



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR - UCSAL
BACHARELADO EM PSICOLOGIA

Patrícia Sá Freire Vaz Sampaio

A ESCUTA ATIVA E OS VÍNCULOS SOCIAIS NO ENVELHECIMENTO: Um estudo sobre suas repercussões no componente cognitivo e na autonomia de pessoas idosas em um grupo terapêutico

Salvador

2026

PATRÍCIA SÁ FREIRE VAZ SAMPAIO

A ESCUTA ATIVA E OS VÍNCULOS SOCIAIS NO ENVELHECIMENTO: Um estudo sobre suas repercussões no componente cognitivo e na autonomia de pessoas idosas em um grupo terapêutico

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia, da Universidade Católica do Salvador como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Ma. Aruanã Mairê Maia
Fontes

Salvador

2026

Aos meus pais Isabel e Luiz Carlos (em memória), pelos princípios e valores que me constituem e fazem de mim quem sou.

Ao meu esposo Paulo, pelo seu amor, cuidado e apoio constante. Você é o meu porto seguro, o meu braço forte em todos os momentos.

Aos meus filhos, Pedro Paulo, João Luís e Bernardo, razões da minha existência, vocês são o meu maior orgulho e a prova viva do amor de Deus na minha vida.

As minhas filhas noras, Catarina e Tamine, as nossas conexões são inexplicáveis...saibam que sinto na alma o amor de vocês e é recíproco.

À minha amada neta Maria, que ilumina a nossa família com a sua alegria e espontaneidade, para que um dia compreenda que o tempo não limita os nossos sonhos e que nós, mulheres, somos capazes de conquistar tudo que desejamos, com respeito, responsabilidade e ética.

AGRADECIMENTOS

Quem me conhece sabe: eu não acredito em conquistas verdadeiras e duradouras sem o esforço, a renúncia e a perseverança.

A conclusão deste trabalho representa para mim, mais do que uma etapa cumprida na minha graduação. Simboliza um recomeço, a realização de um sonho e a confirmação de que nunca é tarde para aprender, crescer e se reinventar. Porém, nada se constrói sozinho. Nada disso seria possível sem as pessoas que, de formas diferentes, caminharam ao meu lado.

À Universidade Católica do Salvador, minha gratidão por me proporcionar, através do seu corpo docente, uma formação de qualidade, orientada pelo compromisso com a construção do conhecimento e sobretudo na formação de profissionais sensíveis às demandas humanas e sociais.

À minha banca examinadora, composta pelo Professor Jeferson Nunes, pelas Professoras Milena Magalhães e Aruanã Fontes, minha sincera gratidão pelo tempo disponibilizado, pela generosidade em compartilhar conhecimento e pela contribuição para o aprimoramento deste trabalho.

De forma especial, à minha orientadora, Professora Aruanã, por quem tenho profunda admiração e gratidão. Através das muitas disciplinas em que tive o privilégio de ser sua aluna, você compartilhou conhecimento com uma combinação única entre leveza, delicadeza e uma robustez teórica inquestionável. A sua competência e sensibilidade me inspiram.

Ao professor Jonatas Tourinho Rocha, por ter aberto as portas do seu projeto, tornando possível a realização desta pesquisa. A sua confiança e o seu apoio foram fundamentais ao longo deste percurso.

À minha querida amiga Daniela Antas, por dividir esta caminhada comigo com amor, carinho e generosidade. Saiba que a admiro profundamente como profissional, como mulher e sobretudo como ser humano. Tenho certeza que as nossas trajetórias não se cruzaram por acaso.

À minha família, a base de tudo o que eu sou. Para escrever sobre vocês, me falta o ar. Vocês são a razão da minha existência, onde recarrego as minhas energias e renovo as minhas forças.

Ao meu esposo Paulo, o amor da minha vida e o meu porto seguro. Obrigada por nunca me deixar sozinha, por apoiar minhas decisões e por acreditar nesse recomeço. O seu incentivo, a sua presença forte e o seu amor tornaram esta conquista possível. Eu te amo muito, sou grata por nós e pela família que construímos juntos.

Aos meus amados filhos, Pedro Paulo, João Luís e Bernardo, tenho muito orgulho dos homens íntegros e honestos que são. Ser mãe de vocês é o maior privilégio da minha vida. Vocês são a minha parte mais bonita, amo vocês profundamente, incondicionalmente.

Às minhas noras, Catarina e Tamine, faltam-me as palavras para expressar o amor que sinto por vocês. Vocês são amigas, parceiras, carinhosas e presentes na minha vida. Nem nos meus melhores sonhos eu poderia imaginar uma relação tão genuína e cheia de afeto. Vocês são, para mim, como filhas, presentes que Deus me enviou através dos meus filhos. Obrigada por tanto e sempre.

À minha linda e amada neta Maria, desejo que um dia você possa olhar para a minha trajetória e compreender como a perseverança e a coragem nos levam a alcançar os nossos objetivos. Para que entenda que o passar dos anos não limitam os nossos sonhos e que você será capaz de realizar tudo aquilo que desejar, em qualquer momento da sua vida. Eu te amo, Vovoca.

À minha querida prima-irmã Tatiana, sempre presente na minha vida. A sua força diante das adversidades e a sua capacidade de seguir com dignidade são admiráveis. Te admiro pela mulher que és e agradeço pela amizade e pelo exemplo de resiliência.

Aos meus pais Isabel e Luiz Carlos, pela minha vida. Mãe, sei que esse sonho que estou realizando também é seu. As minhas conquistas carregam marcas suas: a perseverança diante das dificuldades, a capacidade de recomeçar e a coragem de seguir em frente. Eu te amo, minha mãe. Pai, a saudade que eu sinto é diária, não tem nenhum momento que eu não pense no senhor. É impressionante, como a sua presença é real na minha vida, por vezes sinto até o seu cheiro de Patchouli, mesmo não estando mais ao meu lado fisicamente. Sabe aquele sonho de 2003? Quando me viu entrar na faculdade de Psicologia? Eu estou aqui, Pai. Retomei o meu percurso e já estou na reta final. Minha eterna gratidão pelos momentos felizes e divertidos que nos proporcionou, pelo pai e avô sempre tão presente e amoroso. Eu te amo, meu pai.

À Deus, por ter sustentado os meus passos, renovado as minhas forças e me mostrado, em cada recomeço, que os Seus propósitos não conhecem os limites do tempo.

Patrícia Sá Freire Vaz Sampaio

A ESCUTA ATIVA E OS VÍNCULOS SOCIAIS NO ENVELHECIMENTO: Um estudo sobre suas repercussões no componente cognitivo e na autonomia de pessoas idosas em um grupo terapêutico¹

Patrícia Sá Freire Vaz Sampaio²

Aruanã Mairê Maia Fontes³

RESUMO

Com o aumento das estatísticas relacionadas ao crescimento da população idosa e as demandas associadas ao envelhecimento, o presente estudo tem como objetivo investigar as repercussões da escuta ativa e da construção de vínculos sociais na percepção do componente cognitivo e na autonomia de pessoas idosas, no contexto de um grupo terapêutico. Trata-se de um estudo de casos múltiplos, de abordagem qualitativa e quantitativa, de caráter exploratório, realizado com seis idosos participantes do grupo terapêutico 50+, na cidade de Salvador (BA). A coleta de dados envolve a aplicação dos seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico, entrevista semiestruturada, Escala de Lawton, em versão adaptada para o contexto brasileiro e Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Os resultados indicaram maior repercussão na percepção de melhora na autonomia dos participantes, sobretudo no fortalecimento da autoconfiança e da independência. No componente cognitivo, os achados mostraram-se mais heterogêneos, coexistindo queixas relacionadas à memória e percepções subjetivas de melhora (em sua forma de pensar, na atenção, na capacidade reflexiva e de se expressar). Espera-se que os resultados contribuam para a compreensão dos efeitos da escuta ativa e dos vínculos sociais na cognição e na autonomia de pessoas idosas, além de subsidiar práticas psicológicas voltadas à promoção de um envelhecimento saudável.

Palavras-chave: envelhecimento; grupo terapêutico; cognição; autonomia; escuta ativa; vínculos sociais.

¹ Trabalho apresentado como requisito parcial para obtenção de nota do título de Bacharel em Psicologia.

² Graduanda do curso de Psicologia pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL). E-mail: patriciasa.sampaio@ucsal.edu.br

³ Docente do curso de Bacharelado em Psicologia da Universidade Católica do Salvador (UCSAL).

ACTIVE LISTENING AND SOCIAL BONDS IN AGING: A study on their repercussions on the cognitive component and autonomy of elderly people in a therapeutic group

ABSTRACT

With increasing statistics related to the growth of the elderly population and the demands associated with aging, this study aims to investigate the repercussions of active listening and the construction of social bonds on the cognitive component and autonomy of elderly people in the context of a therapeutic group. This is a multiple case study, with a qualitative and quantitative approach, of an exploratory nature, carried out with six elderly participants of the 50+ therapeutic group in the city of Salvador (BA). Data collection involved the application of the following instruments: sociodemographic questionnaire, semi-structured interview, Lawton Scale, in a version adapted for the Brazilian context, and Mini-Mental State Examination (MMSE). The results indicated a greater impact on the participants' autonomy, especially in strengthening self-confidence and independence. In the cognitive component, the findings were more heterogeneous, with coexisting complaints related to memory and subjective perceptions of improvement (in their way of thinking, attention, reflective capacity, and ability to express themselves). The results are expected to contribute to a better understanding of the effects of active listening and social connections on the cognition and autonomy of older adults, as well as to support psychological practices aimed at promoting healthy aging.

Keywords: aging; therapeutic group; cognition; autonomy; active listening; social bonds.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa - Brasil, 2026.....	19
Tabela 2 - Pontuação dos participantes no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Bertolucci et al., 1994) - Brasil, 2026.....	21
Tabela 3 - Pontuação dos participantes na Escala de Lawton (Lawton; Brody, 1969), em versão adaptada para o contexto brasileiro (Santos; Virtuoso Júnior, 2008) - Brasil, 2026.....	22

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	MÉTODO.....	11
2.1	DELINEAMENTO.....	11
2.2	PARTICIPANTES.....	11
2.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	12
2.4	INSTRUMENTOS.....	13
2.5	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	16
2.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	17
3	RESULTADOS.....	19
3.1	O GRUPO TERAPÊUTICO COMO ESPAÇO DE CUIDADO.....	23
3.2	REPERCUSSÕES DA PARTICIPAÇÃO NO GRUPO TERAPÊUTICO.....	27
3.3	PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DO ENVELHECIMENTO.....	31
4	DISCUSSÃO.....	35
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
	REFERÊNCIAS.....	41
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	45
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	46
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	47
	ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO.....	49
	ANEXO D - CARTA DE ANUÊNCIA.....	52
	ANEXO E - ESCALA DE LAWTON E BRODY.....	53
	ANEXO F - MINI EXAME DE ESTADO MENTAL (MEEM).....	54

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, constata-se uma realidade crescente no mundo: o envelhecimento populacional. A Assembleia Geral das Nações Unidas declarou o período de 2021 a 2030 como a “Década do Envelhecimento Saudável” (OPAS, 2021), com o objetivo de promover políticas e ações voltadas ao bem-estar biopsicossocial da população idosa.

No Brasil, observa-se um acelerado crescimento dessa população, evidenciado por pesquisas do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2023), que indicam o aumento percentual de idosos na população. Segundo os dados levantados via Pesquisa Nacional por Amostra - PNAD, o número de brasileiros idosos corresponde a 13% da população (IBGE, 2014), e, conforme a Fundação Oswaldo Cruz (2012), com base em dados da Organização Mundial da Saúde, o Brasil ocupará a sexta posição mundial em número de pessoas idosas até 2025, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais.

O envelhecimento é um processo inerente à vida, inevitável, a não ser pela morte. Diante do crescimento da população idosa, considera-se importante reconhecer que esse fenômeno está associado à sua autonomia e às mudanças cognitivas que podem afetar os processos psicológicos básicos, como atenção, memória, linguagem, psicomotricidade, e as funções executivas, e impactar na autonomia, saúde, qualidade de vida e bem-estar na terceira idade (Papalia; Feldman, 2013). Essa realidade demanda abordagens para manejar e lidar com os processos característicos da senescência e assim identificar estratégias que promovam um envelhecimento saudável.

Dentre essas abordagens, os grupos terapêuticos com pacientes idosos constituem-se, segundo Lopes, Barbieri e Gambale (2009), como um espaço coletivo de acolhimento, troca, escuta e de fortalecimento dos vínculos sociais. Nesses contextos, o conhecimento psicológico atua como mediador na construção de relações significativas e no reconhecimento do idoso como sujeito ativo de sua própria história, onde a grupalidade é usada como um importante recurso terapêutico. Além disso, esses grupos favorecem o enfrentamento dos desafios impostos por uma sociedade frequentemente marcada por práticas excludentes e estigmatizantes em relação ao envelhecimento.

Em consonância, Rogers (2009), na perspectiva humanista, afirma a necessidade de um ambiente acolhedor para realização pessoal, e complementa que essa aceitação só é possível em circunstâncias que proporcionem congruência, empatia e aceitação incondicional. Nesse sentido, entende-se o crescimento como um processo de desenvolvimento pessoal que

favorece o fortalecimento da autoestima, à maior abertura e flexibilidade diante das experiências e ao respeito consigo mesmo e com os outros.

