

# A EXPERIÊNCIA DA PSICOTERAPIA NA TERCEIRA IDADE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO<sup>1</sup>

**ANTÔNIO GABRIEL ARAÚJO PIMENTEL DE MEDEIROS**

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP; antonio.medeiros@unicap.br

**JOSÉ ANTÔNIO SPENCER HARTMANN JÚNIOR**

Professor adjunto da Universidade de Pernambuco - UPE, jose\_spencer@yahoo.com.br

<sup>1</sup> Este trabalho é proveniente da pesquisa de mestrado do primeiro autor;

## RESUMO

Estima-se que sintomas depressivos em idosos, no Brasil, acometem mais de 30% dessa população. Com o fenômeno demográfico do envelhecimento e o potencial incapacitante do transtorno, é importante atentar às práticas no campo da saúde para esta população. Na psicologia, as Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC) vêm ganhando espaço no campo da pesquisa com idosos, mas ainda é um movimento em processo de amadurecimento. O presente trabalho é um esforço nesta direção, com o objetivo de apresentar um recorte qualitativo de uma pesquisa piloto em que fora experimentado um protocolo de psicoterapia cognitivo-comportamental baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso de 12 sessões, batizado de Kairós. Buscou-se compreender a experiência da psicoterapia das participantes. Ao todo, nove idosas, com média de 69 anos, participaram da pesquisa. Ao fim do protocolo, de uma entrevista semiestruturada acerca de suas experiências em psicoterapia. Após a transcrição, os escritos foram submetidos a uma análise de conteúdo. Ao fim da análise, cinco categorias foram suscitadas e discutidas: sintomatologia, relações maritais, relações intergeracionais, autonomia e protocolo Kairós. Pode-se concluir que a experiência fora positiva, qualificando as relações, abrindo novas perspectivas, devolvendo autoestima, trabalhando na remissão dos sintomas com viés preventivo e promotor de saúde mental.

**Palavras-chave:** Idosas, Depressão, Terapia de Aceitação e Compromisso.

## INTRODUÇÃO

Com uma nova realidade demográfica a caminho, é preciso pensar em novas configurações familiares, reconfigurações em planos de carreira e aposentadoria, e no papel social da experiência e da sabedoria da pessoa idosa em meio a uma sociedade que envelhece. Esperar-se-á um maior tempo de capacidade funcional e com isso a necessidade de construir novas formas de cuidado, considerando as especificidades dessa população. Indo aos dados, em 2030 teremos mais idosos no Brasil que crianças com idade até 14 anos e em 2055 que crianças e jovens com até 29 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2018).

Com uma expectativa de vida de 76 anos, 79,6 para mulheres e 72,5 para homens, a população idosa no Brasil é de pouco mais de 30 milhões, cerca de 17% do total de brasileiros (10,5% de população residente), de acordo com o IBGE (2018; 2019). Desses idosos, 55,7% são mulheres e 44,3% são homens. Com o aumento anunciado dessa população, espera-se uma maior participação econômica. Estima-se que 7,2% dos idosos brasileiros são ativos no mercado de trabalho, a grande maioria em atividades agrícolas e comerciais, sendo esperado um aumento considerável nos próximos anos.

O quantitativo de pessoas acima dos 60 anos incapacitadas é de 6,8%. Quando o cálculo é realizado com pessoas a partir dos 75 anos, o número sobe para 15,6%. Entre as principais causas de óbito ou incapacitação estão: coronariopatias, insuficiência cardíaca, Acidente Vascular Cerebral (AVC), e demência. Todas têm correlação com a depressão (NASSER et al., 2016; WANNMACHER, 2016).

Unindo demandas clínicas e sociais, novas práticas visando qualidade de vida nessa população necessitam ser desenvolvidas e as atuais aprimoradas. A prevalência de depressão em idosos, diagnosticados ou subsindrômicos, pode atingir mais de 30% (RAMOS et al., 2015; SILVA et al., 2019). A dificuldade no diagnóstico diferencial da depressão pode estar relacionada ao fato desta não figurar nesta relação. Mesmo considerando o seu crescente potencial incapacitante, transtornos mentais costumam ser preteridos por quadros clínicos.

Pesquisas como as de Nóbrega e colaboradores (2015) apontam para alterações fisiológicas, questões nutricionais e lesões cerebrais

como fatores associados à depressão. Já Cukrowicz et al. (2013) identificaram relação entre ideação suicida com desesperança, sintoma importante na depressão geriátrica, além da percepção de sentir-se um peso aos demais. Para o cuidado à saúde mental da pessoa idosa, intervenções medicamentosas e comportamentais são recomendadas. Para as segundas, as Terapias Cognitivo- Comportamentais (TCC) em seus diversos modelos vêm apresentando boas evidências de validade. Dentre elas, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que será apresentada em seguida.

## TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO

A ACT é um dos principais modelos da terceira onda em TCC, também chamadas de comportamentais contextuais. Tem seu início ainda na década de 1980, com pesquisas e desenvolvimento de suas básicas epistemológicas, Teoria das Molduras Relacionais e Contextualismo Funcional. O ano de 1999 fica marcado pela publicação da obra inaugural da ACT enquanto uma abordagem clínica em psicologia (HAYES; STROSAHL; WILSON, 2021).

A nível teórico e interventivo, a ACT compreende os comportamentos, ou eventos, em duas categorias: públicos e encobertos (pensamentos, memórias, emoções e reações fisiológicas). Em concordância com o Behaviorismo Radical de Skinner, os eventos que ocorrem sob a pele precisam ser interpretados quando tornados públicos, através da fala, ou comportamento verbal. Aqui linguagem tem um papel central, pois ela é responsável pela expressão de pensamentos e sentimentos. Para a ACT, a cognição é encarada enquanto a consciência, interpretação e expressão dos eventos encobertos (HAYES; STROSAHL; WILSON, 2021).

Durante todo o nosso desenvolvimento, somos rodeados por uma comunidade que nos estrutura regras. Toda a organização humana é composta por regras, estruturadas e manifestas pela linguagem. A relação do ser humano com a linguagem define, em parte, o modo como lida com pensamentos e emoções e constrói crenças e padrões de ação. Muitas vezes, somos ensinados a não chorar ou demonstrar "fraquezas", a tentar sermos melhores que os outros ou a sentir culpa por pensamentos e sentimentos que envolvam algo moralmente

desaprovado (HAYES; STROSAHL; WILSON, 2021). A ACT compreende, em sua visão pragmática, que a cada contexto (relação do sujeito consigo mesmo ou com outros, mediados pela linguagem) as contingências mudam e, com isso, as respostas necessárias. Diferentes contextos necessitam de diferentes ações e formas de pensar e sentir.

Quando apresentamos uma ligação forte ao conteúdo dos nossos pensamentos, tentamos controlar ou evitar nossas emoções a partir da generalização dos contextos, criamos crenças e padrões rígidos de resposta. Aprendemos que devemos sempre rejeitar raiva e tristeza e demonstrar alegria e positividade, a pensar que devemos mostrar que somos fortes, invulneráveis e melhores que os outros. O resultado é o desenvolvimento de psicopatologias. Um exemplo é a pessoa que, para não ter tempo de estar triste, superlota sua agenda de trabalho ou compensa sua tristeza bebendo, comprando ou utilizando as redes sociais.

Não seria a proposição da mudança de pensamento que traria, por sua vez, a mudança do comportamento, mas a mudança dos padrões de comportamento, a partir desistência das tentativas de controlar ou se esquivar de emoções e pensamentos, compreendendo o sofrimento enquanto parte do processo e, com isso, parar de potencializar o sofrimento do qual quer se livrar. Tentar se fechar a experiência de sofrer, ou seja, de aceitar sua humanidade leva a uma postura de ainda mais sofrimento, revertido em trauma, avaliação, vitimização ou racionalização. O caminho contrário, de aceitação, escolha e ação é, de forma resumida, o caminho interventivo da ACT (SABAN, 2015).

Apartir de seis processos, a ACT busca alcançar um processo maior chamado flexibilidade psicológica, que pode ser entendido enquanto a capacidade de abertura à experiência, com foco no momento presente, agindo em direções significativas. Não pretende excluir o sofrimento, mas evitar o sofrimento desnecessário pela tentativa de não sofrer. Também não é um lugar a se chegar, mas uma postura a se assumir. Os processos são, a saber: aceitação, desfusão cognitiva, contato com o momento presente, eu contextual, valores e ações de compromisso. Eles constituem etapas dinâmicas que revelam e aproximam dos principais anseios humanos, como coerência, competência e significado (HAYES, 2019).

Mesmo se propondo menos diretiva, a ACT dispõe de um amplo arcabouço de técnicas e procedimentos. É comum, por exemplo, o uso de registros, exercícios de atenção plena, análise das contingências, ensaios comportamentais, ativação comportamental, técnicas de exposição e uso de metáforas e paradoxos. Tem demonstrado eficácia em diversos tratamentos, dentre eles depressão e dor crônica. Falando especificamente em idosos, a revisão sistemática de Medeiros e Hartmann Júnior (2019) apontam apenas três estudos entre 2010 e 2019 que trabalharam exclusivamente com idosos, ou que os tenha separado em grupo específico. Dos achados, um tratou depressão, e os outros dois de dor crônica. Um grande quantitativo de pesquisa não distingue adultos mais jovens dos idosos, dificultando compreender a nuance desejada pelo leitor interessado no tema.

