



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC GOIÁS
PROGRAMA *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA – PSSP DOUTORADO
EM PSICOLOGIA

**A TÉCNICA DE AUTOAPRESENTAÇÃO DO PSICODRAMA NO
AUXÍLIO DE DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS**

ADALGISA REGINA TEIXEIRA
DANIELA S. ZANINI

GOIANIA – GO
2015



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC GOIÁS
PROGRAMA *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA – PSSP DOUTORADO
EM PSICOLOGIA

**A TÉCNICA DE AUTOAPRESENTAÇÃO DO PSICODRAMA NO
AUXÍLIO DE DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS**

Tese apresentada ao Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Psicopatologia Clínica e Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela S. Zanini

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

T266t	<p>Teixeira, Adalgisa Regina.</p> <p>A técnica de autoapresentação do psicodrama no auxílio de diagnóstico de depressão em idosos [manuscrito] / Adalgisa Regina Teixeira – Goiânia, 2015.</p> <p>111 f. : il. ; 30 cm.</p> <p>Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Psicologia.</p> <p>“Orientadora: Profa. Dra. Daniela Sacramento Zanini”.</p> <p>Bibliografia.</p> <p>1. Psicodrama. 2. Depressão em idosos - Diagnóstico. I. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 159.964.2(043)</p>
-------	--



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC GOIÁS
 PROGRAMA *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA – PSSP DOUTORADO
 EM PSICOLOGIA

**A TÉCNICA DE AUTOAPRESENTAÇÃO DO PSICODRAMA NO
 AUXÍLIO DE DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS**

ADALGISA REGINA TEIXEIRA

Tese apresentada ao Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Psicopatologia Clínica e Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela S. Zanini

Banca Examinadora

Presidente da Banca – Orientadora: Profa. Dra. Daniela S. Zanini
 Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Membro convidado externo: Profa. Dra. Maria da Penha Nery
 Associação Brasileira de Psicodrama

Membro convidado externo: Profa. Dra. Ana Raquel Rosas Torres
 Universidade Federal da Paraíba

Membro convidado: Profa. Dra. Vannúzia Leal Peres
 Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Membro convidado: Profa. Dra. Ana Cristina Resende
 Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Membro Suplente: Prof. Dr. Cristiano Coelho
 Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Membro suplente: Prof. Dr. Luc Vandenberghe
 Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Data da avaliação: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Agradecer é a forma que encontro de retribuir tudo que recebi de quem esteve comigo nessa caminhada de quase cinco anos e divide comigo a realização desse sonho.

Tese de doutorado... momentos de solidão, de desespero, de cansaço, de renúncias, de busca, de encontros!!! Solidão sim, sozinha não. Percebi a presença de todos. Cada um, da sua forma, passou por mim.

Perdoem-me se porventura me esquecer de alguém. As pessoas de que me lembro nesse momento deixaram marcas profundas na minha existência.

Início agradecendo a Deus pela vida, pela saúde, por não me abandonar nem mesmo nos momentos de muita dor, pelos quais passei na minha trajetória até chegar aqui.

Ao meu pai, Adolfo Teixeira França, que com seu exemplo de vida me mostrou que a dignidade e a simplicidade são os maiores bens que se pode ter. Oh, minha mãe, como é difícil não ter você comigo nesse momento! Você, razão da minha existência, que me fez chegar aonde cheguei, e hoje de que vale o título se não tenho você! Só Deus deve explicar isso. São os enigmas da existência, se ganha e se perde, se perde e se ganha, e a vida de mão dupla segue.

À minha irmã, meu apoio, minha força na caminhada que me resta. Em muitos momentos, minha mãe, minha cúmplice, meu tudo. Ao meu cunhado, Deni, presente de Deus nas nossas vidas, sempre do nosso lado ajudando em tudo. Vocês me deram de presente a Giovanna, inteligente, determinada, carinhosa, um sonho de pessoa. Giovanna, amo você incondicionalmente.

Ao meu irmão, Adalberto, pelo apoio, por ser tão preocupado em servir e resolver nossas questões. À minha cunhada, Lu, que se uniu a nós como uma irmã, presente nos momentos fáceis e difíceis da vida, nunca nos abandonando, transmitindo a força e o carinho de sempre. À Bruna e ao Marco Aurélio. Amo muito vocês. Cada um seguindo seu caminho, mas em alguns momentos nos encontramos e nos lembramos de que somos parentes.

Agradeço a minha orientadora, professora Doutora Daniela Sacramento Zanini, que, com sua competência, carinho, paciência, ajudou-me a superar meus limites, respeitando a minha liberdade e autonomia, dando-me suporte nos momentos mais difíceis, em que a angústia e o desespero tomaram conta de mim. Administrou várias crises por que passei. Foi muito mais que uma orientadora, foi uma pessoa ímpar na minha vida. Quando o bloqueio intelectual era coberto pelo bloqueio emocional foi minha terapeuta, amiga, minha companheira, sempre me respeitando e dizendo palavras de consolo e força para que eu prosseguisse. Jamais

vou me esquecer de sua sensibilidade e humanidade. Deus não poderia ter colocado pessoa melhor na minha vida. Conheci de perto a bondade de um ser para com o outro.

À Ana Cristina Resende, minha “amiga de fé, minha irmã camarada”, de todas as horas da vida. Por quantas coisas já passamos juntas! Eleita a passar o resto da minha vida sendo minha amiga. Amo você!

À Maria da Penha Nery, minha companheira nas escolhas. Um dia escreveu para mim na dedicatória de um livro seu: “que legal estarmos plantando no nosso jardim psicodramático!”. E aqui estou jogando as sementes.

Ana Raquel, que prazer tê-la comigo ao findar essa etapa. Sempre lhe admirei como pessoa e profissional. Você se revela na sua forma de ser com generosidade, equilíbrio e a força que transmite na maior doçura.

À Vannúzia, meu exemplo de luta, de seriedade, de dedicação e amor ao que faz. Sempre disposta a ajudar.

Ao Dr. Luc Vandenberghe, por ter aceitado participar e contribuir no meu trabalho.

Ao Cristiano, meu amigo tranquilo e sereno. Enquanto à sua volta tudo parece pesado, ele, com sua leveza e competência, segue em frente, transmitindo paz e tranquilidade.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC–, nas pessoas do Prof. Dr. Cristiano Coelho, bem como a todos os professores do Programa, em especial à secretária Martha Diniz, pelo carinho e atenção com que se reportava a mim.

Não poderia deixar de lembrar as minhas pesquisadoras queridas. Jacqueline, ou Jack, só você sabe o quanto me ajudou até última hora. Mayara, Fernanda Romano, Daiane, Maria Paula, Giovana, Nália, Carol, Larissa Guimarães, Camila Evangelista, Larissa Escher, sem vocês esse momento não se concretizaria.

À Marli Bueno, coordenadora do Programa de Gerontologia Social, da Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI- PUC-GO), pela abertura do campo de pesquisa, pelo incentivo, por facilitar minha vida junto à Instituição, pelo apoio em tudo.

À Dra. Adriana Bernardes Pereira, diretora do Departamento de Psicologia, pelo incentivo, sempre me dando forças para prosseguir.

Aos meus colegas professores do Departamento de Psicologia da PUC-GO, que de alguma forma trocaram as angústias comigo. Em especial à professora. Dra Maria das Graças Nunes Brasil, que me acalmou em muitos momentos quando mais precisei. Dentre eles, as colegas de doutorado. Daniela Campos, ou Dani, como você é generosa! Margareth Regina Gomes Veríssimo de Faria, companheira de luta.

Agda, pelos abraços e choros junto comigo nos momentos de nossos desesperos. Marilene, minha irmã, você, meu incentivo, tornando a vida mais fácil a cada encontro.

Aos meus queridos e amados idosos da UNATI, que contribuíram e ainda continuam contribuindo, me acompanhando, me ajudando a crescer cada vez mais, com seus exemplos e por ceder suas vidas para ampliar meus conhecimentos. De coração, agradeço a todos.

RESUMO

Há evidências de que há um aumento dos casos de depressão e suas consequências em idosos. A depressão vai se instalando no indivíduo sem que por ele seja percebida. É o resultado de alterações bioquímicas (serotonina, noradrenalina e dopamina) que trazem mudanças físicas e psicológicas significativas no dia a dia das pessoas. A depressão pode aparecer em qualquer fase do desenvolvimento humano, com apresentação clínica e cursos diferentes, mas com um grupo de sintomas básicos (inibição psíquica, estreitamento do campo vivencial, dos interesses e sofrimento moral) dependendo da personalidade da pessoa os sintomas se repetem, sendo de vários tipos, como episódios de humor, transtornos depressivos, transtornos bipolares. Nos idosos, os sintomas depressivos muitas vezes têm relação com a idade, tais como cansaço físico, falta de iniciativa, poucas interações sociais. Por isso, torna-se necessário desenvolver estudos mais aprofundados com essa população. Assim, o objetivo desta tese foi avaliar e descrever o uso da técnica de autoapresentação do Psicodrama, como auxílio no diagnóstico de depressão em idosos. Para alcançar esse objetivo, o trabalho buscou se apropriar do arcabouço teórico e da técnica de autoapresentação do Psicodrama, enfatizando a criação do vínculo terapêutico pesquisadora/participantes com desdobramento em várias categorias. Este estudo apresenta o delineamento de caso-controle, com 232 idosos frequentadores da Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI), da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, de ambos os sexos e idade entre 55 e 85 anos. Do grupo de casos, participaram indivíduos com pontuações altas no instrumento de Hamilton, com sintomas de humor depressivo, e no grupo-controle, a amostra pareada à do primeiro grupo, com indivíduos cujos índices foram baixos e, portanto, não compatíveis com o humor depressivo. Os resultados apontaram que a técnica de autoapresentação é uma aliada dos profissionais psicoterapeutas/psicodramatistas, apresentando auxílio preciso ao diagnóstico, por se tratar de uma técnica que leva o indivíduo a perceber sua psicodinâmica e reavaliar seus papéis sociais adoecidos.

Palavras-chave: psicodrama, técnica de autoapresentação, diagnóstico, depressão, idoso.

ABSTRACT

There is evidence that there is an increase in cases depression and its consequences in the elderly. Depression will be installing on individual without that for it to be perceived. It is the result of biochemical alterations (serotonin, norepinephrine and dopamine) that bring significant physical and psychological changes from day to day lives. Depression can occur at any stage of human development, with clinical presentation and different courses, but with a group of core symptoms (psychological inhibition, narrowing the experiential field, interests and moral suffering) depending on the personality of the person the symptoms recur, It is of various types, such as mood episodes, depressive disorders, bipolar disorders. In the elderly, depressive symptoms often are related to age, such as physical fatigue, lack of initiative, poor social interactions. Therefore, it becomes necessary to develop further studies with this population. The objective of this thesis was to assess and describe the use of self-presentation technique of psychodrama as an aid in the diagnosis of depression in the elderly. To achieve this goal, the study sought to appropriate the theoretical approach and self-presentation technique of psychodrama, emphasizing the creation of therapeutic vignette researcher / participants split into several categories. This paper presents the design of case-control with 232 elderly members of the University Open for Elderly (UNATI), the Catholic University of Goiás, of both sexes and aged between 55 and 85 years. The group of cases, participated individuals with high scores on the Hamilton instrument, with symptoms of depressed mood, and in the control group, the sample matched to the first group, with individuals whose rates were low and therefore not compatible with humor depressant. The results showed that the self-presentation technique is an ally of psychotherapists / psychodramatists professionals, with assistance necessary to the diagnosis, because it is a technique that takes the individual to realize his psychodynamic and reassess their diseased social roles.

Keywords: psychodrama, self-presentation technique, diagnosis, depression, elderly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma: Socionomia e seus métodos específicos (Moreno, 1975).	38
Figura 2 - Quadrantes e seus significados (Kolck, 1984; Augras, 1998; Buck, 2003).	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação das pontuações nas escalas de Hamilton no formato de dezessete itens (escala autoavaliativa).....	52
Tabela 2 - Classificação das pontuações nas escalas de Hamilton no formato de 21 itens (escala heteroavaliativa).....	52
Tabela 3 - Média, desvio padrão, mínimo, máximo e percentil da pontuação total nas escalas, de Hamilton, auto e heteroavaliativas.....	57
Tabela 4 - Média, desvio padrão, mínimo, máximo e percentil da pontuação total na escala, de Hamilton, auto e heteroavaliada para grupo-caso e grupo-controle.....	58
Tabela 5 - Quantidade de objetos dispostos no <i>setting</i> terapêutico.....	60
Tabela 6 - Resultados apresentados em relação à ocupação do espaço no <i>setting</i> terapêutico...	62
Tabela 7 - Resultados apresentados na variedade de objetos.....	63
Tabela 8 - Resultados referentes às cores das almofadas e à quantidade de cores utilizadas.....	64
Tabela 9 - Resultados apresentados quanto aos quadrantes ocupados no <i>setting</i> terapêutico.....	65
Tabela 10 - Tamanho das almofadas.....	68
Tabela 11 - Resultados apresentados quanto à distribuição dos objetos.....	69
Tabela 12 - Tempo de montagem da técnica de autoapresentação pelo participante.....	71
Tabela 13 - Criação de vínculo terapêutico entre o participante e o pesquisador (<i>rapport</i>).....	72
Tabela 14 - Vínculo estabelecido entre terapeuta e participantes.....	73
Tabela 15 - Conteúdos do aquecimento inespecífico.....	74
Tabela 16 - Conteúdo do aquecimento específico: objeto escolhido para inversão de papéis....	75
Tabela 17- Resultados apresentados pelos participantes em relação à aceitação da técnica de autoapresentação.....	77
Tabela 18 - Verbalização do participante através do inquérito na técnica de autoapresentação	78
Tabela 19 - Resultados apresentados pelos participantes em relação à aceitação da técnica de autoapresentação.....	79
Tabela 20 - Emoções demonstradas pelos participantes durante a técnica de autoapresentação.	80

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 SOBRE O ENVELHECIMENTO	18
1.1 O crescimento demográfico dos idosos	18
1.2 O processo de envelhecer: mudanças físicas e psicológicas	26
1.3 Depressão em Idosos	32
CAPÍTULO 2 A AUTOAPRESENTAÇÃO DO PSICODRAMA COMO TÉCNICA DE DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS	35
CAPÍTULO 3 MÉTODO	49
3.1 Participantes	49
3.2 Campo de coleta de dados	50
3.3 Materiais e instrumentos	50
3.4 Procedimentos em relação á Técnica de autoapresentação	53
3.4.1 Técnica de autoapresentação e os comandos para coleta de dados.	53
3.5 Procedimentos	55
3.6 Análise dos dados	56
CAPÍTULO 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
4.1. Comparação entre o grupo-caso e grupo-controle para o desempenho na técnica de autoapresentação	59
4.2 Temática da autoapresentação propriamente dita	60
4.2.1. Quantidade de objetos	60
4.2.2 Ocupação do Espaço	61
4.2.3 Variedade de Objetos.....	63
4.2.4 Resultados referentes às cores das almofadas: quantidade de cores utilizadas = V=cores vivas; P=cor pastel	64
4.2.5 Resultados apresentados quanto aos quadrantes ocupados no <i>setting</i> terapêutico	65
4.2.6 Resultados apresentados quanto ao tamanho das almofadas	67
4.2.7 Resultados apresentados quanto à distribuição dos objetos	69
4.2.8 Tempo de montagem da técnica de autoapresentação pelo participante	70
4.3 Criação de vínculo terapêutico entre o participante e a pesquisadora (<i>rapport</i>)	71
4.3.1 Vínculo estabelecido entre o terapeuta e os participantes	73
4.3.2 Conteúdo do aquecimento inespecífico	74
4.3.3 Conteúdo do aquecimento específico: objeto escolhido para inversão de papel	75

4.3.4 Resultados apresentados pelos participantes em relação à aceitação da técnica de autoapresentação	76
4.3.5 Verbalização através da entrevista na técnica de autoapresentação	78
4.3.6 Movimentação do participante com relação à montagem da técnica de autoapresentação....	79
4.3.7 Emoções demonstradas pelos participantes durante a técnica de autoapresentação	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS.....	99

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho surge da necessidade e do desejo da pesquisadora em completar o estudo sobre o ciclo vital. Como psicóloga psicodramatista e professora de Psicologia da área de desenvolvimento e educação há 25 anos, com experiência em estudos da infância, adolescência e vida adulta, ela se viu motivada a realizar estudos e pesquisas sobre a terceira idade, por se sentir atraída pela transformação do ser humano em todas suas fases.

Seu interesse é contribuir com os idosos para ajudá-los nessa etapa da vida e ao mesmo tempo aprender com eles acerca de como se configura a chamada velhice, considerando que muitas vezes se trata de pessoas abandonadas quer pela família quer pela sociedade. Assim, esta pesquisadora viu na Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) da PUC-GO¹ essa possibilidade, buscando para isso os estudos relacionados ao surgimento das UNATIS em nível internacional, nacional e no próprio campo de coleta de dados, a UNATI/PUC-GOÍÁS.

Contexto Brasileiro e contexto internacional

No percurso do seu estudo, a pesquisadora teve acesso às informações do contexto brasileiro sobre o idoso, o processo de criação das Universidades Abertas à Terceira Idade (UNATIS), no contexto internacional, nas quais consta que o primeiro registro catalogado é da década de 1960, na França. A primeira geração desse tipo de Universidade teve o caráter de receber alunos com mais de 60 anos de idade, para prestar serviço educativo, desenvolver a sociabilidade e “ocupar o tempo livre dos idosos”, sem muita preocupação com a educação permanente e assistência jurídica.

A segunda geração dessa modalidade de Universidade surgiu na década de 1970. Os pioneiros foram a França e os Estados Unidos. Trata-se de modelo que se expandiu por todo o mundo, tendo como foco principal o ensino e a pesquisa, mediante atividades desenvolvidas sob os preceitos da participação e desenvolvimento de estudos sobre o envelhecimento.

A terceira geração é da década de 80, caracterizada pelo acento em um programa educacional mais amplo, voltado para a oferta de alternativas diversificadas a uma renovada população de aposentados, cada vez mais escolarizada, a exigir cursos universitários formais,

¹ A UNATI-GO – Universidade Aberta à Terceira Idade da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – acolhe os idosos da comunidade, oferecendo oficinas relacionadas às suas necessidades físicas, emocionais, intelectuais, contribuindo para o desenvolvimento biopsicossocial.

com direito a créditos e diploma (Louis, 1993; Toni, 2011a, 2001b).

A primeira iniciativa de promoção de saúde de uma velhice bem-sucedida que se tem notícia no Brasil foi no ano de 1963, quando o Serviço Social do Comércio – SESC – promoveu oficinas atendendo às necessidades de convivência dos idosos (Netto, 2001; Gomes, 2005; Loures, 2007; Toni, 2011a, 2011b; Cachioni, 2012; Almeida, 2013).

A partir do ano de 1963, as UNATIS foram difundidas no Brasil em várias regiões. Nas cidades onde foram implantados, os cursos apresentaram uma particularidade a partir da década de 1980: expandiram-se mais nas Universidades particulares que nas públicas, com mais de duzentos programas em pleno funcionamento (Gomes, 2005; Cachioni, 2012).

Na década de 1990, a Universidade Aberta à Terceira Idade é inaugurada na cidade de Goiânia. É oficializada em 14 de setembro de 1992, com a UNATI/PUC-Goiás (campo de coleta de dados desta pesquisa). Desde sua fundação, seu público é constituído por pessoas de 49 a 92 anos, com maior concentração nas idades de 60 a 75 anos. A UNATI PUC-GO é parte integrada do Programa de Gerontologia Social (PGS), vinculado à Pró-reitoria de Extensão da PUC-GO. A UNATI PUC-GO é uma Universidade de cunho filantrópico confessional católico, de natureza comunitária, tendo como premissa básica o social, tanto na reflexão quanto na ação e nas posições que assume, junto aos programas e institutos que viabiliza em sua organização (Loures, 2007; Castro, 2011; Siqueira; Silva, 2012).

Sua estrutura curricular é baseada em oficinas que atendem às necessidades dos idosos tais como: controle do estresse e ansiedade, hidroginástica, postura e equilíbrio, culinária saudável, terapia de grupo e outras.

Os professores que ministram as oficinas estão vinculados a diversos departamentos em vários cursos da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, que tiveram interesse e formação para trabalhar com esses idosos. A cada semestre ampliam-se as oficinas segundo as demandas. As oficinas são oferecidas tanto para iniciantes quanto para os participantes veteranos, sem custo algum para os idosos que aderirem ao programa.

Envelhecimento

Segundo os estudos realizados, o envelhecimento é um processo do desenvolvimento natural e um dos eventos mais relevantes do século XXI (Carvalho, 2007), dado o aumento da expectativa de vida das pessoas, em função dos avanços na medicina e dos cuidados com a saúde nos últimos tempos.

Contudo, nem sempre o envelhecimento vem coroado de um envelhecer tranquilo, vis-

to que muitas questões relacionadas à saúde trazem preocupações, por conta de perdas físicas e psicológicas que acometem algumas pessoas, à medida que vão se aproximando dessa fase da vida. Uma dessas questões refere-se à depressão, patologia que não só acomete idosos, mas os indivíduos em geral, em qualquer fase da vida.

Vários estudos têm apontado a depressão como uma doença relacionada às pessoas idosas, razão por que é necessário dirigir um olhar mais atento a essa população, o que justifica o desenvolvimento de estudos e pesquisas voltados para esse público-alvo, visando a uma compreensão mais aprofundada dessa temática (Calil, 1998; Amaral, 2007; Costa, 2006).

Vale assinalar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) trata a depressão como sendo uma das doenças que mais incapacitam o ser humano. Logo, o desenvolvimento de trabalhos científicos nesse campo de conhecimento deve envolver as pessoas acometidas pela doença, as pessoas responsáveis por políticas públicas, à sociedade civil, os pesquisadores, para que sejam minimizados os sintomas provocados e impedir que novos casos surjam.

Assim, este trabalho se apresenta como inédito, por abarcar métodos e instrumentos de avaliação que tornam viáveis a apreensão das variáveis quantitativas e qualitativas obtidas por meio da intervenção psicológica. É resultado, por consequência, de dados consistentes sobre a eficiência do psicodrama e também da utilização da técnica de autoapresentação na abordagem terapêutica da depressão. Além disso, se trata de uma dimensão tanto psicológica quanto social do desenvolvimento humano, posto que se volta para os processos de adaptação e saúde.

Por conseguinte, o objetivo do estudo foi avaliar e descrever o uso da técnica de autoapresentação do Psicodrama, como auxílio no diagnóstico de depressão em idosos, contemplando as várias dimensões do indivíduo, quando se propõe investigar as ações vividas no seu cotidiano.

Nesse sentido, o presente trabalho está inserido no contexto dos estudos que envolvem, Psicologia da Saúde e sua interface com a Psicopatologia Evolutiva, Psicologia do Desenvolvimento, Saúde Pública, Psicologia Clínica e Avaliação Psicológica. Com isso é possível avaliar saúde mental e doenças psíquicas como a depressão e trabalhar com teoria e técnica capazes de trazer benefícios a quem porventura já teve a doença instalada, a quem está em vias de instalação e na prevenção para que a enfermidade não ocorra.

No que diz respeito à Psicologia Clínica, o estudo pode trazer uma contribuição à comunidade científica, em especial aos psicodramatistas, como também aos psicoterapeutas e profissionais da saúde mental, que encontram nele a possibilidade de utilizar-se de suas técnicas até então vistas somente no contexto psicoterápico, como instrumento auxiliar no diagnós-

tico de depressão em idosos.

Na área de Avaliação Psicológica, a contribuição se dá quanto à inovação no uso de uma técnica de desempenho como avaliação quantitativa e qualitativa de características depressivas. Assinale-se que este estudo permitiu, a partir de tal identificação, o desenvolvimento, na UNATI/PUC-Goiás, de uma oficina em que se pudessem trabalhar questões emocionais suscitadas na coleta de dados. A oficina teve início no primeiro semestre de 2014, com quinze alunos. Desse contingente se inscreveram tanto aqueles com sintomas depressivos como os que não apresentavam os sintomas existentes até os dias de hoje.

O referido trabalho teve ascensão e repercussão, de modo que no primeiro semestre de 2015 desenvolveu-se a segunda oficina, com mais treze alunos. Para o segundo semestre, está prevista a continuação da oficina, com os participantes inscritos em 2014 e 2015. E dada a lista de espera, será aberta uma terceira oficina.

Assim, os dados coletados por essa Instituição concorreram para a ampliação de sua função social, por meio do atendimento de um maior número de pessoas da comunidade. Desse modo se cumprem as políticas públicas ajustadas, tanto no que tange a questões emocionais, como prevenção a novos casos de depressão e ao tratamento das já instaladas, quanto no que diz respeito ao apoio social da população que busca a Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI).

A validação da técnica de autoapresentação, objetivo maior deste estudo, está no fato de auxiliar no diagnóstico dos sintomas da depressão, por trabalhar com pesquisa-ação-intervenção. Isto é possível pela natureza do método utilizado e pela técnica empregada, elucidando os comportamentos e as ações dos indivíduos que denunciam, através da psique em ação, os conflitos emocionais.

No primeiro capítulo deste trabalho busca-se compreender o processo de envelhecimento. Para tanto, os estudos perpassam a história das sociedades ao longo dos tempos e os conceitos fundamentais da velhice. Abordam-se as questões relativas ao crescimento demográfico dos idosos, retratando o processo de envelhecer no que tange às mudanças físicas e psicológicas, levando em conta questões subjetivas/culturais em tal processo. Por fim, destaca-se a depressão como mal que acomete a população em geral, demarcando os idosos.

Após esse apanhado, o segundo capítulo apresenta a teoria moreniana e seus principais conceitos com enfoque na autoapresentação como técnica de diagnóstico no Auxílio de Diagnóstico de Depressão em Idosos.

O terceiro capítulo descreve o método com o delineamento da pesquisa, os participantes, os instrumentos e materiais utilizados, os procedimentos gerais e éticos adotados, assim

como apresenta a análise dos dados.

O quarto capítulo contempla os resultados e a discussão da pesquisa. A técnica de autoapresentação é utilizada como instrumento de Auxílio no Diagnóstico de depressão em idosos.

Por último, são apresentadas as considerações finais, com uma síntese dos resultados obtidos na pesquisa aqui relatada.

CAPÍTULO 1

SOBRE O ENVELHECIMENTO

Nós temos quase tanto pavor de envelhecer, quanto de não viver o suficiente para chegar à velhice... (Froma Walsh)

Este capítulo aborda a velhice através dos tempos, conceitua a velhice, mostra o crescimento demográfico da população idosa, enfoca o envelhecer considerando as mudanças físicas e psicológicas, bem como apresenta a depressão como uma forma de desenvolvimento não tão saudável do ponto de vista físico e emocional, na perspectiva de diferentes autores.

Conceituando o Envelhecimento, temos que o processo de envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais.

O conceito de idoso é diferenciado para países em desenvolvimento e para países desenvolvidos. Nos primeiros, são consideradas idosas aquelas pessoas com 60 anos e mais; nos segundos são idosas as pessoas com 65 anos e mais. Essa definição foi estabelecida pela Organização das Nações Unidas por meio da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, relacionando-se com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações propiciam aos seus cidadãos (Jacob, 2012; Veras, 2003).

1.1 O crescimento demográfico dos idosos

O crescimento demográfico da população idosa é um dos motivos pelos quais a sociedade é levada a prestar atenção e se mostrar mais empenhada pela causa. Ao que tudo indica, o século XXI será marcado pelo aumento do número de idosos no mundo e especialmente no Ocidente. O envelhecimento da população é um fenômeno observado na maioria dos países (ONU, 2002).

Observa-se, segundo Camarano e Kanso (2009), que uma em cada nove pessoas no mundo apresenta idade de 60 anos ou mais (o equivalente a 11,5% da população mundial), e o envelhecimento, embora seja um fenômeno comum a nações ricas e pobres, está aumentando mais rapidamente nos países em desenvolvimento, onde vivem duas de cada três pessoas idosas. Considerando somente os Estados Unidos, a população geriátrica no ano de 1991 era de aproximadamente 30 milhões, ou seja, 12% da população. Em uma projeção para 2020, a po-

pulação atingiria 51 milhões, passando a 15% da população (Costa, 1998). Um fator importante relacionado a essa transição demográfica é o fato de que ela ocorreu lentamente nos países desenvolvidos, acompanhada da elevação da qualidade de vida, graças à possibilidade de inserção das pessoas no mercado de trabalho, de oportunidades educacionais favoráveis, de boas condições sanitárias, alimentares, ambientais e de moradia (Ministério da Saúde, 2012).

Os desafios de uma população em processo de envelhecimento são mundiais. Superar esses desafios requer um planejamento inovador e reformas políticas, tanto em países desenvolvidos quanto em países em transição. Os países em desenvolvimento, com certeza enfrentam maiores desafios que os países desenvolvidos pelo fato dos países desenvolvidos, à medida que perceberam que a população envelhecia, vieram se preparando para isso. Enquanto que os países em desenvolvimento não se atentaram para os impactos e problemas futuros que essa população poderia gerar. A Organização Mundial de Saúde (2005) sinaliza um envelhecimento com saúde através de ações de promoção e prevenção no decorrer da vida do indivíduo. Inversamente, a saúde dos atuais idosos só pode ser completamente entendida se considerarmos os eventos que experienciaram na vida. Dessa forma, surge a necessidade de políticas públicas que assegurem a obtenção de uma qualidade de vida por maior tempo e para um maior número de pessoas idosas.