Nesse contexto grupal, a escuta empática, conforme descrita por Rogers (2009), constitui-se como a base conceitual da escuta ativa, que se configura como um recurso fundamental por transcender a mera capacidade auditiva. Trata-se de uma postura de atenção plena, empática e responsiva do terapeuta, que legitima a fala do outro, fortalecendo o vínculo terapêutico. Essa prática, quando integrada à dinâmica grupal, pode potencializar a criação de vínculos sociais, entendidos como relações afetivas e de pertencimento que oferecem suporte emocional, reduzindo o isolamento e ampliando as oportunidades da pessoa idosa. (Antonucci; Ajrouch; Birditt, 2014).

De forma complementar, Santos *et al* (2024) apontam que as interações sociais positivas estão associadas à manutenção de funções cognitivas, como memória e atenção, e podem contribuir para a redução do risco de declínio cognitivo. Além disso, a autonomia, entendida como a capacidade de tomar decisões e realizar atividades da vida diária de forma independente, pode ser influenciada por fatores psicossociais (Carneiro; Ayres, 2021). Nesse contexto, práticas como a escuta ativa têm sido exploradas como estratégias terapêuticas que podem fortalecer vínculos e promover o bem-estar emocional da pessoa idosa (Brito; Motta, 2023).

Sob essa perspectiva, considera-se o paradigma do envelhecimento ativo, proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde, que destaca a necessidade de otimizar oportunidades de saúde, participação e segurança, de forma a possibilitar que os idosos vivam com dignidade, autonomia e integração social (OPAS/OMS, 2005). Dessa forma, o presente estudo torna-se relevante pela necessidade de compreender como essas estratégias podem favorecer o envelhecimento ativo, especialmente diante do crescimento da população idosa no Brasil.

Diante do exposto, no contexto de um grupo terapêutico, pretende-se investigar de que maneira a escuta ativa e a formação dos vínculos sociais repercutem na percepção dos componentes cognitivos e na autonomia na terceira idade. Na intenção de atingir esse objetivo, propõem-se os seguintes objetivos específicos: avaliar a percepção acerca do processo de envelhecimento; compreender os efeitos da escuta ativa no bem-estar emocional dos participantes do grupo terapêutico; investigar a influência da construção de vínculos sociais na autonomia e na qualidade de vida dos idosos; avaliar a percepção dos participantes acerca de sua autonomia e capacidade cognitiva, antes e depois da participação no grupo terapêutico.

2 MÉTODO

2.1 DELINEAMENTO

Tratou-se de um estudo de casos múltiplos, de abordagem qualitativa e quantitativa, de caráter exploratório. O estudo de caso define-se como “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo (o “caso”) em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto puderem não ser claramente evidentes” (Yin, 2015, p. 17).

Segundo Yin (2015), o estudo de casos múltiplos permite examinar cada caso individualmente, ao mesmo tempo que possibilita comparações entre eles, identificando semelhanças e diferenças que contribuem para uma compreensão mais robusta do fenômeno. Esse delineamento permitiu preservar a singularidade das experiências individuais, ao mesmo tempo que possibilitou a identificação de pontos de convergência e divergência entre os participantes, possibilitando uma análise mais ampla do objeto investigado. A escolha por essa metodologia justifica-se pelo interesse em compreender, de forma aprofundada e comparativa, as repercussões da escuta ativa e da construção de vínculos no componente cognitivo e na autonomia de seis idosos participantes de um grupo terapêutico.

2.2 PARTICIPANTES

Com a anuência do responsável pelo Grupo Terapêutico 50+, o psicólogo e professor Jonas Tourinho Rocha (CRP 03/16888), conforme carta (Anexo D). O estudo foi realizado com seis idosos com 60 anos ou mais, conforme o Art. 1º do Estatuto da Pessoa Idosa, “É instituído o Estatuto da Pessoa Idosa, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022).” (BRASIL, 2022, p.12), residentes em Salvador ou na região metropolitana, participantes de um grupo terapêutico. Os participantes da pesquisa fazem parte do Grupo Terapêutico 50+, voltado para pessoas com cinquenta anos ou mais, que se reúne semanalmente, na sede da Universidade Católica do Salvador situada à Avenida Professor Pinto de Aguiar, 2589, no bairro de Pituaçu, na cidade de Salvador, estado da Bahia, em uma sala disponibilizada gratuitamente pela instituição.

O projeto foi desenvolvido e é coordenado pelo psicólogo e professor Jonas Tourinho Rocha (CRP 03/16888), responsável pelo grupo terapêutico e pela supervisão das

atividades conduzidas pelos discentes do 7º semestre do curso de Psicologia da Universidade Católica do Salvador. Os encontros ocorrem semanalmente, às quintas-feiras, das 10:00h às 11:30h e às sextas-feiras (uma turma), das 7:40h às 11:30h (duas turmas) e têm início com um breve momento de relaxamento, seguido pela realização de dinâmicas grupais fundamentadas em referenciais teóricos, com o objetivo de promover saúde mental, estimular a cognição, favorecer a interação e o fortalecimento da autonomia e dos vínculos entre os participantes.

O Grupo Terapêutico 50+, além de realizar as atividades acima descritas, constitui-se também como um contexto para a investigação das percepções e experiências, bem como a identificação de demandas individuais dos integrantes. Para participação no estudo, foram considerados indivíduos com idade mínima de 60 anos, com frequência regular e participação assídua nas atividades desenvolvidas no contexto grupal.

2.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O procedimento de coleta de dados foi realizado somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Uma vez obtida essa aprovação, foi iniciada a etapa de seleção da amostra. A amostra do estudo foi composta por participantes selecionados por amostragem não probabilística por conveniência (Gil, 2019). Essa estratégia foi adotada em função da acessibilidade e da viabilidade do contexto da intervenção, o que permitiu a participação daqueles que estavam disponíveis no período da realização da pesquisa. Aqueles que concordaram em participar foram informados sobre os objetivos da pesquisa, dos procedimentos envolvidos e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo A), sendo assegurado tempo adequado para leitura, esclarecimento de dúvidas e decisão quanto à participação.

Após a assinatura do termo, foi realizado o agendamento de dois encontros presenciais e/ou on-line com cada participante para realização da coleta de dados. A data e o horário da aplicação dos instrumentos e das entrevistas foram agendados conforme a disponibilidade de cada um. A coleta foi conduzida individualmente, com duração média de uma hora, a cada encontro.

Foram utilizados quatro instrumentos: no primeiro encontro foram aplicados a Escala de Lawton e Brody (Lawton e Brody, 1969), em versão adaptada para o contexto brasileiro (Santos; Virtuoso Júnior, 2008) (Anexo E), voltada para a avaliação da capacidade funcional dos idosos nas atividades instrumentais da vida diária e o Mini Exame do Estado Mental - MEEM (Bertolucci *et al.*, 1994) (Anexo F), com o objetivo de avaliar de forma breve o

funcionamento cognitivo global dos participantes e identificar possíveis sinais de comprometimento cognitivo. Os dois instrumentos foram aplicados numa sala reservada, na clínica-escola de Psicologia da Universidade Católica do Salvador, garantindo a privacidade e condições apropriadas para realização dos mesmos.

No segundo encontro foram aplicados, um questionário sociodemográfico (Apêndice A), destinado a levantar o perfil e dados gerais dos participantes e uma entrevista semiestruturada, dividida em três categorias: autonomia e componente cognitivo; grupo terapêutico; percepção sobre envelhecimento, escuta e vínculos, cada uma com cinco perguntas voltada à investigação e experiências relacionadas à escuta ativa, aos vínculos sociais, a autonomia, a cognição e ao envelhecimento (Apêndice B). As entrevistas ocorreram em duas modalidades: quatro foram realizadas em uma sala reservada na clínica-escola da Universidade Católica do Salvador e duas na modalidade on-line através de um link gerado pela pesquisadora no Google Meet. Em ambas modalidades foram assegurados o sigilo e a privacidade para a realização das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, permitindo a análise dos dados a partir de uma abordagem qualitativa e exploratória. Para a gravação das entrevistas, foi utilizado o gravador de voz do celular pessoal da pesquisadora. Assim que as entrevistas eram finalizadas, os áudios eram transferidos para uma pasta do Google Drive. Posteriormente foi feita a transcrição e análise dos dados. A segurança do material está assegurada, sendo o acesso restrito exclusivamente aos pesquisadores. O anonimato dos participantes será garantido, bem como o sigilo das informações coletadas, conforme o termo de confidencialidade (Anexo C). Os dados das entrevistas serão destruídos após cinco anos da realização da pesquisa, conforme as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012; 2016).

Os participantes selecionados foram informados sobre os objetivos do estudo e seus direitos, garantindo-se o sigilo da identidade e o direito de desistir a qualquer momento da pesquisa. A pesquisadora disponibilizará aos participantes os resultados, conclusões e discussões do estudo, por meio de e-mail ou pessoalmente, conforme preferência individual.

2.4 INSTRUMENTOS

Como instrumentos de investigação, foram utilizados um questionário sociodemográfico (Apêndice A), contendo treze perguntas, com o objetivo de caracterizar os idosos entrevistados e um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice B), dividido em

três categorias, com cinco perguntas cada uma. Também foram utilizados dois instrumentos: um de rastreio para avaliação cognitiva dos participantes: o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Bertolucci *et al.*, 1994) (Anexo F), e uma Escala de Lawton e Brody (Lawton; Brody, 1969), para avaliação das atividades instrumentais de vida diária, em versão adaptada para o contexto brasileiro (Santos; Virtuoso Júnior, 2008) (Anexo E).

Por meio do questionário sociodemográfico (Apêndice A), pretendeu-se coletar informações sobre nacionalidade, local de moradia (cidade), local de nascimento, faixa etária, raça, nível de escolaridade, aspectos relacionados ao trabalho (aposentado, assalariado, autônomo, desempregado, carga horária diária/semanal) e faixa de renda financeira.

A entrevista semi-estruturada, para Triviños (1987), tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos participantes da pesquisa. Dito isso, pretendeu-se articular a fundamentação teórica e abertura à experiência do participante, permitindo a flexibilidade na condução da entrevista, possibilitando a expressão, a espontaneidade, estimulando o aprofundamento das narrativas. O autor complementa, afirmando que a entrevista semi-estruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” (Triviños, 1987, p. 152).

Sendo assim, o roteiro da entrevista semiestruturada (Apêndice B), foi organizado em três categorias, cada uma composta por cinco perguntas: 1. autonomia e componente cognitivo; 2. grupo terapêutico; e 3. percepção sobre o envelhecimento, escuta e vínculos; A categoria “autonomia e componente cognitivo” baseou-se na Teoria do Desenvolvimento Humano de Papalia e Feldman (2013). As autoras compreendem que o desenvolvimento cognitivo nessa fase da vida envolve mudanças heterogêneas nas funções cognitivas. Ademais, destacou-se o conceito de idade funcional que refere-se à capacidade do indivíduo de realizar atividades da vida diária de forma independente, podendo variar entre indivíduos com a mesma idade cronológica. Sendo assim, as perguntas foram desenvolvidas com a finalidade de avaliar a autonomia do idoso e como as suas habilidades cognitivas, a exemplo da memória, atenção e tomada de decisão se manifestam nas atividades diárias.

A categoria “grupo terapêutico” visou explorar como a participação em grupos terapêuticos se manifesta na experiência dos idosos. De acordo com Lopes, Barbieri e Gambale (2009), a psicoterapia de grupo com pacientes idosos constitui-se como um espaço privilegiado, onde o psicólogo utiliza a grupalidade como recurso terapêutico. Brasil (2013)

complementa que esse recurso propõe-se a romper com o isolamento e com a fragilidade da identidade, aspectos que frequentemente geram angústia na pessoa idosa.

Por fim, a categoria “percepção sobre o envelhecimento, escuta e vínculos”, teve como objetivo captar a percepção do idoso sobre os efeitos da escuta ativa e as construções de vínculos sociais no seu envelhecimento. Buscou-se compreender de que maneira as relações estabelecidas no grupo contribuem para a ressignificação da velhice. Além disso, esta categoria permitiu analisar como as experiências de escuta e acolhimento no grupo repercutem na forma como os participantes percebem a si mesmo, suas potencialidades, o próprio processo de envelhecimento e o seu lugar na sociedade.

[...] estereótipos inconscientes sobre envelhecimento, internalizados na juventude e reforçados durante décadas por atitudes da sociedade, podem ter se tornado autoestereótipos, que inconscientemente afetam as expectativas dos idosos em relação ao seu comportamento e que frequentemente atuam como profecias autorrealizáveis. (Levy, 2003, p.203)

No entanto, observa-se, na contemporaneidade, um movimento crescente de enfrentamento ao idadismo, que refere-se ao preconceito e a discriminação com base na idade cronológica. Conforme apontam Papalia e Feldman (2013), essas concepções vêm sendo revistas diante de novas perspectivas acerca do envelhecer: idosos mais ativos, saudáveis e com mais participação social. Nesse sentido, o grupo terapêutico configura-se como um dispositivo potente de escuta e construção de vínculos sociais, em consonância com a perspectiva de Rogers, que destaca que o homem é “incorrigivelmente socializado em seus desejos” (Rogers, 2009, p. x). Dessa forma, compreende-se que o indivíduo é atravessado pelos contextos nos quais se insere ao longo da vida, de modo que os seus desejos, valores e comportamentos não surgem isoladamente, mas são construídos a partir das experiências sociais e culturais que vivencia.