## **TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO E IDOSOS: POR QUÊ?**

Petkus e Wheterrel (2013) trazem à luz a reflexão de que com uma população mundial cada vez mais velha, profissionais e serviços de saúde mental atenderão cada vez mais idosos. Faz-se necessário o reforço empírico de tratamentos baseados em evidências para pessoas mais velhas. Para eles, a natureza transdiagnóstica da ACT poderia levar vantagem sobre tratamentos mais específicos no atendimento a idosos, onde há a necessidade de diferenciação entre diagnóstico primário e secundário. A avaliação se dá em cima dos processos descritos nos modelos de psicopatologia e de enfrentamento com base nos processos terapêuticos acima descritos. A dificuldade de diagnóstico e a alta taxa de comorbidades dificultariam uma avaliação focada necessariamente na categoria nosológica, o que retoma a crítica de um trabalho interventivo focado excessivamente nos sintomas.

Um modelo transdiagnóstico de psicopatologia não desconsidera as categorias nosológicas, mas pretende lançar um olhar que vá além da topografia (aspectos formais do comportamento, sinais e sintomas) dos transtornos mentais e alcance também para a funcionalidade (função efetiva do comportamento patológico). A proposta é observar ambas as dimensões, tratando principalmente a segunda. Uma gama de sintomas é comum a diversos transtornos, o que pode

recair em excessos de diagnósticos, bem como a imprecisão destes, em ambos os casos muitas vezes sem valor interventivo. Um olhar dimensional, unindo topografia e funcionalidade, pode acelerar o início do tratamento, atingir um número maior de problemas e alcançar de modo interventivo e preventivo sintomatologias diversas. Para a pessoa idosa, em sua dinâmica de excesso de diagnósticos e comorbidades, seria um ganho ainda mais significativo.

Além disso, a ACT, como outros modelos cognitivo-comportamentais, apresenta aproximação com outras áreas do conhecimento como, por exemplo, a psiquiatria, neurociências, geriatria e fisioterapia. Com isso, o tratamento interdisciplinar se faz possível. Com exceção dos quadros orgânicos, toda patologia é do comportamento. Sabendo do atravessamento de fatores biopsicossociais, há abertura para o complemento do tratamento por outras especialidades.

Gillanders e Laidlaw (2014) discutem que, apesar de ainda cedo, as evidências preliminares para ACT em idosos, além de promissoras, apontam a necessidade de abordar uma perspectiva ampla de pesquisa, com base em trabalhos qualitativos, experimentais e transversais. O único achado desse trabalho direcionado especificamente a idosos apresenta resultados promissores no tratamento de idosos com transtornos de ansiedade. As pesquisas necessitam de um desenvolvimento progressivo, iniciando com ensaios com menor grau de controle, passando para os randomizados controlados.

Em conclusão, os protocolos para depressão geriátrica tendem a ter um foco maior nos sintomas, e não nos processos clínicos. Além disso, uma abordagem que não propusesse o questionamento e a mudança de crenças, mas o uso da pragmática e da experiência, poderia trazer um diferencial para o idoso, com declínio na inteligência mecânica e ascensão da pragmática (PETKUS; WHETERREL, 2013). Por último, com o processo de seletividade emocional em curso, uma intervenção baseada em aceitação enquanto disposição para a mudança de direção a um caminho alinhado aos valores pessoais poderá influenciar positivamente tal processo.

Diante do discutido até aqui, o presente capítulo objetiva apresentar um recorte qualitativo de uma pesquisa mista envolvendo o ensaio clínico de um protocolo baseado na ACT de 12 sessões para depressão geriátrica, a fim de fomentar o debate e acrescer o corpo de publicações na área.

## METODOLOGIA

Como mencionado, o recorte aqui apresentado possui caráter qualitativo, e também descritivo. Buscamos iniciar uma discussão compreensiva da experiência da psicoterapia para idosas com queixas de depressão participantes da pesquisa. A análise dos dados coletados ficou a cargo da análise de conteúdo, em sua forma temática. Não houve quantificação das palavras e sua categorização não fora realizada por *software*.