O envelhecimento populacional estimula pesquisadores de várias áreas do conhecimento, fomenta discussões e origina interesses em prover assistência à saúde física e mental dos idosos.

Estima-se que em 2025 o Brasil terá cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais e ocupará o sexto lugar do mundo quanto ao contingente de idosos. Ampliando essa informação, em 2025, na população brasileira haverá mais de cinquenta adultos com 65 anos ou mais, por cada conjunto de cem jovens menores de 15 anos. Em 2050, o número de pessoas idosas ultrapassará o das crianças. Os dados das últimas pesquisas nacionais por amostras de domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (PNAD/IBGE) dos anos de 2009 e 2011 também mostram que essa população acima de 60 anos continua crescendo. Sua participação na população foi de 11,3% para o ano de 2009 e elevou-se para 12% em 2011 (Neri, 2013).

A estimativa hoje, segundo projeções das Nações Unidas, é que, entre 2000 e 2050, a população idosa brasileira ampliará a sua importância relativa, passando de 7,8% para 23,6%, ao passo que a jovem reduzirá de 28,6% para 17,2 %, e a adulta de 66,0% para 64,4%. Todo o aumento se concentra na população idosa, intensificando sobremaneira o envelhecimento demográfico brasileiro, com taxas médias de crescimento de 3,2% entre idosos e de 4% ao ano

entre os muito idosos, ou seja, de pessoas com 80 anos ou mais.

Essa população muito idosa tem sido o segmento populacional que mais cresce, embora ainda apresente um contingente pequeno. De 170,7 mil pessoas em 1940, o contingente mais idoso passou para 2,9 milhões em 2010. Dada a contínua redução da mortalidade, especialmente nas idades avançadas, espera-se que esse contingente alcance, em 2050, o total de 13,7 milhões, o que significa 6,7% da população total e 24,6% da população idosa (Camara-no; Kanso, 2009).

O IBGE de 2011 constatou que há quase 30 mil pessoas no país que já passaram dos 100 anos de idade, o que significa, em média, 25 anos a mais do que na década de 1960. E nessa vida mais longa há uma prevalência das mulheres que representam 55,53% das pessoas nesses grupos de idade (Oliveira; Oliveira, 2011).

Esse fenômeno sistemático e consistente do crescimento da população idosa tem sido consequência da redução da taxa de fecundidade, da longevidade ou do aumento da expectativa de vida ao nascer. Os avanços tecnológicos na área de saúde e as melhorias nas condições da população acarretam um aumento de mais de 27 anos na expectativa de vida do brasileiro. Em 1940, as pessoas viviam, em média, 45,5 anos, e em 2008, 72,7 anos. Segundo projeção, o país continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando o patamar de 81,29 anos, em 2050 (IBGE, 2008; 2010).

Em consonância com o restante do país, os dados do Censo 2010 mostram uma tendência de envelhecimento da população goiana. Tais mudanças na estrutura demográfica de Goiás traduzem a reconfiguração da sua pirâmide etária – estreitamento da base da pirâmide com redução dos grupos mais jovens, e alargamento do topo da pirâmide (Moyses, 2010).

Segundo Camarano e Kanso (2009) e ainda Costa e Fávero (2010), o Brasil demorou muito para perceber que sua população envelhecia ao retardar políticas públicas necessárias a essa população, visto que aprova a Lei brasileira nº10.741, em 1º de outubro de 2003. A demora na percepção do envelhecimento e a não implantação das políticas públicas repercutem ainda hoje de maneira negativa na qualidade de vida das pessoas que envelhecem. O que se questiona quanto às iniciativas governamentais é a lentidão em aprovar leis que venham favorecer os idosos, a morosidade de implementação dos programas e a rapidez ao avanço de pessoas à terceira idade, sem poder usufruir dos benefícios concedidos. Muitos deles chegam a óbito sem terem sido contemplados nem mesmo com a aposentadoria.

Segundo Lima e Veras (2003), os índices de crescimento dessa população causam um impacto enorme na economia brasileira bem como no fator previdenciário, obrigando os governantes a encontrar saídas inteligentes para lidar com tal situação. Essa dupla demanda, com

a chegada de novos e a persistência de antigos problemas, em termos de políticas públicas, se traduz em dilemas para os gestores e em dificuldades para quem envelhece, pois o aumento da longevidade também não tem sido acompanhado de uma melhora na qualidade de vida dessa parcela da população.

Abordar o envelhecimento requer flexibilidade de pensamento para não ser sugestionado a ter uma visão única da velhice, de que esta só apresenta perdas físicas, emocionais e relacionais. É uma etapa da vida em que, se se tiver a oportunidade de alcançá-la, surgirão possibilidades de experimentar coisas novas, cuidar da saúde e ter longevidade.

Historicamente, à exceção do Oriente, a velhice é uma etapa da vida entendida como um processo biológico natural da espécie humana. Numa tentativa de resgatar os pontos positivos desta fase do desenvolvimento e de incentivar as pessoas a se manterem ativas surge a expressão “Terceira Idade”, que recentemente e com muita rapidez popularizou-se no vocabulário brasileiro (Barros, 1998).

A expressão terceira idade originou-se na França com a implantação, nos anos 1970, das Universités Du Troisième Âge. Essa expressão logo ganhou adeptos e aceitação geral, uma vez que trouxe junto a referência às pessoas idosas sem o menosprezo dos vocábulos velho, velhice, idoso (Barros, 1998).

A velhice é um conceito novo na tradição ocidental, que nasce imbuído da noção de negatividade. A conotação negativa tem suas origens num modo específico de pensar a existência humana na forma de sequencialidade. Malgrado o ciclo vital ter sido sempre pensado como processo com início, meio e fim, somente após o advento da Teoria Evolucionista de Darwin que essa sequência torna-se “uma ordem necessária fundamentada biologicamente”. Sustentada por tais pressupostos, a biologia estabelece o “ciclo biológico” da existência em faixas etárias bem contornadas (Birman, 1995).

O primeiro texto referindo a velhice foi encontrado no Egito no ano de 2.500 a.C (Reale, 1983), quando a beleza física era cantada e exaltada através do poema de Ptah-Hotep, filósofo e poeta que afirma a seguinte ideia da velhice: “Quão penoso é o fim do ancião! Vai dia a dia enfraquecendo...” (Beauvoir, 2003). Os versos da poetisa mostram a face negativa do processo de envelhecimento, comentando a velhice de forma desolada e até um pouco depressiva.

Aristóteles (filósofo grego) e Galeno (médico grego, 129-199) acreditavam que cada pessoa nascia com certa quantidade de calor interno que iria se dissipando com o passar dos anos, considerando, então, a terceira idade o período final dessa dissipação de calor (Azevedo, 1998; Duarte 2004). Ainda na antiguidade, os gregos eram os amantes do corpo jovem e sau-

dável, sempre voltados ao culto e preservação desse corpo. Assim, a velhice, de um modo geral, era tratada com desdém, muito desconsiderada e até motivo de pavor, principalmente pela perda dos prazeres obtidos através dos sentidos (Vernaut, 1992).

Santos (1998) afirma que outros filósofos também entendiam o processo de envelhecer como sendo um processo ruim, preferindo morrer a envelhecer. Entretanto, havia aqueles que tinham outras opiniões sobre a velhice, como Homero, que associava a velhice à sabedoria. Já Sólon expressava que os prazeres contavam menos que o ganho da sabedoria: “ao avançar em anos, nunca deixo de aprender”.

Na Idade Média surge uma concepção muito forte, cuja concepção cristã via a velhice como sendo a última etapa da vida. Para última etapa, a religião trazia o forte discurso de que as pessoas precisavam se preparar para o inevitável fim humano, associando esse fim à providência divina.

Alguns autores da época explicitavam ainda mais a relação entre velhice e religião. A tristeza e a falta de energia eram vistas como características da velhice e decorriam de pouca fé e proximidade do pecado. A Igreja exercia o domínio na vida das pessoas. Nesse período surgiram os alquimistas, considerados os químicos antigos, que se utilizavam da alquimia (arte medieval que procurava descobrir o elixir da longa vida e a transformar qualquer metal em ouro) e, através de poções mágicas, filtros etc., buscavam a imortalidade, a perfeição do ser humano (Cocentino, 2008).

Outros aspectos descritos na literatura são os poucos registros de como era a vida dos idosos. Não eram demarcadas idades no tempo, e os estudiosos prestavam pouca atenção a essa etapa da vida. O que se sabe é que a Igreja tinha um discurso de cuidado com os ditos vulneráveis, como as crianças, as mulheres e os idosos (Cocentino, 2008).

Há algumas décadas, no final do século passado, o cenário é modificado pelos alquimistas modernos (cirurgiões plásticos), a cosmetologia, os procedimentos dermatológicos e com o avanço da medicina, da tecnologia, mas, junto vem o crescente envelhecimento populacional, colocando a velhice como marco importante do ciclo de vida. A velhice torna-se um fenômeno nos diferentes grupos e segmentos sociais, tema de debate na mídia e nas conversas cotidianas, objeto de políticas públicas e de pesquisas científicas nas diferentes áreas de conhecimento. Autores como Abraham Maslow, Carl Rogers, Charlotte Bühler foram os teóricos pioneiros em mostrar o surgimento de uma nova era de descobertas a respeito da velhice (Almeida, 1999).

Foi a partir dos anos 1970 que o mundo passou a se atentar para o grande avanço da Psicologia, esboçando uma emergente Psicologia do envelhecimento. Vários foram os fatores

que contribuíram para isso, tais como a diminuição da natalidade e o desenvolvimento da medicina, com o crescimento da proporção da população idosa; o desenvolvimento de pesquisas longitudinais; o avanço na gerontologia; pesquisas sociológicas e o envelhecimento dos próprios pesquisadores, que fizeram coincidir suas investigações com seu próprio momento de vida (Neri, 1995; Vandenplas-Holper, 1998; Almeida, 1999). Para Neri (1995), Vandenplas-Holpe (1998) e Almeida (1999), a contribuição de Baltes, com a criação do Instituto Max Planck para o Desenvolvimento Humano e Educação, com sua equipe de pesquisadores, fez com que um novo olhar e uma nova visão do envelhecer fossem inaugurados, e a humanidade pudesse se servir de tantas descobertas significativas até os dias de hoje.

Envelhecer é um processo pelo qual passa o ser humano, desde sua concepção até a sua morte. Em cada indivíduo, as mudanças físicas, comportamentais e sociais desenvolvem-se em ritmos e em velocidades diferentes. Desse modo, a idade cronológica é apenas um fator, entre outros, que pode afetar o bem-estar da pessoa. Entende-se que o processo de envelhecimento envolve uma série de fatores psicossociais, que podem contribuir para uma velhice ativa e saudável. Incluem-se, aí, fatores extrínsecos, tais como educação, o acesso a serviços de apoio, a habitação adaptada, os cuidados com a saúde e as oportunidades de trabalhos adequadas às necessidades e capacidades individuais do idoso, além dos fatores ligados à sua motivação e iniciativa (Neri, 1993; Camarano, 2004).

De acordo com o meio em que vivem, e suas histórias de vida, alguns idosos deixam de desenvolver habilidades e competências, portanto, permanecem internamente em situações de conflito latente ou agudo, o que favorece a senilidade precoce, de modo que o término da vida dessas pessoas acaba sendo em instituições mentais ou similares (Pikunas, 1979).

A Lei brasileira nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, referente ao Estatuto do Idoso, traz, em seu primeiro artigo, que o indivíduo considerado idoso é aquele com idade superior ou igual a sessenta anos (Brasil, 2003). Segundo Ussueli (2012), indo além do texto legal, o conceito de velhice está relacionado ao que hoje denominamos Terceira Idade, ideia que envolve vários aspectos: sociais, culturais, alterações físicas e emocionais, psicológicas, cronológicas, espirituais etc. Entretanto, o critério cronológico (60-65 anos) é o mais utilizado para estabelecer o ser idoso, pois é a idade em que para muitos termina a fase economicamente ativa. Outro critério utilizado para determinar o idoso é o registro corporal, porém este não é determinante, pois atualmente as pessoas se utilizam de vários recursos para terem uma aparência e corpo mais jovem (Rocha, 2001).

Vellas (2009) defende que não é a idade cronológica, nem a idade legal, estipulada pelo legislativo, que determinam a Terceira Idade ou o ser idoso, mas outros fatores. Para esse

autor, a idade cronológica para o envelhecimento só tem valor jurídico. Afirma que, se o envelhecimento for olhado dos pontos fisiológico, psicológico, social e até econômico e cultural, ter-se-ão outras variáveis importantes para marcar o envelhecimento.

Em nossa cultura o tempo é contado em anos e meses decorridos desde o nascimento, muito embora a idade cronológica não seja admitida como causa do envelhecimento. Idade, sexo, classe social e *status* de saúde são exemplos de critérios usados pelas teorias para agrupar os indivíduos e perguntar por diferenças entre eles.

A face da velhice, na atualidade, apresenta, como construção social, aspectos diferentes em relação àquela que se exibia no início do século XX. Até mesmo a nomenclatura para essa fase da vida modificou-se com o aparecimento de outras designações. Os termos envelhecimento, envelhecer, velho, velhice, idoso, velhote, senil, senilidade, ancião, terceira idade etc., todo eles, apresentam conotações similares na literatura. Contudo, grande parte das vezes as acepções dos vocábulos análogos mostram uma variedade complexa e arbitrária entre os autores. Essas palavras, segundo os significados, numa visão mais simplista, poderiam ser consideradas sinônimas. No entanto, há pequenas diferenças entre si, que se fazem evidentes em alguns casos e, em outros, implicam arbitrariedade e confusão (Costa, 1998; Ramos, 2008). Ainda há a questão da mídia e da cultura preconceituosa brasileira em relação ao idoso, praticamente um ser descartável que produz temores, ansiedades nesse processo. Para Neri (1993, p. 9), a língua portuguesa possui poucos recursos para referenciar a pessoa idosa: “Idoso”, mais formal e próximo aos substantivos “senhor” e “senhora”, é em geral usado para pessoas. “Velho”, genérico e generalizante, é utilizado tanto para pessoas, como para bichos, coisas e eventos. Valemo-nos sutilmente do significado de coisa associado à pessoa idosa: roupa velha/trapo/velho-trapo/velho é trapo; carcaça/carcaça-velha/velho carcaça/chinelo velho para pé velho etc. Quem sabe o significado de coisa associado ao velho advenha da coisificação do ser humano que ocorre numa sociedade injusta como a nossa.

Uma vez que cada autor faz referência à palavra e ao substantivo no sentido da decrepitude significando “estado ou condição de decrepito; velhice extrema; caducidade; decrepidez” (Ferreira, 2011), optou-se por trazer o significado mais generalizado do próprio dicionário da língua portuguesa.

Conforme Ferreira (2011), *envelhecimento* é o ato, processo ou efeito de envelhecer. Processo ou procedimento para tornar velho ou como que envelhecido; *envelhecer* é tornar-se velho; *velho* significa muito idoso, antigo, gasto pelo uso, experimentado, veterano, desusado, obsoleto; *velhice* é o estado ou condição de velho; *idoso* é o que ou quem tem bastante idade, velho; *velhote*, homem já um tanto velho; *senil* é caduco, decrepito, da velhice ou dos velhos;

senilidade é qualidade ou estado de senil ou idade senil, senectude.

Ussueli (2012, p. 12) aponta a terceira idade, a partir de Debert, como um termo utilizado para se dirigir ao grupo de pessoas de “mais idade que não adquiriu ainda conotação depreciativa”. De acordo com o autor, a Terceira Idade “não é sinônimo de decadência, pobreza e doença, mas um tempo privilegiado para atividades livres dos constrangimentos do mundo profissional e familiar”; é uma fase da vida que pode ser vivida com prazer e qualidade. Conquanto seja difícil delinear conceitos universalmente aceitáveis, o envelhecimento pode ser considerado, segundo as dimensões biológica, populacional e psicológica, o envelhecer em si, como fenômeno de natureza biopsicossocial complexa. O posicionamento do autor não remete à ideia atual da mídia, que ainda a vê com preconceito o envelhecer (Ussueli, 2012).

Atualmente o panorama da velhice em todo o mundo traduz de forma diversificada os direitos dos idosos como minorias, com algumas propostas significativas de melhorias. No Brasil muitas leis têm sido aprovadas, dentre elas as que favorecem o idoso. Como exemplos de leis que têm como objetivo trazer benefícios, zelar e prestar assistência à saúde, moradia e atendimento às necessidades dos idosos citam-se: a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994); o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); a Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; e o Sistema Único de Assistência Social – SUAS (Conselho Estadual do Idoso, 2003).

A velhice pode ser entendida de várias formas, dependendo do ponto de vista que se observa. Vale ressaltar que o idoso, em alguns momentos da vida, pode precisar de apoio social e de ocupação de tempos livres. Para isso maiores investimentos e conscientização da população mais jovem se fazem necessários, para que se produzam mudanças em todo contexto social (Costa, 2006).

Moreno (1975), criador do Psicodrama, postula o conceito de “idade cultural”, que pode ser avaliada pelo teste de medição de papéis e que é representada pela diversidade de papéis que cada indivíduo assume segundo a influência que recebe de determinada cultura. Isso a despeito do que chamou de “quociente cultural”, que seria a relação entre as idades cronológica e cultural.

Em regra geral, um papel pode estar rudimentarmente desenvolvido, normalmente desenvolvido ou hiperdesenvolvido, quase ou totalmente ausente numa pessoa (indiferença) ou pervertido numa função hostil. Um papel, em qualquer das categorias acima, pode ser modificado do ponto de vista do seu desenvolvimento no tempo. Pode ser que o papel nunca esteve tão presente, ou está presente em relação com uma pessoa, mas não a respeito de outra. Esteve presente em relação a uma pessoa, mas está extinto agora (Moreno, 1975, p.29-30).

“Assim como um teste de inteligência mede a idade mental do indivíduo, o teste de papéis pode medir a sua idade cultural. A relação entre idade cronológica e a idade cultural de um indivíduo pode ser denominada o seu quociente cultural”, diz Moreno (apud Cukier, 2002, p. 53).

No texto organizado por Coll, Palácios e Marchesi (2004), evidencia-se a velhice como o último período da vida, aquele em que o processo do envelhecimento se acelera. Trata-se de processo que traz consigo inúmeras alterações como as físicas, cognitivas, sociais, sensoriais e emocionais. Tais mudanças tão significativas influenciam a vida do idoso, podendo levar a um desenvolvimento de um quadro de depressão, que em seus aspectos gerais engloba sentimentos de tristeza, vazio, abandono, desesperança, inutilidade (Guimarães, 1999).

No entanto, sob outro ponto de vista, a atividade física, o exercício da memória, os contatos sociais saudáveis nesta fase podem levar a um envelhecimento sem comprometimento. Como o envelhecimento é uma realidade nacional, precisa, portanto, ser amplamente estudado, visando à melhoria na qualidade de vida da população. Os relacionamentos pessoais e o contato social são fundamentais em tal etapa, uma vez que as pessoas possuem necessidade de intimidade para se adaptarem ao envelhecimento com mais facilidade (Papália, 2000).

1.2 O processo de envelhecer: mudanças físicas e psicológicas

O processo de envelhecer tem início com o nascimento do indivíduo e vai até a sua morte. E as mudanças físicas, comportamentais e sociais inerentes a esse processo desenvolvem-se em ritmos e em velocidades diferentes.

O desenvolvimento humano deve ser entendido como um processo de vida, e as teorias psicológicas ajudam a compreender as etapas. São diferentes os modelos evolutivos propostos para mostrar as mudanças que acontecem durante a idade adulta e no envelhecimento. Podem ser agrupados em duas grandes tendências: a daqueles que descreveram essas mudanças como fazendo parte de uma sequência de estágios; e a dos que defenderam um modelo de mudança evolutiva sem estágios (Cool; Palácios; Marchesi, 2004).

Charles Darwin é o representante do grupo de estudiosos do desenvolvimento com o paradigma da mudança ordenada, cujo entendimento da evolução humana é baseado nas adaptações da espécie. Stanley Hall é do advento da psicometria, em que atingiram o ápice os testes para medição do QI (quociente de inteligência). Charlotte Bühler e Carl Gustav Jung fazem parte da era frutífera de produções científicas do desenvolvimento humano. Não conhe-

ceram o período de estagnação da ciência, em que a psicologia do desenvolvimento adulto e do envelhecimento diminui significativamente em termos de avanços e só começa a se recuperar a partir da teoria de Erickson, nos anos 1950, e dos estudos sociológicos sobre personalidade e envelhecimento, nos anos 1960 e 1970 (Neri, 1995).

No âmbito internacional, Bandura, do grupo da psicologia da idade adulta e velhice, voltado para a teoria da aprendizagem social, da psicologia social e da psicologia da personalidade, originou várias outras microteorias (Bandura, 1986; Neri, 1995; Coll; Palácios; Marchesi, 2004).

Segundo Neri (2002), até os anos 1980, a pesquisa na área conheceu uma expansão exponencial e, em seguida, uma pequena retratação, ocasionada, em parte, pelo aumento do interesse por investigações sobre o desenvolvimento da criança e do adulto, muito pouco se produzindo sobre o adulto e a velhice.

Exemplificando as teorias de estágio que receberam influências de Darwin, tem-se Piaget, que apresenta a teoria sobre o desenvolvimento, do pensamento na infância e na adolescência. Também Freud, com estudos sobre a sexualidade infantil, e Bühler, com a teoria do desenvolvimento durante toda a vida (Cool; Palácios; Marchesi, 2004).

Jung focaliza o início da juventude até a velhice, Erickson estudou a vida em toda sua extensão e Levinson versa sobre homens adultos (Neri, 1995).

O que existe de comum entre essas teorias é o fato de admitirem que o desenvolvimento caminha segundo padrões ordenados de mudança, que são universais, porque têm origem ontogenética, e que os determinantes sociais, sócio-históricos e culturais apresentam as condições para manifestação dos elementos cuja base é ontogenética (Neri, 2002).

Assim como Bandura (1986) e a pesquisadora Charlot Bühler afirmam, o desenvolvimento não é linear. Ele tem uma dinâmica que envolve constantes recorrências a estados passados e simultaneidade e alternância de ganhos e perdas evolutivas, bem como simultaneidade e alternância de ganhos e perdas evolutivas. Além disso, observam que existem diferenças individuais de desenvolvimento.

As diferenças refletem na existência de pessoas que permanecem altamente produtivas até a idade avançada, de forma que o seu funcionamento intelectual não declina em paralelo com o declínio biológico. Essa descoberta mereceria atenção de psicólogos e pesquisadores trinta a quarenta anos mais tarde, no desenvolvimento intelectual do adulto, tanto os que trabalham com o modelo de processamento da informação como os que operam a partir do modelo de inteligência fluída e cristalizada (Cool; Palácios; Marchesi, 2004; Oliveira, 2011).

Carl Gustav Jung, no início de 1930, apresentou os fundamentos de uma teoria de de-

envolvimento durante toda vida. Para esse pesquisador a vida é composta de quatro etapas (infância, vida adulta, meia-idade, velhice), separadas por estágios de transição (da adolescência, do entardecer, e da idade avançada), com tarefas e metas específicas, e notava a tendência de as pessoas mais velhas se transformarem em seus opostos, ou seja, os homens idosos tendem a ser mais femininos, e as mulheres idosas, mais masculinas (Papália, 2000).

Estudioso da personalidade humana, Erickson (1982) entende o desenvolvimento de forma contínua do nascimento até a morte, criando a teoria a partir de um modelo do ciclo vital caracterizado por oito estágios. Os seis primeiros dizem respeito à formação da personalidade da criança, do adolescente e do adulto. Os dois últimos discorrem sobre os adultos mais velhos. “O sétimo estágio é chamado por ele de “Produtividade” ou *versus* Estagnação”. O indivíduo em processo de desenvolvimento da produtividade é uma pessoa melhor consigo e com os outros, será sábio. Ao contrário, quem opta pela estagnação se torna uma pessoa improdutiva, infeliz e com tendências a se deprimir, comprometendo o oitavo estágio, que é designado “Integridade do ego *versus* Desespero”.

Baltes (1987) mostra outra forma de se referir às mudanças que acontecem na idade adulta e na velhice, sem necessidade de postular a existência de estágios. Para esse autor, são os marcadores do tempo que irão definir suas condutas. A idade cronológica não causa o desenvolvimento nem o envelhecimento, mas é um importante indicador desse processo. E o envelhecimento normal, ótimo e patológico pode funcionar como categorias orientadoras para a pesquisa de intervenção. Normalidade, para ele, significa a ocorrência de alterações típicas e inevitáveis do envelhecimento. Já doenças, disfuncionalidade e descontinuidade do desenvolvimento são típicas do envelhecimento patológico.

A multideterminação do desenvolvimento permite a formação de perfis vitais diferenciados, que fazem com que as pessoas sejam diferentes entre si. Além disso, o desenvolvimento não se traduz em mudanças unidirecionais e acumulativas, mas sim multilíneas e descontínuas (Neri, 2002).

As principais finalidades das teorias são a construção do conhecimento e a compreensão sistemática e acumulativa. Os pesquisadores e os profissionais que lidam com intervenções têm nas teorias um conjunto de lentes através das quais podem olhar enxergar e compreender o que é observado na pesquisa e na prática profissional. As teorias fornecem bases para buscar o que não se conhece, orientam a busca do desconhecido e permitem predições (Papália, 2000).

Através de suas pesquisas os teóricos vêm contribuindo na explicação do desenvolvimento humano, em que as transformações físicas tornam-se visíveis ao envelhecer. Essas

transformações são marcadas pelo processo de deterioração que caracteriza a fase catabólica, onde são afetadas as funções e estruturas mentais e físicas do ser humano (Cool; Palácios; Marchesi, 2004).

Alguns autores trazem essas transformações como uma deterioração da pessoa humana, passando a ser um problema para as famílias, para a sociedade e para o sistema de saúde, quando ao envelhecer vem junto o aumento das doenças crônicas não infecciosas, como diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, articulares, respiratórios e de movimento; doenças incapacitantes, como demência senil, doença de Alzheimer, doença de Parkinson; além do incremento das ocorrências de depressões e de falhas cognitivas (Rosa, 1983; Veras, 1995).

Segundo Rosa (1983) e Veras (1995), além dos fatores básicos de hereditariedade, outros devem ser considerados, como os problemas de nutrição, as tensões emocionais, o trabalho excessivo, uso abusivo de álcool, os traumas e as disfunções endócrinas.

Os aspectos biopsicossociais mais visíveis do envelhecimento são as rugas, os cabelos brancos, a redução da força física e a falta de firmeza nas mãos e pernas. Aspectos esses que incomodam significativamente os seres humanos que lutam com o auxílio da medicina e da tecnologia para retardar ou até mesmo melhorar os danos causados pelo tempo.

As funções sensoriais são as mais afetadas pelo envelhecer, a capacidade de ouvir sofre reduções a partir dos 65 anos de idade e ocorre declínio da visão após os 60 anos ou até menos. É conveniente lembrar que nem todas as pessoas sofrem esse declínio da mesma forma. Cada uma vai ter seu processo de envelhecimento dependendo não só de um fator, mas de um conjunto de fatores. Diante desse raciocínio, a experiência de um envelhecer bem-sucedido é notada quando o indivíduo possui a capacidade e possibilidades de se adaptar às mudanças corporais, cognitivas e ambientais com flexibilidade, usufruindo positivamente no âmbito individual e social (Freire, 2000; Silva, 2011; Siqueira, 2012). Com isso o indivíduo desenvolve a capacidade de adaptação multifatorial, atendendo às questões biológicas, cognitivas e interpessoais, socioeconômicas e de sua autopercepção (Veras, 1995).

Ocorrem também mudanças nos sentidos do olfato e paladar. A pessoa idosa possui apenas 36% dos corpúsculos gustativos, e estes se encontram reduzidos quanto a sua sensibilidade, o que faz com que o indivíduo não sinta o verdadeiro sabor dos alimentos ingeridos (Fenalti; Shwartz, 2003). Com o passar dos anos, a voz humana tende a mudar, o que se deve ao endurecimento e à redução da elasticidade das cartilagens da laringe, tornando-a consideravelmente mais fina e reduzindo sua amplitude. Conseqüentemente o idoso fala lentamente e com pausas mais longas. Esse processo pode ser retardado como também melhorado e reeducado com o auxílio da medicina, com alimentação equilibrada e prática de exercícios físicos e

fonoaudiólogos (Ceci, 1999).

Os ossos passam por mudanças químicas, ficando mais quebradiços e menos densos, e os movimentos das juntas se tornam mais difíceis. Mesmo que sejam mudanças ditas como naturais do organismo, causam incômodos a quem envelhece, podendo até mesmo gerar doenças (Rosa, 1983).