A Escala de Lawton e Brody (Lawton; Brody, 1969), em versão adaptada para o contexto brasileiro (Santos; Virtuoso Júnior, 2008) (Anexo E) foi aplicada para avaliação da autonomia dos idosos nas atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). Trata-se de um instrumento estruturado, composto por 9 itens que investigam o desempenho em tarefas do cotidiano, como uso do telefone, realização de compras, preparo de refeições, cuidados com a casa, utilização de meios de transportes, manejo de medicações e administração das finanças pessoais. O instrumento tem a pontuação máxima de 27 pontos, com três respostas possíveis às perguntas que variam de independência, dependência parcial ou dependência que

consistem, respectivamente, nas seguintes possibilidades de respostas: 1 - sem ajuda; 2 - com ajuda parcial; e 3 - não consegue.

O Mini Exame de Saúde Mental (MEEM) (Bertolucci *et al.*, 1994) (Anexo F), possui pontuação máxima de 30 pontos e contempla diferentes domínios cognitivos, incluindo orientação temporal espacial (10 pontos), registro (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembranças - memória de evocação (3 pontos) e linguagem (9 pontos). A interpretação dos escores deve considerar a escolaridade do participante, sendo assim, são utilizados pontos de corte seguindo o parâmetro: 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para idosos com 1 a 4 anos de estudos; 26,5 pontos para idosos com 5 a 8 anos de estudo; 28 para indivíduos com 9 a 11 anos de estudo; e 29 pontos para indivíduos com mais de 11 anos de estudo.

No contexto do grupo terapêutico, a aplicação desses instrumentos teve como objetivo avaliar, respectivamente, a funcionalidade dos participantes e o componente cognitivo. Os instrumentos foram aplicados no início do período de acompanhamento e os resultados foram articulados com dados obtidos por meio das transcrições das entrevistas semiestruturadas, submetidos à Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977), o que possibilitou uma compreensão mais ampla do fenômeno investigado.

2.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos através das entrevistas foram sistematizados e submetidos à técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). Essa abordagem possibilitou a categorização dos dados em temas ou unidades de sentido, o que contribuiu para a compreensão aprofundada dos discursos dos participantes, revelando aspectos subjacentes às falas que não se apresentam de forma imediata.

A análise foi realizada em três etapas: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A “pré-análise” consistiu na organização do material, na realização de leituras flutuantes das entrevistas transcritas. Feito isso, definiu-se a constituição do corpus da pesquisa, que foi composta pelos registros orais, que correspondem aos áudios das entrevistas e pelos registros escritos, produzidos a partir das respectivas transcrições integrais, etapa que possibilitou identificar temas recorrentes e falas significativas relacionadas ao objeto investigado.

Na etapa “exploração do material”, os dados foram codificados, categorizados em unidades de registro, definidas como: (a) escuta ativa, (b) vínculos sociais, (c) componente cognitivo, (d) autonomia e (e) envelhecimento. A partir dessas unidades de registro, foram

destacados os trechos e definidas as respectivas unidades de contexto e, posteriormente, estabelecidos os eixos temáticos que orientaram a análise e discussão dos resultados.

O agrupamento das unidades de registro resultou em três eixos temáticos: (3.1) O grupo terapêutico como espaço de cuidado, composto pelas unidades de registro, escuta ativa e vínculos sociais; (3.2) Repercussões da participação no grupo, composto pelas unidades de registro, componente cognitivo e autonomia; e (3.3) Percepções e vivências do envelhecimento constituído pela unidade de registro, envelhecimento. Por fim, o “tratamento dos resultados” envolveu a interpretação e a formulação de inferências, correlacionando os achados com os objetivos da pesquisa. Ressalta-se a possibilidade de ocorrência do viés de desejabilidade social, inerente às pesquisas que envolvem autorrelato (Bergen; Labonté, 2020).

Os dados obtidos por meio da Escala de Lawton e Brody (Lawton; Brody, 1969), em versão adaptada para o contexto brasileiro (Santos; Virtuoso Júnior, 2008) (Anexo E), foram analisados de forma descritiva, a partir dos escores totais obtidos por cada participante, conforme os critérios estabelecidos pelo instrumento. Essa análise permitiu identificar o nível de autonomia funcional dos idosos no desempenho das atividades instrumentais da vida diária, possibilitando sua caracterização no contexto da pesquisa.

Os resultados obtidos por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Bertolucci *et al.*, 1994) (Anexo F) foram analisados de forma descritiva e comparativa, a partir da pontuação total e dos escores obtidos nos diferentes domínios avaliados pelo instrumento, conforme os critérios estabelecidos em seu respectivo manual técnico. Os resultados obtidos foram analisados, com o objetivo de caracterizar o desempenho dos participantes, buscando identificar possíveis alterações no componente cognitivo. Todos os resultados foram considerados em articulação com os demais dados coletados, a fim de favorecer a compreensão das possíveis relações entre autonomia funcional, desempenho cognitivo e aspectos subjetivos investigados no estudo.

2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio da Plataforma Brasil e aprovado sob o número CAAE: 97075026.4.0000.5628, em conformidade com as diretrizes e normas estabelecidas pelas Resoluções nº 466/12 (BRASIL, 2012) e nº 510/16 (BRASIL, 2016) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para a etapa realizada em ambiente virtual, esta pesquisa seguirá também as orientações do Ofício Circular nº

23/2022/CONEP/SECNS/DGIP/SE/MS (BRASIL, 2022). A coleta de dados apenas foi iniciada após a aprovação pelo referido comitê.

Os principais componentes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo A), como o direito ao sigilo e ao anonimato, a possibilidade de desistência a qualquer momento sem prejuízo para si ou para terceiros, os direitos dos participantes e os deveres da pesquisadora - serão apresentados no texto introdutório do questionário. Ressalta-se que a seleção dos participantes e a coleta de dados somente teve início após a devida aprovação do projeto pelo Comitê de Ética.

É importante salientar alguns benefícios do estudo, como a valorização da experiência pessoal. A participação na pesquisa dá ao idoso a oportunidade de ser ouvido e reconhecido, fortalecendo sua autoestima e o senso de pertencimento. Além disso, possibilita uma reflexão acerca de suas relações interpessoais e de seu próprio funcionamento cognitivo, favorecendo o autoconhecimento.

Ademais, também existem desafios ligados à participação dos idosos na pesquisa. Relatar experiências pessoais podem gerar desconforto e a realização de entrevistas pode causar cansaço ou sobrecarga, quando prolongada. Sendo assim, foi fundamental que a condução do estudo respeitasse os limites individuais, garantindo conforto, acolhimento e segurança emocional aos participantes. Como estratégia de minimização desses riscos, o questionário da entrevista foi construído de maneira a proporcionar um ambiente de conforto, respeito e apoio em relação aos relatos das participantes. Perguntas que pudessem levar a julgamentos de valor ou desconforto foram anuladas. Além disso, outra estratégia que foi empregada envolveu o encaminhamento para acolhimento psicológico gratuito na Unidade de Atendimento em Psicologia, Professora Silvana Maria Grisi Sarno (UNIAPSI) da UCSal, caso necessário, sem nenhum ônus aos participantes, conforme Termo de Compromisso (Anexo B).

3 RESULTADOS

Para a realização desta pesquisa, foram entrevistados seis idosos, denominados P1, P2, P3, P4, P5 e P6, todos participantes do grupo terapêutico 50+. Na amostra continha 5 pessoas do gênero feminino (83,33%), majoritariamente, semelhante às características dos participantes do grupo. Dentre eles, 5 nascidos no estado da Bahia (83,33%) e 1 nascido no estado do Paraná (16,66%), sendo 3 autodeclarados pardos, 2 negros e um branco, com idade mínima de 60 anos e com idade média de 67,5 anos. Dos seis participantes, 4 são aposentados (66,66%), 1 autônomo (16,66%) e 1 beneficiário do bolsa família (16,66%). Quanto à escolaridade, 1 participante tem ensino superior completo (16,66%), 1 tem formação técnica (16,66%), 3 têm ensino médio completo (50%) e 1 tem ensino fundamental incompleto (16,66%). Os dados sociodemográficos estão descritos na Tabela 1:

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa - Brasil, 2026.

Participantes	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Idade	61	66	69	68	67	74
Raça	Negra	Parda	Branca	Parda	Negra	Parda
Naturalidade	Santo Antônio de Jesus/BA	Alagoinhas/BA	Paraná/Curitiba	Salvador/BA	Salvador/BA	Salvador/BA
Religião	Espírita	Católica	Batista	Católica	Católica	Espiritualista
Situação Conjugal	Casada	Viúva	Divorciado	Divorciada	Separada	Desquitada
Formação Acadêmica	Ensino médio completo	Ensino fundamental incompleto	Ensino médio completo	Curso Técnico	Ensino médio completo	Ensino superior completo
Ocupação	Professora	Empregada doméstica	Maître	Auxiliar de escritório	Hoteleira	Área administrativa
Situação Atual de Emprego	Autônoma	Desempregada	Aposentado	Aposentada	Aposentada	Aposentada
Renda Pessoal (R\$)	1.000,00	700,00	5.000,00	1.621,00	1.621,00	5.000,00
Beneficiário de Programa Social	Não	Sim, bolsa família	Não	Não	Não	Não

Fonte: Dados da pesquisa (2026)

Os resultados do Mini Exame do Estado Mental (Bertolucci *et al.*, 1994) (Anexo F), apresentados na tabela 2, revelaram diferenças no desempenho cognitivo dos participantes. Embora todos os participantes tenham obtido pontuação máxima no domínio da orientação temporal espacial e a maioria tenha apresentado bom desempenho nos domínios de registros (83,33% obtiveram a pontuação máxima, 3 pontos e 16,66%, 2 pontos) e da linguagem (66,66% obtiveram a pontuação máxima, 9 pontos e 33,33%, 8 pontos), observou-se um menor desempenho nos domínios de atenção e cálculo e lembranças (memória de evocação).

No domínio da atenção e cálculo, a distribuição dos escores mostrou-se polarizada, 50% da amostra obteve a pontuação máxima, 5 pontos, enquanto o restante apenas 1 ponto, sem a ocorrência de escores intermediários, o que sugere diferenças significativas na capacidade de atenção sustentada e concentração entre os participantes. No domínio das lembranças (memória de evocação) apenas um participante atingiu a pontuação máxima, 3 pontos (16,66%), 2 pontos (50%) e 1 ponto (33,33%).

Torna-se relevante pontuar que uma pontuação baixa na memória de evocação indica dificuldades na recuperação espontânea de informações que foram apresentadas previamente, o que pode sugerir comprometimento da memória episódica, sendo esta parte do sistema de memória de longo prazo que é mais provável de se degenerar com a idade (Park; Gutchess, 2005). À medida que os desafios acerca das tarefas relacionadas à memória tornam-se mais complexos ou exigem a recordação espontânea das informações, os efeitos são agravados, no que tange ao reconhecimento de material previamente visto. (Cansino, 2009)

Destaca-se, ainda, que o participante com melhor desempenho foi a pessoa mais idosa da amostra e a única com ensino superior completo. Esse achado sugere que a idade cronológica, de forma isolada, não explica o desempenho cognitivo observado na pesquisa. Deve-se correlacionar com fatores como a escolaridade e reserva cognitiva, considerando que essas variáveis podem influenciar a manutenção das funções cognitivas ao longo do processo de envelhecimento. De acordo com Neri (2009), as pessoas idosas podem se manter funcionais, em função dos recursos biológicos e psicológicos desenvolvidos ao longo da vida, em interação com os recursos sociais que lhes foram disponibilizados. Os escores estão descritos abaixo na Tabela 2:

Tabela 2 - Pontuação dos participantes no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Bertolucci et al., 1994) - Brasil, 2026.

Participante	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Idade	61	66	69	68	74	67
Escolaridade	> 8 anos	4-8 anos	> 8 anos	> 8 anos	> 8 anos	> 8 anos
Orientação temporal espacial	10	10	10	10	10	10
Registros	2	3	3	3	3	3
Atenção e cálculo	1	1	5	5	5	1
Lembranças (memórias de evocação)	2	1	2	1	3	2
Linguagem	9	9	8	9	9	8
TOTAL	24	24	28	28	30	24

Fonte: Dados da pesquisa (2026)

Em relação às atividades instrumentais da vida diária, apenas dois participantes relataram incapacidade para realizar uma atividade de forma independente: um participante referiu não conseguir administrar os medicamentos na dose e no horário corretos e outro relatou não conseguir gerenciar suas finanças sozinho. Nos demais itens avaliados, observou-se o predomínio de independência ou a necessidade de ajuda parcial, principalmente em atividades relacionadas ao uso do telefone, deslocamento para locais distantes e realização de tarefas domésticas.