A pesquisa intitulada “Protocolo Kairós para depressão geriátrica: estudo piloto” teve método misto, com a execução de um ensaio clínico de delineamento quase-experimental. O braço qualitativo da pesquisa teve seu início logo após o fim das sessões e objetivou atribuir caráter compreensivo à pesquisa, em um esquema de complementaridade. As entrevistas realizadas objetivaram compreender a experiência da psicoterapia a partir do protocolo.

### Participantes

Ao todo, nove idosas foram submetidas ao protocolo Kairós. As participantes residiam em Garanhuns, Pernambuco, cidade onde a pesquisa foi realizada. O recrutamento se deu através de divulgação nos dispositivos do SUS e SUAS. Inscreveram-se 23 idosas. Esperava-se investigar cinco, mas devido à procura selecionamos as nove que cumpriram os critérios estabelecidos.

Como critério de inclusão, estabeleceu-se: idade mínima de 60 anos, residir no município da pesquisa, não estar realizando psicoterapia e atingir pontuação esperado nos instrumentos selecionados para esse fim. Os instrumentos foram a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15)<sup>1</sup> e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM)<sup>2</sup>, respectivamente. As que estavam em acompanhamento neurológico ou psiquiátrico foram aceitas.

---

1 Escala dicotômica composta por 15 itens. Para fazer parte da pesquisa, a pontuação final teve que ser igual ou maior que

2 Instrumento de rastreio para déficits cognitivos, com pontuação máxima de 30 pontos. O ponto de corte único utilizado foi 21.



Os dados sociodemográficos das idosas apontam para o seguinte perfil: média de 69 anos de idade, maioria negra, alfabetizada, aposentada, casada, católica, praticante de atividade física, sem doenças crônicas e em uso de antidepressivo e/ou ansiolítico. Todas eram heterossexuais.

## **Instrumentos e Procedimentos**

Em adição aos dois instrumentos acima, foram utilizados para avaliação do protocolo a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS-BP), a Escala de Positividade (EP) e o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). A EDG-15 também fora utilizada para avaliação. Unindo a possibilidade da cuidadosa integração com outros modelos teóricos e práticos, fora construído o modelo piloto do protocolo Kairós.

Trata-se de um protocolo de psicoterapia composto por 12 sessões, divididas em três blocos. Cada bloco foca em dois pontos do hexagrama de flexibilidade psicológica, a saber: bloco 1 (aceitação e desfusão cognitiva); bloco 2 (contato com o momento presente e eu contextual); bloco 3 (valores e ações de compromisso). Os acoplamentos não se deram ao acaso, com cada dupla de processos contemplando contemplam um pilar de intervenção que representa um estilo de resposta: aberto, centrado e comprometido, respectivamente. Os três pilares compõem a flexibilidade psicológica.

As duas primeiras sessões foram destinadas a conceituação de caso, tendo o bloco 1 e 3 três sessões e o bloco 2, duas. As intervenções envolveram análise de contingências, uso de diários, metáforas, exercícios de atenção plena, estimulação de memórias afetivas e planejamento para seleção, otimização e compensação de ganhos e perdas. Todas as participantes tiveram um familiar escolhido para acompanhar o processo, tendo contato por telefone ou pessoalmente após cada sessão.

Além da ACT, o protocolo Kairós contou com aportes da Psicologia Positiva, Terapia de Reminiscência, do metamodelo Selecionar, Otimizar e Compensar (SOC) e da Teoria Social Cognitiva. A primeira fora utilizada a partir da teoria Ampliar e Construir. Nesta, estuda-se a positividade, sentimento de bem-estar a partir da ampliação das potencialidades e gerenciamento da vida (FREDRICKSON, 2019). A

Terapia de Reminiscência trabalha o resgate afetivo a partir das memórias, a fim de trabalhar ressignificação de momentos marcantes para compreender e ressignificar traumas, motivar e colher frutos tardios (BOHLMEIJER et al., 2005).

O metamodelo SOC e o conceito de autoeficácia, da Teoria Social Cognitiva, foram utilizados de forma complementar às intervenções. SOC é um processo para selecionar, otimizar e compensar comportamentos possíveis dentro das possibilidades funcionais do idoso. Isso só foi possível após a descoberta da plasticidade neuronal (ALONSO-FERNÁNDEZ et al., 2016). Apesar disso, é necessário ter motivação e crer na capacidade de empreender novos comportamentos e adaptar os atuais, equilibrando autonomia (tomada de decisão) e independência (execução). A solução foi encontrada em Bandura e sua conceituação da autoeficácia, que é a crença sobre a capacidade de fazer algo. Acreditar que algo é possível é o primeiro passo para o processo de autorregulação (BANDURA, 1997).