As partes que mais sofrem com o envelhecimento são os vasos sanguíneos e o coração. Com o passar dos anos, os músculos cardíacos tendem a se tornar mais fibrosos e ressecados. O coração diminui e as gorduras aumentam com a idade. As válvulas cardíacas perdem sua elasticidade e os depósitos de cálcio e colesterol reduzem sua eficiência (Azevedo, 1998).

Com o tempo de reação lentificado, a pessoa sofre consideráveis perdas de memória, principalmente para fatos recentes. Quem explica melhor esse processo é a teoria do processamento da informação, remetendo a conceitos de Memória em Curto Prazo e Memória em Longo Prazo (Cool; Palácios; Marchesi, 2004).

Ao mencionar as perdas significativas tanto no homem quanto na mulher no sentido da procriação, a menopausa na mulher e a andropausa no homem definem que a vida produtiva chega ao fim é o fechamento de um ciclo reprodutivo (Pikunas, 1979).

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento humano se caracteriza pela redução do metabolismo, tornando mais lenta a troca de energia e motivando a precariedade da saúde do organismo. Por isso é importante durante toda vida se buscar mecanismos capazes de retardar ou até mesmo extinguir determinados pontos de deterioração já inerentes ao processo biológico do envelhecer (Silva, 2013).

Atualmente, os cientistas não estão se preocupando em prolongar a vida indefinidamente, mas sim em aumentar sua qualidade. Procuram buscar o bem-estar e a qualidade nessa fase da existência humana.

A forma como o indivíduo estabelece viver sua vida tem muito a ver com sua psicodinâmica, que pode ser alimentada pela atenção social, pela comodidade em si e até mesmo por processos internos estagnados que ele não consegue ressignificar em seus momentos difíceis (Cool; Palácios; Marchesi, 2004; Ballone, 2002).

O envelhecer, segundo Neri (2002) e Aros (2008), traz não só perdas físicas, mas também algumas consequências psicológicas, e uma entre elas é a preservação da própria identidade do ser humano. As diferenças de funções na sociedade e as próprias transformações fisiológicas por que passam os indivíduos levam-nos, muitas vezes, à perda de sua identidade psicológica.

A preservação dessa identidade contribui para o homem adaptar-se às demandas do

mundo externo e a enfrentar com serenidade a perda progressiva da capacidade física e todas outras limitações impostas pelo envelhecimento.

Rosa (1983) aponta dois fatores – o amor e o respeito – que mais contribuem para a preservação dessa identidade psicológica do seu mundo significativo. Esses elementos serão suficientes para atender às necessidades emocionais do idoso, mas nem sempre estarão disponíveis. O controle de sentimentos e de emoções diminui muito nessa fase. O emocional aparece ora resultando em sensibilidade, ora em agressividade. Tudo vai depender de características individuais, sociais e em descontentamento com tons emocionais, alternando em formas frequentes.

Diante desse raciocínio, percebe-se que é comum que a pessoa idosa tenha uma tendência a enfatizar pequenos sofrimentos e sintomas, apresentando diversos propósitos como justificativa para evitar obrigações desagradáveis, contornar exigências egocêntricas e conseguir a preocupação e atenção dos outros (Rosa, 1983).

Assim, a desmarginalização dos idosos deve ser parte integrante das políticas públicas que se caracterizam como inclusivas. O desafio diante do envelhecimento é disseminar recursos que habilitem uma atuação crítica e transformadora para construção da história individual e coletiva (Inouye, 2011).

Em nosso país o idoso sofre com o que vê nas novelas refletidas sobre eles, sofre com as propagandas, sofre com a indiferença e o preconceito como jovens e crianças tratam-no. Sofre com o desemprego, visto que a vida útil laboral em alguns segmentos não emprega depois dos 40 anos. E se ele quiser ou tiver de entrar novamente no mercado de trabalho não consegue sua inserção social. São diversas perdas de papéis sociais – muitos deles âncoras para sua autoestima ou sensação de existir –, de identidade (perda de relações, tanto por morte como por tempo ou debilidades –, que o obrigam a uma solidão geralmente sem preparo cultural para isso), de necessidades de desenvolver a criatividade para a sobrevivência emocional (Cool; Palácios; Marchesi, 2004).

A violência, o preconceito e a discriminação contra a pessoa idosa têm início no âmbito familiar, se agravam e se estendem para a sociedade em geral nos dias atuais. Os idosos se tornam vítimas fáceis, porque, muitas vezes, dependem de seus familiares em diversos aspectos, seja nos cuidados da saúde, nas relações sociais, no custeio financeiro ou até mesmo pela simples convivência familiar. Ser idoso é um perigo tanto para ele como para sociedade.

Para Whitaker (2010), não basta o Estatuto do Idoso. Embora seja uma grande conquista, é pouco conhecido, e o estabelecimento dos direitos sociais dessa crescente categoria sociológica exige mudanças profundas nas atitudes da população, face ao envelhecimento.

Argumenta ainda que a escola deve ser chamada a colaborar na compreensão desse “novo” ator social. Diferentemente de no passado, quando apenas se mencionava “país jovem”, sem qualquer juízo de valor, hoje os gestores da previdência, muitos economistas e a mídia se empenham em acusar os idosos pelas crises da previdência e proclamar que os adultos em idade produtiva precisam trabalhar muito para sustentar o grande percentual de velhos que não cessa de crescer.

A mesma autora faz uma síntese desse pensamento de que os idosos não podem contar com o apoio da extensa parentela, que lhes garantia apoio e bem-estar. Hoje, os idosos devem resolver a maior parte dos seus problemas sozinhos, devem frequentar grupos de terceira idade e ler livros de autoajuda, porque a depressão é uma ameaça constante, face às doenças que os ameaçam durante o envelhecimento. É difícil suportar, pelo que descreve a autora, os ataques próprios do envelhecimento, com a ideologia perversa de que os idosos não precisam receber o montante que recebiam na vida ativa, e os apelos para esconder rugas e cabelos brancos como se fossem estigmas. Acrescentem-se a isso, ainda, a hostilidade e o estigma do espaço urbano e do transporte público, que não facilitam seu uso.

É importante desenvolver mais estudos sobre o envelhecimento, uma etapa de vida complexa, cuja individualidade e subjetividade são fatores determinantes para sua explicação. Muito se tem ainda a constatar e a reformular sobre os atuais conceitos sobre a velhice e sobre idade avançada. Convém que os pesquisadores, mais do que os sujeitos idosos, quebrem seus próprios tabus e barreiras construídas ao longo do tempo, para que se compreenda a complexidade que envolve o idoso na sociedade contemporânea (Coelho; 2010).

1.3 Depressão em Idosos

Os estudos sobre depressão em idosos surgiram da necessidade de se ter um olhar mais atento a essa população, visto que o idoso foi sempre esquecido em nossa sociedade. As doenças psiquiátricas ficaram concentradas por muito tempo na área da medicina, em especial aos psiquiatras, sendo vistas sob um olhar de doença orgânica e definidas como um distúrbio do humor, com duração maior do que duas semanas, causado pela deficiência de determinadas substâncias (serotonina, noradrenalina e dopamina) no cérebro. A depressão pode afetar homens e mulheres em qualquer fase da vida, com ou sem um fator desencadeante grave (Gruda, 2011).

Costa (2006) aponta que o termo depressão, empregado por especialistas da área mé-

dica, psicanalistas, filósofos, literatos, busca desenvolver conceitos ou interpretações que definam e expliquem sintomas pessoais tão opressores e sombrios. Mas que, no campo da psiquiatria, é tida como uma doença mental crônica, que desafia a ciência a buscar formas mais efetivas de tratamento, conduzindo os pacientes deprimidos a uma remissão sintomática e a um desaparecimento do processo fisiopatológico e mórbido. Esse termo pode ser utilizado tanto para sintomas isolados (situações normais da vida) ou associados às manifestações clínicas, como em síndromes clínicas com vários sinais e sintomas depressivos ou, ainda, como uma perturbação primária do humor.

(Moreno, 1994) aponta a necessidade da liberação da espontaneidade e criatividade, proporcionando ao indivíduo uma catarse no alívio não só dos sintomas, mas, que se chegue às causas dos problemas. Depressão pode ainda ser definida como um distúrbio do humor, com duração maior do que duas semanas, causado pela deficiência de determinadas substâncias (serotonina, noradrenalina e dopamina) no cérebro. Pode afetar homens e mulheres em qualquer fase da vida, com ou sem um fator grave. Depressão é diferente da tristeza comum que todos nós podemos sentir diante das dificuldades da vida. Todos nós passamos por estresses, fases ruins e perdas, mas quando os sinais e sintomas da depressão aparecem é indício de que o corpo não está suportando mais, está ficando doente. Existem diferentes tipos de depressão, como a bipolar ou transtorno afetivo bipolar, que se caracteriza pela alternância de fases deprimidas com fases maníacas, de exaltação, euforia, alegria exagerada e irritação do humor (Gazalle, 1984; Ballone, 2002; Gordilho, 2002; CID 10, 2004, APA 2013).

A depressão em idosos ou depressão involutiva apresenta, segundo Costa (2006), uma prevalência variável. A estimativa nas amostras da comunidade é de 2% a 4%, nos hospitais é de 12% (pacientes hospitalizados sem problemas psiquiátricos) e em instituições assistenciais é de 16%. A causa da depressão é multifatorial, razão por que se deve dar grande valor aos fatores biológicos e psicossociais como preditores do quadro (Calil, 1998; Dubovsky, 2004).

Veja-se como Neri (2008, p. 62) se refere à questão da depressão nos idosos:

[...] a depressão pode ser evitada, ou minimizada, através do apoio que o indivíduo recebe mediante as relações interpessoais. A rede de amigos e familiares contribui para que o idoso possa enfrentar a depressão, haja vista que o risco de sintomas depressivos aumenta na ausência de relacionamentos afetivos, amizades, vínculos de confiança com o cônjuge, parceiro e amigos. Dessa forma, a participação social tende a atuar como um modificador da saúde dos idosos, ou seja, o suporte da esfera social é relevante, para que haja a redução dos possíveis impactos de eventos estressores e depressivos na terceira idade.

A avaliação dos sintomas é muito importante não só no sentido do acompanhamento

ou da evolução da resposta em estudos sobre a eficácia das ações terapêuticas, mas também porque tal avaliação, no caso da depressão, é imprescindível para elaboração do diagnóstico, por mais operacionalizados que estejam os critérios presentes no DSM-V (APA, 2013), ou no acompanhamento do idoso, seja para orientar os profissionais de saúde ou até mesmo os trabalhos em psicoterapia.

Sob o ponto de vista do psicodrama, a depressão é vista conforme define Fonseca (2000), ou seja, como uma culpa narcísica que apresenta uma estrutura relacional dual: o confronto do *eu ideal* com o *eu*. Já a vergonha, que também tem conotação narcísica, contém uma estrutura triádica, na medida em que inclui a exposição ao olhar do outro como participante do cotejo real-ideal: *eu ideal*, *eu* e o *outro*. A vergonha é a decepção de si mesmo perante o outro. A fraqueza, que era interna (psicológico) e, portanto, privada, expõe-se (social), passa para o domínio público (Fonseca, 2000, p.158).

Para Fonseca (2000), o transtorno depressivo nos distúrbios de identidade contém uma faceta heteroagressiva incomum em outros estados depressivos. Os *tus ideais* decepcionam simplesmente por serem *tus*, transformando-se em *tus frustradores*, portanto passíveis de receber agressão. *Fúria* é a expressão auto e heteroagressiva, quando a autoimagem idealizada desaba. Os portadores de distúrbios de identidade, por terem a ruptura da autoimagem, apresentam uma sensibilidade paranoide que se manifesta por traços autorreferentes: *o que acham de mim? O que pensam de mim? Não gostam de mim?*. Por se tratar de uma deformidade tanto na percepção do *eu* como do *tu*, a teoria moreniana aponta a necessidade de se trabalhar além do individual, indo ao relacional da pessoa acometida desse mal, e apresenta as técnicas como instrumentos facilitadores para o entendimento tanto do terapeuta quanto do cliente do que se passa.

Atualmente, a velhice e a autonomia são pontos a serem trabalhados no aspecto do desenvolvimento humano. Se chegar aos oitenta anos com capacidade de gerir sua própria vida em relação as suas atividades de lazer, convívio social e trabalho, o idoso será considerado uma pessoa saudável. Mesmo que seja portador de alguma doença, o importante é que ele manterá sua autonomia e independência e, para todos os efeitos, uma pessoa que ainda governa sua própria vida (Ramos, 2008).

As associações e os trabalhos com os grupos da terceira idade abrem caminhos. As conquistas por melhores condições de vida e os movimentos em prol dos idosos tais como os das Universidades Abertas à Terceira Idade despontam, nos dias atuais, como parte de um esforço por uma melhoria da qualidade de vida, assunto que merece relevância e destaque.

CAPÍTULO 2

A AUTOAPRESENTAÇÃO DO PSICODRAMA COMO TÉCNICA DE DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS

A trajetória de Moreno se inicia por volta de 1920, envolvendo-se em trabalhos de interesse social e na dinâmica grupal. Em 1925, desenvolve os métodos clínicos, quando ele leva o Psicodrama para os Estados Unidos. Em 1931, Moreno dirigiu seu interesse para o estudo das relações interpessoais nesse país, criando a sociometria e psicoterapia de grupo.

A psicoterapia psicodramática, segundo Moreno, é a integração desses focos de interesse, para o desenvolvimento da espontaneidade criativa, mediante uma ação dramática num contexto de psicoterapia grupal. Para tanto, levam-se em conta as inter-relações dos participantes e o desempenho de seus diversos papéis (Naffah Neto, 1979). Ao criar a socionomia, Moreno (1975) estudou a articulação entre o individual e o coletivo, afirmando que nos revelamos e nos estruturamos por meio da ação, que se constitui do desempenho de papéis. Portanto, a transmissão cultural – o processo social – é fundamental na trama que se estabelece entre o indivíduo e a sociedade.

Por meio do psicodrama, busca-se ajudar o indivíduo a encontrar prazer em atividades rotineiras, a melhorar as relações interpessoais e a aprender lidar com dificuldades pessoais como a perda de relacionamentos, as decepções e frustrações da vida cotidiana. As habilidades psicológicas e comportamentais são aprimoradas em busca de respostas novas e adequadas às situações de estresse, que fatalmente ocorrem na vida de qualquer um, com o objetivo de diminuir o risco de desencadeamento de novas crises depressivas. A Psicoterapia Psicodramática busca conscientizar o indivíduo, ao nortear sobre suas faltas externas, sobre o seu medo de mudar, de correr o risco do novo e do desconhecido, enfim, o ajuda a entender suas frustrações (Soeiro, 1995).

O psicodrama é de natureza psicossocial e vem contribuindo para trazer qualidade de vida aos indivíduos em busca de um novo sentido de existência. Para Costa (2006), nas intervenções eficazes no tratamento de depressão, o que diferencia a abordagem psicodramática das demais é sua proposta da liberação da espontaneidade e criatividade advindas do seu criador, que escolheu como campo de pesquisa a arte dramática, e de suas experiências, que surgiram com o teatro da espontaneidade, o teatro terapêutico e o Psicodrama.

Moreno elenca uma série de conceitos em sua teoria como forma de nortear o processo do desenvolvimento humano em sua plenitude. A espontaneidade é, dentre eles, um construc-

to importante. Aponta que, para que a espontaneidade seja liberada, é necessário haver um processo de aquecimento preparatório. É esse processo que faz com que o indivíduo se torne apto a utilizar, de forma adequada, todos os seus recursos inteligentes e criativos, na criação de uma obra, de uma resposta, de uma ideia, de um pensamento ou de uma ação. A espontaneidade está intrinsecamente ligada à criatividade, e ambas caminham na busca do homem criador (Moreno, 1975).

A tendência do ser humano é de substituir a espontaneidade pelas "conservas culturais". A função da terapia é devolver ao indivíduo sua espontaneidade, em todas as etapas percorridas por ele. Especialmente nesse contexto, o idoso precisa ser ajudado nessa liberação, em virtude da cristalização de alguns papéis sociais, construídos ao longo da vida, experienciados de forma não tão saudáveis. A dramatização tem grande valor terapêutico, para evitar que a doença seja insuficiente da espontaneidade. É na dramatização que há o resgate da espontaneidade.

No momento em que se questiona “para quê”, e não o “porquê”, são proporcionados ao indivíduo dois processos: a *ação reparatória*, que vai definir o momento da dramatização em que um papel imaginário conservado se transforma em papel psicodramático espontâneo e criativo; e a *catarse*, que abre caminho para a *catarse de integração*, que por sua vez será visível apenas na evolução do processo (Moreno, 1974; Costa, 2006).

A conserva cultural, conceito fundamental da teoria moreniana, criado pelo seu autor, postula que a vida humana é muito mais inovadora que repetitiva. A essência da vida humana está em ser inovadora, e não em ser conservadora de nossa cultura. As “conservas culturais” repousam estáticas nos livros, nos museus, nas pinacotecas.

Assim, Moreno atribui mais valor ao ato da criação do que à criação do momento, conservada, posteriormente, como pertencente de uma cultura. Para o autor, vale muito mais o momento da criação, o encontro do artista com alguma coisa, do que a sua obra já pronta. Um local privilegiado para a criação é exatamente o cenário psicodramático (Fonseca, 1980, p.11).

Outro constructo da teoria moreniana, base de todo contexto da natureza humana, é apontado por Fonseca (2000). Trata-se da matriz de identidade, que diz respeito à consciência de quem somos e de quanto valemos, ou seja, trata-se do conceito autovalorativo. A matriz de identidade constitui todo o desenvolvimento que o indivíduo processa por toda vida. Portanto, é de suma importância haver um clima afetivo positivo, permeando a criança, o adolescente, o adulto e o idoso, desde a gestação, para que, assim, todos se desenvolvam de forma saudável e espontânea. A matriz de identidade no seu sentido mais amplo é o lugar do nascimento (*locus*

nascendi) (Gonçalves; Wolff; Almeida, 1988; Clayton, 1998). Para tanto a técnica de autoapresentação do psicodrama, contribui para interpretar a Matriz de identidade do idoso como processo de vida em que ele se encontra.

Quando em alguma etapa da vida, na transposição das fases da matriz de identidade, o clima relacional fica comprometido, a espontaneidade e a criatividade ficam adoecidas. O que prevalece muitas vezes são as conservas culturais, impedindo o indivíduo de ser livre e de experienciar os papéis sociais existentes, ou que estão por vir em sua plenitude, gerando prejuízos emocionais, ou até mesmo levando o indivíduo à depressão em algum momento do seu desenvolvimento.

Logo após o nascimento, o bebê já aprende a sugar o peito da mãe, o que também é um ato espontâneo, como evidencia Moreno (1974). O autor acrescenta que, à medida que a criança cresce, situações novas vão exigindo uma resposta nova, pois a criança ainda não tem consciência do que está enfrentando. Ela precisa amadurecer para que possa sobreviver, e tudo isso só é possível com a existência da espontaneidade, desse fator denominado “fator e”.

Quando nascemos, encontramos um mundo pronto para nos adaptarmos e nele viver. A convivência será um fator primordial para nossa existência. E o binômio indivíduo-sociedade será uma constante, que nos é dado mediante o desenvolvimento de papéis a serem desempenhados durante toda uma vida. Em uma única matriz, os papéis nela irão emergir. A maneira como cada um de nós desenvolve ou não esses papéis nos dirigirão para a construção de uma identidade e de uma personalidade saudável ou não.

Muitas foram às experiências prazerosas vividas pelos idosos, mas, também situações estressantes e difíceis de resolver, que o tornou pessoa experiente. Nosso desenvolvimento implica situações interligadas aos contextos social, cultural, relacional, econômico e muitos outros. E o idoso processa suas vivências influenciadas pelas culturas e sociedades por onde passaram algumas delas, como as instituições sociais, os grupos de toda natureza que frequentou durante sua existência – família de origem, família que construiu, trabalho, amigos, igreja, escola, vizinhança, conhecimentos adquiridos e muitos outros. Cada pessoa, com sua história, tem sua matriz de identidade (constantes aprendizados emocionais e relacionais), que o ajudarão ou não a viver esse período de sua vida.

Costa (2006) aponta que Moreno, buscando o entendimento das relações humanas, cria a teoria sociológica, que denominou de Socionomia (do latim *socius*= companheiro, grupo; e do grupo; e do grego *nomos*= regras, lei), definida como a ciência que estuda as leis que administram o comportamento social e grupal, com o propósito de investigar aspectos ligados ao homem social. Conforme explicitado na Figura 2, a Socionomia divide-se em três teorias: a

Sociodinâmica, a Sociometria e a Sociatria (originam-se daí o Psicodrama e o Sociodrama).

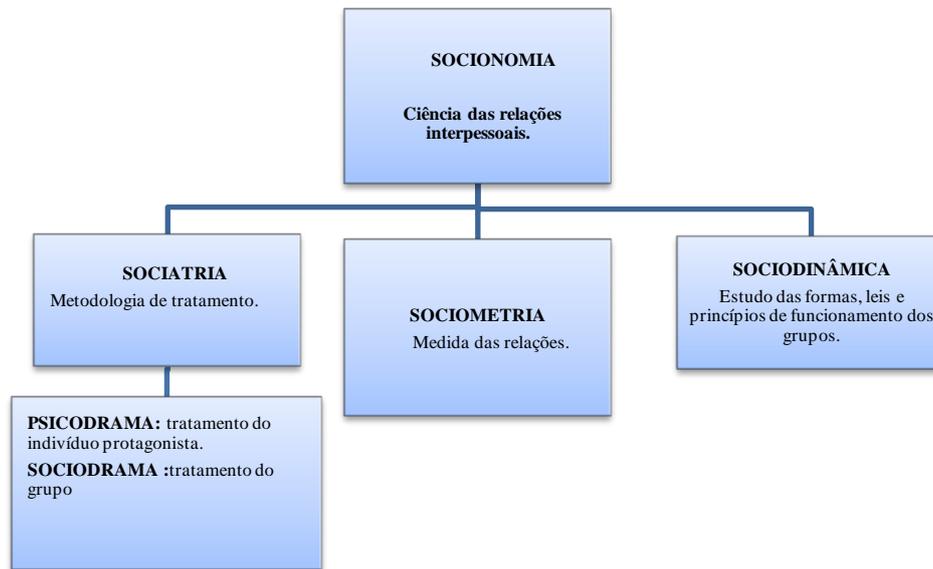


Figura 1 - Organograma: Socionomia e seus métodos específicos (Moreno, 1975).

A Sociodinâmica estuda a estrutura da dinâmica das relações interpessoais que ocorrem nos grupos. Seu método de estudo é o *role playing*, instrumento importante para pesquisar a expansão do eu por meio dos papéis. No palco psicodramático o indivíduo pode tomar (aceitar) papéis, jogar (desempenhar, interpretar) ou criar (desenvolver) diversos outros papéis (respectivamente nomeados de *role-taking* e *role creating*), tornando-se mais espontâneo e criador (Moreno, 1975).

A Sociometria é a ciência das relações interpessoais que permite desenvolver instrumentos de mensuração dedicados ao universo relacional de indivíduos e grupos. Anteriormente, o método utilizado era o teste sociométrico de percepção. A técnica de autoapresentação do átomo social é um tipo específico de autoapresentação. No entanto, pela sua conceituação, emprega-se a metodologia do átomo social, que se liga à criação da sociometria (1932), por Moreno, nos Estados Unidos, e, em particular, à publicação do livro *Who shall survive?* (Monteiro, 1979; Garrido, 1994).

A Sociatria é o tratamento dos sistemas sociais, constituído pelos métodos do psicodrama, da psicoterapia de grupo e do sociodrama (Moreno 1994).

Essas três teorias, e suas metodologias específicas, sustentam a filosofia moreniana, cujos eixos são de importância fundamental na compreensão do ser-em-relação. Eles são representados pelas teorias da espontaneidade-criatividade e conserva cultural, teoria sociomé-

trica, teoria de papéis (Moreno, 1992).

Segundo Garrido-Martín (1984), o psicodrama é caracterizado por dois eixos principais: o eixo individual, fundamentado pela espontaneidade ou fator e; e o eixo social, embasado pelo fator tele, considerando o eixo da espontaneidade. A espontaneidade é uma resposta nova adequada, que é dada pelo indivíduo a uma situação ou a uma nova resposta a uma situação antiga, podendo ser facilmente liberada em contato com a espontaneidade de outro indivíduo (Moreno, 1994).

Em relação ao eixo social, embasado pelo fator tele, entende-se este fator permeando todas as relações interpessoais. Tele é a correta percepção do outro, ao passo que a transferência é responsável pela distorção das relações. As duas dimensões se conjugam, dando forma a uma terceira, representada pela teoria de papéis (eu tangível). O homem relaciona-se por meio do desempenho de papéis, criando seus vínculos télicos e transferenciais. As três dimensões estão alicerçadas na filosofia (ou categoria) do momento, que é caracterizada pelo “aqui-agora” (*hic et nunc*), ou seja, trata-se do instante existencial de todo indivíduo na relação com o outro. Na concepção moreniana, todos os eixos estão intimamente interligados e se inter-relacionando de modo dinâmico e constante (Moreno, 1975).

A relação interpessoal, para Moreno (1975), é essencial. Ela é permeada por um fator denominado tele, que em grego significa à distância, distante, longe e que designa:

[...] as percepções que ocorrem no plano afetivo-emocional entre duas pessoas, tornando-as capazes de se perceberem mutuamente. Então elas se permitem intuir, com sua sensibilidade, o que ocorre na subjetividade uma da outra (Castello de Almeida, 1990, p. 39).

Além do fator tele como elemento fundamental para que as relações ocorram, a teoria moreniana aponta o de vínculo no processo relacional psicoterápico, podendo ser enunciado como sendo o marco da dinâmica interacional, ou seja, é a ponte de união da dinâmica que se estabelece entre os papéis de uma dada relação e para a qual se pressupõe uma identificação com um interesse comum, no caso, a psicoterapia (Costa, 2006). O vínculo estabelecido com o terapeuta, referindo-se à capacidade de discernimento do terapeuta em aplicar bem a teoria e um bom manejo na prática, traz ao cliente a segurança e confiança que ele deposita em seu processo terapêutico (Monteiro, Merengué; Brito, 2006).

Nossa história é repleta de situações e de vínculos, em que ocorrem o aprendizado de condutas e das emoções e a internalização de conteúdos e características das pessoas. Especificamente em um vínculo, em determinadas situações e momentos, os aspectos do outro são internalizados como um “outro destruidor ou desqualificador”

do “eu”. Entende-se que algumas características da pessoa com quem nos vinculamos se torna o “outro interior” que nos promoveu, numa experiência realística ou imaginária, algum dano psíquico, tornando-se, assim, o papel complementar interno patológico. Logo, em nosso mundo interior, estaremos também formando nossas “relações internalizadas”, que têm uma sociometria própria Nery (2003, p. 67).

No contexto vincular, acrescenta a autora, surgem os encontros inter-relacionais e contatos grupais durante a vida do indivíduo. O átomo social da técnica de autoapresentação mostra-nos os contatos realizados que foram satisfatórios ou não, que de alguma forma construíram emoções positivas, bem como aqueles contatos e convivências que trouxeram emoções negativas.

Knobel (2001) afirma que o átomo social da autoapresentação, além de descrever as relações, oferece vários recursos integrados para compreender os processos subjetivos que constituem a forma de cada um vivenciar seus relacionamentos ou seu grupo internalizado. Quanto mais papéis sociais saudáveis o indivíduo experimentar ao longo da vida, mais bem estará estruturada sua personalidade. E o idoso, por ter vivido mais tempo, tem uma bagagem de experiências significativas tanto boas quanto ruins.

Todo indivíduo necessita do outro desde o instante do nascimento. E o átomo social é a configuração social de suas relações interpessoais, dos vínculos que constituem a sua rede de relacionamentos, que também podem ser demonstrados através da técnica de autoapresentação. Quando a criança nasce, a mãe (ou substituto) é representante desse átomo. Com o passar do tempo, as relações, em geral, vão gradualmente se ampliando, e o universo de constelações vai se modificando conforme o aqui e o agora. Algumas partes desses átomos se ligam a outras partes de outros átomos, e assim sucessivamente, vindo conceber relações complexas denominadas redes sociométricas (Moreno, 1994, p.159).

Um aspecto significativo da teoria sociométrica é o conceito de “expansividade emocional e social”. Embora forme uma aliança, a diferença básica entre elas é que “[...] a expansividade emocional está ou é, fundamentalmente, ligada à quantidade (volume) de relações que o indivíduo apresenta (ou “suporta”) em um determinado instante da existência” (Costa, 1998, p.121).