De modo geral, os resultados sugerem a preservação da autonomia funcional da maior parte da amostra, ainda que limitações pontuais tenham sido identificadas em atividades que demandam maior complexidade para sua execução. Segundo Lawton e Brody (1969), as AIVDs constituem importantes indicadores da capacidade funcional da pessoa idosa, visto que envolvem habilidades necessárias para a manutenção da autonomia.

Nesse sentido, a necessidade de auxílio em atividades como a administração de medicamentos e o controle das finanças pode indicar maior comprometimento da funcionalidade, por exigir competências relacionadas ao planejamento, à organização e ao gerenciamento das demandas do dia a dia (Freitas; Py, 2016). Além disso, a preservação da capacidade de realizar as atividades instrumentais de vida diária está diretamente relacionada

à manutenção da autonomia, da independência e da qualidade de vida na velhice (Neri, 2014). Na Tabela 3 estão descritas as pontuações de cada participante:

Tabela 3 - Pontuação dos participantes na Escala de Lawton (Lawton; Brody, 1969), em versão adaptada para o contexto brasileiro (Santos; Virtuoso Júnior, 2008) - Brasil, 2026.

Perguntas	Participantes	P1	P2	P3	P4	P5	P6
O (a) Sr (a) consegue usar o telefone?		3	2	3	2	3	3
O (a) Sr (a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem a necessidade de planejamentos especiais?		2	3	3	2	3	3
O (a) Sr (a) consegue fazer compras?		3	3	3	3	3	3
O (a) Sr (a) consegue preparar suas próprias refeições?		3	3	3	3	3	3
O (a) Sr (a) consegue arrumar a casa?		3	2	3	3	3	3
O (a) Sr (a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?		3	3	3	3	3	3
O (a) Sr (a) consegue lavar e passar sua roupa?		3	3	3	3	3	3
O (a) Sr (a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?		2	1	3	3	3	3
O (a) Sr (a) consegue cuidar de suas finanças?		3	3	3	1	3	3
TOTAL		25	23	27	23	27	27

Fonte: Dados da pesquisa (2026)

Ao correlacionar os resultados do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (Bertolucci *et al.*, 1994) (Anexo F) e da Escala de Lawton e Brody (Lawton e Brody, 1969), em versão adaptada para o contexto brasileiro (Santos; Virtuoso Júnior, 2008) (Anexo E), observou-se que as limitações funcionais convergem parcialmente com o desempenho cognitivo de um participante. O participante P4 relatou não conseguir administrar as próprias finanças e apresentou bom desempenho no domínio de atenção e cálculo, porém obteve pontuação reduzida na memória de evocação. O achado pode sugerir que as dificuldades na administração financeira podem estar relacionadas à capacidade de recuperar informações e recordar conteúdos previamente aprendidos, ou ainda a outros fatores não avaliados pelo instrumento.

Já a participante P2 que relatou não conseguir administrar os medicamentos na dose e no horário corretos apresentou baixos escores tanto nos domínios de atenção e cálculo

quanto de memória de evocação. Esse resultado converge nos dois instrumentos e parece indicar que dificuldades relacionadas à concentração, ao processamento de informações, ao monitoramento de tarefas e à recuperação de informações recentes podem repercutir na capacidade de manejar as medicações na dose e horário adequados.

Sendo assim, os resultados sugerem que a autonomia funcional da pessoa idosa decorre de uma interação complexa entre diferentes domínios cognitivos, não sendo explicada por um único componente do funcionamento cognitivo (Papalia; Feldman, 2013; Neri, 2014). Porém, considerando o reduzido número de participantes, essas associações devem ser interpretadas com cautela, sendo compreendidas como tendências observadas na amostra e não como relações de causalidade.

Os dados qualitativos foram organizados em eixos temáticos a partir dos agrupamentos das unidades de registro identificadas durante o processo de codificação das entrevistas: (3.1) O grupo terapêutico como espaço de cuidado (unidades de registro - escuta ativa e vínculos sociais); (3.2) Repercussões da participação no grupo (unidades de registro - componente cognitivo e autonomia); e (3.3) Percepções e vivências do envelhecimento (unidade de registro - envelhecimento). Nas seções seguintes os eixos são separados e os principais relatos dos participantes destacados.

3.1 O GRUPO TERAPÊUTICO COMO ESPAÇO DE CUIDADO

Este eixo contempla as unidades de registro: escuta ativa e vínculos sociais. Os resultados obtidos evidenciam que o grupo terapêutico é considerado pelos participantes como um importante dispositivo de cuidado, de acolhimento e de apoio emocional. As narrativas revelaram que a participação no grupo possibilitou experiências de escuta, compartilhamento de vivências e construção de vínculos sociais significativos. Nesse sentido, o grupo é uma via de expressão de sentimentos, medos, preocupações e experiências de vida em um ambiente onde sentem-se compreendidos e respeitados.

Os achados convergem com a perspectiva de Rogers (2002), ao desenvolver a proposta dos grupos de encontro, que enfatiza a importância das relações interpessoais na promoção do crescimento pessoal. Para o autor, quando os indivíduos encontram um ambiente que promove a escuta, a aceitação, a autenticidade e a empatia, tornam-se mais capazes de entrar em contato com suas próprias experiências, expressar sentimentos e desenvolver maior confiança em si mesmos. Os grupos terapêuticos constituem, portanto, espaços nos quais os

participantes podem comunicar suas vivências sem o receio de julgamentos, favorecendo processos de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal.

Além da dimensão da escuta, os resultados apontam para a relevância dos vínculos construídos ao longo da participação no grupo. Ainda que um participante tenha demonstrado insatisfação com os vínculos no contexto grupal, a maioria dos participantes relataram experiências de apoio mútuo, de identificação com as histórias compartilhadas, gerando um senso de pertencimento. As duas compreensões estão em consonância com o que aponta Pichón-Rivière (2005) acerca dos papéis no grupo, onde cada membro desempenha um papel diferente, que na maioria das vezes é uma escolha inconsciente e faz parte da configuração dos grupos em geral. Zimmerman (2000) complementa que os papéis assumidos no grupo passam pelas expectativas, necessidades e crenças irracionais individuais, formando um conjunto de representações inconscientes comum a todos os participantes.

Ainda de acordo com Pichón-Rivière (2005), os vínculos representam a unidade básica da dinâmica grupal. Segundo o autor, é através das relações estabelecidas entre os participantes que o grupo transforma-se em um espaço de troca de experiências, expressões subjetivas e aprendizagem.

No que se refere à escuta ativa, verificou-se que 100% da amostra relatou ter se sentido acolhida e escutada, sempre que sentiu necessidade, demonstrando uma percepção do grupo como um espaço de cuidado e suporte emocional, no qual a escuta e o acolhimento representam elementos centrais nesse contexto. Seguem alguns trechos representativos da escuta ativa, retirados das entrevistas após a Análise de Conteúdo de Bardin (1977):

P1 “Sim, sim, eu fui acolhida. Quando eu levei uma amiga, (...) que a filha tinha pouco tempo de falecimento e ela tava precisando muito de ajuda. Além de acolher ela, me acolheu (...) Nessa aí, eu me senti acolhida por ela, por essa amiga que eu levei e por mim, quando eu relatei sobre o que aconteceu com o meu esposo. Eu fui muito acolhida. me deram muita força. Foram palavras que eu não esperava assim achar naquele momento, que eu não tava achando. Então, quando eu entrei no grupo, eu achei.”

P2 “Várias vezes, mas uma das vezes foi quando eu fui, tava indo pro grupo e tava no acesso norte e começou um tiroteio no acesso norte e eu no meio todo mundo (...) e aí quando eu cheguei no grupo, gente do céu, eu chorei, sabe? Eu chorei porque todo mundo conheceu como eu cheguei no grupo, sabe? Tremendo, eu cheguei tremendo assim ó e aí todo mundo olhou pra mim, aí eu cheguei lá fiquei sentada, também não disse nada, fiquei sentada, mas olharam pra mim só em olhar pra mim perceberam, perceberam que eu que eu não tava bem, sabe? (...) Então isso pra mim, sabe? Eu fiz assim: “fuuuuu” aquele apoio pra mim, sabe? Foi, foi que eu tenho certeza se eu tivesse vindo pra casa eu ia pro UPA. Eu tenho certeza disso que eu ia pro UPA, mas eu disse não, eu não vou pra casa não, eu vou eu vim pra ir pro grupo,

eu vou pro grupo e quando eu cheguei lá aquele acolhimento o professor, estagiário X, aquelas menina tudo, meu Deus do céu. Aquilo ali foi como eu tô te dizendo, “fuuuuu” e aí ó, passou”.

P3 “Olha, sempre, sempre, sempre, eu sempre sou, me senti ouvido. Uma frase que me marcou foi do professor Jonatas, quando eu comentei com ele logo no início do curso, que a minha filha ia iniciar a quimioterapia, e eu fazia questão de acompanhá-la. E eu disse a ele, doutor, professor, vai acontecer algumas sessões, vai cair numa quinta ou numa sexta, e algumas vezes eu vou ter que levar a neta na escola e buscar na escola, então se cair numa quinta ou sexta, eu vou ter que faltar ao grupo. Aí ele falou assim: “olha, não se preocupe não, P3, vá, tenho certeza que você está fazendo muito mais bem a tua filha aqui do que se ela estivesse lá e você aqui”. Então isso foi gostoso ouvir do professor, eu me senti bem”.

P4 “Senti. É um pessoal legal. São muito educados, atenciosos”.

P5 “Eu me lembro que foi quando eu falei da morte da minha mãe. Foi logo no início, que eu cheguei no grupo, entendeu e foi uma coisa que me tocou muito porque eu tinha minha mãe assim, que eu achava que a única pessoa que me amava de verdade assim, amor incondicional, era minha mãe. (...) Então quando eu verbalizei no grupo, eu me emocionei, entendeu? E aí isso me tocou muito e as pessoas ali me acolheram assim, ouvindo, compreendendo, entendeu?”.

P6 “Sempre, sempre, sempre, sempre, sempre. Uma foi até engraçada aqui, foi até engraçada com uma estagiária Y, que foi por causa da cachorrinha que eu tinha, que chamava Y, que eu não quis contar a ela, que eu não quis contar no meio do grupo, porque eu fiquei assim, meu Deus, será que eu vou ofender a estagiária Y? Aí depois eu chamei ela particular e falei, ela: “não, P6, que você poderia ter falado, sim”, (...) Então, eu fiquei com dó de falar assim, com vergonha assim, porque o nome da cachorrinha, aliás, porque hoje não é tão comum botar o nome de pessoas em cachorro, aí eu falei com ela, ela deu risada, ela fez, não, poderia ter falado. Foi isso”.

Pode-se observar através dos relatos que os idosos mencionaram experiências marcadas por momentos de vulnerabilidade, como o luto, medo, preocupações com a família e inseguranças. Nesses contextos, o acolhimento e a escuta foram associados para além do simples fato de falar sobre as suas vivências e serem ouvidos, mas também à percepção de serem compreendidos, apoiados e respeitados pelos participantes e pela equipe que compõem o grupo.

Em relação aos vínculos sociais, conforme mencionado anteriormente, o participante P1 demonstrou insatisfação em relação aos vínculos estabelecidos no grupo. Porém, atribuiu essa percepção, em certa medida, a características e questões individuais e exemplificou com o seguintes relato:

P1 “lá no grupo de quinta, eu não tô tendo aquela segurança de falar, eu não tô tendo aquela segurança de me expor, sabe? (...) e aí eu não sinto vontade, eu não sinto aquela segurança de me expor, porque eu tô sentindo assim, um jeito, um receio de ser julgada, sabe? Na minha fala, aí eu também não tô falando, eu ainda não falei nada, nada, nada no grupo (...) e eu não senti assim, as que tão lá, eu não senti essa, esse achego, como foi no grupo, no que eu tava, não senti essa harmonia de que a gente fala e não ser julgada. Eu sei que talvez não seja, mas é uma coisa que tá assim em mim. A única conversa que eu tive só foi no grupo que eu fiquei, eu acho que eles é um casal, que é um senhor, eu não peguei o nome de ninguém, também não consegui gravar o nome de nenhum deles, é um senhor e uma morena, cabelo compridinho, só na fala que eu tive, assim, que eu achei que ela me censurou, me censurou, mas eu fiz de conta que não vi”.

Os outros participantes se mostraram satisfeitos com os vínculos estabelecidos no grupo terapêutico, tanto com os colegas quanto com os estagiários e o coordenador, como pode ser observados nos excertos a seguir:

P2 “Quando eu chego no grupo eu tenho dois abraço. Dois abraço coletivo. Um abraço é com as menina as estagiária, né? Que ela ô dona P2 e aí vem todo mundo aí me dá aquele abraço coletivo. Aí depois as menina, vem as colegas as companheira do grupo, né? Ô P2, ô dona P2, aí vem assim, meu Deus do céu dá até vontade de chorar, sabia? Porque eu nunca fui tão amada assim como eu sou amada nesse grupo. Eu nunca fui assim sabe. Quando eu chego, ÊÊÊÊÊ chegou ela, chegou ela, não sei o quê, né? O professor quando eu bota aquelas música que eu adoro dançar, não sei, mas eu fico dançando aí o professor “vumbora P2”, ave maria isso pra mim é é é, sabe? Aquele empurrão, assim que eu vou cair lá na frente assim ó. Entendeu? Não sei se deu pra você entender, mas sabe o incentivo dos meninos, das estagiária e das companheira do grupo, gente eu acho que eu não preciso mais de nada ali. Não preciso mais porque é um incentivo nota 10”.