As participantes foram submetidas a uma avaliação através dos instrumentos de mensuração na primeira, sexta, e última sessões, além de um *follow-up* de três meses. Os resultados apontaram redução dos sintomas de depressão e ansiedade e aumento nos níveis de satisfação com a vida e positividade, resultado mantido no *follow-up*.<sup>3</sup>

Após o encerramento da última sessão do protocolo Kairós, as participantes foram submetidas à entrevista semiestruturada. As perguntas foram, a saber: 1. "Como foi, para você, a experiência de participar da terapia proposta?"; 2. "Quais foram os seus ganhos?"; 3. "No que você conhece por depressão, o que acredita que tenha trabalhado a partir da terapia?"; 4. "Teria alguma crítica ou sugestão para aprimorarmos nosso protocolo?"

As entrevistas foram gravadas por dispositivo de captação de áudio na íntegra. Ao fim das gravações, teve início o processo de transcrição. Todos os arquivos de áudio foram transcritos de forma literal, sem modificações de qualquer natureza. Com os textos em mãos, deu-se início a análise de conteúdo.

---

3 Para mais informações, consultar Medeiros (2019) e Medeiros e Hartmann Júnior (no prelo).

A análise de conteúdo se ocupa do tratamento da informação contida nas mensagens. Através da inferência, as palavras ou expressões indutoras utilizadas pelo pesquisador ou pelo próprio grupo suscitam relações em que é possível compreender as diferentes representações de um fenômeno. A formação de categorias temáticas ajuda na compreensão de aproximações e distanciamentos no conteúdo do discurso dos falantes. Possui três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (MINAYO, 2014).

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa obteve aprovação no comitê de ética em pesquisa da Universidade de Pernambuco, protocolo 02697518.1.0000.5207, e no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC), com o código de acesso **RBR-4vsv5c**.

A pesquisa ocorreu em consultório alugado para esta finalidade. Todas as participações foram voluntárias e homologadas após preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a transcrição das entrevistas, os arquivos de áudio foram deletados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a realização das duas primeiras etapas, pré-análise e a exploração do material e o tratamento dos resultados, cinco categorias puderam ser detectadas: sintomatologia, relações maritais, relações intergeracionais, autonomia e protocolo kairós. É importante ponderar que, apesar da categorização, os conteúdos dos temas estão interligados e sua relação deve ser encarada como de complementaridade.

### Sintomatologia

Um dos temas mais suscitados a partir das respostas às perguntas da entrevista semiestruturada foram os sintomas. Uma das participantes refere melhora na agitação e, conseqüentemente, no sono e na disposição: *“É porque eu falava mais depressa, entendeu? E também no sono, estou dormindo mais. Eu tô mais ativa em casa no que tenho pra fazer. E tô mais com calma. Eu tô sentindo que estou*

muito mais calma. Que eu era muito mais agitada" (Participante 3, 73 anos).

Ainda na fala da participante, assim como na de outra, as queixas iniciais tinham relação direta com tristeza e tendência ao isolamento: "Falta de vontade de sair de casa. Vontade de chorar. Não botar nem a cara na rua. Fingir que não estava em casa" (Participante 3, 73 anos); "Antes de começar, eu não queria sair de casa. Todos os dias se eu botasse uma música eu chorava" (Participante 2, 60 anos).

A seguinte fala serve de exemplo de um uso de uma visão contextualizada: "E **acredita, doutor, que até as pessoas que eu taxava de antipáticas hoje eu consigo achar simpáticas?** Porque eu acho que o defeito estava como eu as via, e não nas pessoas" (Participante 9, 68 anos). Aqui, vemos que a mesma partia dos atos de avaliação e racionalização, taxando as pessoas como antipáticas a partir de uma visão de mundo conceitual. Ao substituir pela visão contextual, e se vendo como o próprio contexto, passa a compreender as pessoas de modo menos taxativo.

Apesar de passarem por processos de desfusão cognitiva (Se ver a partir da depressão e não como depressiva) e contextualização dos eventos, ainda há, em algum nível, o uso de conceitos e regras verbais. Como pressuposto pela ACT, não há possibilidade de um desprendimento total da linguagem literal e de conteúdo, visto que necessitamos desta para organização e acomodação do nosso sistema simbólico (HAYES; STROSAHL; WILSON, 2021).