Ramalho (2010, p. 39) aponta a teoria de papéis, proposta por Moreno, como sendo o desempenho de papéis anterior ao surgimento do eu. Os “papéis não emergem do eu. É o eu quem, todavia, emerge dos papéis”. O papel é uma unidade psicossocial de conduta e, como tal, acompanha o ser humano em toda a sua existência, nas diversas funções e características que exerce numa sociedade. O papel pode ser escolhido, adotado, mudado, imposto, desempenhado, desenvolvido etc. (Moreno, 1995). Por essa classificação entende-se por técnicas

psicodramáticas o emprego de dramatizações visando à compreensão ou ao aprofundamento de conceitos. O *role-playing* (jogo de papéis) preocupa-se com o desempenho do papel, com a finalidade da percepção objetiva dos sentimentos e das atitudes dos outros, que desempenham o “contrapapel”, e a resposta mais apropriada à situação. O termo *role-playing* deve ser diferenciado, segundo sua utilização, em sentido amplo e estrito. Em sentido amplo, a expressão refere-se ao jogo de papéis, representação teatral e, portanto, está presente nas várias formas de abordagem socionômica. Em senso estrito, o *role-playing* tem certo grau de liberdade ao ser desenvolvido, relacionando-se a uma das etapas de estruturação do papel, entre *role-taking* (processo de tomar ou aceitar um papel, desempenhando-o de forma convencional, sem nele colocar muitas características pessoais) e *role-creating* (criador de papéis).

Segundo Monteiro (1979), existe uma diferença entre tomada ou aceitação do papel. Trata-se do fato de se aceitar um papel já pronto e inteiramente constituído, que não permite à pessoa a menor fantasia com o texto estabelecido, o desempenho do papel (que ora tolera certo grau de liberdade) e a criação do papel (que deixa a ampla margem à iniciativa do ator, como é o caso do ator espontâneo (Moreno, 1975). Dessa forma, têm-se, assim, o receptor de papéis, o intérprete de papéis e o criador de papéis. A tomada de papel na técnica de autoapresentação elucida os papéis desenvolvidos, em desenvolvimento, comprometidos, e os saudáveis.

Para Moreno (1974), todo indivíduo tem uma capacidade ilimitada de desempenhar inúmeros papéis na vida. Porém, é fundamental que apresente certa habilidade para isso. É essa qualidade que lhe fornecerá o desenvolvimento do seu eu social, promovendo uma melhor comunicação com o outro. Clayton (1998) sugere que a análise de papéis auxilia o indivíduo a desenvolver sua autoimagem, a identificar e avaliar o seu desempenho na vida, a planejar seu desenvolvimento pessoal e profissional. O espaço cênico no desenvolvimento da espontaneidade e criatividade é muito importante, porque leva o indivíduo a vivenciar papéis imaginários ou os correspondentes sociais de sua realidade, produzindo transformações nos seus diversos papéis na vida e nas relações interpessoais (Castello de Almeida, 1990).

No processo psicoterápico, segundo Moreno (1975), três fatores da filosofia do momento entram em cena para fundamentar um determinado fato (como fenômeno), ou todo e qualquer ato humano existencial, sendo denominados *locus*, *status nascendi* e matriz. Bustos (1998) salienta que esses ângulos devem ser observados nos fatos ocorridos na vida de uma pessoa, e numa sessão psicodramática eles são essenciais para a compreensão da dinâmica do paciente.

O *locus* (expressão do latim, que significa lugar) é o local, o cenário, o palco de um

acontecimento na vida do indivíduo. Transportando o conceito para o domínio da psicoterapia, pode-se dizer que o *locus* serve de orientador diagnóstico, mas não situa no campo terapêutico. Representa o lugar de origem do sintoma, do qual se nutre, fortificando a conduta defensiva da pessoa. Nessa situação, indaga-se sobre o que e para que este algo passou a existir. Deve ser ainda reforçado que, no trabalho psicodramático, o *locus* é importante no sentido de se promover uma investigação do lugar ou dos fatores significativos e condicionantes do conflito (Bustos, 1992).

O *status nascendi* é o momento do ocorrido. Liga-se à dimensão temporal e, assim como o *locus*, é condicionante. Ele aparece na pergunta “quando?”. Com essa pergunta se evidencia em que etapa da vida ocorreu a perda de sintonia com a saúde emocional. A *matriz* é o fator gerador da defesa que se instalou por meio de um sintoma. É a resposta ao *locus*. Ela é determinante e, portanto, é aqui que o indivíduo irá vivenciar papéis imaginários ou os correspondentes sociais de sua realidade, produzindo transformações nos seus diversos papéis na vida e nas relações interpessoais (Castello de Almeida, 1988).

É através do desempenho de seus papéis (na Matriz de Identidade) que o ser vai estabelecendo seus vínculos com os contrapapéis de outras pessoas ao seu redor (Costa, 2006). Cada indivíduo possui uma "matriz espontânea", a partir da qual se desenvolve a personalidade. Questionar-se sobre o para quê das suas ações fa-lo-á refletir. A espontaneidade necessita de um estado adequado para ser liberada, e o ato espontâneo é instantâneo. A espontaneidade é mais facilmente liberada em contato com a espontaneidade de outro indivíduo. O comportamento desordenado e os emocionalismos resultantes da ação impulsiva estão longe de constituir desideratos do trabalho de espontaneidade, pois pertencem ao domínio da patologia da espontaneidade (espontaneísmo) (Moreno, 1974).

No cenário psicodramático tudo é atual. Passado e futuro presentificam-se mediante a ação do momento. O que ocorreu na Matriz de identidade e foi vivenciado no *locus* pode ser vivido e revivido na tentativa do resgate da saúde emocional. E a técnica de autoapresentação proporciona essa vivência, por permitir a concretização dos fatos vivenciados imbuídos de sentimentos, de tomada de consciência para vivências futuras.

Para que situações emocionais possam ser exteriorizadas, Moreno nos apresenta cinco instrumentos fundamentais. Um é o *paciente ou protagonista*, em que se toma por base a “estrutura caractereológica” dos indivíduos, que, segundo Bustos (1992), seria a capacidade de tomar determinado papel com mais rapidez que o outro. Poder-se-ia dizer que grande parte dos idosos apresenta maior dificuldade do que os jovens em tomar papéis, independente de quais sejam constatado em experiências com ambas etapas da vida em trabalhos grupais e

individuais (Costa, 1998). Outro instrumento é o *terapeuta ou diretor*, que dirige o grupo ou dirige o cliente para a dramatização. Um outro instrumento é o *ego auxiliar*, formado pelo próprio ou pelos próprios pacientes do grupo, responsáveis pelo bom desenvolvimento da dramatização. No caso específico desta pesquisa, não se trabalhou com ego ou egos auxiliares, por conta da natureza da proposta. O *cenário* é mais um instrumento. Trata-se do campo terapêutico onde se desenvolveu a técnica de autoapresentação. Por fim o *auditório*, composto dos demais participantes, no caso de grupos na terapia grupal. Também por conta da forma da pesquisa, não se trabalhou com auditório.

As etapas do psicodrama, algumas das quais desenvolvidas na técnica de autoapresentação desta pesquisa, são as seguintes: aquecimento inespecífico, aquecimento específico e dramatização. O *aquecimento inespecífico* visa situar o grupo ou paciente na sessão, focando sua atenção em si mesmo e despistando as resistências, o que permite que o novo apareça na sessão. Pode ser verbal ou em movimento. O *aquecimento específico* visa à preparação do cliente para a dramatização. Aguiar (1998) se refere a um *aquecimento cênico*, que especifica cenário, personagens, tempo, adereços etc., construindo o embrião para o argumento da cena. Esse aquecimento é fundamental no trabalho que se faz com cena aberta, numa dramatização internalizada, no psicodrama interno. Na *dramatização*, a etapa do eu “como se”, onde se trabalha com a realidade suplementar, segundo Moreno (1975), é o momento em que a dinâmica dos papéis aparece, é o clímax da sessão, embora nem todas as sessões possam continuar a dramatização. Ela é o ponto nuclear da sessão, de criação maior, quando os personagens já definidos ganham vida. E por fim o *compartilhar* é o momento de partilhar com o cliente o que ele fez, viveu e sentiu. Trata-se de um fechamento do trabalho (Ramalho, 2010).

O psicodrama é um método de psicoterapia no qual os pacientes dramatizam os acontecimentos marcantes de suas vidas, em vez de apenas falar a respeito deles. Isso implica uma investigação participativa não apenas de acontecimentos históricos, mas, também, o que é mais importante, das dimensões dos acontecimentos psicológicos pouco abordados no processo dramático convencional: pensamentos não ditos, encontros com aqueles que não estão presentes, retratos de fantasias sobre o que as outras pessoas sentem ou pensam, antever futuras possibilidades, e diversos aspectos da fenomenologia da experiência humana (Blatner; Blatner, 1996).

Jacob Levy Moreno (1975) observou que o teatro, muito antes de ser um local para representações de arte e diversões, era um lugar para a terapêutica, procurado pelos doentes para a catarse. Assim, por meio de sua abordagem psicoterapêutica, o Psicodrama, que foi inspirado no teatro, viu a possibilidade de desenvolver um trabalho que, como visionário, aju-

daria a humanidade e as massas humanas que sofrem de inquietude social e mental.

A catarse mental deriva da palavra grega *therapeutes*, que significa assistente, criado. A mais antiga medida terapêutica foi dedicada à expulsão de demônios dos corpos das vítimas. Como o paciente não era capaz de expulsar o demônio por si mesmo, precisava de um assistente ou criado, um *therapeutes*. Aristóteles define a catarse em sua *Poética* como “a missão da tragédia consistindo em produzir, através do exercício do medo e da piedade, a libertação de tais emoções”. Esperava que a catarse tivesse lugar no espectador. Nesse sentido o ponto de vista de Moreno contrasta com a de Aristóteles. Para Moreno, a catarse mental esperada terá lugar no ator, na mente da pessoa que está sofrendo a tragédia. Os atores são pacientes. Eles necessitam de catarse – a liberação dos conflitos trágicos, das emoções em que estão presos (Moreno, 1975).

A tragédia de Aristóteles era uma obra acabada, terminada por um ator, uma pessoa de fora, muito antes de ser representada e sem relação alguma com a constituição pessoal dos atores. A tragédia no psicodrama para ser material verdadeiramente catártico, deve ser criada pelos próprios atores-participantes, a partir da sua própria substância psíquica, e não como era tratada por Aristóteles, por um autor teatral.

O psicodrama começou como um método de terapia de grupo, de educação, um teatro destinado não apenas a mudar a vida dos indivíduos, mas também a sanear os traumas do mundo. Ele integra elementos de ação, interação e terapia vivencial, trabalhando o corpo e a mente (Kellermann; Hudgins, 2010).

Explica Moreno (1975, p. 23-24):

O método meramente analítico e verbal de psicoterapia de grupo cedo esbarrou em dificuldades. Quando se praticava a psicoterapia de grupo com famílias, na fábrica etc., onde é vivida a vida, em todas as dimensões do presente, na ação, no pensamento e na palavra, sob a forma de monólogo, diálogo ou drama, o elemento psicomotor do organismo e o significado criador do encontro permaneceram inconscientes e sem investigação. A psicoterapia de grupo viu-se forçada a penetrar em todas as dimensões da existência, numa profundidade e amplitude que o psicoterapeuta de orientação verbal desconhecia. A psicoterapia de grupo converte-se em psicoterapia da ação e em psicodrama.

Segundo Castello de Almeida (1988), o Psicodrama, como *teoria*, procura desvendar o psiquismo humano através do comportamento do homem. Para tanto, utiliza-se da *prática* desenvolvida no campo da ação, com diversificadas técnicas. Existe um fator de articulação teórico-prático que nos permite perceber, apreender, analisar e compreender fenômenos e fatos ocorridos, dando-nos clareza e suficiência para ordenar o pensamento, inspirar os senti-

mentos, objetivar o ânimo e processar o fazer psicoterápico denominado *método*.

Costa (2006, p. 106) assim explica:

O psicodrama por intermédio da ação dramática pode resgatar os momentos do passado e transformá-los. De que forma? Uma atitude passada, fixa, presa, que não apresentava condições de mudança pela incapacidade de vislumbrar saídas- medo que paralisa, a raiva que é engolida-repetida hoje, pela encenação, abre possibilidades de ser reestruturada. A matriz do acontecimento deve ser reparada. O adulto de hoje, no “aqui-agora”, ampara a criança de ontem; dá-lhe forças, revitaliza-a. Esta ação concretizada no palco psicodramático promove uma catarse diferenciada, que não se restringe simples e unicamente à exteriorização dos sentimentos de raiva, medos guardados durante partes de uma vida, mas que leva a uma integração desse eu fragilizado, incapaz de mudança de conduta até o momento.

Tratando de problemas de natureza emocional, as psicoterapias têm meios psicológicos de promover o autoconhecimento, a superação de dificuldades ou de sintomas e de modificar formas desfavoráveis de relacionamento interpessoal. Os meios, os caminhos constituem o método, que inclui técnicas (Gonçalves; Wolf; Almeida, 1998; Kellermann; Hudgins, 2010).

O psicodrama possui uma infinidade de técnicas para auxílio do terapeuta, no sentido de mediar e facilitar o processo terapêutico do cliente, ajudando-o nos seus dramas emocionais. Trata-se das técnicas do duplo, espelho, inversão de papéis, solilóquio, concretização, interpolação de resistências, técnica de autoapresentação do átomo social. Para a investigação nessa tese, fez-se a escolha da técnica de autoapresentação por possuir características da proposta deste trabalho (Santos, 1998; Monteiro; Merengué; Brito, 2006).

Sobre a Técnica de autoapresentação

A técnica de autoapresentação se insere no contexto da transformação, realizada por Moreno, do teatro clássico em teatro terapêutico. No teatro terapêutico, na produção conjunta da plateia com o “palco”, o autor é um autor-ator, que se revela na ação dramática. Representa-se como protagonista, por meio do desempenho de papéis frente a um auditório, rompendo a separação entre mundo privado e o mundo público, na busca da catarse. O método fundamental “é o desempenho do papel espontâneo-criador, personificando outras formas de existir, através da representação, para exploração e expansão do “eu” e para o conhecimento dos universos desconhecidos”. Esta técnica faz parte da criação do Teatro Espontâneo em Viena, ainda que as referências de Moreno à sua utilização estejam apenas nos escritos publicados nos Estados Unidos (Monteiro, 1979).

Nesta técnica o cliente é solicitado a retratar situações da sua vida, pessoas do seu âmbito social, emoções, situações passadas, presentes ou projetos futuros, trazer para o aqui-agora o seu mundo interno que gostaria naquele momento de revelar, através de objetos dispostos na sala ou no consultório.

Por meio de um aquecimento preparatório, segundo Moreno (1974), onde os estados espontâneos são gerados por vários dispositivos de arranques, o cliente coloca o corpo e a mente em movimento, usando atitudes corporais e imagens mentais que o levam a alcançar contrações musculares nos arranques físicos, e nos arranques mentais sentimentos e imagens sugeridas pelo terapeuta. Sendo esses os reais indicadores visualizados no trabalho da técnica de autoapresentação.

Pede-se ao cliente que retrate as situações com tantos detalhes quanto possível. Após o término da montagem da autoapresentação, faz-se uma entrevista com o cliente indagando o que é e o que significa cada objeto disposto no *setting* terapêutico (Moreno, 1975; Gonçalves; Wolf; Almeida, 1998).

Nessa entrevista os conteúdos psicoterápicos aparecem com o uso da técnica. Tem-se a oportunidade de conhecer a respeito do que representa cada um dos objetos selecionados, que podem vir imbuídos de sentimentos, emoções e revelações espontâneas. É um aspecto facilitador de diagnóstico da depressão em idosos e um embasamento para a intervenção terapêutica.

A técnica de autoapresentação norteia o terapeuta na percepção de quais conteúdos emocionais que são mais difíceis de serem enfrentados pelo cliente. Isto porque, através da ação espontânea trazida na cena, acontece o desfecho de situações não resolvidas durante anos de suas vidas, que podem ter gerado bloqueios emocionais, dúvidas, incertezas, medos, sintomas depressivos, que não estiveram na maioria das vezes visíveis aos olhos do cliente. O terapeuta será o mediador e facilitador na busca da liberação da espontaneidade e criatividade, proporcionando a saúde emocional (Moreno, 1975).

As informações necessárias mostram uma estrutura momentânea da vida privada do cliente, o caráter físico e psíquico da sua personalidade e, sobretudo, o modo como atua, nesse momento, com os membros de sua família e com os vários membros de sua “rede” de relações sociais. Mais exatamente, segundo Moreno, essa informação é necessária ao cliente e ao seu terapeuta, para criar algum veículo de liberação da espontaneidade e criatividade. Apercebemo-nos de que o cliente deve afetar todas as pessoas e objetos do seu meio imediato, com algum aspecto de si mesmo e que isso deve ser perceptível no desenvolvimento de suas funções corporais e mentais, em suas tensões internas preliminares desses desempenhos, seus

gestos e expressões, nas palavras associadas, nos sentimentos e movimentos em relação às pessoas e coisas com que vivia (Moreno, 1975).

Essa técnica, se apropriadamente aplicada, ajuda o cliente a realizar, um desbloqueio emocional em atitudes tão próximas quanto possível da sua própria vida. Ele enfrentará as situações com que jamais se defrontara, ou já tendo passado não conseguiu dar uma resposta nova adequada, a que se furta e tem medo, mas que poderá ter de encarar frontalmente algum dia, no futuro. O ponto principal da técnica é o de conseguir que o cliente “arranque” de si os conflitos e o terapeuta consiga levá-lo a um aquecimento capaz de acionar a sua psique e desenvolver o psicodrama² (Soeiro, 1995).

O tratamento psicodramático é, por vezes, fechado. O cliente é retirado de seu meio imediato e colocado em numa situação especialmente construída para suas necessidades. O teatro terapêutico é uma situação dessas. Segundo Moreno, é um mundo miniaturizado. É um lugar onde, por meios psicodramáticos, são representadas todas as situações e papéis que o mundo produz ou pode produzir. A situação é fechada, porque não há lugar para outros espectadores, naquele momento, além do cliente e do terapeuta (Moreno, 1975).

Concede-se ao cliente a escolha do papel e do que ele deseja trabalhar naquele instante. Assim, as relações télicas do cliente são os primeiros guias do terapeuta. Permite-se ao cliente levar ao extremo seus anseios e objetivos pessoais. Cada situação e cada desempenho são analisados imediatamente após o desempenho, na presença e com a colaboração do cliente. Após a representação de certo número de situações escolhidas pelo cliente, poder-se-á pedir que escolha a de sua preferência para o trabalho.

Na análise realizada pelo terapeuta e cliente se descobrem os pontos difíceis e conflituosos da psique, com a liberação de espontaneidade e criatividade por parte do cliente. Há o retorno da saúde emocional, baseado em um aprendizado de condutas que não só ajudarão o cliente naquela situação, mas que o fortalecerão para futuras situações similares.

É importante disponibilizar o maior número de objetos no consultório para que o cliente possa ter liberdade de escolha para demonstrar os conteúdos internos, trazendo-os para o *setting* terapêutico. Em geral, quando participam de um jogo dramático, gostam muito de fazer uso de materiais. Tais recursos enriquecem a dramatização, possibilitando leituras bem claras dos motivos que levaram um determinado indivíduo a escolher aquele objeto. Funcionam como expressão de conteúdos latentes, para objetivas fantasias inconscientes, como ca-

²Moreno desenvolvia seus trabalhos com pacientes registrando em um gravador as dramatizações. Os gestos e movimentos que acompanhavam o diálogo eram anotados por um membro da equipe no decurso do procedimento. O caso da situação citada é de neurose de ansiedade, complicado por um conflito matrimonial do paciente Robert, em que representa a si mesmo.

racterização de construções simbólicas, e para definir ou esclarecer para si e para os outros significados específicos de sua realidade atual (Costa, 1998).

No caso dos objetos dispostos para os participantes desta pesquisa, a pesquisadora/terapeuta, diante dos dados anteriores, tais como questionário sociodemográfico, procurou montar o acervo dos objetos relacionados às características dos participantes envolvidos, como forma de trazer confirmações de dados anteriormente levantados.

A telereação do cliente com seu terapeuta tem uma influência definida sobre a estrutura da apresentação psicodramática. Portanto, não basta só isso, na aplicação da técnica existem outros componentes que se fazem necessários, que precisam estar interligados para um desfecho na cena do cliente. O êxito do processo contará com o terapeuta e o cliente estabelecendo vínculo, a preparação para o aquecimento, o manejo atento do terapeuta na dramatização, a entrevista e finalmente a análise, ao ponto de suscitar no cliente a liberação dos conteúdos reprimidos, dando vazão a sua espontaneidade e criatividade e ao restabelecimento da sua saúde mental (Costa, 2006).

Com o desejo do cliente em ser ajudado por um profissional competente, disposto a trabalhar com o método psicodramático e conhecedor das técnicas que visam auxiliá-lo no exercício da profissão, que acima de tudo acredita que, em qualquer idade, é possível ser feliz, assim os idosos terão mais chances de olhar para dentro de si e alterar aquilo que estiver subsistindo como respostas recorrentes para si, para a família, para a sociedade. Também terão chances de ganhos com as mudanças e possibilidade de edificação ou restauração de uma convivência mais harmônica entre diferentes gerações.

CAPÍTULO 3

MÉTODO

O presente estudo apresenta o delineamento de caso-controle. Os idosos participantes da pesquisa foram selecionados no universo daqueles que frequentam a Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) de uma Instituição de Ensino Superior Comunitária do Estado de Goiás. Um primeiro grupo, chamado de grupo-caso, é composto de indivíduos com pontuações altas no instrumento de Hamilton, compatível com o humor depressivo. O segundo grupo, denominado grupo-controle, é constituído de uma amostra pareada à do primeiro grupo e dele participam indivíduos cujos índices de depressão, segundo o instrumento de Hamilton, foram baixos e, portanto, não compatíveis com humor depressivo.

3.1 Participantes

Participaram deste estudo 232 idosos, de ambos os sexos, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser adulto com idade entre 55 e 85 anos; estar matriculado na Universidade da Terceira Idade da PUC-Goiás (UNATI); concordar em fazer parte da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).

Como critérios de exclusão adotaram-se: apresentar qualquer comorbidade com diagnóstico de depressão autorrelatado no questionário sociodemográfico; apresentar dificuldade de comunicação significativa e impeditiva de sua participação na pesquisa.

A composição final da amostra foi de 228 idosos com idade entre 55 e 84 anos ($M=66,61$ e $DP=6,73$). Destes, 203 (89%) eram mulheres e 25 (11%) eram homens; 77 (33,9%) eram casados, 70 (30,7%) eram viúvos, 31 (13,7%) eram solteiros, 41 (18,1%) eram divorciados e 8 (3,5%) se denominaram como estando em outras modalidades. Desses idosos, 52 (23%) possuíam ensino fundamental, 111 (49,1%), ensino médio e 63 (27,9%), ensino superior.

Para a composição dos dois grupos – um grupo-caso e um grupo-controle – obedeceu-se ao critério de pareamento e de pontuação na escala de Hamilton. Desse modo, fizeram parte de ambos os grupos nove mulheres e um homem, com idade, estado civil e escolaridade pareada.

Portanto, cada um dos grupos contou com dez participantes, com médias na pontuação total de Hamilton de 27,50 ($DP=3,03$) para o grupo-caso e 4,30 ($DP=3,27$) para o grupo-

controle.

3.2 Campo de coleta de dados

Os dados foram coletados na Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI/PUC-GOIÁS), voltada para o público da terceira idade. Os frequentadores têm idade entre 49 e 92 anos. A concentração é maior nas idades entre 60 e 75 anos. São acolhidos idosos independentemente do estado civil, nível de escolaridade e renda. As matrículas ocorrem semestralmente para iniciantes e veteranos, sem nenhum custo para os participantes. Eles podem escolher até três cursos (oficinas) de que querem participar. As faltas implicam a perda da vaga e a impossibilidade de matricular novamente nas oficinas. O objetivo é trabalhar com o corpo visando à melhoria na postura e na destreza, o estímulo à memória, ao raciocínio e ao equilíbrio emocional.

Por conseguinte, a atenção da UNATI/PUC-GOIÁS é para o bem-estar dos participantes membros da comunidade, proporcionando qualidade de vida, o resgate da autoestima e a orientação dos seus direitos como cidadãos, cumprindo assim o seu papel social.

3.3 Materiais e instrumentos

Para realização deste estudo, fez-se uso de alguns materiais e instrumentos.

Materiais

Como materiais, contou-se com os seguintes: sala de aula ampla, onde se pôde montar um consultório; tapete 2 x 2, de tonalidade azul, com quadriculados de cor salmão, bege escuro e bege claro, os quadrados sobrepondo uns aos outros, dando a impressão de terceira dimensão; espaço delimitado com fita crepe, demarcando o tapete como *setting* terapêutico; almofadas de todos os tamanhos (grandes = quatro almofadas medindo 60 x 60 cm; médias = cinco almofadas medindo 40 x 40 cm; pequenas = três almofadas medindo 20 x 20 cm; muito pequena = três almofadas medindo 10 x 10 cm, em cores (azuis, vermelhas, verdes, preta, amarela, brancas de listras beges) (Apêndice F); um calendário; um livro de receitas; um terço; uma cartela de remédios; uma lixa de unha; um vidro de esmalte; uma calculadora; um estojo de maquiagem; duas cédulas no valor de R\$ 2,00 reais; um livro (Estatuto do Idoso); uma máquina fotográfica; seis peças de roupas infantis; um talão de cheque; um CD de músicas; uma tesoura; uma chave; uma caixa de fósforos; um relógio de mesa; um retrós de linha;

uma agulha; uma caneta; um caderno; um lápis (Apêndice G); questionários e escalas de Hamilton xerocopiados, canetas.

Os materiais selecionados para realização da técnica de autoapresentação consistiam de informações preliminares obtidas pela pesquisadora/terapeuta, no questionário sociodemográfico dos participantes, para facilitar a compreensão deles.

Questionário sociodemográfico

O questionário é composto de quarenta perguntas formuladas em formato fechado, para levantamento de dados como: sexo, idade, escolaridade, estado civil, naturalidade, relações sociais (com quem reside, renda, nível de convivência, amigos e etc.), lazer (atividades extras, atividade física etc.), e por fim dados referentes à saúde (se faz uso de medicação, história de problemas psiquiátricos etc.).

Instrumento de Avaliação de Depressão pela escala de Hamilton (HDRS)

A escala de depressão de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale) apresenta duas modalidades: uma autoavaliativa e outra heteroavaliativa. Originalmente esta escala foi desenvolvida com 21 itens. Posteriormente, os estudos descreveram formatos dessa escala com seis, dezessete e vinte e um itens (Bobes et al., 2003). Atualmente, o formato de dezessete itens é o recomendado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos, com diferentes avaliações comprovando sua validade, viabilidade e sensibilidade tanto em população hospitalizada como em população ambulatorial (NICE, 2004).

Neste estudo, utilizaram-se ambas as versões da escala, a auto e a heteroavaliativa, a fim de possibilitar maior rigor metodológico aos dados obtidos. Utilizaram-se os formatos de dezessete itens na versão autoavaliativa e a de vinte e um itens para escala heteroavaliativa, conforme recomendado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (NICE, 2004).

A escala autoavaliativa apresenta dezessete itens que são respondidos assinalando-se a afirmativa que melhor descreve o estado do participante em uma escala de 0 a 2, 0 a 3 ou 0 a 4 pontos, dependendo do item. Para essa escala a pontuação máxima é de 52 pontos, e a classificação da pontuação de acordo com o guia de prática clínica, elaborada pelo NICE (2004), é feita conforme o descrito na Tabela 1.

Tabela 1 - Classificação das pontuações nas escalas de Hamilton no formato de dezessete itens (escala autoavaliativa)

Classificação	Escore
Não deprimido	0-7
Depressão leve ou menor	8-13
Depressão moderada	14-18
Depressão severa	19-22
Depressão muito severa	≥23

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (NICE, 2004).

Como já referido, a escala heteroavaliativa é composta por vinte e um itens. Assinam-se as alternativas de respostas que melhor descrevem o estado do participante, em uma escala de 0 a 2, 0 a 3 ou 0 a 4, dependendo do item. O somatório total de cada uma das escalas é de 62 pontos. Para o formato de vinte e um itens, os escores maiores ou iguais a 50 pontos caracterizam pacientes gravemente deprimidos; escores entre 32 e 50 pontos, pacientes moderadamente deprimidos; escores entre 18 e 32 pontos, sujeitos com depressão leve, conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 2 - Classificação das pontuações nas escalas de Hamilton no formato de 21 itens (escala heteroavaliativa)

Classificação	Escore
Não depressão	≤ 17
Depressão leve	18-32
Moderadamente deprimidos	32-50
Gravemente deprimidos	≥50

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (NICE, 2004).

A escala autoavaliativa foi respondida pelos próprios participantes da pesquisa e a escala heteroavaliativa pelos professores que os acompanhavam, nas atividades da UNATI, recebendo treinamento prévio da escala. A escolha dessa escala como instrumento de avaliação do nível de depressão se deve ao seu uso disseminado e reconhecido em literatura brasileira e internacional, assim como à boa qualidade psicométrica que apresenta (Prado; Barbosa, 2005; Moraes, 2006).