P3 “Olha, eu sinto que é uma, tem uma troca, uma troca muito gostosa, de abraços, de afetos, de companheirismo, ninguém se sente mais do que ninguém ali, é gostoso, é um delícia conviver aqui com pessoas da mesma idade, com pensamento diferente, claro, mas assim, eu até brinco quando alguém está com um problema no joelho, eu falo assim, eu estou indo, quer meu joelho, o meu está bom, eu te dou o meu bom, você pega o teu ruim, então é gostoso essas interações com as pessoas, assim, porque é uma troca rica”.

P4 “É porque eu sou um pouco tímida (risos). Um pouco não, né? Fico meio assim. Aí eu falo o que for possível pra mim, né? O mais necessário (risos)”.

P5 “Nós, seres humanos, nós idosos mesmo, como já teve relatos de idosos lá falando, como o P3 falou, que o idoso não é visto, que o idoso não é ouvido. E quando a gente chega nesse grupo, uma galera muito jovem, ainda em formação, e olha pra gente no nosso olho e diz, pode falar que eu te escuto. Isso é muito gratificante. Muito, muito gratificante. E é por isso que eu me sinto muito, muito, muito bem. Maravilhoso esse grupo”.

P6 “Eu tenho o hábito de ficar em várias mesas, eu não sou aquela que forma grupos fixos, claro tem aquelas pessoas que você tem mais afinidade, mais simpatia, isso é natural, né? Todo mundo é assim, né? Mas eu não abandono os outros só porque eu tenho essas afinidades, eu gosto de ir para grupos diferentes porque além de conhecer aquela pessoa que é nova pra mim, eu de repente, eu posso desfazer algum equívoco, entendeu? (...) Então eu me, eu procuro estar ali em tudo, em tudo, com os estudantes também, principalmente com eles que são jovens, adoro trabalhar com jovens”.

Os vínculos estabelecidos no grupo, de modo geral, foram percebidos como satisfatórios pela maioria dos participantes da pesquisa, que relataram experiências positivas com os colegas, os estagiários e o coordenador. Embora um participante tenha mencionado dificuldades no processo de estabelecimento de vínculos no contexto do grupo, o achado não invalida a percepção predominantemente favorável acerca das relações construídas. Nesse sentido, evidenciou-se o potencial do grupo terapêutico 50+ como espaço de acolhimento e fortalecimento dos vínculos.

3.2 REPERCUSSÕES DA PARTICIPAÇÃO NO GRUPO TERAPÊUTICO

O segundo eixo abarca as unidades de registro componente cognitivo e autonomia. A análise das respostas teve como objetivo compreender as percepções dos participantes acerca de possíveis mudanças atribuídas à participação no grupo terapêutico 50+, nos aspectos relacionados à cognição e ao desempenho nas atividades instrumentais da vida diária.

Faz-se necessário ressaltar que, embora o componente cognitivo e a autonomia constituam-se como dimensões distintas do desenvolvimento humano, no envelhecimento, encontram-se em uma relação de reciprocidade. A realização de forma autônoma das atividades instrumentais da vida diária (AIVD) está associada ao desempenho das funções cognitivas, como a atenção, memória, linguagem, planejamento e tomada de decisão (Freitas; Py, 2016; Neri, 2014).

Nesse sentido, o declínio cognitivo pode repercutir de forma negativa na funcionalidade da pessoa idosa, comprometendo a sua independência e autonomia. Em contrapartida, a preservação das funções cognitivas possibilita a manutenção da participação ativa e autônoma da pessoa idosa no seu contexto de vida (Papalia; Feldman, 2013; Neri, 2014). Assim, a relação entre cognição e autonomia deve ser concebida de forma integrada.

Na amostra, observou-se que 50% dos participantes relataram queixas na memória recente, enquanto 33,3% não apresentaram queixas cognitivas. Em um participante, foram

observadas oscilações na atenção durante a entrevista, bem como a presença de lacunas de memória autobiográfica, representando 16,66% dos casos estudados. Em contrapartida, metade da amostra relatou uma percepção de melhora subjetiva em aspectos cognitivos após a participação no grupo terapêutico 50+, relacionados à forma de pensar, de se expressar, de refletir e de planejar e organizar ideias.

No caso de P3, embora não tenha relatado perceber alterações cognitivas antes e após a entrada no grupo, mencionou uma lacuna de memória autobiográfica referente ao período compreendido entre a infância e a adolescência. Além disso, foram observadas oscilações na atenção durante a entrevista. Ao mesmo tempo, o participante demonstra preservação de habilidades de planejamento, organização e raciocínio:

P3 “Eu sou uma pessoa assim que eu não lembro muito da minha infância. Não lembro nada, não lembro muito, não lembro nada da minha infância (...) Então, eu passei, parece que eu dei um branco na minha vida, dos seis aos vinte anos. Então, dos vinte em diante, eu lembro muita coisa”.

Destacam-se, ainda, os relatos de P1, P2 e P4, que referem dificuldades relacionadas à memória no cotidiano. P1 relata perceber-se “muito esquecida”, descrevendo episódios em que esquece o que iria falar e outros em que se dirige a determinado local e necessita refazer o trajeto para recordar a tarefa que pretendia realizar ou objeto que iria buscar. Já o participante P2, referiu-se a dificuldades em lembrar de tomar as medicações na dose e no horário prescritos, embora tenha reconhecido melhorias em outros aspectos relacionados ao autocuidado após a participação no grupo. Em relação a P4, foram relatadas falhas na memória recente e episódios de esquecimento, os quais atribuiu ao uso de medicação psiquiátrica, ao mesmo tempo em que referiu maior preservação de lembranças mais antigas:

P1 “Na memória, o que eu sinto é que eu estou assim, muito esquecida, mas isso já está acontecendo, (,,) é que eu estou assim, esquecida, aí às vezes eu estou com um pensamento, estou com um pensamento ou com uma palavra para falar, aí quando eu me dirijo para ir falar, eu esqueço (...) também vou pegar algum objeto e aí eu esqueço, o que foi que eu fui pegar? Aí eu volto, aí me lembro, aí vou e pego”.

P2 “Eu acho melhorou porque eu penso assim duas vezes antes de fazer uma coisa. E antes eu até o que der, eu vou fazer e hoje não. Hoje devido às dinâmicas, devido ao o aprendizagem que eu aprendi no grupo eu penso antes de fazer, eu vejo se vai dar certo e se vai ser bom pra mim (...) Cuidar de mim, cuidar de mim assim não sei se dá pra você entender, mas cuidar de mim assim ir pra médico, tomar os medicamentos, sabe dar mais atenção à minha saúde. Eu tive mais essa preocupação depois do grupo. Entendeu?”

P4 “Não sei se é porque também esse remédio que eu tô tomando, não sei se é ele que às vezes tá causando esquecimento. Aí eu acho que seja, porque antes eu tinha a minha memória, as coisas recentes eu tô esquecendo com mais facilidade. Só os mais anteriores que eu tô lembrando melhor”.

Por outro lado, P5 e P6 não relataram queixas significativas relacionadas à memória, à atenção ou a outras funções cognitivas. Ainda assim, ambas referiram mudanças positivas após a participação no grupo terapêutico. P5 relatou maior capacidade reflexiva, postura mais crítica diante das informações e reconhecimento de potencialidades antes não percebidas. Já P6 referiu sentir-se mais “inteligente”, “mais ágil” e com maior liberdade para expressar pensamentos e posicionamentos, atribuindo tais mudanças à participação no grupo:

P5 “Eu até comentei isso lá hoje. Eu vi assim, porque eu sou uma pessoa buscadora, eu busco sempre o aprendizado, né, eu busco sempre coisas novas. Quando eu aprendo uma coisa que aquilo já tá coisa, me incomoda, eu quero ver outra que eu possa aprender mais. E claro isso tudo soma quando você chega na pessoa idosa que eu sou, isso aí tem uma um peso maravilhoso, né, mas o que é que aconteceu no grupo, o grupo pegou esse potencial que eu tinha e não sabia, que eu tinha e de repente eu me vi fazendo tudo assim com muita assim intimidade e muita assim disposição, sem medo de de errar (...)”.

P6 “Ah, sim. Muito a minha liberdade, a minha autonomia, não ter medo de falar. Pra mim tá sendo um divisor de águas. Eu já tava construindo a minha liberdade. A partir do momento que eu fui trabalhar, que eu fiquei independente, com o grupo agora, melhorou 100% (...)”

De modo geral, os achados qualitativos acerca do componente cognitivo mostraram-se convergentes com os resultados obtidos no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Bertolucci *et al.*, 1994) (Anexo F), nos quais foram observadas variações em domínios como atenção, cálculo e memória de evocação. Em conjunto, os dados evidenciam um padrão heterogêneo do componente cognitivo entre os participantes, marcado pela coexistência de queixas subjetivas de esquecimento, preservação do funcionamento cognitivo em parte do grupo e relatos de mudanças positivas em aspectos reflexivos, ou seja, na capacidade de perceber, monitorar e refletir sobre como pensam, aprendem, tomam decisões e resolvem problemas, após a participação no grupo terapêutico. Os achados sugerem diferentes formas de vivência do envelhecimento cognitivo após a participação no grupo terapêutico.

No contexto do envelhecimento, a autonomia refere-se à capacidade de tomar decisões acerca da própria vida. Essas atividades devem estar associadas à independência e à participação ativa nas atividades diárias. Em oposição aos preconceitos atribuídos à velhice,

essa fase do desenvolvimento humano não é sinônimo de incapacidade funcional e de dependência. De acordo com Neri e Cachioni, (1999), mesmo diante de perdas biopsicossociais, o envelhecimento pode ser vivenciado de forma saudável, ativa e significativa.

Na amostra investigada, 50% dos participantes apresentaram relatos indicativos de autonomia, descrevendo independência para realizar atividades cotidianas, tomar decisões e resolver demandas pessoais sem o auxílio de terceiros. Em contrapartida, 33,3% dos participantes referiram oscilações nesse componente, relacionadas à mobilidade, à insegurança diante de determinadas demandas e à necessidade de apoio em situações específicas. Ainda assim, a maioria dos participantes, 83,3%, atribuiu à participação no grupo terapêutico repercussões positivas relacionadas ao fortalecimento da autoconfiança, da iniciativa e da capacidade de enfrentar situações cotidianas de forma mais independente.

Os relatos qualitativos mostraram-se convergentes com os resultados da Escala de Lawton e Brody (Lawton; Brody, 1969), em versão adaptada para o contexto brasileiro (Santos; Virtuoso Júnior, 2008) (Anexo E), que evidenciaram elevados níveis de autonomia funcional em 50% da amostra, atingindo a pontuação máxima, 27 pontos. Destaca-se, ainda, a convergência entre os relatos de P2 e P4 e os resultados da escala, uma vez que ambas referiram dificuldades em atividades instrumentais específicas, relacionadas, respectivamente, ao manejo das medicações e à mobilidade, no sentido de ir a locais distantes sozinha, respectivamente, relatos presentes tanto na entrevista quanto na escala aplicada:

P2 “Problema de médico por exemplo, eu vou com médico sozinha, eu vou pra minhas consultas sozinha, entendeu? Eu tô agora tenho assim uma dificuldade em tomar os medicamento, mas isso já é antes dos 50 mais eu já tinha esse problema. O contrário o 50 mais me ajudou mais ainda”.

P4 “Ultimamente eu tô achando mais dependente. Que antes eu era mais independente, resolvia minhas coisas sem precisar, mas agora eu tô mais insegura. Às vezes, por exemplo, de ter que sair pra resolver algo sozinha, entendeu? Aí eu fico meio insegura”.

A participante P4, quando questionada sobre mudanças nesse sentido após a participação no grupo terapêutico 50+, relatou que contribuiu de forma parcial, para o fortalecimento da sua autonomia e segurança, afirmou sentir-se mais feliz após os encontros e mais motivada a buscar a sua autonomia integral. Conforme apontado no trecho a seguir:

P4 “Eu percebi que eu melhorei um pouco. É porque, não vou dizer assim que eu melhorei totalmente, porque o problema que eu tenho é interno. Sinto coisa interna. Mas eu gostei que eu saio. Pelo menos já vejo pessoas, me distrai e o grupo é legal, entendeu? (risos). É um ambiente bom, saudável. (...) Eu saio de lá mais feliz, no caso”.

Em suma, a descrição dos resultados obtidos através dos instrumentos aplicados, indicaram que a autonomia e o componente cognitivo foram vivenciados de maneira heterogênea pelos participantes do grupo. Notou-se a coexistência entre as queixas de esquecimento e as dificuldades em algumas atividades instrumentais específicas, com percepções de preservação funcional e de mudanças positivas atribuídas à participação no grupo terapêutico. Ademais, os participantes destacaram ganhos relacionados à autoconfiança, à capacidade reflexiva, à iniciativa, à tomada de decisões e ao sentimento de independência. Observou-se, ainda, a convergência entre os dados qualitativos e os resultados obtidos pelos instrumentos aplicados, o que evidencia a complexidade e a singularidade das experiências acerca do processo de envelhecimento.