Sintomas ansiosos também foram relatados: "[...] melhorei daquela batida no **coração, da ansiedade que eu tinha. Do nervosismo de que eu não queria** fazer mais nada" (Participante 3, 73 anos); "Eu ficava me assustando, gritando do nada e meu esposo já estava **preocupado comigo. Porque eu tomava um tanto de remédio e não parava de me assustar e** gritar" (Participante 8, 67 anos). Nesta última fala, a idosa relata o uso de medicações. Essa próxima fala também menciona o uso de medicação:

"Até a minha memória está despertando. Eu sei que estou tomando aquela **medicação que eu lhe falei, mas com a terapia eu acho que estou despertando mais. Estou me sentindo mais leve. Menos preocupada com as coisas. Sentindo-me ótima**" (Participante 9, 68 anos).

Hayes et al. (2008) afirmam que, na efetivação da ACT, o uso de medicamentos geralmente é diminuído. Apesar disso, a única recomendação às idosas foi o agendamento de uma reavaliação psiquiátrica. Outro ponto interessante é que, apesar de não ter havido estimulação cognitiva, uma participante relatou melhora na memória. É importante ressaltar que a perda de memória é comum tanto à depressão geriátrica quanto aos déficits cognitivos. Além disso, tratamento medicamentoso mais terapia constitui padrão ouro (WANNMACHER, 2016).

## Relações Maritais

A relação das participantes casadas com seus maridos surgiu como um tema rico em conteúdo. Das cinco idosas casadas, quatro trouxeram queixas relativas aos seus casamentos. Destas, duas queixavam-se do fato de seus maridos terem relações extraconjugais:

*“Eu pensei em fazer muita besteira. Voar no pescoço dela. Expulsar ele de **casa. Mas hoje eu vi que precisava me cuidar para poder tomar uma decisão. Seja me separar e vender minha casa ou ficar com ele, se ele voltar** a ser como era antes” (Participante 3, 73 anos).*

Outra idosa, além de pensar em entrar em conflito com a amante do companheiro, cogitou suicídio:

*“Eu até pensei em tirar a própria vida, depois que meu marido apareceu de **novo com uma dona. Pensei em sair de casa, pensei em fazer uma besteira com ela. Eu percebi que eu precisava cuidar de mim. Eu cuidei da minha família e não tive força pra cuidar de mim. Hoje, eu sei que sair de casa e dar a casa de bandeja pra ele não é a solução [...] Mesmo se eu decidir continuar com ele, se ele deixar a dona, vai ser porque eu quis**” (Participante 5, 75 anos).*

O estudo de Fernandes (2009) fomenta a visão pré-estabelecida culturalmente a ser assumida por gênero na velhice. Na fala dos próprios homens idosos, uma mulher idosa tem como papel: ajudar e ser compreensiva com o marido, e não brigar com ele; não esquecer da família; arrumar trabalhos próprios para a idade, como crochê e pintura; não andar com companhias “duvidosas” ou viajar sem o

acompanhante; e fazer um curso de culinária para idosos para aprender a fazer comidas que “não façam mal”. Quando as mulheres idosas falaram, a maioria dos relatos afirmaram que o homem idoso deveria: não trair a esposa ; não gastar dinheiro com “farras”; não fazer velho o que gostaria de fazer mais novo; não abandonar a família e trocar a mulher; ser mais carinhoso e namorar mais; e não maltratar a mulher”.

A mulher idosa assume tal papel, ocorrendo uma fusão cognitiva com este. Na fusão ocorre a tentativa de controle sobre a situação, desde a evitação até a avaliação, trazendo desconforto. Isto pode levar a comportamentos autodestrutivos. A desesperança é um fator agravante no risco de suicídio em idosos. Tanto esse quanto o comportamento heteroagressivo com a amante dizem de uma tentativa de controle emocional, que gera ainda mais desconforto. As noções de “desesperança criativa” (desistir de estratégias que não dão certo) e de “controle enquanto um problema” foram apresentadas e discutidas em contraponto às posturas adotadas pelas participantes. É possível detectar o quando o modelo patriarcal influencia na atual geração idosa.

O processo de flexibilidade psicológica, que passa pela aceitação, escolha e ação compromissada parte de uma dessensibilização da linguagem que nos faz assumir papéis carregados de regras sociais pré-estabelecidas. A avaliação rígida passa a dar lugar à descrição e a desfusão cognitiva ocorre quando a experiência passa a ter um papel mais importante que o peso das palavras. Isso reflete diretamente no modo como direcionamos os eventos encobertos, interpretando tais processos à luz da experiência, proporcionando uma modelação situacional, abandonando o engessamento dos comportamentos regidos (HAYES; STROSAHL; WILSON, 2021; SABAN, 2015).

