 161-9, 2012.

NEU, D. K. M.; et al. Indicadores de depressão em idosos institucionalizados. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.: s.n.], v. 16, n. 3, p. 418-23, Jul/Set. 2011.

NEZU, A. M.; NEZU, C. M. **Clinical decision making in behavior therapy: a problem –solving perspective.** Champaign, IL: Research Press, 1989.

NEZU, A. M; NEZU, C. M. Treinamento em Solução de Problemas. In: CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento.** São Paulo: Editora Santos, 1996, p. 471-493.

OLIVEIRA, D. A. A.; GOMES, L. F.; OLIVEIRA, R. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Revista Saúde Pública**, São Paulo: [s.n.], v. 40, n. 4, Agosto. 2006.

OLIVEIRA, M. F et al. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.: s.n.], v. 17, n. 8, p. 2191-2198, 2012.

OLIVEIRA, N. F et al. **Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos.** **Rev. Esc. Enferm. USP (Online)**. São Paulo. v. 43, n. 3, set. 2009.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Disponível em < www.onu.org.br/onu-no-brasil/opas-oms. > Acesso em 19/07/2013.13-P.

OSÓRIO, L. C. *et al.* **Grupos: teorias e práticas. Acessando a era da grupalidade.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia. Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PORTA, M. **A dictionary of Epidemiology.** Oxford: University Press, 2008. Problem of metacognition. In: R. Glaser (Org.), **Advances in instructional psychology.** Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1978.

QUEIROZ, T. L. A; CAVALCANTE, P. S. **As contribuições do software Atlas ti para a análise de relatos de experiência escritos.** In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 10, 2011, Curitiba. Pontifca Universidade Católica do Paraná. Disponível em: http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/5664_4029.pdf. Acesso em: 12 ago 2012.

RANGÉ, B. **Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas.** Campinas: Livro Pleno, 2001.

RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 800 p.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SANTOS, P. C. F.; TAVARES, D. M. S. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos na zona rural. **Rev. Esc. Enferm. USP**, [S.l.: s.n.], v. 47, n. 2, p. 401-7, 2013.

SANTOS, I et al. O grupo pesquisador construindo ações de autocuidado para o envelhecimento saudável: pesquisa sociopoética. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro: [s.n.], v. 15, n. 4, p. 746-754, dez. 2011.

SANTOS, L.F et al. Fatores terapêuticos em grupo de suporte na perspectiva da coordenação e dos membros do grupo. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo: [s.n.], v. 25, n.1, p. 122-127, 2012.

SARTORI, A. C. R.; ZILBERMAN, M. L. Revisitando o conceito de síndrome do ninho vazio. **Rev psiquiat clín.**(internet), [S.l.: s.n.], v. 36, n.3, 2009. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo.php> > Acesso em: 15 ago 2013.

SIQUEIRA, G. R et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da Escala de Depressão Geriátrica (EGD). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro: [s.n.], v. 14, n.1, p. 253-259, fev. 2009.

SOUZA, J; KANTORSKI, L. P; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**. Ribeirão Preto: [s.n.], v. 2, n.1, fev. 2006.

STENGEL, M. Discursos de padres e madres sobre la amistad en las familias con hijos adolescentes. *Paidéia* (Ribeirão Preto), v. 21, n. 49, p. 217-25, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 17 ago 2013.

STERNBERG, R. J. **Psicologia Cognitiva**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

TAHAN, J; CARVALHO, A. C. D. Reflexões de Idosos Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida. **Saúde soc.**, São Paulo: [s.n.], v.19, n.4, p.878-888, dez. 2010.

TALARICO, J. N. S et al. Stress and coping in older people with Alzheimer's disease. **Journal of Clinical Nursing**, v. 18, p. 457-465, 2009.

TALARICO, J. N. S et al. Síntomas de estrés y estrategias de coping en ancianos saludables. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v. 43, n. 4, p. 803-809, 2009.

TAVARES, D. M. S; DIAS, F. A; MUNARI, D. B. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo: [s.n.], v. 25, n. 4, p. 601-606. 2012.

TRISTAN, S. V. L.; RANGEL, A. L. G. Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. **Rev. Intercontinental de Psicología y Educación**, [S.l.: s.n.], v. 11, n. 2, p. 155-189, 2009.

VEIGA, L; GONDIM, S.M.G. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. **Opinião Pública**. Campinas: [s.n.], v. 2, n. 1. 2001.

VERAS R. P; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: [s.n.], v. 10, n.23, p. 2479-2489, out. 2007.

VERAS, R. Vida plena sem violência na maturidade: a busca contemporânea. **Ciênc. Saúde coletiva**, [S.l.: s.n.], v. 15, n. 6, p. 2671-73, Set. 2010.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo: [s.n.], v. 43, n. 3, p. 548-554, jun. 2009.

VERAS, R. P et al. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro: [s.n.], v. 13, n. 4, p. 1119-1126, Aug. 2008.