3.4 Procedimentos em relação à Técnica de autoapresentação

3.4.1 Técnica de autoapresentação e os comandos para coleta de dados.

Para o início do emprego da técnica de autoapresentação, realizou-se o *rapport* com cada participante individualmente. Começou-se com o *aquecimento inespecífico* (momento em que se traz o participante para voltar-se para si). O aquecimento inespecífico visa situar o participante no trabalho, focando sua atenção em si mesmo e despistando as resistências. Isso permite que o novo apareça, mediante uma manifestação verbal ou por um movimento (Cukier, 2002).

1- Nesse momento consigna detalhada como a técnica se desenvolve:

[Pesquisadora:] Primeiramente caminharemos pela sala. Na medida em que caminharmos, procure se desligar do mundo lá fora e vá prestando atenção no que se passa no seu corpo. Como você está? Seu corpo está cansado? Está descansado? Que sentimentos você experiencia nesse momento? Procure pensar agora na sua vida. Como ela está? Olhe os objetos dispostos nessa sala e veja o que cada um tem a ver com você, com sua história.

Como referido anteriormente, alguns objetos foram colocados à disposição dos participantes (almofadas de tamanhos e cores variados, cadeiras, quadros, enfeites, tapetes, chave da porta e etc.) (Apêndices F e G). Solicitou-se a cada um que, diante de tais objetos, demonstrasse como estava organizado seu mundo interno, “no como se”, **2- através da apresentação** da sua vida, sem verbalizações. Inicia-se nesse momento o que se denomina *aquecimento específico* (momento em que o participante está mobilizado para apresentar seu mundo). **3- Esse aquecimento tem por objetivo preparar o participante para dramatizar.** Trata-se da construção do embrião da cena. Segundo Netto (2001) e Cukier (2002), esse tipo de aquecimento é fundamental para a dramatização.

[Pesquisadora:] Você irá me apresentar a sua vida, no “como se”, o que viveu, o que foi significativo a ponto de querer trazer para esse momento. Como já dito, pessoas, situações, acontecimentos, sentimentos, projetos que deram ou não certo, os projetos futuros, os seus sentimentos, o que preferir. Na medida em que já estiver pronto(a), escolha um objeto para ser você, em seguida pode ir pegando os objetos e colocando na demarcação daquele tapete, que chamaremos de *setting* terapêutico.

Na fase da dramatização, os papéis sociais e psicodramáticos, assim como os aconte-

cimentos da vida são trazidos à tona, e o participante trabalhará no “como se”. Refere-se ao momento auge da sessão, de criação maior, onde os personagens já definidos ganham vida (Netto, 2001; Cukier 2002). Como o participante está presente, solicita-lhe que se coloque no lugar do objeto que escolheu para se apresentar. **4- Retira-se dele o objeto.** Pede-se que fale um pouco de si: “Quem é você? O que o trouxe aqui? O que te incomoda na vida que gostaria de trabalhar? Escolha o objeto que apresenta esse conteúdo”. Nesse ponto a pesquisadora se mantém atenta a cada movimento, cada gesto, cada palavra. Assim que o participante termina, a pesquisador/terapeuta toma o papel do objeto e repete em detalhes o que foi dito pelo(a) participante. Desse modo, lhe é possível acompanhar, ouvindo, o que tinha vivido, o significado dessa vivência, enfim, pode perceber aquilo que tinha trazido de sua vida.

5- Em seguida é feita a entrevista. Nesse momento é relatado o que o(a) participante sentiu, no decurso da técnica de autoapresentação, em relação ao objeto. Vale dizer, tal objeto deve ser representativo daquilo que para ele(a) era mais significativo e, no caso, um único objeto. **6- Ou seja, trata-se da manifestação do seu sentimento** após a realização dessa atividade. A pesquisadora/terapeuta observa o resultado do trabalho desenvolvido com o(a) participante e juntamente com ele(a) retira os objetos do *setting* terapêutico, encerrando nesse momento a técnica de autoapresentação.

Em nossa pesquisa todas as autoapresentações foram filmadas e fotografadas individualmente. Posteriormente, foram retiradas, uma a uma, as duas temáticas – *a autoapresentação propriamente dita e a temática criação de vínculo terapêutico participante com a pesquisadora/terapeuta* –, gerando, assim, as categorias de análise.

Em uma das categorias analisou-se o significado dos quadrantes sob o olhar subjetivo das técnicas projetivas (Jung, 1986; Augras, 1998). Registre-se que Jung e outros teóricos surgem se contrapondo ao pensamento interpretativo freudiano em símbolos da transformação. Deixam de lado o simbolismo individual e analisam os simbolismos coletivos, levando os temas míticos a uma tentativa de interpretação dos significados projetivos ocorridos nos indivíduos. Destacam que o equilíbrio psíquico, nas projeções, deve-se ao fato de o indivíduo se encontrar com o seu eu obscuro. Assim sendo, a força do inconsciente não se manifesta apenas no material clínico, mas no mitológico, no religioso, no artístico e em diversas culturas expressadas pelo homem.

Câmera Filmadora

Também se utilizou uma câmera filmadora, *memory flash* DCR-SX43, 60 vezes, *zoom* óptico, para as filmagens e registro fotográfico das sessões de autoapresentação.

3.5 Procedimentos

Após aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da instituição a que esta pesquisa se vincula, sob o Protocolo nº CAAE 0175.0.168.000-11, realizou-se o contato com a direção da UNATI, para agendamento da coleta de dados. Foram convidados todos os alunos frequentadores.

Seguiram-se algumas etapas no que diz respeito aos procedimentos utilizados.

Uma delas foi a triagem dos participantes, em função dos critérios de inclusão e exclusão da amostra. Em seguida a pesquisadora entrou em contato com os integrantes do grupo, para convidá-los e incentivá-los a participar do estudo, bem como para obtenção do seu consentimento livre e esclarecido. O universo escolhido foram os alunos que frequentavam a UNATI, no ano de 2014, sendo selecionados alguns com sintomas indicativos de depressão e também alguns que não apresentaram esses sintomas. Como já referido anteriormente, os participantes foram divididos em dois grupos, caso e controle, de acordo com a classificação na escala de Hamilton.

Todos foram esclarecidos a respeito dos objetivos da pesquisa e do sigilo da identidade de cada um dos participantes, da preservação integral da privacidade dos dados pessoais que poderiam identificar qualquer um dos sujeitos da pesquisa. Passo seguinte consistiu na aplicação dos instrumentos de coleta de dados, do questionário sociodemográfico e da escala de depressão de Hamilton. Os participantes foram contatados em suas salas de aulas em momento de atividade previamente agendada pela UNATI para aplicação coletiva de ambos os instrumentos. O tempo médio de resposta para ambos os instrumentos foi de vinte minutos.

Posteriormente os juízes, formados por professores previamente treinados, realizaram uma observação e responderam à escala de depressão de Hamilton, para avaliação dos participantes no formato heteroavaliativo.

O conjunto de dados obtidos foi registrado pela pesquisadora, que procedeu à divisão dos grupos em grupo-caso (aqueles com altas pontuações nas escalas auto e heteroavaliativas de Hamilton) e grupo-controle (aqueles com baixas pontuações nas escalas auto e heteroavaliativas de Hamilton). Cada grupo constou de 25 participantes e a seleção dos controles obedeceu, além do critério de baixo índice na escala de Hamilton, ao pareamento com o grupo-caso.

Uma vez formados os grupos, foi agendada, com cada participante de forma individualizada, uma sessão de uma hora, em uma sala montada na própria Universidade, que serviu de consultório psicológico. A sala recebeu uma adequação do seu espaço, para ser aplicada a técnica de autoapresentação (sem interferência de outras pessoas, com os materiais já descri-

tos, e informação na porta da sala para não interrupção). Esse procedimento foi filmado, para elaboração adequada em categorias de desempenho dos participantes nessa técnica.

O armazenamento do material coletado foi feito por meio físico e eletrônico. Todos os materiais foram cadastrados com siglas ou códigos que garantam o sigilo absoluto da identificação dos participantes. O conjunto de dados será armazenado por um período de cinco anos. Após esse prazo de tempo todo o material será destruído, segundo orientação da Resolução 198/056.

Após o término do estudo, a instituição participante da pesquisa recebeu um relatório com informações gerais sobre a pesquisa e os resultados dela, via *e-mail* e carta. A pesquisadora também esteve disponível para fazer uma explanação dos resultados do estudo em uma reunião com profissionais da instituição. Com os participantes realizou-se uma devolutiva, mediante orientações a respeito do que foi percebido. Tais orientações estão sendo trabalhadas na oficina denominada Grupo Centrado na Qualidade de Vida em Si, de que todos os participantes do estudo ainda frequentam.

3.6 Análise dos dados

Todos os dados da pesquisa foram lançados no programa de computador Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 20.0. Foram feitas as análises estatísticas de correlação: Spearman, Kendall dos dados sociodemográficos. Os resultados do instrumento de Depressão de Hamilton e as categorias de desempenho na técnica de autoapresentação foram obtidos por meio de diferentes técnicas, de acordo com o tipo e a quantidade de variáveis geradas.

Para o aperfeiçoamento dos métodos de coleta de dados, adota-se a utilização da filmagem em pesquisas qualitativas. O vídeo é tomado como instrumento de coleta e geração dos dados (Pinheiro; Kakehashi; Ângelo, 2005).

O emprego, nesta pesquisa, de filmagens e fotos justifica-se pelo fato de esses recursos tecnológicos estarem cada vez mais avançados, facilitando em muito na captação e leitura dos dados. Ao mostrarem os comportamentos individuais através da linguagem não verbal, além da sequência e da temporalidade em que ocorrem os eventos, tais recursos não apenas focam os dados em si, como também subsídios para uma interpretação posterior deles (Kna Hassen, 2000).

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados a média, desvio padrão, mínimo, máximo e percentil da pontuação total na escala de Hamilton; média, desvio padrão, mínimo, máximo e percentil da pontuação total na escala, de Hamilton, auto e heteroavaliada pelo grupo-caso e pelo grupo-controle. Também serão mostradas as duas temáticas levantadas na pesquisa que geraram as categorias: temática da autoapresentação propriamente dita e temática criação de vínculo terapêutico entre participante e pesquisador-terapeuta.

A Tabela 3 representa o nível de sintomas depressivos autorrelatados pelos participantes da pesquisa e também aqueles relatados pelos professores. Apresenta, além disso, os quartis indicando as pontuações mais altas e as mais baixas.

Tabela 3 - Média, desvio padrão, mínimo, máximo e percentil da pontuação total nas escalas, de Hamilton, auto e heteroavaliativas

		Auto avaliação	Hetero avaliação (professores)
N	Válidos	228,0	131,00
	Ausentes	0,00	97,00
Média		11,84	2,85
Moda		7,00	2,00
Desvio Padrão		7,187	1,90
Mínimo		0,00	0,00
Máximo		35,00	12,00
	25	7,00	2,00
	50	10,00	2,00
Percentis	75	17,00	4,00

Fonte: A pesquisadora.

Observa-se uma média baixa nos escores de sintomas depressivos segundo a escala de Hamilton quando a avaliação é feita pelo próprio participante ($M=11,84$, $DP = 7,19$) ou quando a avaliação é feita pelo professor ($M=2,85$, $DP= 1,90$). A análise dos quartis revela que as pontuações abaixo de 7 na escala autoavaliativa representa os 25% dos menores escores e as pontuações maiores que 17 representam os 25% maiores escores. Para a escala heteroavaliativa, os 25% dos menores escores são representados por aqueles com pontuações menores que 2 e os 25% maiores escores são representados por aqueles maiores que 4. Em todos os casos observou-se uma pontuação mais elevada na escala autoavaliativa que na escala heteroavaliativa. Desse total de participantes foram retirados dez idosos com maior pontuação na escala de Hamilton (componentes do grupo-caso) e dez idosos com menores pontuações na escala de

Hamilton (componentes do grupo-controle).

Tabela 4 - Média, desvio padrão, mínimo, máximo e percentil da pontuação total na escala, de Hamilton, auto e heteroavaliada para grupo-caso e grupo-controle

Grupo de caso ou controle		Auto avaliação	Hetero avaliação (professores)	
Caso	N	Válido	1,00	4,00
		Ausente	0,00	6,00
	Média	27,50	2,75	
	Moda	26,00	2,00	
	Desvio padrão	3,028	0,958	
	Mínimo	24,00	2,00	
	Máximo	35,00	4,00	
	Percentis	25	25,75	2,00
		50	27,00	2,500
		75	28,25	3,750
	Controle	N	Válido	10,00
Ausente			00,00	7,00
Média		4,30	3,00	
Moda		4,00	0,00	
Desvio padrão		3,27	2,646	
Mínimo		1,00	0,00	
Máximo		12,00	5,00	
Percentis		25	1,75	0,00
		50	4,00	4,00
		75	5,50	.

Fonte: A pesquisadora.

De acordo com a Tabela 4, observa-se que a média do grupo-caso foi de 27,50 (3,03) para a escala autoavaliativa e 2,75 (0,96) para a escala heteroavaliativa, ao passo a média do grupo-controle foi de 4,30 (3,27) para a escala autoavaliativa e 3,00 (2,65) para a escala heteroavaliativa. O resultado em cada grupo é uma média das duas escalas de auto e heteroavaliação. De acordo com a classificação do instrumento, esses dados revelam que o grupo-caso apresentou sintomas depressivos muito severos quando avaliados por eles mesmos e não apresentaram sintomas depressivos quando avaliados pelos professores.

Como exemplo, podemos citar atitudes como reclamar, achar as coisas difíceis, falta de energia e de sensibilidade ao expressar emoções sejam próprias de quem envelhece. Esses comportamentos por parte dos idosos fazem com que os mais novos e a própria família se afastem da sua convivência. Para os mais jovens existem o preconceito, a discriminação e o isolamento da família e da sociedade para com o idoso e da velhice, o que pode ser encarado como decadência e peso social (Vieira, 2010).

Com relação aos quartis observa-se que as pontuações correspondentes ao grupo caso dos valores menores, 25%, apresentam média de 25,75 para a escala autoavaliativa e 2,0 para a escala heteroavaliativa. E a pontuação correspondente ao grupo dos 25% com maiores pontuações possui média de 28,25 para a escala autoavaliativa e 3,75 para a escala heteroavaliativa.

Para o grupo-controle essas pontuações correspondem a 1,75 e 0,00 para os 25% com pontuações mais baixas nas escalas auto e heteroavaliativas, respectivamente, e 5,50 e 4,00 correspondente aos 25% com pontuações mais altas nas escalas auto e heteroavaliativas, respectivamente. Em conjunto observa-se uma diferença na descrição dos sintomas segundo o tipo de escala. As pontuações descritas nas escalas autoavaliativas são significativamente superiores em relação às pontuações observadas nas escalas heteroavaliativas tanto no grupo-caso como no grupo-controle. As análises das pontuações dos quartis indicam maior atribuição de sintomas ao grupo-controle que ao grupo-caso. Não se observam diferenças entre as pontuações das escalas heteroavaliativas no grupo-caso e controle, indicando baixo poder discriminativo dos professores que responderam à escala para perceber características depressivas nos alunos da UNATI, de acordo com a escala de Hamilton, sugerindo a não preparação por parte dos professores em perceber sintomas nos seus alunos.

4.1. Comparação entre o grupo-caso e grupo-controle para o desempenho na técnica de autoapresentação

Para avaliar o desempenho dos participantes na técnica de autoapresentação, foram analisadas duas temáticas, e suas diferentes categorias, as quais foram criadas a partir da observação. A escolha da primeira temática objetivou a exploração, diante da técnica de autoapresentação, de todas as configurações dispostas pelos participantes em relação à escolha dos objetos. Cabe destacar que não se tem conhecimento, na literatura, até a presente data, da realização de trabalho semelhante. Para que a técnica de autoapresentação fosse um possível instrumento de Auxílio de Depressão em Idosos, o trabalho com a temática teria lugar nesse momento.

A segunda temática vem complementar a primeira. Trata-se do vínculo entre o cliente e o terapeuta, o que, segundo Moreno (1975), é a base do trabalho psicodramático a ser desenvolvido no processo terapêutico. Sem isso, nem o terapeuta consegue ajudar o cliente e nem o cliente pode ser ajudado.

No que diz respeito à *temática relacionada à técnica da autoapresentação* propriamente dita, analisaram-se as seguintes categorias: quantidade de objetos dispostos; a ocupação

do espaço; a variedade de objetos; as cores e quantidade utilizadas; os quadrantes; o tamanho das almofadas; a disposição e distância dos objetos no *setting* terapêutico; tempo de montagem da técnica de autoapresentação.

No que diz respeito à *temática criação de vínculo terapêutico entre participante e pesquisador-terapeuta*, foram analisados: a relação estabelecida no *rapport*³; o vínculo estabelecido entre o participante e o pesquisador-terapeuta; os conteúdos do aquecimento inespecífico; os conteúdos do aquecimento específico para tomada de papéis na dramatização; os resultados apresentados quanto à aceitação da técnica de autoapresentação; a verbalização do participante na entrevista; as emoções demonstradas pelos participantes durante a técnica de autoapresentação.

Segue a classificação dos resultados apresentados na primeira temática 4.1- através da observação na *técnica de autoapresentação*. Onde se percebeu que onde houve maior vinculação houve menor índice de sintomas depressivos.

4.2 Temática da autoapresentação propriamente dita.

4.2.1. Quantidade de objetos

Em relação à quantidade de objetos dispostos no *setting* terapêutico, a Tabela 5 apresenta a seguinte disposição:

Tabela 5 - Quantidade de objetos dispostos no *setting* terapêutico

	caso	controle
1	8	14
2	5	7
3	4	5
4	8	9
5	4	9
6	5	9
7	8	5
8	3	7
9	10	4
10	7	32
Total	62,0	101,0

Fonte: A pesquisadora.

Os dados encontrados na Tabela 5, a respeito da quantidade de objetos dispostos no

³ *Rapport*, termo francês que significa “trazer de volta”, não é utilizado pelo psicodrama. Este não possui um termo tão específico. Moreno traz em sua teoria os conceitos de aquecimentos inespecífico e específico como forma de preparo para dramatizar. *Rapport* é um termo da psicologia usado para criar uma ligação de sintonia e empatia com outra pessoa.

setting terapêutico, mostraram que, no grupo-controle, dois participantes sobrecarregaram a média do grupo (participante de número 1, com quatorze objetos, e o participante de número 10, com 32 objetos). Em geral os objetos em torno de 4%.

O grupo-controle chamou a atenção ao colocar os objetos com números elevados ao passo que o grupo-caso ficou com seu universo relacional mais restrito. Segundo Cuckier (2002), a expansividade emocional de comunidades pode ser medida, ao se permitir a seus membros exercício irrestrito de escolhas, até o ponto em que tanto a tele quanto a espontaneidade se tornam extintas.

Pikunas (1979) postula que as experiências desfavoráveis no passado tornam algumas pessoas idosas tímidas e cautelosas. A ansiedade, a preocupação e a sensibilidade ao perigo inibem muito uma pessoa idosa e propiciam seu retraimento em atividades desafiadoras, ao passo que muitas outras disfarçam mostrando o oposto do que são. O comportamento automático, habitual, fixado, compulsivo, rígido, estereotipado, chegando à esterilidade, é o oposto da espontaneidade. Os comportamentos não espontâneos compõem grande parte do que chamamos de psicopatologia (Blatner; Blatner,1996). Enquanto que os sintomas depressivos são acentuados, se repetem frequentemente e causam prejuízos físicos, psicológicos e sociais.

Os comportamentos dos indivíduos são de natureza psicossocial e vêm contribuindo para trazer qualidade de vida aos indivíduos que buscam um novo sentido de existência. Para Costa (2006), as intervenções eficazes no tratamento de depressão diferenciam a abordagem psicodramática das demais e sua proposta da liberação da espontaneidade e criatividade. Em nosso estudo isso será observado ou não, através da técnica de autoapresentação, o que se evidencia nas filmagens e fotos de cada participante.

4.2.2 Ocupação do Espaço

Como *ocupação do espaço* observou-se a disposição dos objetos no *setting* terapêutico, segundo os significados de acordo com Ferreira (2011):

- *Ocupação total*: tomar ou encher algum lugar na sua totalidade;
- *Metade superior*: cada uma das duas partes iguais em que se divide o todo na parte superior, ou seja, acima da parte inferior;
- *Metade inferior*: cada uma das duas partes iguais em que se divide o todo na parte inferior, ou seja, abaixo da parte superior;

- *Metade à direita*: cada uma das duas partes iguais em que se divide o todo na parte contrária à parte esquerda;
- *Extremidades à direita*: fim, limite, ponta do lado contrário à parte esquerda;
- *Extremidades direita e esquerda*: fim, limite tanto de um lado quanto do outro do *setting* terapêutico.

Tabela 6 - Resultados apresentados em relação à ocupação do espaço no *setting* terapêutico

	Grupo-Caso	Grupo-Controle
1	Ocupação total	Metade à esquerda
2	Ocupação total	Metade superior
3	Ocupação total	Ocupação total
4	Ocupação total	Ocupação total
5	Ocupação total	Ocupação total
6	Metade inferior	Metade à direita
7	Ocupação total	Ocupação total
8	Ocupação total	Extremidades direita e esquerda
9	Ocupação total	Metade à direita
10	Ocupação total	Ocupação total

Fonte: A pesquisadora.

Na Tabela 6, os resultados apresentados em relação à ocupação do espaço no *setting* terapêutico, mostraram que o grupo com sintomas depressivos teve o percentual de 90% com ocupação total do *setting* terapêutico. Somente o participante de número 6 usou a metade inferior. Os participantes do grupo-controle, cujos escores foram baixos na escala de Hamilton, exploraram 50% do *setting* terapêutico indo para outras partes, como por exemplo, os participantes de números 1, 2, 6,8 e 9. Demonstrando um pouco mais de flexibilidade em relação ao grupo caso, onde todos receberam a mesma consigna.

Esses dados corroboram com aqueles descritos na literatura (Freire, 2000; Siqueira; Silva, 2012), segundo os quais a forma como o indivíduo estabelece viver sua vida tem muito a ver com sua psicodinâmica, que pode ser alimentada pela atenção social, pela comodidade em si e até mesmo por processos internos estagnados. O que se viu foi à maioria dos idosos do grupo caso explorando o *setting* terapêutico, até usando os espaços, mas no sentido de preenchê-los sem muita significação quando entrevistados no final da técnica. No caso desses últimos, trata-se de processos relatados pelos idosos que não conseguiram dar uma resposta nova adequada em seus momentos de vida difíceis. Note-se que algumas pessoas se restringem a se mostrar pouco, ao passo que outras se revelam um pouco mais, dependendo da característica de personalidade de cada uma e do momento em si.

Moreno (1996) afirma que o processo de adoecer afeta a função essencial da persona-

lidade, de forma autônoma. Na antropologia moreniana, a espontaneidade pode adoecer em suas funções de adequação e de criação. Também a dimensão relacional do indivíduo pode adoecer e envolver o grupo e a tangibilidade, acarretando, dessa forma, a patologia do papel. Nesse caso, a pessoa não tem existência real. É uma abstração, um conceito vazio. Contudo, possui uma representação ideológica, tal como uma existência imaginária.

A psicopatologia do papel é, no fundo, o próprio eu que está alienado de uma participação social, refugiado numa pseudoliberalidade. Está fechado em si mesmo e se ausenta de uma tomada de posição perante o mundo.

4.2.3 Variedade de Objetos

No que diz respeito à variedade de objetos, observou-se a quantidade de almofadas utilizadas e de objetos de que os participantes fizeram uso no *setting* terapêutico. Vejam-se os resultados na Tabela 7:

Tabela 7 - Resultados apresentados na variedade de objetos

	Grupo-Caso	Grupo-Controle
1	A (6)+ 2 (objetos)	A (5)+11(objetos)
2	A (3)+ 2 (objetos)	A (7)
3	A (4).	A (4) + 1(objeto)
4	A(6) + 2 (objetos)	A (6) + 3(objetos)
5	A (4)	A (2) + 7 (objetos)
6	A (5)+1 (objeto)	A (3 +6 (objetos)
7	A (4) + 4 (objetos)	A (5)
8	A (2) + 1(objetos)	A (5) + 2 (objetos)
9	A (6) + 6 (objetos)	A (4)
10	A (5)+3	A (11) + 21 (objetos)
Total	A= 45 Objetos= 21	A=52 Objetos= 51

A= almofadas + objetos quantidades diferentes; objetos = materiais que não fossem almofadas.

Fonte: A pesquisadora.

De acordo com a Tabela 7, o total de objetos usados foi de 65 para o grupo-caso (45 A= almofadas do grupo-caso + 21 objetos) e de 103 para o grupo-controle (52 A= almofadas total + 51 objetos). Ou seja, os idosos do grupo caso, apresentaram um percentual de 40% menos que os idosos do grupo controle. Os participantes que, segundo a escala de Hamilton, apresentaram escores mais altos, evidenciando sintomas depressivos, dispuseram menor quantidade de objetos no *setting* terapêutico, em comparação aos participantes que apresentaram escores baixos na escala de depressão de Hamilton. Tanto a Tabela 6 quanto a Tabela 7 nos informam esses dados, o que nos sugere inferir uma inibição por parte dos participantes

com sintomas depressivos em comparação aos participantes de números 1 e 10 do grupo-controle, que sobrecarregaram a média do grupo.

Essas atitudes são explicitadas por Neri (2002), enfatizando que o envelhecer traz não só perdas físicas, mas também algumas consequências psicológicas. As diferenças de funções na sociedade e as próprias transformações fisiológicas por que passam os indivíduos levam-nos muitas vezes à perda de sua identidade psicológica.

Assim, o número de objetos escolhidos pelo grupo-controle, em comparação ao grupo-caso, não são premissas para análise de quantidade de objetos e saúde. A construção da personalidade saudável advém de relações saudáveis alicerçadas no decorrer da vida. Quanto mais vínculos satisfatórios e uma vida repleta de experiências positivas o indivíduo tiver mais linear será a estruturação de sua personalidade.

A quantidade e a qualidade de papéis mostram a dinâmica das relações interpessoais ocorridas nos grupos. Quando o indivíduo é capaz de tomar (aceitar) papéis, desempenhar ou interpretar diversos papéis, mais saudável ele se encontra nos aspectos psicológicos. E quanto menos isso ocorrer, mais comprometida sua psique. Com base nos estudos de Moreno (1975), o grupo-caso denuncia sua psicodinâmica voltada para sintomas depressivos. Já o grupo-controle dá indícios de psiques saudáveis.

4.2.4 Resultados referentes às cores das almofadas: quantidade de cores utilizadas = V=cores vivas; P=cor pastel

Com base no resultado das cores das almofadas escolhidas e das quantidades utilizadas pelos participantes da pesquisa, a classificação foi a seguinte: tons vivos (V) e tom pastel (P).

Tabela 8 - Resultados referentes às cores das almofadas e à quantidade de cores utilizadas

Caso	Cores	Quantidade de cores	Controle	Cores	Quantidade de cores
1	V	6	1	V	5
2	V	4	2	V	3
3	P	4	3	V	4
4	V	8	4	V	7
5	V	7	5	V	4
6	V	7	6	V	6
7	V	4	7	V	5
8	V	6	8	V	2
9	V	4	9	V	7
10	V	11	10	V	5
Total		61,0	Total		48,0

V=cores vivas; P=cor pastel

Fonte: A pesquisadora.

Na Tabela 8, com os resultados referentes às cores das almofadas e à quantidade de cores utilizadas (V= cores vivas; P= cor pastel), os dados apontam, que apenas um dos participantes apresentou a cor pastel, em comparação com os participantes cujos escores são baixos na escala de Hamilton, que fizeram uso de 100% das cores vivas. Corroborando com essa afirmação, Costa (2006) refere que, embora a frequência e a gravidade da sintomatologia depressiva variem de um indivíduo para outro, a depressão expressa à falta de alguma coisa, um vazio. Trata-se de uma vida sem cor. Segundo ainda Costa, o funcionamento global do paciente deprimido encontra-se integralmente comprometido, o que interfere não somente no seu cotidiano, mas, também, fundamentalmente, nas relações sociais, merecendo, por isso, urgência de tratamento, nesse caso a diferença não foi significativa para tal afirmação.

Amaral (2007) afirma que os portadores de depressão, muitas vezes, mostram-se perplexos e confusos diante do sofrimento que enfrentam, porque não conseguem associá-lo a uma causa específica ou apontar um fator desencadeante. Além disso, o sofrimento costuma estar combinado ao sentimento de insegurança e a um rosário de outras queixas tais como: falta de vontade de viver, de aproveitar o que a vida oferece naquele momento com comprometimento profissional, desânimo, perda de amigos e da alegria. Os relatos são de um mundo sem cor.

4.2.5 Resultados apresentados quanto aos quadrantes ocupados no *setting* terapêutico

Em relação aos resultados apresentados quanto aos quadrantes ocupados no *setting* terapêutico, a Tabela 9 traz a correspondente disposição.