Sentimentos como o de culpa ocupam o lugar que deve ser preenchido pelos valores. Por vezes, tendemos a focar em objetivos situacionais que se resumem a não sofrer. Os valores, enquanto construções verbais que qualificam os objetivos, são maiores que qualquer objetivo pois são direções significativas, e as emoções precisam fazer parte disso. A fala da participante exemplifica:

*“Eu achava que minha vida tinha acabado porque eu tinha perdido meu **companheiro, porque ele me trocou por outra. [...] Eu me sentia culpada até hoje por escolher cuidar das meninas (filhas e netas) e nem sempre estar***

*com ele. E eu aprendi que a culpa não foi minha [...]. Esse tipo de pensamento não passa mais pela minha cabeça. Sentimento de culpa nenhum"* (Participante 2, 60 anos).

Quando direcionamos nossas ações com base nos valores, tendemos a concluir que os objetivos devem ser traçados a partir destes (Saban, 2015). A participante substitui a culpa pelos valores como direcionadores centrais em sua vida como, por exemplo, viver bem, e ser uma boa mãe e avó.

A fala da participante 2 revela um importante movimento de emancipação feminina. Não só financeira, mas também no âmbito das relações interpessoais. Enxergar-se como parte do contexto, e não como alguém que está fora deste, auxiliou uma das participantes a melhorar sua relação marital. A mesma destaca a diminuição do uso de álcool do marido e o fato de estarem planejando juntos:

*"A minha mudança ajudou também em casa, meu marido está mais calmo também. Está bebendo menos. Me ajuda em casa e está planejando uma reforma comigo. Acho que a minha calma fez ele me ouvir mais e ficar mais calmo também. Antes era só discussão ou cada um mais pro seu canto, né?"* (Participante 6, 65 anos).

O processo de flexibilidade psicológica referente ao eu contextual proporcionou a participante a mudança de perspectiva de como ocorrem as mudanças significativas. Estas devem vir de dentro para fora, e não o contrário.

## Relações Intergeracionais

Além dos maridos, filhos outros parentes também foram mencionados na entrevista. *"Eu percebi que em muitas coisas eu estava também errando, e não só minhas filhas. Eu estava levando tudo só para o lado errado. E hoje eu consigo ver o que está certo e também o que não está"* (Participante 2, 60 anos). A fala é de uma idosa que se queixava de que suas filhas não aceitavam seu desejo de encontrar um novo parceiro. *"Elas me ajudam a me **policar e já veem com bons olhos eu sair com amigos e talvez arrumar um parceiro**"* (Participante 2, 60 anos). A participante interpretava o cuidado de suas filhas como uma tentativa de controle.

O apego ao conteúdo das palavras, carregados de uma simbologia arbitrária e prejudica a experiência, estava somando a um processo de vitimização, que é considerada uma das barreiras no processo de aceitação juntamente ao trauma (SABAN, 2015). O Protocolo também a ajudou no compromisso com a responsabilidade nos eventos externos, ou seja, nas relações interpessoais. Outra fala reforça o acima discutido, estendendo-se para as noras:

*"A relação com a minha filha estava péssima, como eu havia dito. E até mesmo com meus filhos e minha nora. Outra nora não falava comigo. Mas, pra mim, é como se ela nunca tivesse feito nada de errado comigo. Não sinto mais raiva. Nem das outras pessoas"* (Participante 9, 68 anos).

No último processo, ação comprometida, o perdão é um comportamento possível. Não é visto como um ganho ou mudança de perspectiva, pois pode ser apenas a mudança de um comportamento psicopatológico para outro, como ir da evitação a avaliação, por exemplo.

As relações entre idosos e seus filhos se configuram como de cuidado mútuo. O excesso deste pode contrariá-los e apresentá-los a crenças de dependência, pondo a prova sua funcionalidade global, incluindo sua capacidade para tomada de decisão que podem, por vezes, ser aprendidas. A inserção do metamodelo SOC auxilia num maior equilíbrio entre os cuidados necessários e a possibilidade de dar liberdade às idosas, utilizando de suas experiências afetivas e habilidades aprendidas ao longo da vida.

## **Autonomia**

A presente categoria representa uma série de falas em que o conteúdo engloba aquisição de novas responsabilidades, aumento na rede social, e atividades de lazer. O termo designado como título refere à capacidade de tomada de decisão, possibilitando o que está nas falas a seguir. É possível perceber uma mudança na autoimagem das participantes a partir de seus relatos: "[...] e, assim, muitas coisas que eu já estava me vendo depressiva. Hoje, **quando eu quero**, eu saio e me sinto bem" (Participante 2, 60 anos); "A tristeza saiu. Aquela **angústia**,



*aquela vontade de só não fazer nada. De pintar o cabelo, de pintar as unhas. De trocar uma roupa. Me sinto satisfeita"* (Participante 5, 75 anos).