VERAS, R. P; CALDAS, C. P. Produção de cuidados à pessoa idosa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro: [s.n.], v. 13, n. 4, p. 1104-1104, Aug. 2008.

VERAS, R. Vida plena sem violência na maturidade: a busca contemporânea. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro: [s.n.], v. 15, n. 6, p. 2671-2673, Sept. 2010.

VERAS, R.P. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: : [s.n.], v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out. 2007.

YALOM, I. D; LESZCZ, M. **Psicoterapia de grupo: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

YASSUDA, M. S.; SALMAZO, H. S. Participação em programas para a terceira idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida. **Estudo psicologia**. Campinas: [s.n.], v. 27, n. 2, Abr./Jun.2010.

ZANELATTO, N. A; REZENDE, M. M. Co-dependência: a função de grupos terapêuticos para esposas de alcoolistas – **Psicólogo Informação**, São Bernardo do Campo, V.9. 2006.

ZANINI, D. S. Apoio Social, Coping e suas repercussões no humor depressivo. **Estudos**, Goiânia: [s.n.], v. 38, n. 01/03, p. 133-149, jan./mar. 2011.

ZERBETTO, S. R et al. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 13, n. 1, jan-mar. 2011; Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a11.htm>.> Acesso em: 25 Jun 2012.

ZIMMERMAN, D. **Psicoterapias de grupo**. In: CORDIOLI, A.V. (Org.) **Psicoterapias – Abordagens Atuais**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1998. p. 225-240.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

Comitê de Ética em Pesquisa

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Técnica de Solução de Problemas: Intervenção em Idosos com Indicativo de Depressão”. Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Intervenção em Idosos com Indicativo de Depressão”. Os avanços na área das ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é caracterizar a situação social, demográfica e econômica dos idosos que freqüentam a UAI; identificar as doenças que possuem, inclusive sinais que possam indicar depressão; desenvolver grupos de discussão com os idosos onde serão abordados assuntos como estratégias de solução de problemas da vida. Caso você participe, será necessário que você responda perguntas e participe de grupos. Caso ocorra desconforto emocional durante a realização dos grupos, você receberá atendimento individual de acolhimento e posteriormente será encaminhado à atendimento psicológico. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Título do Projeto: Técnica de Solução de Problemas: Intervenção em Idosos com Indicativo de Depressão.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,...../ /.....

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador responsável/Orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves (34) 3318-5710/ 92773534

Pollyana Pagliaro Borges Soares (34) 33148899 / 99933591

Telefone do voluntário ou seu responsável legal: _____

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

APÊNDICE B

ESTUDO DE CASO

Madalena, 67 anos, casada há 40 anos, mãe de três filhos, dona de casa. Tem se sentido desanimada e sem vontade de fazer as coisas, e não tem dormido bem. Muitas vezes não sabe bem qual o motivo.

Deixou muitas das atividades que realizava antes e refere que em algumas situações se sente inútil. Às vezes acredita que perdeu as forças para lutar, sente medo de ficar doente e não ter com quem contar. Seus filhos, já estão casados e moram distante de sua casa, fato que dificulta o contato entre eles.

O filho mais novo se envolveu com amizades e condutas que Madalena e seu marido não aprovam. Essa situação tem trazido desavença entre o casal.

Osório, esposo de Madalena, se culpa pelas condutas do filho e frequentemente sugere que tentem conversar sobre os problemas, mas Madalena acredita que seja melhor deixar o tempo resolver as coisas e prefere evitar pensar.

Geralmente prefere ficar sozinha e não gosta de falar com ninguém sobre seus problemas.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

ANEXO A

IDENTIFICAÇÃO, PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO

Nome: _____
 Início da entrevista: _____ Término: _____ Data: _____
 Endereço: _____ Tel: _____

1) **Data de nascimento:** ____/____/____

Idade: (anos completos).....

ATENÇÃO:

1 O entrevistado deve ter acima de 60 anos de idade. No caso de incerteza peça, ao entrevistado, documento de identificação que mostre a data de nascimento.

2 Se a pessoa não preencher os critérios acima, agradeça e encerre a entrevista.

2) **Sexo**.....

1- Masculino 2- Feminino

3) **Qual o seu estado conjugal?**.....

1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)

2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a) 3- Viúvo(a)

4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a) 99- Ignorado

4) **Escolaridade:**.....

Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.

99- Ignorado

5) **Qual a sua renda individual:**.....

1 - Não tem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo

4 - De 1 a 3 salários mínimo 5 - De 3 a 5 salários mínimo 6 – mais de 5 salários mínimo

6) **Seus recursos financeiros atualmente são**

provenientes de: (Múltipla escolha).....

1-Aposentadoria

2-Pensão

3-Renda/ aluguel

4-Doação (família)

5-Doação (outros)

6-Trabalho contínuo (fórmula ou não)

7- Trabalho eventual

8-Renda mensal vitalícia

9- Aplicação financeira

10- Sem rendimento próprio

99- Ignorado

7) **Principal atividade profissional exercida atualmente:**.....