3.3 PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DO ENVELHECIMENTO

Esta última seção contempla a unidade de registro envelhecimento. Os resultados foram obtidos através dos relatos da amostra nas entrevistas semiestruturadas e tiveram como objetivo compreender os significados atribuídos à velhice e às formas pelas quais os participantes experienciam essa etapa do desenvolvimento humano. Além disso, investigou-se as repercussões percebidas após a participação no grupo terapêutico 50+.

Dentro dessa perspectiva, Neri (2014), propõe dois conceitos importantes: a senescência, o envelhecimento primário, trata-se do processo natural e inevitável dessa fase do desenvolvimento, a velhice, e caracteriza-se por alterações progressivas no corpo, a exemplo dos declínios fisiológicos, da capacidade funcional e uma maior suscetibilidade a doenças. O outro conceito, senilidade, relaciona-se ao envelhecimento secundário, patológico, marcado por doenças, incapacidades e comprometimento significativo das funções cognitivas, emocionais ou motoras. Nesse sentido, o envelhecer não é apenas natural, mas associado a morbidades.

Dessa forma, o envelhecimento constitui-se como uma fase normativa do desenvolvimento, que não ocorre de maneira homogênea, sendo influenciado pela interação de aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, os quais produzem múltiplas formas de vivenciar a velhice (Papalia; Feldman, 2013). Essa compreensão mostrou-se congruente

com os achados deste estudo, haja vista que foram identificadas diferentes formas de perceber e vivenciar o processo de envelhecimento, o que reafirma a singularidade dos participantes.

Deve-se ressaltar que as experiências acerca do envelhecimento são atravessadas por estereótipos e preconceitos relacionados à idade, denominado idadismo (*ageism*). Esse conceito foi proposto por Butler (1969) para nomear atitudes, crenças e práticas discriminatórias dirigidas às pessoas idosas, associando a velhice à dependência, à improdutividade, à incapacidade e ao declínio. Essas concepções podem influenciar a forma como a sociedade percebe a pessoa idosa e a maneira como ela própria atribui significados ao envelhecer.

Esse conceito ficou evidente no relato de P4 transcrito a seguir, onde expressa uma percepção de desvalorização social da pessoa idosa, mencionando a sensação de que o velho “não tem utilidade”, enquanto P2 atribui à velhice ao medo e o temor da solidão e evidencia a importância das relações estabelecidas no grupo terapêutico como fonte de pertencimento, alegria e apoio emocional:

P4 “Eu há pouco, algum...às vezes até ainda penso assim. Que quando a gente fica velho, parece que não tem mais utilidade. Às vezes eu penso isso. Que é bom a gente aproveitar mais a vida quando é jovem, não deixar ficar passando. Porque depois que a gente envelhece, parece que a gente não tem valor”.

P2 “Eu acho que eu não vou ter uma resposta boa, sabe porque? Porque eu tenho medo de envelhecer. Eu tenho medo de ficar velha, eu tenho medo de ficar dando trabalho os outro, entendeu? Eu tenho medo de de de ficar dependendo dos outros. Eu tenho medo de alguém me botar no asilo (...) lá no grupo, meu Deus do céu, como eu vejo aquelas menina, umas menina moderna, jovem, com aquela paciência que foi Deus que deu pra elas. Aquela paciência, aquele professor, misericórdia, eu nunca vi uma pessoa jovem com tanta paciência com tanta velha, com tanto velho. Isso é dom de Deus (...) eu tenho orgulho de falar os 50 mais. Eu tenho orgulho, sabe? Que eu acho se eu tivesse recebendo dinheiro todo mês pra mim não tinha tanta importância como tem aquela atenção lá. Tenho orgulho de dizer isso”.

Por outro lado, temos o relato de P6, que apesar de reconhecer o idadismo, tem uma postura positiva em relação ao enfrentamento desses preconceitos. A idade é compreendida como um marcador cronológico, “apenas um número”, e afirmou perceber-se como a mesma pessoa de antes, preservando o sentimento de vitalidade, independência e liberdade de expressão e de escolha, reforçando que a participação no grupo potencializou esses aspectos já existentes:

P6 “É viver nesse país de preconceito mesmo, porque a pessoa está com uma certa, determinada idade, não é capaz de viver, de realizar, de tomar suas próprias decisões. Acho que o preconceito, o etarismo que é o preconceito do idoso, contra o idoso. Isso é uma das coisas que eu acho desafiadoras, horríveis pra gente enfrentar, e tem que enfrentar mesmo com muita dignidade. É por isso que é bom o idoso ser independente, justamente pra saber enfrentar esse tipo de coisas que existem ainda contra o idoso (...) Eu já tava construindo a minha liberdade. A partir do momento que eu fui trabalhar, que eu fiquei independente, com o grupo agora, melhorou 100% pra mim, porque eu tenho autonomia, tenho liberdade pra falar (...)”.

Os relatos de P3 e P5 são os que mais se assemelham, associando a velhice à maturidade e ao acúmulo de experiências, compreendendo essa etapa como um momento de maior reflexão e aprendizado, à sabedoria, à experiência acumulada e ao crescimento pessoal, atribuindo ao envelhecimento um sentido de aprendizagem contínua, que está sendo proporcionado pelas vivências no grupo, respectivamente:

P3 “A maturidade, você passa a errar menos, você só erra se quiser, você passa a ter uma clara visão da vida, melhor do que muitos jovens, claro, a vivência nos traz isso, traz experiência (...) Eu passei a ser mais assim, eu passei a ver esse lado, como é a palavra que se encaixa quando você pensa no outro, mas eu passei a pensar mais no outro, a ter empatia, eu adotei essa palavra como regra, eu passei a ter empatia pelo outro, passei a ver, a entender o porquê que o outro está sentindo aquilo, o grupo terapêutico me trouxe isso”.

P5 “Olha, assim é aquela sensação boa de que o que eu fiz foi correto porque os resultados que eu obtenho disso me dá certeza de que eu errei, mas eu errei querendo acertar (...) de me perceber assim com potencial de, de poder realizar muita coisa mas que não prestava atenção. (...) eu ficava muito na observação do outro, do retorno do outro para me validar e agora eu me valido a partir de mim, do que eu sei da minha capacidade, do meu potencial de fazer as coisa e isso me dá assim vontade de fazer, porque essa confiança, eu posso até errar, eu vou errar, eu não vou fazer tudo certo, mas eu tô fazendo, o importante é isso e você vai aprendendo, corrigindo os erros e vai evoluindo entendeu? Então, isso eu acho que o grupo me deu”.

Já o participante P1 apresentou dificuldades em reconhecer-se como uma pessoa idosa. Dentre todos os participantes da amostra investigada, observou-se que essa foi a única que expressou de forma mais rígida sua posição frente ao processo de envelhecimento. Seus relatos indicam uma possível resistência em atribuir sentido positivo à velhice, diferenciando-se dos demais, que, em maior ou menor grau, demonstraram maior flexibilidade na forma de dar sentido e significado a essa fase da vida. Essa postura sugeriu uma forma singular de vivenciar o envelhecimento, marcada pela tensão entre a experiência vivida e a identificação com a idade cronológica:

P1 “O meu processo de envelhecimento tá ficando difícil. Difícil porque eu não tô aceitando envelhecer. Eu não tô aceitando que eu já estou com...Aí eu faço, não, eu tô com 61, mas eu não sou velha. Não, eu não sou velha pra isso. E aí é esse processo, que eu não tô aceitando a velhice mesmo, chegando. Não tô aceitando. Uma que eu faço, poxa, eu ainda tô ativa, eu quero fazer, vou até me inscrever na academia pra poder tá saindo de novo, voltar a fazer minha atividade, pra não ter que tá dependendo, porque infelizmente, infelizmente, eu não aceito ficar muito tempo...Quando eu dependo, eu fico muito triste, porque, meu Deus, como é ruim, como é ruim a gente depender do outro”.

Diante do exposto, constatou-se nas narrativas, que o envelhecimento é vivenciado de formas distintas entre os participantes, revelando diferentes modos de perceber e dar significado a esse processo. As falas analisadas apontaram para a coexistência de percepções que envolvem desde a valorização da autonomia e da experiência acumulada até sentimentos de insegurança, perdas e não aceitação do próprio envelhecer. Nesse sentido, os dados indicaram que não há uma única forma de envelhecer, mas múltiplas velhices, que são construídas de maneira singular de acordo com as trajetórias individuais, as relações estabelecidas e os sentidos atribuídos por cada um à sua própria experiência de envelhecimento.

4 DISCUSSÃO

O estudo de caso teve como objetivo geral investigar de que maneira a escuta ativa e a formação dos vínculos sociais repercutem no componente cognitivo e na autonomia da pessoa idosa, participante do grupo terapêutico 50+. Os resultados foram obtidos, a partir da articulação entre os dados quantitativos e qualitativos, e evidenciaram que a participação no grupo terapêutico 50+ produziu repercussões positivas nas duas dimensões investigadas. Porém, faz-se necessário ressaltar que essas mudanças ocorreram de forma mais consistente no fortalecimento da autonomia e do bem-estar emocional do que no componente cognitivo. Esses achados são compatíveis, conforme proposto por Papalia e Feldman (2013) e Neri (2014), com a perspectiva de que o envelhecimento constitui-se como um processo multidimensional, heterogêneo e dinâmico, influenciado pela interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

Quanto aos efeitos da escuta ativa no bem-estar emocional dos participantes, observou-se que todos os participantes da amostra relataram experiências de acolhimento e escuta no contexto do grupo, sobretudo nos momentos de sofrimento, de luto, de medo, de inseguranças e de preocupações familiares. Ademais, os relatos revelaram que a escuta foi percebida pelos idosos, para além de uma oportunidade de verbalizar as suas experiências, associando-a aos sentimentos de serem compreendidos, respeitados e validados em suas vivências pessoais. Estes resultados fundamentam-se na perspectiva de Rogers (2002), que propõe que as relações pautadas na empatia, na aceitação positiva e na autenticidade favorecem o crescimento pessoal, o contato com as próprias experiências e o fortalecimento da autoconfiança. Nesse sentido, o grupo terapêutico parece ter funcionado como um espaço de acolhimento emocional e de validação subjetiva, promovendo sentimentos de segurança, pertencimento e suporte social, fatores de proteção associados à promoção de saúde e ao bem-estar na velhice.

Os resultados também indicaram a importância da construção de vínculos sociais no grupo. A maioria dos participantes descreveu experiências positivas de apoio mútuo, identificação com as histórias compartilhadas e estabelecimento de relações significativas com os colegas, os estagiários e o coordenador, atribuindo a essas relações sentimentos de pertencimento e valorização pessoal. Embora um participante tenha relatado dificuldades na formação de vínculos, esse achado não invalida a percepção favorável acerca das relações construídas nesse contexto. Esta compreensão está em consonância com a proposta de Pichon-Rivière (2005), quando refere-se ao processo grupal. O autor considera os vínculos

como a unidade básica da dinâmica grupal, por meio da qual os sujeitos compartilham experiências, constroem aprendizagens e atribuem novos significados às suas múltiplas vivências e singularidades. De forma complementar, Zimmerman (2000) destaca que os grupos se constituem a partir das necessidades, expectativas e representações individuais, favorecendo a construção de sentidos coletivos e experiências de pertencimento.

Em relação ao componente cognitivo, os resultados da pesquisa mostraram-se heterogêneos. Foram identificadas queixas subjetivas relacionadas à memória recente e lacunas de memória autobiográfica em parte da amostra. Além disso, oscilações da atenção foram observadas em um participante no momento da entrevista. Os dados qualitativos convergem com os resultados obtidos no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Bertolucci *et al.*, 1994) (Anexo F), especialmente nos domínios de atenção, cálculo e memória de evocação, evidenciando diferenças individuais no desempenho cognitivo. Por outro lado, 33,33% da amostra apresentou preservação das funções cognitivas e ainda assim relataram mudanças positivas após a participação no grupo terapêutico. Entretanto, as mudanças percebidas pelos participantes concentraram-se em aspectos subjetivos, relacionados à capacidade de refletir sobre o próprio pensamento, pensar antes de agir, organizar ideias, perceber-se mais capaz de aprender e expressar opiniões com maior segurança e na tomada de decisão.

De acordo com Papalia e Feldman (2013), o envelhecimento cognitivo não ocorre de forma uniforme e que as pessoas idosas apresentam diferentes trajetórias de desenvolvimento, onde há a coexistência entre perdas e ganhos. Além disso, Neri (2014) pontua que a manutenção do funcionamento cognitivo na velhice está relacionada não apenas a fatores biológicos, mas também aos recursos psicológicos e sociais construídos ao longo da vida, favorecendo processos adaptativos e estratégias compensatórias frente às mudanças inerentes ao envelhecimento. Dessa forma, embora os resultados não permitam afirmar mudanças cognitivas estruturais decorrentes da participação no grupo terapêutico, sugerem repercussões positivas no desenvolvimento da capacidade reflexiva, à uma maior ponderação antes da tomada de decisão, à segurança em expressar seus pensamentos e posicionamentos, reconhecer as suas próprias capacidades e a ampliação da escuta, da empatia e do respeito à diversidade de opiniões e de vivências.