Tabela 9 - Resultados apresentados quanto aos quadrantes ocupados no *setting* terapêutico

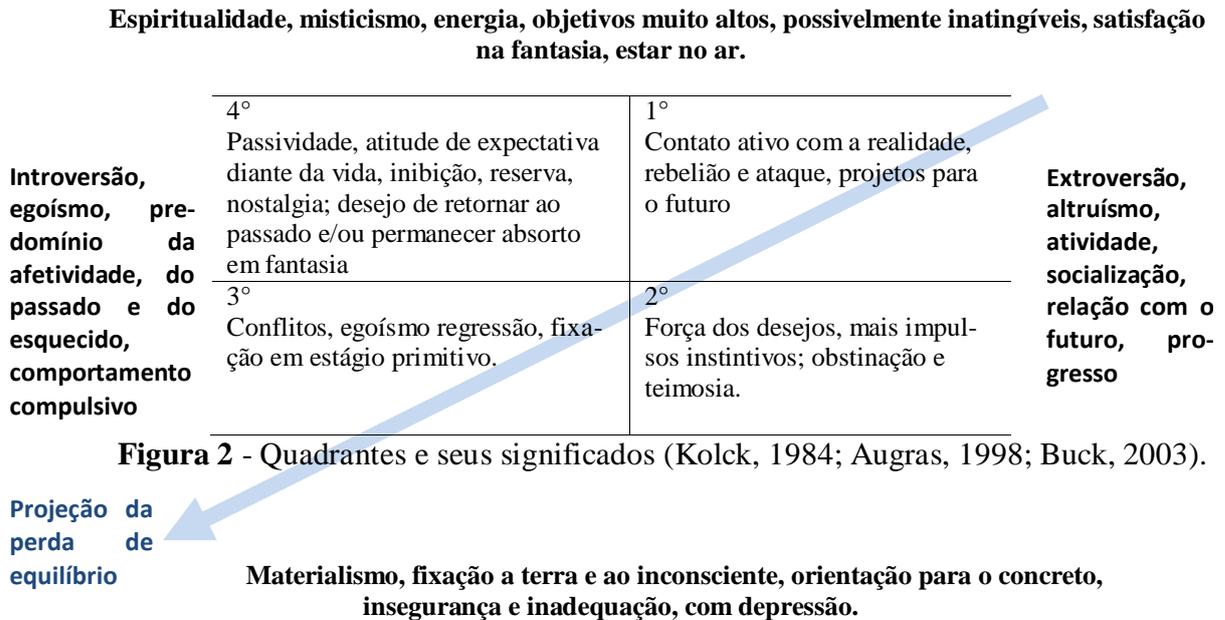
	Grupo-caso	Grupo-controle
1	3	2
2	2	2
3	3	3
4	2	3
5	3	3
6	3	2
7	3	3
8	3	2
9	3	2
10	3	2

Fonte: A pesquisadora.

Como podemos acompanhar, verifica-se que o grupo-caso distribuiu os objetos em

maior quantidade no terceiro quadrante no *setting* terapêutico, e o grupo-controle no segundo quadrante.

A Figura 2, a seguir, traz o significado de cada quadrante, segundo a leitura das técnicas projetivas (Kolck, 1984; Augras, 1998; Buck 2003).



A Tabela 9 e a Figura 2, com os resultados quanto aos quadrantes ocupados no *setting* terapêutico, de acordo com a interpretação gráfica, mostram que os participantes com escalas de escores mais altos no instrumento de Hamilton ocuparam mais o 3° quadrante e que os participantes com escores mais baixos ocuparam mais o 2° quadrante. Na literatura alguns autores interpretam os quadrantes como sendo uma forma de o indivíduo expressar suas emoções (choro, raiva, tristeza, alegria, etc).

Como expressão de psicopatologia, o grafismo recebe especial destaque nas abordagens sobre arte de “doentes mentais” e nas discussões sobre “arte e primitivismo”. Vem sendo usado também no contexto psicoterápico como meio de contato, investigação e tratamento. Tem sido utilizado como importante elemento de psicoterapia. Paralelamente, tem-se desenvolvido seu uso no conjunto da Terapia pela Arte: o desenho com valor terapêutico em si mesmo (Kolck, 1984).

Os testes projetivos oferecem estímulos de estruturação ambígua, de modo que o sujeito necessita apelar para diferentes condutas, sejam verbais, gráficas ou lúdicas. Para os autores desses testes, os aspectos inconscientes dão sinais de depressão, prejuízos no equilíbrio da personalidade, nos aspectos afetivos e no modo como são feitos os contatos, o que vem con-

firmar os dados levantados (Kolck, 1984; Augras, 1998; Buck, 2003). Erick Erickson defende que o desenvolvimento psicológico é um processo que ocorre durante toda a vida. Aponta duas grandes áreas significativas no processo de construção da identidade do idoso: a vida familiar e as experiências laborais. Nesses dois campos as experiências podem trazer vivências positivas, no sentido de serem geradoras da saúde, como experiências negativas comprometendo os aspectos psicológicos.

Não nos esclarece acerca das crises que aparecem no decorrer da vida, com intensidades diferentes e momentos distintos para cada indivíduo. Contudo, nos leva a refletir sobre o fato de que as pessoas mais intensamente afetadas são, provavelmente, aquelas mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas depressivos.

Em outras pessoas, pode realmente existir uma época de grande mudança na vida de algumas pessoas como também de mudanças em alguns traços de personalidade, muito vagamente situada em torno da metade da vida ou até mesmo na terceira idade com a chegada do “ninho vazio”.

A configuração nos quadrantes do grupo-caso, ao dispor os objetos no *setting* terapêutico, aponta indícios de sintomas depressivos, quando se atêm ao materialismo, à fixação à terra e ao inconsciente, à orientação para o concreto, se sente inseguro e inadequado, com depressão, segundo a leitura do grafismo.

O Psicodrama, por sua vez, em vez de trabalhar com produções gráficas interpretativas, utiliza-se da ação dramática, como forma de o indivíduo expressar seus conteúdos emocionais, aliviando-os. A proposta é a liberação da espontaneidade e da criatividade do indivíduo, na busca do encontro dele com a saúde. Isso é feito no aqui-agora, por meio de técnicas psicodramáticas, que agem como instrumentos mediadores no vínculo terapeuta-cliente (Moreno, 1994).

4.2.6 Resultados apresentados quanto ao tamanho das almofadas

Como ocupação do espaço observou-se a disposição dos objetos no *setting* terapêutico, conforme classificação apresentada na Tabela 10.

Tabela 10 - Tamanho das almofadas

	Grupo-Caso				Grupo-Controle			
	Grande	Médio	Pequeno	Muito pequeno	Grande	Médio	Pequeno	Muito pequeno
1	1	1	1	0	1	1	1	0
2	2	2	2	1	0	0	2	1
3	0	4	0	0	0	2	1	1
4	0	2	2	2	0	2	2	2
5	0	2	0	0	1	3	0	0
6	0	1	2	0	0	1	2	2
7	1	2	1	1	0	4	0	0
8	0	0	4	1	1	0	1	0
9	1	1	0	2	2	2	1	0
10	2	1	3	0	0	2	0	2
Total	7	16	16	7	5	17	10	8

Grande= almofadas medindo 60 x 60 cm; média= almofadas medindo 40 x 40 cm; pequena= almofadas medindo 20 x 20 cm; muito pequena= almofadas medindo 10 x 10 cm.

Fonte: A pesquisadora.

A Tabela 10 traz os resultados apresentados quanto ao tamanho das almofadas: grande, médio, pequeno, muito pequeno, ocupados no *setting* terapêutico. Os dados comprovam as dificuldades que alguns participantes com escores altos na escala de Hamilton apresentaram em relação aos tamanhos das almofadas, quando partiram para representar o outro diferente dele, o sentimento, a expectativa, o vivido, o não vivido, bem como a visualização do grande e o muito pequeno. Sendo que o tamanho de almofadas muito pequeno, o grupo caso apresentou 45 no total perfazendo índice de 15% do total do grupo. Enquanto o grupo controle apresenta o total de 40 com o índice 25% de almofadas muito pequenas. Para tais casos a literatura refere que a expansividade do eu está comprometida, pois que o participante margeia sua percepção de forma indefinida. Santos (1993), por exemplo, afirma que o método fundamental é o desempenho do papel espontâneo-criador, personificando outras formas de existir, através da representação, para exploração e expansão do eu e para o conhecimento dos universos desconhecidos (Moreno, 1995).

Segundo Moreno (1975), o papel é uma unidade psicossocial de conduta e, como tal, acompanha o ser humano em toda a sua existência, nas diversas funções e características que exerce numa sociedade. O papel pode ser escolhido, adotado, mudado, imposto ou até mesmo perdido, como acontece com a maioria dos idosos quando chega nessa etapa da vida, que já perderam muita coisa ao longo da caminhada. É o que os dados trazidos pelo grupo-caso confirmam. O que se observou foi que papéis eram trazidos pelos participantes, que conteúdos, e se nesses papéis estavam presentes os sentimentos positivos, ou negativos na relação estabele-

cida com o outro. Exemplo quando na apresentação da técnica de autoapresentação no trazer pela idosa (o) do conteúdo de que forma o papel de mãe aparecia e de que forma o contrapapel dos seus filhos eram apresentados em relação a ela.

4.2.7 Resultados apresentados quanto à distribuição dos objetos

Os resultados apresentados na Tabela 11, quanto à distribuição dos objetos no *setting* terapêutico, nos motivaram a buscar definições de algumas palavras no dicionário *Aurélio* (Ferreira, 2011), auxiliando no entendimento da seguinte configuração:

- *Amontoados*: objetos dispostos um em cima do outro;
- *Distantes*: afastados, longe da demarcação;
- *Bem dispostos*: trata-se da configuração montada pelo participante sem nenhum objeto sobreposto ao outro.

Tabela 11 - Resultados apresentados quanto à distribuição dos objetos

Grupo-Caso	Grupo-Caso			Grupo-Controle		
	Amontoados	Distantes	Bem dispostos	Amontoados	Distantes	Bem dispostos
1			1			1
2			1		1	
3			1		1	
4	1		4		1	
5			1	1		
6			1			1
7			1			1
8			1			1
9		1				1
10	10					1
Total	11	1	11	1	3	6

Fonte: A pesquisadora.

Na Tabela 11, em que os resultados apontam a distribuição dos objetos no *setting* terapêutico (amontoados, distantes, bem dispostos), verifica-se que apenas um participante do grupo caso, e um participante do grupo controle colocam os objetos de forma amontoados. Exceto o participante do grupo caso de número 10, que apresenta 10 objetos amontoados, sobrecarregando o grupo caso. Enquanto o grupo controle somente os participante de número 5, dispõe 01 objeto amontoados. Já os participantes que apresentaram escores mais baixos (grupo-controle) distribuíram os objetos nas demais categorias. Santos (1993) refere que o

participante é autor-ator, desvelando-se na ação dramática, Ao representar-se como protagonista, por meio do desempenho de papéis diante do proposto, rompe a separação entre o mundo privado e o mundo público, na busca da catarse.

Nesse raciocínio somente o participante de número 10 do grupo caso, apresentou dificuldades em harmonizar seu mundo interno, convergindo para o drama individual, com a trama dos outros da sua convivência. Assim, encontra-se confuso diante da proximidade do outro em relação ao seu eu. Fonseca (1980) afirma que, quanto mais atingida a personalidade pela doença, maior a dificuldade para se jogar e se inverter papéis no Psicodrama e na vida. É pela capacidade de inverter papéis (experienciar o outro) que teremos o grau de possibilidades para o Encontro.

Cabe assinalar, com Costa (2006), que os meios de comunicação têm propagado muitas informações sobre a depressão. Isso facilita o reconhecimento dos sintomas, permitindo que os indivíduos busquem tratamento. Contudo, acrescenta a autora, que há pessoas que, apesar de todo sofrimento, nem imaginam o que apresentam.

4.2.8 Tempo de montagem da técnica de autoapresentação pelo participante

Como tempo utilizado para montagem da técnica de autoapresentação no *setting* terapêutico, classificou-se o tempo desde o aquecimento inespecífico, passando pelo aquecimento específico, dramatização e o compartilhar. Os tempos especificados abaixo têm por base o tempo de uma sessão de psicoterapia individual de cinquenta minutos, estipulado pela pesquisadora, calculando-se o tempo levado do início ao fim da montagem da técnica.

- *Tempo longo* – mais de trinta minutos;
- *Tempo moderado* – entre vinte minutos e vinte e cinco minutos;
- *Tempo curto* – menos de quinze minutos.

Tabela 12 - Tempo de montagem da técnica de autoapresentação pelo participante

	Grupo-Caso	Grupo-Controle
1	56'	10'
2	35'	30'
3	38	40'
4	50'	43'
5	31'	45'
6	23'	40'
7	18'	20'
8	38'	30'
9	27'	50'
10	52'	29'
Total	368'	337'

Fonte: A pesquisadora.

Os dados da Tabela 12, com o tempo de montagem da técnica de autoapresentação pelo participante, mostram que os participantes do grupo-caso levaram mais tempo para se apropriarem da técnica que os participantes do grupo-controle. Este grupo (caso) demonstrou maior aquecimento para realização de tal tarefa.

Costa (2006) afirma que os fatores psicossociais estão relacionados aos eventos vitais, condições de saúde e suporte ocorridos durante o período de envelhecimento, tais como aposentadoria, morte do cônjuge ou outro familiar próximo, dificuldades locomotoras, dores físicas, limitações funcionais, solidão e maus-tratos. Assinale-se que muitos idosos, independentemente de apresentarem depressão ou não, possuem dinâmicas parecidas. Por conta disso, as características individuais devem ser consideradas, pois cada participante tem seu tempo, sua disposição, compreende a tarefa à sua maneira e apresenta a configuração da sua vida como lhe convém.

Segue explanação sobre a segunda temática. Trata-se de observações importantes sobre o vínculo estabelecido entre os participantes e a pesquisadora, bem como sobre o envolvimento de cada um nas atividades propostas, além do sentimento apresentado no momento da montagem da técnica.

4.3 Criação de vínculo terapêutico entre o participante e a pesquisadora (*rapport*)

A Tabela 13 traz os dados sobre a criação de vínculo terapêutico entre o participante e o pesquisador (*rapport*), bem como sobre o tempo de duração da técnica, no que diz respeito

aos traços psicológicos, segundo os autores consultados para a pesquisa (Pinheiro; Gomes; Hutz; Nunes, 2011; Lara, 2012). Segue a classificação:

- *Extrovertida*: pessoa expansiva, comunicativa, com liberdade e mais desenvoltura para se expressar;
- *Introversa*: pessoa centrada, voltada para si mesma e ligada às experiências íntimas de si mesma;
- *Evitativa*: pessoa preocupada, cautelosa, apreensiva; evita situações de risco.

Tabela 13 - Criação de vínculo terapêutico entre o participante e o pesquisador (*rapport*)

	Grupo-Caso	Grupo-Controle
1	12' - Extrovertido	18' - Introverso
2	10' - Extrovertido	10' - Extrovertido
3	05' - Introspectivo	20' - Extrovertido
4	26' - Extrovertido	12' - Evitativo
5	7' - Introverso	7' - Extrovertido
6	8' - Extrovertido	14' - Introverso
7	5' - Introverso	6' - Extrovertido
8	15' - Extrovertido	3' - Introverso
9	7' - Evitativo	16' - Extrovertido
10	20' - Extrovertido	8' - Extrovertido
Média de tempo	115'	114'

Fonte: A pesquisadora.

Os resultados da Tabela 13, com o *rapport* estabelecido e o tempo de interação entre pesquisador/terapeuta e participantes da pesquisa, mostram que o tempo que os participantes utilizaram para montagem da técnica foi com um segundo de diferença um do outro. O que se observou também na psicodinâmica de participação tanto do grupo caso como o controle, dois participantes do grupo caso (o de número 9) e outro do grupo-controle (o de número 4) apresentaram uma postura evitativa, demonstrando dificuldades de interação com a pesquisadora-terapeuta e de se envolverem na tarefa proposta.

Para esse contexto, Amaral (2007) aponta que, na maioria das vezes, estar doente (depressivo) é uma forma encontrada pelas pessoas para se manifestarem perante a sociedade, a família e a si mesmas. Isso porque a cultura de cada ser se insere nessa cultura, influenciando quer na maneira como o cuidado é fornecido, quer na busca da assistência pela pessoa adoecida.

Do ponto de vista moreniano, a articulação que o indivíduo desenvolve com os outros na sociedade mostram as relações que ele estabelece – de proximidade, distância, envolvimentos ou não com os demais. Evidencia também a posição afetiva no seu átomo social, a

exemplo, se próxima, se distante, se com afeto, se sem afeto, bem como sua participação nos demais grupos da sociedade. Mostra ainda que não é a quantidade e sim a qualidade de relações estabelecidas ao longo da vida. Esses dados são significativos para elucidar indícios de isolamento social, dificuldade em desenvolver sentimentos de pertença, o que pode levar à depressão ou não.

4.3.1 Vínculo estabelecido entre o terapeuta e os participantes

No que tange ao vínculo estabelecido entre participantes e pesquisadora/terapeuta, buscou-se o significado dessa palavra (vínculo), segundo (Ferreira, 2011), definindo-se as seguintes categorias:

- *Bom vínculo*: aquele em que há cordialidade entre as partes – o pesquisador/terapeuta demonstra ser conhecedor das tarefas a serem propostas e o participante mostra-se disponível e participa de forma espontânea;
- *Vínculo formal*: é aquele em que quase não há interação entre ambos – o pesquisador/terapeuta e o participante apenas visam à realização da tarefa;
- *Vínculo distante*: é aquele em que o participante praticamente não dá atenção à fala do pesquisador/terapeuta;
- *Vínculo sem interação*: é aquele em que o trabalho fica comprometido pela falta de envolvimento de ambas as partes.

Tabela 14 - Vínculo estabelecido entre terapeuta e participantes

	Grupo-Caso	Grupo-Controle
1	Bom vínculo	Vínculo sem interação
2	Bom vínculo	Vínculo formal
3	Bom vínculo	Bom vínculo
4	Vínculo distante	Bom vínculo
5	Vínculo distante	Vínculo formal
6	Vínculo distante	Bom vínculo
7	Vínculo distante	Vínculo distante
8	Bom vínculo	Vínculo sem interação
9	Vínculo distante	Bom vínculo
10	Bom vínculo	Vínculo sem interação

Fonte: A pesquisadora.

Os resultados apresentados na Tabela 14, sobre o vínculo estabelecido entre terapeuta e participante, mostram que os participantes de ambos os grupos (caso e controle) estabelece-

ram vínculos parecidos em termos de envolvimento na tarefa proposta com a terapeuta-pesquisadora, o que revela a importância da tele em tal relação. Nery (2003) afirma que, sob o ponto de vista holístico, a personalidade está relacionada à cultura, ao contexto e ao momento em que vivemos, ou seja, existimos nas relações: existir é coexistir. Para autora, os vínculos estabelecidos resultam na aprendizagem de lógicas afetivas de conduta. Nossas vivências ocorrem em vários níveis de consciência e vêm sob a forma de expressão sintética de algum aprendizado emocional, derivados de várias experiências vinculares, que podem levar a experiências espontâneas criativas ou a uma complementação patológica do papel.

A psicoterapia psicodramática, segundo Moreno, é a integração desses focos de interesse. Trata-se do desenvolvimento da espontaneidade criativa, por meio da ação dramática num contexto de psicoterapia grupal, no qual se levam em conta as inter-relações dos participantes e o desempenho de seus diversos papéis (Naffah Neto, 1979).

Ainda neste contexto, Moreno (1975) afirma que, no geral, sua teoria aponta que as relações se montam de formas individuais e coletivas. Revelamo-nos e nos estruturamos por meio da ação, que se constitui do desempenho de papéis. Portanto, a transmissão cultural (o processo social) é fundamental na trama que se estabelece entre o indivíduo e a sociedade, o que os dados da nossa pesquisa vieram a confirmar.

4.3.2 Conteúdo do aquecimento inespecífico

Acerca do conteúdo do aquecimento inespecífico, na Tabela 15 são apresentados os dados colhidos.

Tabela 15 - Conteúdos do aquecimento inespecífico (síntese das falas dos participantes)

	Grupo-Caso	Grupo-Controle
1	Depressão do passado.	Morte do marido ocorrida há quinze dias.
2	Contexto da vida toda, mostrado em uma almofada.	Casamento ruim, mantido por obediência divina.
3	A vida como um todo.	Traição por parte da esposa.
4	Um sonho que quer realizar.	Menção à família sem muito entusiasmo.
5	Contexto da vida, sem definição de trabalho nesse momento.	Conteúdos abstratos (saúde, paz, felicidade que precisa conquistar).
6	Contexto da vida, sem definição de trabalho nesse momento; depressão e uso de medicação.	Momento difícil da vida: filho usuário de drogas há dezessete anos.
7	Definição de trabalho nesse momento.	Família ausente.
8	Momento de ansiedade e angústia no relacionamento com o neto.	A conquista da casa por esforço dela.
9	A vida é maravilhosa	Menção ao curso de direito que não pôde terminar.
10	Contexto familiar que a deprime.	A vida com indefinição.

Fonte: A pesquisadora.

Os dados da Tabela 15, sobre o aquecimento inespecífico, apontam que os participantes de ambos os grupos (grupo-caso; grupo-controle) trouxeram conteúdos considerados positivos e negativos da vivência emocional. Sendo que o grupo controle nas sínteses de suas falas apresentou mais dor, dando ênfase aos “outros” em sua convivência.

Fonseca (1980) corrobora tal resultado, ao constatar que, quanto mais se “inverter ou não papéis”, além de uma cena psicodramática, é preciso de um longo prazo. A observação, na continuidade das sessões psicodramáticas, é que dará elementos para que se conclua, até o ponto em que o paciente não inverta mais determinados papéis, ou os coloque no seu mundo, seja um papel em específico, vários deles, ou todos. A observação realizada permitiu verificar os bloqueios existentes, num setor emocional com referência a um determinado vínculo, ou se o bloqueio era mais amplo e até global.

4.3.3 Conteúdo do aquecimento específico: objeto escolhido para inversão de papel

Quanto ao conteúdo do aquecimento específico, com o objeto escolhido para tomada de papel, os participantes do grupo-caso e do grupo-controle se posicionaram escolhendo os objetos que de alguma forma tinham relação com suas vivências, como se apresentam os dados da Tabela 16:

Tabela 16 - Conteúdo do aquecimento específico: objeto escolhido para inversão de papéis

	Grupo-Caso	Grupo-Controle
1	Terço representando Deus.	Almofada representando a mãe.
2	Almofada representando a si: emoção.	Almofada vermelha: garra que tem por suportar os problemas.
3	Almofada representando o passado.	Ele se escolheu para conversar.
4	Estatuto do Idoso representando o livro que pretende escrever.	Almofada representando a nora que não gosta dela.
5	Terço representando sua fé.	Almofada representando a paz.
6	Terço representando sua fé.	Fala consigo mesma.
7	A família.	Dinheiro como vitória em sua vida.
8	Linha, agulha e tesoura representando seu trabalho como costureira durante toda sua vida.	A família.
9	Fala consigo mesma.	O seu trabalho.
10	A convivência familiar.	Fala com Deus.

Fonte: A pesquisadora.

De acordo com os dados da Tabela 16, quanto à escolha do objeto para tomada de papéis, os participantes do grupo-caso elencaram objetos representando Deus, emoção positiva, busca pelos direitos (Estatuto do Idoso), família, trabalho, convivência, eles mesmos. Os par-

ticipantes do grupo-controle apresentaram objetos representando a mãe, problemas, ele mesmo, a nora, a paz, dinheiro, trabalho, Deus.

Três participantes (números 1, 5 e 6) do grupo-caso mencionaram conteúdos envolvendo fé e Deus. No grupo-controle, dois participantes (números 5 e 10) escolheram temas como paz e Deus. Evidenciou-se que os temas relacionados ao fortalecimento da alma são mais comuns entre os idosos que em outras fases anteriores da vida e não propriamente indícios de humor depressivo.

Cool, Palácios e Marchese (2004) referem-se ao pensamento de Eric Erickson, segundo o qual é no último estágio do desenvolvimento da personalidade que o indivíduo, ao se aproximar da morte, vai se despedindo dos apegos terrenos e buscando mais as coisas divinas para transcenderem. Os nossos dados revelam que os participantes do grupo-controle trouxeram objetos com mais destaque para o aquecimento inespecífico, dando a oportunidade de continuidade no aquecimento específico. Trata-se de uma energia vital diferente em termos de emoções positivas e de olhar, diante dos desafios.

Já os participantes do grupo-caso trouxeram outro objeto não escolhido no aquecimento inespecífico, que emocionalmente está preso às situações dolorosas vividas no passado, revelando energia vital em baixa.

Vale citar, nesse sentido, que Blatner e Blatner (1996); Perazzo (1994) e Cukier (2002) e (Nery, 2003) se manifestam a favor do Psicodrama como possibilidades de dramatizar cenas ou amplificar experiências em todos os tempos: presente, passado e futuro. Buscam contribuir para a prática psicodramática, desenvolveram ideias valiosas que contribuem para o trabalho desenvolvido pelo pesquisador psicodramatista, quando frisaram a importância da manutenção do aquecimento do protagonista e do próprio diretor. Também trataram da importância de o diretor acompanhar as necessidades do protagonista dentro da ação dramática, com foco no momento da ação entre os personagens, voltando-se para o sofrimento do protagonista. Mediante um processo co-criativo e empático (com princípios de duplo), ele contribui ativamente para a vivência terapêutica.

4.3.4 Resultados apresentados pelos participantes em relação à aceitação da técnica de autoapresentação

Em relação à aceitação da técnica de autoapresentação pelo participante, buscamos o significado das palavras sob o entendimento de Ferreira (2011):

- *Disponível*: aquele que realizou a tarefa;
- *Pouco disponível*: aquele que realizou a tarefa diante do proposto pela pesquisadora-terapeuta, mas seguiu as instruções parecendo não entender a técnica, tendo sido treinada várias vezes;
- *Resistente*: aquele que resiste ou reage; que opõe resistência a qualquer proposta;
- *Muito disponível*: aquele que, além de realizar a tarefa, demonstra entendimento da técnica.

Tabela 17- Resultados apresentados pelos participantes em relação à aceitação da técnica de autoapresentação

	Grupo-Caso	Grupo-Controle
1	Disponível	Disponível
2	Disponível	Disponível
3	Disponível	Disponível
4	Pouco disponível	Disponível
5	Disponível	Disponível
6	Resistente	Disponível
7	Disponível	Disponível
8	Disponível	Disponível
9	Disponível	Disponível
10	Disponível	Disponível

Fonte: A pesquisadora

Os resultados dos participantes da pesquisa quanto à aceitação da técnica de autoapresentação são os seguintes: o grupo-caso, dois participantes (os de número 4 pouco disponível e o de número 6 resistente) ambos demonstraram resistências em desenvolver a técnica de autoapresentação. Já no grupo-controle houve uma aceitação total dos participantes após receberem a tarefa para desenvolver.

Moreno (1975, p. 281) aponta-nos que os estados espontâneos são gerados por vários dispositivos de arranque. O sujeito coloca o seu corpo e mente em movimento, usando atitudes corporais e imagens mentais que o levam a alcançar esse estado. A esse estado deu o nome de *warming up process*. O aquecimento preparatório pode ser estimulado por agentes corporais de arranque (um complexo processo físico em que as contrações musculares desempenham um papel preponderante) e por agentes mentais de arranque (sentimentos, imagens no sujeito que são frequentemente sugeridos por outra pessoa).

4.3.5 Verbalização através da entrevista na técnica de autoapresentação

Em relação à verbalização dos participantes, as possibilidades são como segue, conforme significados das palavras encontrados em Ferreira (2011):

- *Falou muito*: se expressa por palavras, diz, discorre sobre um assunto, é muito expressivo, comunicativo;
- *Falou pouco*: se expressa por palavras, diz, discorre sobre um assunto, é pouco expressivo, pouco comunicativo;
- *Quase não falou*: responde só o perguntado, não amplia a comunicação.

Tabela 18 - Verbalização do participante através do inquérito na técnica de autoapresentação

	Grupo-Caso	Grupo-Controle
1	Falou muito	Falou pouco
2	Falou pouco	Falou pouco
3	Falou pouco	Falou pouco
4	Falou muito	Quase não falou
5	Quase não falou	Falou pouco
6	Falou pouco	Falou pouco
7	Falou pouco	Falou muito
8	Falou pouco	Falou muito
9	Quase não falou	Falou muito
10	Falou pouco	Falou muito

Fonte: A pesquisadora.

Conforme os dados da Tabela 18, sobre a verbalização do participante na entrevista na técnica de autoapresentação, evidencia-se que os participantes do grupo-controle verbalizaram mais que os participantes do grupo-caso. Os resultados por grupo são como segue: do grupo-caso, oito participantes falaram pouco, dois quase não falaram, dois falaram muito; do grupo-controle, cinco participantes falaram pouco, um participante quase não falou e quatro participantes falaram muito. Em suas falas notou-se que os que falaram pouco do grupo caso, embargaram a voz ao relatar suas vivências.