1- Dona de casa 2- Empregada doméstica 3- Trabalhador braçal

4- Trabalhador rural 5- Profissional liberal 6- Agricultor 7- Empresário

8- Outro (especifique _____) 9- Não exerce 99- Ignorado

8) **A casa onde o sr. mora:**.....

1- Própria - quitada 2- Própria - paga prestação 3- É de parente - paga aluguel

4- Estranho - paga aluguel 5- Cedida - sem aluguel 6- Asilo 99- Ignorado



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

ANEXO B

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

Para cada questão abaixo assinale no campo Não ou Sim. (Circule a resposta)

	Questões	Não	Sim
1	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
2	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3	Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4	Você se aborrece com frequência?	0	1
5	Você se sente com bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8	Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11	Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13	Você se sente cheio de energia?	1	0
14	Você acha que a sua situação é sem esperanças?	0	1
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1

TOTAL (coloque a soma da pontuação obtida pelo idoso)

Considere: A soma total de pontos **maior que 5** indicativa de depressão.

Presença de indicativo de depressão (1) Sim (2) Não



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

ANEXO C

INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING DE JALOWIEC

Assinale com um X as questões que tem a ver com você quando tem que enfrentar um problema.

1. Preocupa-se com o problema.
2. Tem esperança de que as coisas melhorem.
3. Come ou fuma mais que o habitual.
4. Reflete sobre diferentes modos de lidar com a situação.
5. Tenta convencer-se de que as coisas poderiam ser piores.
6. Exercita-se ou faz qualquer atividade física.
7. Tenta afastar o problema por um tempo.
8. “Enlouquece” e perde a energia.
9. Espera que o pior aconteça.
10. Tenta tirar o problema da mente e pensar em outra coisa.
11. Conversa sobre o problema com familiares ou com amigos.
12. Aceita a situação porque pouco pode ser feito.
13. Tenta ver o problema objetivamente em todos os ângulos.
14. Sonha com uma vida melhor.
15. Conversa sobre o problema com profissionais tais como: médico, enfermeira, professor, consultor.
16. Tenta manter a situação sob controle.
17. Reza ou põe sua confiança em Deus.
18. Tenta sair da situação.
19. Guarda seus sentimentos para si própria.
20. Culpa qualquer outra pessoa pelo problema.
21. Espera para ver o que acontecerá.
22. Deseja ficar só para refletir sobre as coisas.
23. Resigna-se com a situação porque as coisas parecem sem esperança.
24. Descarrega suas tensões sobre alguém.
25. Tenta mudar a situação.
26. Usa técnicas de relaxamento.
27. Tenta descobrir mais sobre o problema.
28. Dorme mais do que o habitual.
29. Tenta lidar com as coisas uma de cada vez.
30. Tenta manter a vida o mais normal possível e não deixa o problema interferir.
31. Pensa sobre como lidou com outros problemas no passado.
32. Tenta não preocupar-se porque tudo, provavelmente, terminará bem.
33. Tenta resolver um compromisso.
34. Toma um aperitivo para se sentir melhor.
35. Deixa o tempo cuidar do problema.
36. Tenta distrair-se fazendo algo que lhe dá prazer.
37. Convence-se de que é capaz de superar qualquer coisa, independente da dificuldade.

38. () Realiza um plano de ação.
39. () Tenta manter o senso de humor.
40. () Adia para enfrentar o problema.
41. () Tenta manter os sentimentos sob controle.
42. () Conversa sobre o problema com pessoas que têm estado em situações semelhantes.
43. () Elaboro mentalmente o que deve ser feito.
44. () Tenta manter-se ocupado.
45. () Aprende algo novo para lidar com o problema.
46. () Faz algo impulsivo ou arriscado que não faria usualmente.
47. () Pensa sobre as boas coisas de sua vida.
48. () Tenta ignorar ou evitar o problema.
49. () Compara-se com outras pessoas que estão na mesma situação.
50. () Tenta pensar positivamente.
51. () Culpa-se por estar nessa situação.
52. () Prefere resolver as coisas por si mesmo.
53. () Toma medicação para diminuir a tensão.
54. () Tenta ver o lado bom da situação.
55. () Tenta convencer-se de que o problema não é tão importante.
56. () Evita ficar com pessoas.
57. () Tenta aperfeiçoar-se de algum modo para lidar melhor com a situação.
58. () Deseja que o problema desapareça.
59. () Depende de outras pessoas para obtenção de ajuda.
60. () Tenta convencer-se de que apenas está tendo má sorte.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

ANEXO D
PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM
SERES HUMANOS/UFTM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: APLICABILIDADE DA TÉCNICA DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS COMO FORMA DE INTERVENÇÃO JUNTO AOS IDOSOS
PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: JUREMA RIBEIRO LUIZ GONÇALVES
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 11/5//2012
PROTOCOLO CEP/UFTM: 2316

PARECER

De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 5 de outubro de 2012.

Prof.^a Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do CEP/UFTM

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.