Diante do exposto, os resultados indicaram que as repercussões foram mais consistentes na dimensão da autonomia. A maioria dos participantes atribuiu ao grupo mudanças relacionadas ao fortalecimento da autoconfiança, da iniciativa, da liberdade de expressão, da capacidade de tomar decisões e do sentimento de independência. Os relatos

qualitativos estão de acordo com os resultados da Escala de Lawton e Brody (Lawton; Brody, 1969), em versão adaptada para o contexto brasileiro (Santos; Virtuoso Júnior, 2008) (Anexo E), que indicaram níveis elevados de autonomia funcional em grande parte da amostra, ainda que existam limitações pontuais em atividades que exigem maior complexidade de planejamento e gerenciamento cotidiano, principalmente no que diz respeito a mobilidade externa (utilização de transporte) e manejo de medicações em doses e horários corretos.

Essa predominância de repercussões positivas na autonomia pode ser compreendida de acordo com Neri e Cachioni (1999) e Neri (2014), que defendem que a autonomia na velhice transcende a capacidade funcional e envolve aspectos relacionados à autodeterminação, ao sentimento de competência, à participação social e à possibilidade de fazer escolhas sobre a própria vida. Nesse sentido, a escuta ativa e a construção de vínculos sociais parecem ter funcionado como importantes recursos psicossociais, favorecendo o fortalecimento da percepção de autonomia e da capacidade de enfrentamento das demandas diárias. Embora a cognição e a autonomia mantenham uma relação de reciprocidade, conforme apontam Freitas e Py (2016), os dados desta pesquisa sugerem que o grupo terapêutico exerceu influência mais contundente sobre a autonomia do que no componente cognitivo mensurável.

Os resultados acerca das percepções e vivências do envelhecimento revelaram-se de forma heterogênea. Nesta seção constatou-se de forma contundente a diversidade de significados atribuídos aos processos de envelhecimento. Os relatos variaram desde percepções associadas à maturidade, sabedoria e crescimento pessoal até sentimentos de medo, insegurança, dependência e não aceitação do próprio envelhecer. Além disso, os relatos de alguns participantes revelaram a presença do idadismo, um conceito proposto por Butler (1969) para nomear atitudes e crenças discriminatórias dirigidas às pessoas idosas, relacionadas à incapacidade, improdutividade e dependência. Entretanto, observou-se que a participação no grupo terapêutico favoreceu, em alguns casos, a ressignificação dessas experiências, promovendo maior valorização pessoal, fortalecimento da identidade, sentimento de pertencimento e reconhecimento das próprias potencialidades. Assim, os achados reafirmam a concepção de Papalia e Feldman (2013) e Neri (2014) de que não existe uma única forma de envelhecer, mas múltiplas velhices, construídas de forma singular, a partir das trajetórias de vida, das relações estabelecidas e dos sentidos atribuídos por cada um ao seu processo de envelhecimento.

Considerando essas múltiplas velhices e esses múltiplos contextos, a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, proposta por Urie Bronfenbrenner (2012),

possibilita compreender o desenvolvimento como um processo contínuo, resultante da interação entre a pessoa e os diferentes contextos ecológicos em que está inserida. Esta teoria organiza os contextos em sistemas interdependentes e que se retroalimentam: o microssistema, que constitui-se por ambientes de interação direta, como a família, a escola e os grupos de convivência; o mesossistema, correspondente às inter-relações entre os diferentes microssistemas; o exossistema é constituído por contextos nos quais a pessoa não participa diretamente, mas que influenciam sua vida, como por exemplo, serviços de saúde, políticas institucionais e condições de trabalho dos familiares; e o macrosistema, composto pelos valores, crenças, normas culturais e representações sociais que atravessam a experiência humana. A Teoria supracitada também integra o cronossistema, que contempla as mudanças decorrentes do tempo, das transições de vida e dos eventos históricos e pessoais. Dentro dessa perspectiva, o Grupo Terapêutico 50+ pode ser compreendido com um microssistema que promove desenvolvimento e reverbera nos demais sistemas ecológicos.

Em suma, os resultados desta pesquisa indicaram que a escuta ativa e a formação de vínculos sociais repercutiram de forma positiva na experiência de envelhecimento dos participantes, no fortalecimento do bem-estar emocional, da autonomia, do sentimento de pertencimento e da percepção de competência pessoal. Embora tenham sido observados ganhos subjetivos relacionados ao componente cognitivo, estes mostraram-se mais discretos e heterogêneos, sugerindo que o grupo terapêutico 50+ atua, sobretudo, como um importante dispositivo de promoção de recursos psicossociais e de fortalecimento da autonomia na velhice, contribuindo para um processo de envelhecimento mais ativo dos participantes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se o Grupo Terapêutico 50+ como um importante microssistema de desenvolvimento na terceira idade, por constituir-se como um sistema de interações diretas, regulares e significativas, alicerçado na escuta ativa, no acolhimento, na construção de vínculos sociais, na estimulação cognitiva e de forma atenta na identificação de demandas individuais. Os abraços recebidos no grupo, percebidos como representativos de afeto e cuidado, por P2, a empatia desenvolvida após a participação no grupo por P3, a liberdade de expressão e de posicionamento que foram fortalecidas, referida por P6, a validação de potencialidades antes não percebidas, vivenciada por P5 e o acolhimento diante do luto oferecido ao P1, representam evidências empíricas de processos proximais em funcionamento, ou seja, a reciprocidade nas interações favorecendo o desenvolvimento humano. Nesse contexto específico, na última fase da vida, acolhendo os limites, desenvolvendo potencialidades e respeitando as singularidades.

No entanto, os efeitos produzidos nesse microssistema, o Grupo Terapêutico 50+, não se limitam ao grupo. Eles ultrapassam esses limites e alcançam os demais sistemas ecológicos. As mudanças relacionadas à autoconfiança, à iniciativa, à autonomia e à percepção de capacidade podem influenciar as relações com os familiares, as amigas e outros contextos sociais, configurando-se como repercussões no mesossistema.

Da mesma forma, as experiências de acolhimento e pertencimento vivenciadas no grupo podem contribuir para um maior engajamento em atividades comunitárias e redes de apoio social, articulando-se com elementos do exossistema. Além disso, ao favorecer uma percepção mais positiva acerca do envelhecer e questionar estereótipos que costumam ser relacionados à incapacidade e à dependência, o grupo também produz repercussões no macrosistema, ao confrontar crenças que referem-se ao idadismo e promover formas mais adequadas e assertivas de compreender o envelhecimento. Assim, as transformações percebidas pelos participantes após a entrada no grupo, principalmente em relação ao fortalecimento da autonomia e a ressignificação da própria velhice, podem ser interpretadas sob a perspectiva do cronossistema, uma vez que expressam mudanças ocorridas ao longo do tempo e provenientes da construção dos novos vínculos, possibilitando novas experiências relacionais.

Nesse sentido, os objetivos desta pesquisa foram alcançados ao evidenciar que a escuta ativa e a construção de vínculos sociais repercutiram de forma positiva no bem-estar emocional, na qualidade das relações interpessoais, na percepção de capacidade e no

fortalecimento da autonomia dos participantes. Embora tenham sido identificadas repercussões positivas relacionadas ao componente cognitivo, no que se refere à maior capacidade de reflexão, à organização do pensamento, ao respeito às opiniões divergentes, à ampliação da autopercepção e à forma de tomar decisões, os resultados mostraram-se mais expressivos na autonomia. Os participantes relataram sentir-se mais confiantes, mais livres para se expressarem, mais capazes de posicionar-se diante das situações cotidianas e a exercerem sua independência, sugerindo que o espaço aberto à escuta ativa, ao acolhimento e à construção de vínculos vivenciadas no grupo atuaram de maneira mais imediata sobre aspectos ligados à autonomia.

Os resultados também permitiram compreender que o envelhecimento é um fenômeno heterogêneo, atravessado por aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Os relatos transitaram desde percepções associadas à sabedoria, à maturidade e ao crescimento pessoal até sentimentos de medo, solidão, desvalorização social e não aceitação da velhice, reafirmando a existência de múltiplas velhices e a singularidade das formas de experienciar o envelhecimento. Dessa maneira, o estudo contribui para a desconstrução de concepções homogêneas e estereotipadas sobre a velhice e evidencia que o desenvolvimento humano permanece dinâmico e passível de transformações ao longo de todo o ciclo vital.

Por fim, concluiu-se que o Grupo Terapêutico 50+ constitui-se como um dispositivo potente dentro do microsistema, capaz de promover experiências de escuta, acolhimento e pertencimento que repercutem positivamente na vida das pessoas idosas. Assim, o presente estudo reafirma a importância de intervenções grupais voltadas à população idosa, reconhecendo o envelhecimento como uma etapa marcada por perdas e ganhos, como um período de continuidade do desenvolvimento humano, de ressignificações e de construção de novas possibilidades de ser, de se relacionar e de envelhecer.

REFERÊNCIAS

- ANTONUCCI, Toni Claudette; AJROUCH, Kristine J.; BIRDITT, Kira S. O Modelo de Comboio: Explicando as Relações Sociais de uma Perspectiva Multidisciplinar, *The Gerontologist*, v. 54, n. 1, p. 82-92, fev. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnt118>.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1º ed. São Paulo: Martins Fontes, 1977. 232 p.
- BERGEN Nicole; LABONTÉ Ronald. Everything is perfect, and we have no problems: detecting and limiting social desirability bias in qualitative research. *Qual Health Res.* 2020; 30(5):783-92. <https://doi.org/10.1177/1049732319889354>.
- BERTOLUCCI, Paulo Henrique Ferreira; BRUCKI, Sonia Maria Dozzi; CAMPACCI, Sandra Regina; JULIANO, Yara. O minixame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1994; 52(1):1-7.
- BRASIL, Katia Tarouquella Rodrigues; BARCELOS, Maria Angélica Rodrigues de; ARRAIS, Alessandra da Rocha; CARDENAS, Carmen Jansen de. A clínica do envelhecimento: desafios e reflexões para prática psicológica com idosos. *Aletheia*, n. 40, p. 120-133, abr. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2025.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2026.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/conep/resolucoes/resolucao-no-510-de-07-de-abril-de-2016>. Acesso em: 22 jun. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Ofício Circular nº 23/2022/CONEP/SECNS/DGIP/SE/MS, de 17 de outubro de 2022. Normatização do uso de consentimento e assentimento eletrônico para participantes de pesquisa e de biobancos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/camaras-tecnicas-e-comissoes/conep/legislacao/oficios-circulares/oficio-circular-no-23-de-17-de-outubro-de-2022.pdf/view>. Acesso em: 22 jun. 2026.
- BRASIL. *Estatuto da Pessoa Idosa: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Brasília: Presidência da República, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-idosa/estatuto-da-pessoa-idosa.pdf/view>. Acesso em: 15 set. 2025.

BRITO, Pedro Vinícius de Souza; MOTTA, Ivonise Fernandes da. *A escuta ativa de idosos como uma ferramenta de resiliência*. *Revista Contemporânea de Psicologia*, v. 15, n. 2, p. 101-110, dez. 2023. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/2636>. Acesso em: 16 set. 2025.

BRONFENBRENNER, Urie. Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos. Tradução de André de Carvalho Barreto. Revisão técnica de Silvia H. Koller. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2012, 310p.

BUTLER, Robert N. Age-ism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, Oxford, v. 9, n. 4, p. 243-246, 1969.

CANSINO, Selene. Episodic memory decay along the adult lifespan: A review of behavioral and neurophysiological evidence. *International Journal of Psychophysiology*, 71(1), 64–69, 2009.

CARNEIRO, Jeane Lima e Silva; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, p. 29, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002856>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução N.º 466 de 12 de dezembro de 2012*. Disponível em:

<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 1º out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução N.º 510, de 7 de abril de 2016*. Disponível em:

<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 1º out. 2025.

FREITAS, Elizabete Viana; PY, Ligia (org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Brasil integrará pesquisa internacional sobre idoso*. Rio de Janeiro: Informe ENSP, 2012. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/31086>. Acesso em: 19 ago. 2025.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019. 248p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Brasileiro 2022*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso: 19 ago. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2013*. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em:

https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_2013_v33_br.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

LAWTON, Mortimer Powell; BRODY, Elaine M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, Washington, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LEVY, Becca R. Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 2003, 58B, p. 203–P211.

LOPES, Ruth Gelehrter da Costa; BARBIERI Natália Alves; GAMBARE Carina Alvarez. Velhice Contemporânea e Atuação do Psicólogo: reinventando a profissão. In: FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva, ARAÚJO Ludgleydson Fernandes (org.). *Psicologia do Envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados*. Campinas: Alínea; 2009. p. 274-298.

NERI, Anita Liberalesso & CACHIONI, Meire. Velhice Bem-sucedida e Educação. In: NERI, Anita Liberalesso Neri; DEBERT, Guita Grin. (Orgs.). *Velhice e Sociedade*. Papirus: Campinas, 1999, p. 113-140.