Sabe-se que a depressão atinge a pessoa em sua totalidade, nos aspectos físicos, emocionais e relacionais. No caso de nossa pesquisa, verificou-se que o grupo-caso teve um desempenho, em relação ao grupo-controle, mais de reserva. Estudos desenvolvidos por Costa (2006) e Amaral (2007) demonstram que o humor depressivo, dependendo do grau, é mencio-

nado como uma sensação de forte de tristeza ou total desesperança, de falta de coragem ou ainda de uma angústia indescritível, tirando toda vontade de agir.

4.3.6 Movimentação do participante com relação à montagem da técnica de autoapresentação

A movimentação dos participantes na busca dos objetos para montagem da técnica de autoapresentação no *setting* terapêutico foi classificada segundo o seu significado, conforme Ferreira (2011):

- *Movimentou-se o tempo todo* – é o caso daquele participante que, após o aquecimento inespecífico e específico para dramatizar, ficava andando de um lado para o outro;
- *Mais parado* – é o caso do participante que, diante dos objetos, ficava olhando por alguns segundos sem ação e que só diante do encorajamento da pesquisadora/terapeuta se voltava em direção a algum objeto;
- *Movimentou-se pouco* – aquele participante que se aqueceu pouco e foi logo tratando de montar seus conteúdos;
- *Movimentou-se muito* – aquele participante que ia colocando os objetos no *setting* terapêutico e ao mesmo tempo falava sobre o que estava colocando.

Tabela 19 - Resultados apresentados pelos participantes em relação à aceitação da técnica de auto apresentação

	Grupo-Caso	Grupo-Controle
1	Movimentou-se o tempo todo	Mais parado
2	Movimentou-se pouco	Movimentou-se o tempo todo
3	Movimentou-se pouco	Movimentou-se pouco
4	Movimentou-se pouco	Movimentou-se o tempo todo
5	Movimentou-se pouco	Movimentou-se pouco
6	Movimentou-se pouco	Movimentou-se muito
7	Movimentou-se pouco	Movimentou-se muito
8	Movimentou-se pouco	Movimentou-se pouco
9	Movimentou-se pouco	Movimentou-se muito
10	Movimentou-se o tempo todo	Movimentou-se muito

Fonte: A pesquisadora.

Os dados da Tabela 19 mostram que os participantes do grupo-caso se movimentaram menos durante a montagem da técnica de autoapresentação, exceto os participantes de números 1 e 10, que se movimentaram o tempo todo. Os demais desse grupo ficaram na categoria movimentaram-se pouco. Os resultados do grupo-controle foram os seguintes: o participante de número 1 era mais parado; os participantes de números 3 e 5 e 8 movimentaram-se pouco.

Os demais do grupo ficaram na categoria movimentaram-se muito.

Conclui-se que os participantes do grupo-controle estavam mais ativos e se movimentaram mais que os participantes do grupo-caso nessa atividade proposta.

Na movimentação do participante com relação à montagem da técnica de autoapresentação, os dados apontam, portanto, que os participantes do grupo-controle são mais ativos e se movimentam fisicamente mais que os participantes do grupo-caso, mostrando-nos energia vital boa ou debilitada.

Segundo Amaral (2007), tem sido demonstrado que pessoas portadoras de subsintomas, síndrome depressiva ou depressão menor, se não identificadas e/ou tratadas em suas enfermidades, podem evoluir com significativa perda do *status* funcional ao longo da vida, caminhando para a mortalidade em um prazo de três anos.

4.3.7 Emoções demonstradas pelos participantes durante a técnica de autoapresentação

A Tabela 21, a seguir, traz os resultados relativos às emoções expressadas pelos participantes durante a técnica de autoapresentação, conforme significados encontrados em Ferreira (2011):

- *Choro*: pranto, lágrimas; ato ou efeito de chorar;
- *Alegria*: qualidade ou estado de quem tem prazer de viver; contentamento; satisfação.

Tabela 20 - Emoções demonstradas pelos participantes durante a técnica de autoapresentação.

	Grupo-Caso	Grupo-Controle
1	Choro	Choro
2	Alegria	Choro
3	Choro	Alegria
4	Choro	Choro
5	Choro	Alegria
6	Alegria	Choro
7	Choro	Choro
8	Choro	Alegria
9	Choro	Choro
10	Choro	Alegria

Fonte: A pesquisadora.

De acordo com os resultados da Tabela 20, as emoções demonstradas pelos participantes durante a técnica de autoapresentação apontaram que os participantes do grupo-controle

apresentam labilidade emocional (choro) em menor número que os participantes do grupo-caso. Indivíduos deprimidos possuem fragilidades emocionais pelo fato de terem feridas abertas ao longo do seu desenvolvimento. Por conseguinte, a técnica de autoapresentação mobiliza o cliente a vivenciar o “autodrama”. O cliente “representa, vive, “é” cada um dos personagens, um de cada vez” e depois “ele se dá a réplica”, desempenhando “todos os papéis necessários, mudando cada vez de posição”. Segundo Monteiro (2006), o cliente tem dificuldade em contracenar com duas ou mais pessoas, e os conteúdos mais latentes afloram, vindo o choro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese buscou trabalhar com a terceira idade no sentido de contribuir para que essa população possa de alguma forma, ser contemplada com benefícios extraídos de dados científicos na melhoria da qualidade de suas vidas.

Nesse sentido, este estudo objetivou avaliar e descrever o uso da técnica de autoapresentação do Psicodrama, como auxílio de diagnóstico de depressão em idosos. Para responder a esse objetivo, aplicaram-se instrumentos tais como questionário sociodemográfico, as escalas de Hamilton auto e heteroavaliativas e a própria técnica de autoapresentação do Psicodrama.

Na técnica de autoapresentação, levantaram-se duas grandes temáticas.

A primeira temática relaciona-se à técnica de autoapresentação propriamente dita, por meio da qual se analisaram as seguintes categorias: quantidade de objetos dispostos no *setting* terapêutico; a ocupação do espaço; a variedade de objetos; as cores e quantidades utilizadas; os quadrantes; o tamanho das almofadas; a disposição e distância dos objetos no *setting* terapêutico; tempo de montagem da técnica de autoapresentação.

A segunda temática se insere na interação do participante com a pesquisadora/terapeuta. Foram analisadas as seguintes categorias: relação estabelecida no *rapport*; vínculo estabelecido entre o participante e a pesquisadora/terapeuta; conteúdos do aquecimento inespecífico; conteúdos do aquecimento específico para inversão de papéis na dramatização; resultados apresentados quanto à aceitação da técnica de autoapresentação; verbalização do participante no relato da dramatização; emoções demonstradas pelos participantes durante a técnica de autoapresentação.

Uma dificuldade encontrada foi a de discriminar o que poderia ser um desempenho natural do idoso, devido à etapa em que se encontravam apresentando comportamentos tais como, lentidão, isolamento, acomodação, perda de vontade de sair de fazer coisas com o que poderia ser um indício de depressão nos idosos visualizado com a aplicação das escalas de Hamilton.

Quando os idosos foram avaliados pelos professores, a hipótese levantada foi que os professores não se atentaram para os sintomas depressivos relatados pelos idosos, por acharem que eram comportamentos e atitudes próprios da idade. Já os que avaliaram a si mesmos identificavam os sintomas por vivenciá-los, podiam falar sobre eles. Segundo Costa (2006), o deprimido que sente os sintomas depressivos tenta compreendê-los, mas não tem discerni-

mento da ação dos neurotransmissores cerebrais e suas alterações influenciando em seus comportamentos.

O grupo-controle, por sua vez, não apresenta depressão quando avaliados por eles mesmos ou pelos professores.

Os resultados demonstraram alto índice de sintomas depressivos na população estudada, tanto na pontuação dos sintomas depressivos nas escalas de Hamilton como nas duas temáticas levantadas. Quanto às categorias trabalhadas pelo participante, destacou-se o grupo-caso pelas discrepâncias nos dados em relação ao grupo-controle, conforme demonstrado nas tabelas apresentadas no corpo do trabalho. Sendo assim, a técnica de autoapresentação contribuiu por ter mostrado a dinâmica de cada participante no desempenho dos conteúdos emocionais trazidos durante a coleta de dados.

Nesse sentido, este trabalho traz contribuições significativas para o campo de políticas públicas, na medida em que possibilita um melhor reconhecimento da população idosa frequentadora das Universidades Abertas à Terceira Idade. Como referido, essa população faz uso das oficinas sem nenhum ônus e garante-se que um maior número de pessoas também possa vir a usufruir desse benefício.

Trabalha-se nas oficinas a possibilidade dos idosos de expor os conteúdos através das técnicas do psicodrama, podendo reviver uma segunda vez em um contexto terapêutico adequado, o que em algum momento atrás não foi possível, gerando com isso um acúmulo de sentimentos tais como: culpa, angústia, ansiedade e outros. No intuito da liberação da espontaneidade e criatividade levando a experiências renovadoras.

Outra contribuição do trabalho, em relação à técnica de autoapresentação e a trabalhos com grupos, diz respeito à identificação dos sintomas depressivos nessa população, para que possam ser trabalhados não só nos consultórios médicos, mediante a medicalização nesse contexto, mas proporcionando aos indivíduos possibilidades de vivenciar seus traumas, seus conflitos no exercício da psique em ação com a dramatização dos conteúdos adoecidos.

Nesse sentido, a proposta de Moreno é contemplada, dado que este pensou o Psicodrama como algo que pudesse alcançar o maior número de pessoas, com o sonho de teraputizar a humanidade, para que a vida no mundo pudesse ser melhor. Não chegamos a tanto, mas a possibilidade de trabalhar com pequenos grupos nas oficinas e particularmente na Oficina do Grupo Centrado na Qualidade de Vida Emocional em Si. Essa oficina foi criada a partir da coleta de dados desta pesquisa e tem dado frutos positivos no combate à depressão já instalada e na prevenção de seu surgimento. Muitas outras oficinas poderiam ser citadas como essenciais para a vida humana se tornar melhor. A cada ano se ampliam as oficinas e o contingente

de alunos da UNATI, com atenção às necessidades específicas dos idosos. Essas ações proporcionam a convivência, a troca de experiências, às tomadas de consciências, amenizando nos momentos de encontro à solidão. Entende-se que isso são buscas de qualidade de vida a quem frequenta essas oficinas e se dispõe a trabalhar nelas, investindo no processo de mudança, no resgate da espontaneidade/criatividade, podendo vivenciar a partir daí papéis sociais saudáveis.

Com base nos dados puderam-se perceber, ainda, as contribuições dos estudos sobre a terceira idade, visando colaborar em todo o processo de desenvolvimento humano. Apontando as transformações de natureza física, emocional e social, enfatiza-se que a vida tem peculiaridades específicas para cada indivíduo, no que diz respeito à velocidade e aos ritmos.

Vale anotar que a terceira idade é vista e vivenciada de forma heterogênea e diversificada. Teóricos apontam que o olhar para essa idade depende de contextos construídos socio-cultural e historicamente. Cada cultura e cada sociedade vão lidar com essa população segundo o que foi construído, ao longo dos tempos. Atentemo-nos para o seguinte:

Olhemos, portanto, para as pessoas idosas como nós seremos no futuro. Reconheçamos que as pessoas idosas são únicas, com necessidades e talentos e capacidades individuais, e não um grupo homogêneo por causa da idade [...]. (Kofi Annan, ex-secretário-geral da ONU).

A literatura utilizada em nosso estudo aponta para isso, no sentido de nos unirmos – familiares e profissionais da saúde, poder público, todos os segmentos da sociedade. Sintamo-nos sensibilizados aos cuidados com essa população que já envelheceu e que envelhece. O envelhecimento chega para todas as pessoas que tiverem a oportunidade da longevidade. E no Brasil ainda se presenciam preconceitos, discriminação e isolamento da sociedade para com o idoso. A velhice ainda é encarada como decadência, doença e peso social.

Isso exige pensar com a máxima urgência em políticas públicas que ampliem ainda mais os benefícios às pessoas idosas. Cabe assinalar que o Brasil possui ainda um número significativo de pessoas idosas saudáveis e independentes, como é o caso dos frequentadores da UNATI da PUC-Goiás.

Diante desse fato, as instituições que trabalham com idosos independentes ou semidependentes precisam promover ações para retardar e auxiliar no processo de acomodação, por parte dos idosos, e incentivá-los a saírem de casa e participar da convivência social, das trocas, a vencerem o desânimo, a inércia, e a livrá-los da depressão.

Essa decisão institucional favoreceria a melhoria na qualidade de vida dos idosos, pro-

porcionaria maior autonomia a eles e motivaria os profissionais que trabalham diretamente com eles a prosseguirem nos trabalhos, ajudando pessoas que vão envelhecendo ao longo dos tempos e ainda evitando mais gastos públicos com internações e remédios.

Para investir na preparação de cuidadores para lidar com os idosos é importante considerar que essa etapa exige pessoas competentes. Além de muito amor e dedicação, é preciso formação para entender questões tanto de saúde física quanto emocionais.

Já se nota um movimento, ainda que tímido, da sociedade e do poder público para com essa população. E ainda é preciso mais: conscientização e quebra do preconceito; a criação de novos conceitos, dada a importância de engajar o idoso através da sua sabedoria e experiência; dar apoio e incentivo através dos familiares e amigos; encorajar atitudes que esses pensam de que são capazes.

Importante iniciar nas escolas de base, ainda no ensino fundamental, com nossas crianças, o processo do respeito à vida humana, em todas as suas dimensões e idades. Outro ponto fundamental é levar aos idosos à própria consciência de sua ampla responsabilidade, pelo seu próprio envelhecimento. Atribuir importância à possibilidade de eles lutarem por suas vidas e não ficar esperando alguém que o faça por eles. Estamos vivendo o ápice da era tecnológica, e o idoso precisa se engajar no sentido de adquirir conhecimentos para não fazer parte da sociedade como um analfabeto funcional. Deve adquirir o respeito dos mais jovens e, sobretudo, o respeito por si mesmo. A informação e o aperfeiçoamento das habilidades nos tornam pessoas mais capazes de lutarmos por espaços que são nossos por direito adquirido, e não esperar depressivamente para a morte.

Não se pode deixar de citar a importância do Psicodrama utilizado na tese. Que nos proporcionou o entendimento do “ser humano em relação”, abriu caminhos para uma pesquisa interventiva não analítica, mas sintética, na qual o aquecimento produziu a ação espontânea dos participantes, em que o indivíduo não falou somente dos seus dramas, seus conflitos ou suas questões relacionais, mas acima de tudo vivenciou, experienciou, através da dramatização, na inversão de papéis, na técnica de autoapresentação, o invisível, que foi tornando visível, aos seus olhos, e aos olhos da terapeuta/pesquisadora. Novas formas de entendimentos às situações emergiram, se percebendo e percebendo o outro, no sentido de que as pessoas conseguem dar para as outras o que conseguem doar. Com isso o psicodrama cumpriu seu papel no auxílio à terapeuta quanto ao entendimento das necessidades da pessoa humana.

O arcabouço teórico e os demais instrumentos utilizados, com destaque para a técnica de autoapresentação do psicodrama, se tornaram ferramentas importantes à percepção dos sintomas depressivos. Com o olhar voltado aos participantes, verificou-se que, segundo as

escalas auto e heteroavaliativas de Hamilton, eles apresentaram escores altos, evidenciando os sintomas da depressão.

O que se percebeu que a técnica de autoapresentação, com a utilização do aquecimento preparatório, segundo a teoria moreniana, geraram estados espontâneos e vários dispositivos de arranques onde os participantes puderam colocar o corpo e a mente em movimento, se utilizando de atitudes corporais e de imagens mentais que o levaram ao alcance de sentimentos e imagens sugeridas pela terapeuta/pesquisadora.

Outro aspecto de relevância percebido com a utilização da técnica foi à ajuda que a mesma proporcionou aos participantes, no sentido do que o que cada um passou na vida, a possibilidade em reviver em momento posterior, podendo apresentar uma resposta nova e adequada á situação ou situações, arrancando, amortizando ou ressignificando os conflitos que ora lhe tivessem um dia lhe causado dor.

Proporcionou ainda à terapeuta segurança na direção dos trabalhos com os participantes da pesquisa, norteando sua conduta. Aos idosos promoveu o entendimento sobre si e sua relação com o outro, entendimento de que a vida prosseguia, independente do que pudesse vir acontecer ou teria acontecido. A prontidão para entrar em cena e possibilitar, aos indivíduos, construir personagens espontâneos faz parte do eixo central da formação de todo e qualquer psicodramatista. E a pesquisadora procurou cumprir esse legado, realizando os desejos dos participantes no palco psicodramático, o que implicou levar em conta desejos, muitas vezes opostos, que habitavam em um mesmo indivíduo e, portanto, também garantindo a realização ali de seus desejos vinculares, convidando-os a se desnudarem e trazerem situações que os atormentaram durante toda uma vida.

O objetivo foi ampará-los a construir uma nova história, atuando, criando e (re)criando o enredo dramatizado. Estimulando-os a cumprirem papéis, seus papéis de antagonistas da cena dramática em desenvolvimento e opondo resistência aos desejos da conserva cultural.

A técnica de autoapresentação cumpriu seu papel na ajuda da terapeuta/pesquisadora, para elucidar momentos, situações, para ajudar nas compreensões de dados, e também na ajuda ao próprio participante, que entendeu seu funcionamento e sentiu-se motivado, e não invadido, decidindo, portanto, continuar investindo na sua saúde emocional e posteriormente participando da oficina.

A metodologia utilizada, permitiu a utilização de um instrumento reconhecido internacionalmente, as escalas de depressão de Hamilton. A técnica de autoapresentação e a proposta da teoria escolhida fizeram parte dos critérios científicos, com rigor e legitimidade do conhecimento adquirido.

A ética foi uma constante preocupação neste estudo, através da pesquisa-ação, visto que o que cada um dos participantes trazia do seu mundo relacional eram conteúdos que possivelmente os deprimia.

Como o psicodrama conjuga o método fenomenológico e existencial, sujeito e objeto são inseparáveis, pelo dinamismo intencional. A pesquisa voltou-se para a interação e para a presença do sujeito em situação, permeadas pela observação participante do terapeuta, constituindo-se como uma bússola à pesquisadora, que ao finalizar esta tese tem a certeza de se que avançou um pouco no conhecimento a respeito de sintomas depressivos em idosos, sendo eles ameaçadores à qualidade de vida de qualquer pessoa, por tratar-se de uma doença. O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s). Os sentimentos de tristeza e alegria colorem o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Cumpre lembrar que essa resposta tem valor adaptativo, do ponto de vista evolucionário, uma vez que, através do retraimento, poupa energia e recursos para o futuro.

Por outro lado, constitui-se em sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está precisando de companhia e ajuda. Embora a característica mais típica dos estados depressivos seja a proeminência dos sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os pacientes relatam a sensação subjetiva de tristeza. Muitos referem, sobretudo, a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente. Frequentemente associa-se à sensação de fadiga ou perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado. Alguns autores enfatizam a importância das alterações psicomotoras, em particular referindo-se à lentificação ou retardo psicomotor. No diagnóstico da depressão levam-se em conta: sintomas psíquicos; fisiológicos; e evidências comportamentais. Sintomas psíquicos: Humor depressivo: sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa. Alterações do sono (mais frequentemente insônia, podendo ocorrer também hipersonolência). Evidências comportamentais: retraimento social: crises de choro: comportamentos suicidas: Retardo psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora (kraepelin,1989).

O que diferencia comportamentos sendo próprios da sua idade e a depressão é uma observação minuciosa de profissionais capazes de realizar diagnóstico e uma observação cotidiana dos parentes ou pessoas próximas da convivência do idoso (a) uma vez que os sintomas depressivos são difíceis de serem diagnosticados por pessoas leigas e que não possuem habilidades para tal feito. Mas, isso não é suficiente, muitos trabalhos deverão surgir no auxílio à ciência, visto que a cada momento a sociedade se modifica, novos idosos surgem e é preciso

acompanhar esse processo.

Este estudo estimula-nos a continuar em pesquisas, avançando cada vez mais no conhecimento da terceira idade e no estudo da depressão, doença já instalada e nos sintomas depressivos, a caminho da doença se instalar. Entendeu-se que o idoso precisa ser ajudado no resgate de si mesmo, o que requer muita disponibilidade e investimento em estudos científicos para compreendê-lo. Não basta o investimento intelectual apenas. Aponta-nos Moreno (1983) que o psicoterapeuta necessita de três premissas básicas para desempenhar bem seu papel na utilização do método da ação: o treinamento, a personalidade (ou habilidade) e a capacidade de amar. Aprendeu-se com a tese que os idosos têm muito mais a ensinar do que a aprender, e que muitos livros que tratam do assunto deveriam ser escritos por eles mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, M. *O estado de Goiás e a Região Metropolitana de Goiânia no Censo de 2010*. 2010. Disponível em: <<http://www.seplan.go.gov.br/sepin>>. Acesso em: 13 jun. 2014.
- ALMEIDA, O. M. A. Trama da vida: maturidade e gênero. *Humanidades*, v. 46, p. 11-20, 1999.
- ALMEIDA, S. A. P. P.; OLIVEIRA, R. C. S. Fragmento da memória de mulheres na terceira idade a partir da narrativa de vida: contribuições da história oral. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, XXVII., 2013, Natal, RN. *Anais Conhecimento histórico e diálogo social*. Natal, 2013. Disponível em: <http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1372283253_arquivomemoriadentidadedasmulheresnaterceiraidade1>. Acesso em: 24 jan. 2015.
- ALVES, G. G. M. *Universidade da Terceira Idade como alternativa de resgate da cidadania idosa: análise do caso da UNIMEP*. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, SP, 2007.
- AMARAL, G. F. *Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovasculares*. 2007. Tese (Doutorado) – Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Convênio Rede Centro-Oeste (UnB/UFMS), 2007.
- ANDRADE, C. M. *As experiências de universidades abertas em um Brasil que envelhece*. Curitiba: CRV, 2011. p. 191-204.
- AROS, S. M. *Produção científica sobre depressão: análise de resumos*. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Vida) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, 2008.
- APA – Associação Americana de Psiquiatria. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V)*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.
- ATTIAS, D. C. Seminário de estudos sobre a terceira idade: 1ª parte. *Cadernos da Terceira Idade*, São Paulo: SESC, p. 1-52, 1979.
- AUGRAS, M. *A dimensão simbólica: o simbolismo nos testes psicológicos*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- AZEVEDO, J. R. D. *Ficar jovem leva tempo: um guia para viver melhor*. 2. ed. São Paulo, SP: Saraiva, 1998.
- BALLONE, G. J. *Alterações emocionais no envelhecimento*. 2002. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/geriat/andropausa.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- BALLONE, G. J.; ORTOLANI, I. P. N. E. *Da emoção à lesão*. São Paulo: Manole, 2002.
- BALTES, P. B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, v. 23, p. 611-626, 1987.
- BLATTNER, A.; BLATNER, A. *Uma visão global do psicodrama: fundamentos históricos, teóricos e práticos*. São Paulo: Ágora, 1996.

- BANDURA, A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive approach*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1986.
- BUCK, J. N. *H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho manual e guia de interpretação*. 1. ed. Trad.: R. C. Tardivo. São Paulo: Vetor, 2003.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Lex: legislação federal e marginalia*, Brasília, out. 2003.
- BARROS, M. L. *Velhice ou terceira idade*. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- BASTIAN, H. *Cursos de saúde para idosos na Alemanha*. Documento policopiado apresentado na Conferência Internacional “Envelhecer em saúde”. Lisboa: Universidade Lusófona, ago. 2003.
- BAYLEY, A. *Utopia e educación: el derecho a ser*. Montevideo: Talleres, 1994.
- BEAUVOIR, S. *Velhice*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 2003.
- BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: VERAS, R. (Org.). *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995. p. 29-48.
- BUSTOS, D. M. *Novos rumos em psicodrama*. São Paulo: Ática, 1992.
- BUSTOS, D. M. *Locus, matriz, status nascendi e o conceito de grupamentos: asas e raízes*. In: HOLMES, P.; KARP, M.; WATSON, M. (Org.). *O psicodrama após Moreno: inovações na teoria e na prática*. São Paulo: Ágora, 1998. p. 89-106.
- CABRAL, B. E. S. L. *Universidade e questões geracionais: educar para o envelhecimento na sociedade e na família. As experiências de universidades abertas em um Brasil que envelhece*. 1. ed. Curitiba: CRV, 2011. p. 53-64.
- CACHIONI, M. *Quem educa o idoso: um estudo sobre professores de universidades da terceira idade*. Campinas: Alínea, 2003.
- CACHIONI, M. Universidade da Terceira Idade: história e pesquisa. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 7, p. 1-8, 2012.
- CALIL, H. M. M. L. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 240-244, 1998.
- CASTRO, M. B.; SIQUEIRA, T. C. B.; SOUSA, I. F. Curso UNATI: uma prática exitosa do Programa de Gerontologia Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. In: OLIVEIRA, R. C. S.; D'ALENCAR R. S. (Org.). *As experiências de Universidades Abertas em um Brasil que envelhece*. 1. ed. Curitiba: CRV, 2011. v. 1, p. 125-139.
- CLAYTON, M. A teoria de papéis e sua aplicação na prática clínica. In: HOLMES, P. *Prática*. São Paulo: Ágora, 1998.

- CAMARANO, A. A. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60*. Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2004.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S. *Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhosenovosresultados*. Brasília, DF: IPEA, 2009. 30 p. (Texto para discussão, n. 1.426).
- CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO. *Estatuto do Idoso*. Goiânia, GO: Aduf e Unimed, 2003.
- CARMO, P. C. C.; BRAZ, V. C. M.; LUZ, Z. M. N. *Idoso universitário: uma inclusão possível numa sociedade contemporânea*. Belford Roxo: Centro Universitário UNIABEU, 2009. Disponível em: <http://site.unitau.br/scripts/prppg/3%20encontro%20seguro%20social/trabalhos/co/14.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2014.
- CASTELO DE ALMEIDA, W. *Formas do encontro: psicoterapia aberta*. São Paulo: Àgora, 1988.
- CASTELLO DE ALMEIDA, W. *O que é psicodrama*. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- CECI, A. Poderemos permanecer eternamente jovens? Viver mais e melhor. *Revista Humanidades*, v. 46, p. 29-31, 1999.
- COELHO, R. V. A.; PERES, A. L. V. A sexualidade do idoso e sua subjetividade. *Fragments de Culturas*, v. 20, n. 5-6, p. 303-323, 2010.
- COCENTINO, B. M. J. *Envelhecimento e cultura: as perdas na velhice à luz da obra de “Gabriel Garcia Marquez”*. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2008.
- COLL, C; PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A. (Org.). *Desenvolvimento psicológico e educação*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2004.
- CORREIA, M. R. *Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade* [online]. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 14 fev. 2014
- CRISTIANINI, G. *In primo piano*. Firenze, 2001. Disponível em: <www.geragogia.net>. Acesso em: 20 fev. 2014.
- COSTA, S. M. E. *Gerontodrama: a velhice em cena. Estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade*. São Paulo, SP: Àgora, 1998.
- COSTA, S. M. E. *Universo da depressão: histórias e tratamentos pela psiquiatria e pelo psicodrama*. São Paulo: Àgora, 2006.
- COSTA, G. F. *A tomada de consciência e o grupo focal na transformação das representações sociais do envelhecimento: uma pesquisa de intervenção*. Tese 2006. (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2006.
- COSTA, F. G.; FÁVERO, M. H. A transformação das sociais representações do envelhecer: uma proposta de intervenção. *Fragmentos de Cultura*, v. 20, n. 5-6, p. 255-266, 2010.
- CUKIER, R. A. *Prática em cena: psicodrama bipessoal. Passos para utilização de uma drama-*

tização bem sucedida. Trabalho apresentado no XII Congresso Brasileiro de Psicodrama. Costa do Sauípe, 2002a.

CUKIER, R. A. *Palavras de Jacob Levy Moreno: vocabulário de citações do psicodrama, da psicoterapia de grupo, do sociodrama e da sociometria*. São Paulo: Ágora, 2002b.

DEBERT, G. G. As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual. In: *Anais do I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século*. Brasília: MPAS, SAS, 1996.

D'ALENCAR, R. S.; SANTOS, E. M. P.; FERRAZ, T. L. B. *As experiências de universidades abertas em um Brasil que envelhece*. Curitiba: CRV, 2011. p. 27- 37.

DUARTE, T. L. *Envelhecimento: processo biopsicossocial*. Monografia (Curso Virtual de Educação para o Envelhecimento). 2004. Disponível em: <<http://psicomundo.com/tiempo/monografias/brasil.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

DUBOVSKY, S. L.; DUBOVSKY, A. N. *Transtornos do humor*. São Paulo: Artmed, 2004.

ERBOLATO, R. M. P. L. *Universidade da Terceira Idade: avaliações e perspectivas de alunos e ex-alunos*. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade de São Paulo, Campinas, 1996.

ERICKSON, E. H. *The life cycle completed*. New York: Norton, 1982.

ERICKSON, E. H. *Identity and crisis*. New York: Norton, 2003.

FENALTI, R. C. S.; SHWARTZ, G. M. Universidade Aberta à Terceira Idade e perspectiva de ressignificação do lazer. *Revista Paulista de Educação Física*, v. 17, n. 2, p. 131-141, 2003.

FERREIRA, H. B. A. *Dicionário Aurélio*. 2. ed. Curitiba, PR: Positivo, 2011.

FONSECA FILHO, J. S. *Psicodrama da loucura: correlações entre Buber e Moreno*. São Paulo: Ágora, 1980.

FONSECA FILHO, J. S. *Psicoterapia da relação: elementos de psicodrama contemporâneo*. São Paulo: Ágora, 2000.

FREIRE, S. A. *E por falar em boa velhice*. São Paulo, SP: Papyrus, 2000.

GARCES, S. B. B. *Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ: vivenciando o envelhecimento através da Universidade Aberta à Terceira Idade. As experiências de universidades abertas em um Brasil que envelhece*. Curitiba: CRV, 2011. p. 175-190.

GAZALLE, F. K. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 3, p. 365-371, 1984.

GOMES, L. Papel da geriatria: aliado à técnica, muito amor. *Revista Humanidades: Terceira Idade*, Brasília: Ed. UnB, v. 46, p. 111-112, 1999.

- GOMES, C. A.; GOLINO, H. F. Relações hierárquicas entre traços amplos do Big Five. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 25, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/50102-79722012000300004>>. Acesso em: 15 jun. 2015.
- GOMES, L. Universidades Abertas da Terceira Idade. *Revista da Educação*, Pelotas, v. 17, p. 119-135, 2005. Disponível em: <sueer.ufrgs.br/asphe/artcle/viwfile/29204/pdf>. Acesso em: 15 abr. 2014.
- GARRIDO-MARTÍN, E. *Psicologia do encontro*: J. L. Moreno. São Paulo: Duas Cidades, 1984.
- GONÇALVES, C. S.; WOLF, J. R.; ALMEIDA, C. W. *Lições de psicodrama*: introdução ao pensamento de J. L. Moreno. São Paulo: Ágora, 1988.
- GORDILHO, A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- GRASSANO, E. P. *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- GRUDA – Grupo de Estudos de Doenças Afetivas. São Paulo: Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, 2011.
- GUIMARÃES, R. M. Longevidade. *Revista Humanidades*, São Paulo, v. 46, p. 99-102, 1999.
- HEBESTREIT, L. K. *An evaluation of the role of the University of the Thirst Age in the provision of lifelong learning*. 2006. Thesis (Doctorate in Education) – School of Education, University of South África, Pretória, 2006. Disponível em: <<http://uir.renisa.ac.za/bitstream/handle/10500/1498/theses.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- HUTZ, C. S.; NUNES, C. H. S. S.; SILVEIRA, A. D.; SERRA, J.; ANTON, M.; WIECZOREK, L. S. O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 11, n. 2, p. 395-409, 1998.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico de 2008 e 2010*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- INOUYE, K. *Universidade Aberta à Terceira Idade*: efeitos sobre a qualidade de vida percebida. São Carlos, SP: USFCAR, 2011.
- JACINTO, M. J. A importância das Universidades da Terceira Idade na qualidade de vida dos seniores em Portugal. *Revista Medicina e Saúde*, Lisboa, v. 92, p. 1-65, 2005.
- JACINTO, M. J. *Associação Rede de Universidade da Terceira Idade*. Portugal, 2012.
- JACOB, L. *Universidades Seniores*: criar novos projectos de vida. Portugal: Rutis – Associação Rede de Universidades da Terceira Idade, 2012. p. 35-68.
- KNAUTH, C. V.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde*: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- KRAEPELIN E. Dementia Praecox, Manic Depressive Insanity and Paranoia (1921). Translated by Barclay RM. In: Robertson GM, editor. Birmingham: The Classics of Medicine Li-

brary. Reedição. Edinburgh: E & S Livingstone, 1989.

KELLERMANN, F. P.; HUDGINS, K. M. *Psicodrama do trauma: o sofrimento em cena*. Trad. Moysés Aguiar. São Paulo: Ágora, 2010.

KOLCK, O. L. *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU, 1984.

KNOBEL, A. M. C. Átomo social: o pulsar das relações. In: COSTA, R. P. *Um homem à frente de seu tempo: o psicodrama de Moreno no século XXI*. São Paulo: Ágora, 2001. p. 109-126.

LACERDA, A. M. G. A. *A prática político-pedagógica nos 13 anos da UNATI/UCG*. Goiânia: Ed. UCG, 2005.

LARA, D. R. *Temperamento e humor: uma abordagem integrada da mente*. Porto Alegre: Observatório Gráfico, 2012.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Revista Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 135-140, 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

LIMA, M. P. *Gerontologia educacional: uma pedagogia específica para o idoso. Uma nova concepção de velhice*. São Paulo, SP: LTR, 2001.

LIMA, M. F. F. C.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 700-701, 2003.

LOURES, M. C.; FERREIRA, C. P. N. G. O significado da Unati- UCG: a percepção de quem a vivencia. *Revista Fragmentos de Cultura*, Goiânia, v. 17, n. 3, p. 191-216, 2007.

LOUIS, F. *Le mouvement des Universités du Troisième Age et L'Association Internationale des Universités du Troisième Age*. Belgique: L'Université des Aînés de Wallonie et de Bruxelles, 1993.

MACIEL, D. M. B. Educação não formal e terceira idade: em defesa de uma sociedade democraticamente sustentável. In: PARK, M. B.; GROppo, L. A. (Org.). *Educação e velhice*. 1. ed. São Paulo: Holambra, 2009.

MARVIN, F. Older adult education in a Maltese University of The Third Age: a critical perspective. *Revista Educattion*, v. 15, n. 3, p. 313-339, 2000a.

MARVIN, F. Lifelong learning in later life: The Universities of the Third Age. *The LLI Review*, Fall, p. 1-12, 2000b.

MELLO, L. M. A. V. *As experiências de universidades abertas em um Brasil que envelhece*. Curitiba: CRV, 2011. p. 65-72.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/papel_do_cndi_na_defesa_dos_direitos.pdf>. Acesso em: 31 maio 2012.

MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez, 2000.

MONTEIRO, R. F. *Jogos dramáticos*. São Paulo: Ágora, 1979.

MONTEIRO, A. M.; MERENGUÉ, D.; BRITO, V. *Pesquisa qualitativa e psicodrama*. São Paulo: Ágora, 2006.

MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública* [online], v. 40, n.1, p. 65-70, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000100011>>.

MORENO, J. L. *Psicoterapia de grupo e psicodrama*. São Paulo: Mestre Jou, 1974.

MORENO, J. L. *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix, 1975.

MORENO, J. L. *Quem sobreviverá?* Fundamentos de sociometria, psicoterapia de grupo e sociodrama. v. 3/ J.L. Moreno; tradução Denise Lopes Rodrigues e Márcia Amaral Kafuri Revisão Técnica Paulo Maurício de Oliveira e Geraldo Francisco do Amaral- Goiânia-Go : Dimensão, 1994.

NAFFAH, N. *Psicodrama: descolonizando o imaginário*. São Paulo: Brasiliense, 1979.

NANTES, A. C.; ARCOVERDE, M. A. M.; CURY, M. J. F. *Universidade Aberta para a Terceira Idade: espaço educativo no município de Ponta Grossa-PR. As experiências de universidades abertas em um Brasil que envelhece*. Curitiba: CRV, 2011. p. 38-51.

NERI, A. L. Chinelo velho para pé cansado. *Tempo e Presença*, v. 264, p. 8-20, 1992.

NERI, A. L. Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: NÉRI, A. L. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papi-rus, 1993.

NERI, A. L. O desenvolvimento integral do homem. *A Terceira Idade*, São Paulo: Sesc, ano VI, n. 10, 1995.

NERI, A. L. *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas, SP: Alínea, 2002.

NERI, A. L.; JORGE, M. D. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 23, n. 2, p. 127-137, 2006. Disponível em: <<http://Pepsi.bvpspsi.org.br/pdf/epc/v23n2/v23n2a03.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

NERI, A. L. *Palavras-chave em gerontologia*. São Paulo: Alínea, 2008.

NERI, A. L. Teorias psicológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de P.; OLIVEIRA, B. *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. 4. ed. Lisboa: Livpsic, 2013.

NERI, N. A.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador.

In: NERI, N. A. (Org.). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Ed. Alínea, 2002. p. 9-63.

NERY, M. P. *Vínculo e afetividade*. São Paulo: Ágora, 2003.

NETTO, J. A. Universidade aberta à maturidade: avaliação crítica de uma avançada proposta educacional e social. In: HERNANDES, K. V. *Longevidade: um novo desafio para a educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

OLIVEIRA, R. C. S.; OLIVEIRA, F. S. Universidade Aberta para a Terceira Idade: espaço educativo no município de Ponta Grossa-PR. In: _____. *As experiências de universidades abertas em um Brasil que envelhece*. Curitiba: CRV, 2011. p. 11-25.

ONU. Plan Internacional de Accion sobre El Envejecimiento 1982. In: *Asamblea Mundial sobre El Envejecimiento*. Madrid, Espanha, 2002.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Resolução CE n.122*. Dispõe sobre a saúde das pessoas idosas. OMS, 2005.

OSÓRIO, N. B. *Perfil do acadêmico da Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins: as experiências de universidades abertas em um Brasil que envelhece*. Curitiba, PR: CRV, 2001. p. 91-104.

PACHECO, J. L. As Universidades Abertas à Terceira Idade como espaço de convivência entre gerações. In: SIMSON, O. R.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Org.). *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas: Alínea, 2003.

PAPÁLIA, D. *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PERAZZO, S. *Ainda e sempre psicodrama*. São Paulo: Ágora, 1994.

PINHEIRO, E. M.; KAKEHASHI, T. Y.; ANGELO, M. O uso de filmagem em pesquisas qualitativas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 5, p. 717-722, set.-out. 2005.

PIKUNAS, J. *Desenvolvimento humano: uma ciência emergente*. São Paulo, SP: Mcgraw Hill do Brasil, 1979.

PRADO, R. C. P.; BARBOSA, E. R. Depression in Parkinson disease: study of 60 cases. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [online], v. 63, n. 3b, p. 66-771, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S2005000500009>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

PUC. *Projeto Político-Pedagógico*. Goiânia: PUC GO, 2008.

RAMALHO, C. M. R. *Psicodrama e dinâmica de Grupo*. São Paulo: Iglu, 2010.

RAMOS, V. *Velhas e velhos conquistam espaços nas universidades de São Paulo: política, sociabilidade e educação*. 2008. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2008.

ROCHA, D. G. *O movimento da promoção da saúde na década de 1990: um estudo do seu desenvolvimento e difusão na saúde pública brasileira*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, USP, 2001.

- ROSA, M. *Psicologia evolutiva: psicologia da idade adulta*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1983.
- REALE, G. *Para uma nova interpretação de Platão*. São Paulo, SP: Loyola, 1983.
- ROTHBART, M. K.; BATES, J. E. Temperament. In: DAMON, W.; EISENBERG, N. (Org.). *Handbook of child psychology*. 5th ed. New York: Wiley, 1998. p. 105-176.
- ROTHBART, M. K.; AHADI, S. A.; EVANS, D. E. Temperament and personality: origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 78, n. 1, p. 122-135, 2000.
- RUBIO, H. Relações entre qualidade de vida e estrutura de personalidade em pessoas deprimidas. *Psic*, São Paulo: Vetor Editora, v. 3, n. 1, p. 58- 85, 2002.
- SÁ, J. M. *Extensão universitária na área de Gerontologia: a produção das instituições brasileiras de ensino superior*. Campinas: PUC, 1999.
- SANTOS, A. G. Autoapresentação, apresentação do átomo social, solilóquio, concretização e confronto. In: MONTEIRO, R. F. (Org.) *Técnicas fundamentais do psicodrama*. São Paulo: Ágora, 1998. p. 105-125.
- SILVA, R. C. O.; SILVA, R. A. *As experiências de universidades abertas em um Brasil que envelhece*. Curitiba: CRV, 2011. p. 105-123.
- SILVA, S. A. *Depressão e incapacidade funcional em idosos: um estudo de base populacional*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, 2013.
- SIQUEIRA, B. C. T.; SILVA, C. K. Educação na terceira idade. *Revista Fragmentos de Cultura*, v. 22, n. 1, p. 61-71, 2012.
- SKLIAR, C. A inclusão que é "nossa" e a diferença que é do "outro". In: RODRIGUES, D. (Org.). *Inclusão e educação*. São Paulo: Summus, 2006. p. 15-34.
- SOEIRO, A. C. *Psicodrama e psicoterapia*. São Paulo: Ágora, 1995.
- SOUZA, J. dos S. *Educação de Jovens e Adultos: políticas e práticas educativas*. Disponível em: <www.academia.edu/7791464>. Acesso em: 16 jul. 2015.
- STIELTJES, C. T. R. *A UNATI da UEM: educação política. As experiências de universidades abertas em um Brasil que envelhece*. Curitiba: CRV, 2011. p. 141-159.
- TAAM, R. A educação do idoso: uma questão contemporânea. In: ALTO, A. (Org.). *Temas de educação contemporânea*. Cascavel: Edunioeste, 2008. p. 45-56.
- TAAM, R. A UNATI na RENAD: a inclusão das Universidades Abertas à Terceira Idade na Rede Nacional de Atenção ao Direito do Idoso. *Cadernos de Pesquisa Pensamentos Educacional*, Universidade Tuiuti, 2012.
- TIER, C. G. *Depressão em idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP): identificação e ações de Enfermagem e Saúde*. Enfermaria Global. 2010. Disponível em: <www.um.es/global/>. Acesso em: 20 jan. 2015.

TONI, I. M. *As universidades de ensino superior e as UNATIS brasileiras*. Universidade de Caxias do Sul. 2001a. Disponível em: <http://www.uces.br/site/midia/arquivos/artigo_raimunda_sup-e-unatis.pdfem>. Acesso em: 14 fev. 2014.

TONI, I. M. *As experiências de universidades abertas em um Brasil que envelhece*. Curitiba: CRV, 2011b. p. 161-174.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS. *Projeto Político-Pedagógico do Curso UNATI*. Goiânia: UCG, 2008.

USSUELI, C. *A Universidade Aberta à Terceira Idade no cenário educacional brasileiro*. 2012. TCC. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Estadual de Maringá, 2012.

VANDENPLAS-HOLPER, C. H. *Le développement psychologique à l'âge adulte pendant la vieillesse*. Paris: PUF, 1998.

VELLAS, P. *Le troisième souffle*. Paris, França: Grasset, 1997.

VELLAS, P. *As oportunidades na terceira idade*. Tradução e notas de Claudio Stieltejs e Regina Taam. Maringá: Eduem, 2009.

VELOSO, E. M. C. *Políticas e contextos educativos para os idosos: um estudo sociológico numa Universidade da Terceira idade em Portugal*. 2005. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2004.

VERAS, R. P. *País jovem com cabelos brancos*. Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará, 1995.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. *Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das Universidades da Terceira Idade*. São Paulo: Ágora, 2004.

VERNANT, J. P. *As origens do pensamento grego*. 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 1992.

WHITAKER, D. C. A. A necessidade de se educar a sociedade para as exigências desse “Novo Ator Social”, Titular de Direitos. 2010. Disponível em: <<http://www.2010cedes.unicamp.br>>.

WRONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan.-jun. 2006.

YUNG, C. G. *Símbolos da transformação: análise dos prelúdios de uma esquizofrenia*. Petrópolis: Vozes, 1986.

ANEXOS

Apêndice A - Carta de autorização para coleta de dados na UNATI



Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Coordenação do Programa de Gerontologia Social

Ms. Marli Bueno de Castro

Eu, Adalgisa Regina Teixeira, aluna do PPGSS (Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*) da PUC-GO, venho solicitar a coleta de dados de minha pesquisa, cujo tema é: A técnica de autoapresentação do Psicodrama, como instrumento de depressão em idosos (projeto anexo), com o objetivo de avaliar e descrever o uso da técnica de autoapresentação como instrumento de diagnóstico em idosos. Para isso será necessária uma amostra de aproximadamente trezentas pessoas. Aplicar-se-ão questionário sociodemográfico, instrumento de avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) e a técnica de autoapresentação do Psicodrama.

Esta pesquisa é de grande importância para o desenvolvimento de diferentes formas de avaliação da Psicologia específicas, para pessoas de faixa etária dos frequentadores da UNATI. Vale ressaltar que todo cuidado no desenvolvimento da pesquisa se baseia na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

Comprometo-me em apresentar os resultados dessa pesquisa a essa coordenação, caso seja cedido espaço para o desenvolvimento dela.

Desde já agradeço, colocando-me a inteiro dispor para maiores esclarecimentos.

Adalgisa Regina Teixeira

Telefones para contato: (62)3541 6140; (62) 8136 4868

Apêndice B - Carta de autorização para os professores



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Departamento de Psicologia- 2013/1

Prezados professores da UNATI,

Através deste *e-mail* venho-lhes solicitar a colaboração para participarem da minha pesquisa de doutorado, iniciada no primeiro semestre de 2011, já aprovada pelo Comitê de Ética, sob a orientação da Prof^ª. Dra. Daniela Zanini, da PUC-GO. Para tanto, a coleta de dados será na UNATI. Já enviei carta com autorização fornecida pela coordenadora, Marli Bueno, e pelos demais representantes da Instituição.

Vale salientar que o tema do projeto de Pesquisa é: *A Técnica de Autoapresentação do Psicodrama como Instrumento de Depressão em Idosos*. Precisamos de trezentos participantes. No semestre passado conseguimos a colaboração de oitenta idosos e de alguns dos Senhores, que nos cederam alguns minutos das aulas. Temos um grupo de pesquisa de Iniciação Científica, sendo que as alunas me auxiliam nessa coleta de dados. Solicito autorização para continuar a aplicação aos que ainda falta fazer a coleta. Saliento a importância do trabalho e rogo-lhes a cederem alguns minutos, em média vinte, para aplicação do TCLE, do questionário sociodemográfico e das escalas de depressão de Hamilton. A fim de não atrapalhar o andamento das aulas, poderemos aplicar coletivamente na sala de aula, pelas alunas da iniciação científica. Caso não seja possível ceder sua aula no momento em que as alunas se dirigirem até lá, por gentileza informem acerca da possibilidade de outro momento. É muito importante que atinjamos nossa meta. Também sou professora e coordenadora pedagógica do curso de Psicologia, sei que existe um planejamento e um plano de ensino das aulas que precisam ser cumpridos, mas precisamos também de pesquisas para nortear nossa prática. E a UNATI é um campo de estágio aberto para o aprendizado!

Tomei a liberdade de enviar-lhes um *e-mail*, em razão do grande número de professores e de turmas. Assim podemos otimizar o tempo de modo hábil e alcançar a todos. Coloque-me à disposição para demais esclarecimentos no que se refere à pesquisa. Encontro-me no Depto de Psicologia, nos períodos matutino e noturno.

Contando com a sua colaboração, desde já agradecemos.

Cordialmente,

Adalgisa R. Teixeira e Grupo de Iniciação Científica.

Apêndice C - Termo de Consentimento



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE (TCLE)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME DO PARTICIPANTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : _____ SEXO :

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: _____ Nº: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP _____ TELEFONE: (_____) _____

I - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

TÍTULO DA PESQUISA:

A Técnica de Autoapresentação do Psicodrama como Instrumento do Diagnóstico de Depressão em Idosos

PESQUISADORES: Dr.^a Daniela Sacramento Zanini – CPF – 783108901 - 25

Adalgisa Regina Teixeira – CPF 277783711-20

AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO () RISCO MÍNIMO (x) RISCO MÉDIO ()

RISCO BAIXO () RISCO MAIOR ()

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

DURAÇÃO DA PESQUISA: 4 anos

II - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

Este trabalho tem como objetivo descrever o uso da técnica de autoapresentação como instrumento diagnóstico de depressão em idosos. Para isso, gostaria de contar com sua colaboração, participando da pesquisa. Sua participação é voluntária e não supõe nenhum risco à sua saúde. Mas, ainda assim, caso sinta-se triste ou cansado em decorrência de sua participação, você poderá solicitar atendimento psicológico no Centro de Estudos, Pesqui-

sas e Práticas Psicológicas (CEPSI) da PUC-Goiás. Esta pesquisa será feita em duas etapas. Para participar da primeira etapa, você deverá responder a dois questionários sobre você e sobre como está se sentindo na última semana. O primeiro questionário é você que responde. O segundo é aplicado por um participante treinado da pesquisa que fará as perguntas a você e você responde. Caso você seja relacionado para a segunda etapa da pesquisa e queira participar, será realizada, de forma individual, pela pesquisadora, uma dinâmica com almofadas e outros objetos que você deverá utilizar para demonstrar um pouco sobre você e sua vida. Esta etapa da pesquisa será realizada em dia e horário de sua conveniência, ou seja, no horário das suas aulas na UNATI, combinado com as professoras e será filmada para que possibilite o estudo posterior. Com relação ao ressarcimento e indenização, caso seja necessário, quando se sentir ferido(a) nos seus direitos humanos, será cumprida quando os órgãos competentes determinarem. Quanto ao destino dos dados desta pesquisa, eles ficarão armazenados de forma sigilosa por cinco anos. Após este período serão descartados também de forma sigilosa. Sua participação é de grande importância para o desenvolvimento de formas de avaliação psicológica diferentes e específicas para pessoas de sua faixa etária.

- **Vale ressaltar que todo cuidado no desenvolvimento da pesquisa se baseia na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde**

III - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO

1. Você terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para se sentir seguro em participar e eliminar eventuais dúvidas.
2. Você também terá liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo a você.
3. As informações fornecidas serão sigilosas, resguardando sua confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. Caso você se sinta ferido(a) nos seus direitos humanos, durante sua participação na pesquisa, poderá solicitar uma indenização, que será cumprida, assim que os órgãos competentes determinarem.
- 5- Sua participação é fundamental para que cada vez mais possamos descobrir meios de ajudar pessoas, com diagnósticos mais precisos nas formas específicas de avaliação, principalmente nessa idade em que estudos estão se ampliando.

IV - INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO

EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS NECESSÁRIASPesquisadores: Dr.^a Daniela Sacramento Zanini

Pesquisador executante: Adalgisa Regina Teixeira – 39461116

V - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter recebido esclarecimentos devidos pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em autorizar a participação de _____ no presente estudo.

Goiânia, _____ de _____ de _____.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Apêndice D - Questionário sociodemográfico



Questionário Sociodemográfico. Data da aplicação: _____

Dados pessoais:

Nome: _____

Idade: _____ sexo _____

Estado civil: Casado(a) _____ viúvo(a) _____ solteiro(a) _____

Naturalidade: _____ Setor onde reside atualmente _____

Grau de instrução: _____

Relações sociais:

Tem filhos? _____ Quantos? _____

Vive com família? _____ Com quem? _____ Renda da família com quem reside _____ Quantas pessoas residem com você na casa? _____ Sua família está disposta a te ajudar quando necessário? _____

Tem ajuda emocional que precisa da sua família? _____ Pode falar dos seus problemas com ela? _____

Mora sozinho(a)? _____ Seus filhos te visitam? _____ Quantas vezes por semana? _____ A casa onde mora é própria? _____ Alugada? _____

Trabalhou fora de casa? _____ Em quê? _____ Ainda trabalha? _____ Em quê? _____

É aposentado(a)? _____ Recebe aposentadoria? _____ Valor? _____ Recebe seguro desemprego? _____ Outro tipo de renda? _____ Quem administra seu dinheiro? _____

Tem plano de saúde? _____

Tem amigos? _____ Quantos? _____ Frequência com que os encontra na semana _____

Tem alguém que sabe que quando precisar pode contar? _____ Quem? _____

Conversa sobre sua vida com algum deles? _____

Como é seu lazer? _____ O que mais gosta de fazer? _____

Sente prazer naquilo que faz? _____ O que menos gosta de fazer? _____

Tem alguma obrigação atualmente na sua vida? _____

Alguém te ajuda nos afazeres da casa? _____ Quem? _____

Quem prepara suas refeições? _____

Seu apetite é bom? _____

Dorme bem? _____ De utiliza de medicamentos para dormir? _____

Faz caminhada? _____ Atividade física? _____

No último ano, procurou ou utilizou algum serviço de cuidados de saúde? _____

Caso tenha procurado, que médico foi? _____ Que medicação te indicou (nome dos remédios indicados)? _____ Quantas vezes ao dia precisa tomar? _____ Quanto tempo vai usar? _____

Com o uso da medicação os problemas de saúde desapareceram? _____
Precisa retornar ao médico periodicamente? _____ Que tipo de doença foi diagnosticado? _____
Cuida bem da saúde? _____ Faz seus exames de rotina sempre? _____
Já buscou alguma ajuda do médico psiquiatra? _____ Te indicou alguma medicação? _____ Qual? _____
Já foi a algum(ma) psicólogo(a) _____ Fez psicoterapia? _____ Por quanto tempo? _____ Ainda faz? _____
O que mais te dá prazer de fazer atualmente? _____
Alguma coisa relacionada à sua vida te preocupa hoje? _____
Se você nascesse de novo, que modificação trataria de fazer na sua vida? _____ Por quê? _____
Você está contente em viver? _____
Por quê? _____
Quais são os seus maiores desejos hoje? _____

Apêndice E Escala de Hamilton

ESCALA DE HAMILTON

Todos os itens devem ser preenchidos. Assinalar o número apropriado.

1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0. Ausente.

1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido.
2. Sentimentos relatados espontaneamente com palavras.
3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.
4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não verbal do paciente.

2. SENTIMENTOS DE CULPA

0. Ausente

1. Autorrecriminação; sente que decepcionou os outros.
2. Ideias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más ações.
3. A doença atual é um castigo.
4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. SUICÍDIO

0. Ausente.

1. Sente que a vida não vale a pena.
2. Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte.
3. Ideias ou gestos suicidas.
4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4).

4. INSÔNIA INICIAL

0. Sem dificuldades para conciliar o sono.

1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora.
2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

0. Sem dificuldades.

1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.
2. Acorda à noite – qualquer saída da cama marcar 2 (exceto p/ urinar).

6. INSÔNIA TARDIA

0. Sem dificuldades.

1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir
2. Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama.

7. TRABALHO E ATIVIDADES

0. Sem dificuldades.

1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos.
2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade).
3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo).
4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

8. RETARDO (lentidão de ideias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

0. Pensamento e fala normais.

1. Leve retardo à entrevista.
2. Retardo óbvio à entrevista.
3. Entrevista difícil.
4. Estupor completo.

9. AGITAÇÃO

0. Nenhuma.
1. Inquietude.
2. Brinca com as mãos, com os cabelos etc.
3. Mexe-se, não consegue sentar quieto.
4. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

0. Sem dificuldade.
1. Tensão e irritabilidade subjetivas.
2. Preocupação com trivialidades.
3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala.
4. Medos expressos sem serem inquiridos.

11. ANSIEDADE SOMÁTICA

Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como:

Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação;

Cardiovasculares: palpitações, cefaléia;

Respiratórios: hiperventilação, suspiros; frequência urinária; sudorese

0. Ausente
1. Leve
2. Moderada
3. Grave
4. Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS

0. Nenhum
1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen
2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

0. Nenhum
1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaleia, mialgias. Perda de energia e cansaço.
2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2.

14. SINTOMAS GENITAIS

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

0. Ausentes
1. Leves
2. Intensos

15. HIPOCONDRIA

0. Ausente
1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
2. Preocupação com a saúde
3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda etc.
4. Idéias delirantes hipocondríacas.

16. PERDA DE PESO (marcar A ou B)

A - Quando avaliada pela história clínica

0. Sem perda de peso.
1. Provável perda de peso associada à moléstia atual.
2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente)
3. Não avaliada.

B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

0. Menos de 0,5 Kg de perda por semana.
1. Mais de 0,5 Kg de perda por semana.
2. Mais de 1 Kg de perda por semana.
3. Não avaliada.

17. CONSCIÊNCIA

0. Reconhece que está deprimido e doente.
1. Reconhece a doença, mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso etc.
2. Nega estar doente.

18. VARIAÇÃO DIURNA

A - Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma".

- 0. Nenhuma
- 1. Pior de manhã.
- 2. Pior à tarde.

B - Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação.

- 0. Nenhuma.
- 1. Leve
- 2. Grave

NOTA: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado.

19. DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE

Tais como: sensações de irrealidade, ideias niilistas

- 0. Ausente
- 1. Leve.
- 2. Moderadas.
- 3. Graves.
- 4. Incapacitantes.

20. SINTOMAS PARANOIDES

- 0. Nenhum.
- 1. Desconfiança.
- 2. Ideias de referência.
- 3. Delírio de referência e perseguição.

21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

- 0. Nenhum.
- 1. Leves.
- 2. Graves.

SOMAR OS PONTOS OBTIDOS EM TODOS OS ÍTENS (EXCETO 18 A)

CONTAGEM TOTAL: ____ (0-62)

[Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal - FAMED/UFRGS]
 [Faculdade de Medicina da UFRGS][Serviços de Psiquiatria]
 [Cursos de Especialização] [Curso de Graduação] [Cursos de Extensão]
 [Pesquisa] [Centro de Estudos Luis Guedes - CELG] [Secretaria]

Apêndice E - *Setting* Terapêutico



Apêndice F - Almofadas