NERI, Anita Liberalesso. Apresentação: uma psicologia positiva para o envelhecimento. In: FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva, ARAÚJO Ludgleydson Fernandes (org.). *Psicologia do Envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados*. Campinas: Alínea; 2009. p. 13-14.

NERI, Anita Liberalesso. *Palavras-chave em gerontologia*. 4. ed. Campinas: Alínea, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021–2030)*. Brasília: OPAS/OMS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>. Acesso em: 19 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*. Brasília: OPAS/OMS, 2005. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7685?locale-attribute=pt>. Acesso em: 10 set. 2025.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. *Desenvolvimento humano*. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 793 p.

PARK, Denise. Cortis; GUTCHESS, Angela. H. *Long-term memory and aging: A cognitive neuroscience perspective*. In R. Cabeza, L. Nyberg, D. C. Park (Eds.), *Cognitive neuroscience of aging: linking cognitive and cerebral aging* (pp. 218–245). New York: Oxford University Press, 2005.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. *O processo grupal*. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ROGERS, Carl. *Grupos de encontro*. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. *Tornar-se Pessoa*. Trad. Manuel J. C. Ferreira. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2009. 421p.

SANTOS, Gabriela dos. *et al.*. Relação entre rede de suporte social e cognição em pessoas idosas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 73, n. 3, p. e20240016, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/JV8HtgFmXwWytsHsjsH97PN/?lang=pt>. Acesso em: 16 set. 2025.

SANTOS, Rui Lopes; VIRTUOSO JÚNIOR, José Sebastião. *Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária*. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

YIN, Robert Kuo-Zuir. *Estudo de Caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2015. 320p.

ZIMERMAN, David. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. 2.ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 2000. 244p.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Código de identificação da participante (pseudônimo):
2. Nacionalidade:
3. Naturalidade (Cidade e Estado):
4. E-mail:
5. Idade:
6. Religião:
7. Situação conjugal (Casada, União estável, viúva, divorciada/separada, solteira(o))
8. Raça:
9. Formação acadêmica:
10. Ocupação:
11. Situação atual de emprego
 - Aposentado
 - Trabalha de meio turno
 - Trabalha em tempo integral
 - Autônomo
 - Desempregada
 - Estudante
12. Renda financeira pessoal:
13. Beneficiário de algum programa social:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

O roteiro será dividido em três categorias.

Primeira categoria: Autonomia e Componente Cognitivo

1. Que atividades do seu dia a dia você realiza sozinho (a)?
2. Como você se sente ao realizar essas atividades de forma independente?
3. Existem tarefas ou decisões que você considera mais desafiadoras? Pode dar um exemplo? Houve alguma diferença após a entrada no grupo?
4. Pode relatar situações em que se sentiu mais independente ou capaz de resolver algo por conta própria? Houve alguma diferença após a entrada no grupo?
5. Você percebe alguma mudança na sua cognição (forma de pensar, na memória, na atenção, na noção espacial)? Pode me contar como isso acontece? Houve alguma diferença após a entrada no grupo?

Segunda categoria: Grupo Terapêutico

1. Como você descreveria a sua experiência de participar do grupo terapêutico 50+?
2. Quais momentos ou atividades do grupo mais marcaram você? Por quê?
3. Como você se sente ao interagir com os outros participantes do grupo?
4. Em algum momento você se sentiu ouvido (a) e acolhido (a) no grupo? Se sim, você pode relatar uma situação (ou mais de uma)?
5. Desde que você começou a participar do grupo, percebeu alguma mudança em você? Quais?

Terceira categoria: Percepção sobre envelhecimento, escuta e vínculos

1. O que significa envelhecer para você?
2. Como você percebe seu próprio processo de envelhecimento?
3. Como você se sente quando alguém te escuta com atenção?
4. Pode contar situações em que o vínculo com familiares, amigos ou colegas fez diferença na sua vida?
5. Como você descreveria as suas relações sociais?

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Patrícia Sá Freire Vaz Sampaio, graduanda do curso de Psicologia da Universidade Católica do Salvador - UCSAL e supervisionada pela Profa. Ma. Aruana Maire Maia Fontes, convido você a participar como voluntária (o) da pesquisa intitulada: **“Envelhecimento: as repercussões da escuta ativa e da construção de vínculos sociais no componente cognitivo e na autonomia de pessoas idosas”**. Este estudo tem como objetivo investigar de que maneira a escuta ativa e a formação dos vínculos sociais repercutem no componente cognitivo e na autonomia na terceira idade.

Caso aceite participar, agendaremos as entrevistas, antes da qual é necessária a leitura atenta e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que será impresso em 02 vias: uma via ficará com você, participante, e a outra com a pesquisadora responsável. Com o termo assinado, iniciaremos com o questionário sociodemográfico, seguido da entrevista, através da qual gostaríamos que você respondesse algumas perguntas sobre sua experiência relacionada a sua participação no grupo terapêutico de idosos. Além da entrevista, serão aplicados uma escala de avaliação das atividades instrumentais da vida diária e dois instrumentos que ajudam na avaliação da memória, atenção e raciocínio.

Esclareço que a entrevista será gravada, com a sua permissão. Com o intuito de manter a privacidade, nosso encontro ocorrerá num espaço reservado, com apenas os pesquisadores e você, que seja silencioso e de acesso controlado, onde não ocorram interrupções; essas ações garantem o sigilo da pesquisa e melhor aproveitamento do nosso encontro.

Os dados recolhidos da entrevista serão apenas acessados pelos pesquisadores e serão guardados em pendrive, durante o período de cinco anos, na residência da pesquisadora responsável, localizada na Rua Desembargador Manoel Pereira, nº 105, Costa Azul. **Após esse período, os dados serão devidamente destruídos.**

Sua participação é livre e voluntária e você pode se recusar a participar ou até mesmo desistir a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Caso queira, você tem o direito de acessar o conteúdo do roteiro de entrevista antes de responder às perguntas, para uma melhor tomada de decisão.

Você também não terá nenhum gasto e não receberá remuneração, mas se tiver alguma despesa ou dano, decorrente da participação na pesquisa, será garantido o ressarcimento,

ainda o direito à indenização nos termos da Lei e das **Resoluções n.º 466/12 e n.º 510/16**. Além disso, será garantido seu direito de acesso aos resultados da pesquisa. Garantimos seu anonimato em todas as etapas da pesquisa.

No entanto, **um dos riscos possivelmente oferecidos aos participantes** manifestam-se através do desconforto causado pelo fato da entrevista abordar tópicos normalmente sensíveis e invalidados ligados ao processo de envelhecimento. Como estratégia de minimização desses riscos, o questionário da entrevista será construído de maneira a proporcionar um ambiente de conforto, respeito e apoio em relação aos relatos das participantes. Haverá oferecimento de **acolhimento psicológico gratuito** por parte da **Unidade de Atendimento em Psicologia, Professora Silvana Maria Grisi Sarno (UNIAPSI)** da UCSal, sem nenhum ônus ao participante em questão, em consonância aos aspectos éticos preconizados pela **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)**. **Para tanto, como benefício**, esse projeto apresenta a possibilidade de colaborar com possíveis soluções para as problemáticas pesquisadas, como os desafios do processo de envelhecimento, compreensão desse trabalho como uma construção social e promoção de espaço para debate e reflexão sobre o tema.

Em caso de dúvidas ou denúncias, você poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica do Salvador - UCSAL**, que autorizou a realização desta pesquisa. O CEP fica localizado no Campus de Pituaçu, **Av. Prof. Pinto de Aguiar, 2589 - Pituaçu, CEP: 41.740-090 - Salvador/BA**. Funciona de segunda a sexta-feira das 08:00 às 16:00. **Tel.: +55 (71) 3203-8901. E-mail: cep@ucsal.br**. Eu, _____, RG nº _____, após ter conhecimento dos objetivos e de como será feita a pesquisa e ter recebido todas as explicações e esclarecidas as dúvidas; declaro que concordo em participar de forma voluntária desta pesquisa e que a entrevista seja gravada.

Salvador, ____ de _____ de 2026.

(Assinatura do participante)

ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO

Título do projeto: Envelhecimento: As Repercussões da Escuta Ativa e da Construção de Vínculos Sociais no Componente Cognitivo e na Autonomia de Pessoas Idosas.

Pesquisador responsável: Aruanã Mairê Maia Fontes

Demais pesquisadores: Patrícia Sá Freire Vaz Sampaio

Instituição/Departamento: Universidade Católica do Salvador

Local da coleta de dados: Presencial ou online

Eu, Vitalina Conceição Santos, coordenador do Serviço Escola de Psicologia da UCSal (Uniapsi), comprometo-me a autorizar o acolhimento psicológico de forma presencial neste serviço, para participantes do projeto intitulado **“Envelhecimento: As Repercussões da Escuta Ativa e da Construção de Vínculos Sociais no Componente Cognitivo e na Autonomia de Pessoas Idosas.”** que sentirem necessidade deste acolhimento devido à informações discutidas durante a entrevista para o projeto em questão.

Salvador, 27 de maio de 2026.

Vitalina Conceição Santos
Psicóloga
CRP 0427676
Assinatura

ANEXO C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Envelhecimento: As Repercussões da Escuta Ativa e da Construção de Vínculos Sociais no Componente Cognitivo e na Autonomia de Pessoas Idosas.

Pesquisador responsável: Aruanã Mairê Maia Fontes

Demais pesquisadores: Patrícia Sá Freire Vaz Sampaio

Instituição/Departamento: Universidade Católica do Salvador

Local da coleta de dados: Presencial e/ou online, em local privativo da preferência do participante.

Os pesquisadores do projeto intitulado “Envelhecimento: As Repercussões da Escuta Ativa e da Construção de Vínculos Sociais no Componente Cognitivo e na Autonomia de Pessoas Idosas” se comprometem a garantir a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados através de pesquisa de campo, através de entrevistas gravadas, em local reservado que garanta o sigilo, concorda com a utilização dos dados única e exclusivamente para execução do presente projeto e seus produtos (relatórios, artigos, etc.). Informa que a divulgação das informações só será realizada de forma anônima e sendo os dados coletados bem como os termos de consentimento livre e esclarecido mantidas na residência da pesquisadora responsável, Aruanã Mairê Maia Fontes, localizada na Rua Desembargador Manoel Pereira, nº 105, Costa Azul, por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos, conforme acordado entre pesquisador e participante da pesquisa no ato da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Salvador, 27, março de 2026.



Nome do Membro da Equipe Executora	Assinatura
Aruanã Mairê Maia Fontes	<i>Aruanã Mairê Maia Fontes</i>
Patrícia Sá Freire Vaz Sampaio	<i>Patrícia Sá Freire Vaz Sampaio.</i>

ANEXO D - CARTA DE ANUÊNCIA



CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, **Jonatas Tourinho Rocha**, psicólogo, CRP 03/16888, na qualidade de responsável e supervisor pelo Grupo Terapêutico 50+, declaro estar ciente da realização da pesquisa intitulada **“Envelhecimento: As Repercussões da Escuta Ativa e da Construção de Vínculos Sociais no Componente Cognitivo e na Autonomia de Pessoas Idosas”**, desenvolvida pela discente **Patrícia Sá Freire Vaz Sampaio**, do curso de Psicologia da Universidade Católica do Salvador (UCSal), sob a orientação da Profª Ma. **Aruanã Mairê Maia Fontes**.

Declaro estar de acordo com a realização da referida pesquisa junto aos participantes do Grupo Terapêutico 50+, autorizando a pesquisadora a convidar os integrantes do grupo para participação voluntária no estudo, bem como a realizar a coleta de dados por meio dos instrumentos descritos no projeto de pesquisa.

Ressalta-se que a participação dos integrantes ocorrerá de forma voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantidos o sigilo, o anonimato e o respeito aos princípios éticos que regem pesquisas com seres humanos, conforme as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Por ser verdade, firmo a presente carta de anuência para os devidos fins.

Documento assinado digitalmente
gov.br JONATAS TOURINHO ROCHA
Data: 19/03/2026 16:56:40-0300
verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Jonatas Tourinho Rocha

CRP 03/16888

ANEXO E - ESCALA DE LAWTON E BRODY

Departamento de
Medicina Social



MATERIAIS
DE APOIO:
ESCORES

ATENÇÃO DOMICILIAR:
SITUAÇÕES CLÍNICAS
COMUNS EM IDOSOS
MÓDULO DE AUTOAPRENDIZAGEM

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD)

ESCALA DE LAWTON

Esta escala avalia o desempenho do idoso em relação as atividades instrumentais a fim de verificar a sua independência funcional.

AVALIAÇÃO:

A pontuação máxima possível são 27 pontos. Existem três respostas possíveis as perguntas que variam de independência, dependência parcial ou dependência que consistem, respectivamente, nas seguintes possibilidades: sem ajuda, com ajuda parcial e não consegue. As perguntas "O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?", "O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?", "O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?" e "O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?" podem necessitar de adaptação conforme o sexo e, quando necessário, podem ser substituídas por subir escadas ou cuidar o jardim.

ATIVIDADE		AVALIAÇÃO	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL			

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica - n.º 19). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/-cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 2014.