O estudo de Merighi et al. (2013) apontou uma relação entre a autonomia nas atividades diárias e o autocuidado em idosas. O suporte familiar mostrou-se como fundamental nesse processo. Na pesquisa, todas as idosas tiveram um ou mais familiares incluídos no protocolo e com isso melhoraram suas relações familiares, como exposto em trechos já citados acima. A procura por serviços de saúde, atividades sociais e físicas também se mostram como fatores a serem levados em consideração na autonomia de idosas (MERIGHI et al., 2013). Sete das nove participantes praticam atividade física regularmente e todas frequentam os serviços do SUS e/ou SUAS.

O protocolo Kairós auxiliou as idosas tanto na manutenção de projetos atuais: "Existem pastorais e outros projetos que dependem de mim e me sinto bem e forte para continuar minha missão" (Participante 1, 67 anos), quanto na iniciativa para novas empreitadas: "Minhas meninas ficavam "mamãe, venha pra cá conversar, vamos ensinar a senhora" e eu botava pra chorar e não ia. Agora até estudar, eu estudo" (Participante 6, 65 anos); "Agora eu assumi o cargo de tesoureira chefe da legião de Maria. Estou mais **animada**" (Participante 8, 67 anos).

O modelo de enfrentamento de psicopatologias passa pelas escolhas. Uma análise aprofundada das possibilidades e a decisão por aquela que mais se aproxima dos valores pessoais de cada um. É justamente o ato de alinhar decisões com valores que promove a atitude autônoma de buscar novos desafios ou ressignificar os antigos. A ACT trabalha com uma perspectiva diretiva, em uma colaboração direção entre paciente e terapeuta em um esquema de reforço. A experiência em si passa a ser mais importante que uma avaliação com base no desconforto ocasionado por algum evento encoberto (pensamentos, emoções, memórias e reações fisiológicas).

É interessante notar que as perspectivas apresentadas a partir das entrevistas são todas para atividades fora do ambiente doméstico. Se tratando do corte geracional, pode-se mostrar como um ganho importante na autonomia e na procura por desafios que as atividades de casa não oferecem. O único relato que menciona uma atividade a ser realizada em casa é rel ativa à criação de uma horta: "Ter minha

hortinha e cuidar dela me lembra dos meus tempos de roça. É muita alegria que não cabe em mim" (Participante 4, 87 anos).

Com a instrumentalização da Terapia de Reminiscência colocou a prova o trabalho de contextualização dos eventos mais significativos da vida e como esses influenciaram no aqui e no agora. Revisitar o passado para compreender a velhice suscitou antigos hábitos prazerosos, ou transformou-os nisso, servindo de base para a seleção de novas atividades.

## Protocolo Kairós

Por último, apresentamos os trechos relativos às falas referentes ao protocolo Kairós. O primeiro ponto a ser levantado foi a participação da família. O canal de comunicação disponível com os familiares teve uma repercussão positiva nas participantes, melhorando a qualidade nas relações comentadas na categoria Relações Intergeracionais:

"O fato de você ter procurado as minhas meninas para conversar sobre a *minha terapia foi muito bom. Elas precisavam entender meu lado e eu o delas. Um profissional traduzir para elas o que eu sentia e pensava era* importante. A opinião delas também conta" (Participante 2, 60 anos).

A psicoeducação teve um papel fundamental nesses momentos, auxiliando as famílias a compreender como se configura a depressão geriátrica, a atuação do psicólogo e a dinâmica do protocolo. O material trazido nas falas fomentou discussões e intervenções durante as sessões. Lemes e Neto (2017) alertam para a importância da psicoeducação nos tratamentos no campo da saúde para um melhor prognóstico e cuidado dos familiares, além do autocuidado. Os autores realizaram revisão de literatura sobre psicoeducação com família.

Entre os 20 achados, 40% trabalharam a psicoeducação diretamente com o paciente, 45% com o cuidador/familiar e apenas 15% atuam nas duas frentes.

A fala seguinte exemplifica que alguns conceitos da ACT foram aprendidos pelas idosas: "Eu aprendi com o desconforto limpo que as vezes precisamos aceitar as coisas para *depois agir. Amanhã é sempre outro dia. Minha vida mudou. Estou aprendendo a ser mais eu*"

(Participante 2, 60 anos). Dentre os comentários relacionados às intervenções, os diários foram os que mais receberam **feedbacks** positivos: “[...] o caderno foi importante pra **aprender que as coisas boas e ruins acontecem o tempo todo e a gente aprende com as duas**. Eu dou mais ouvidos as boas, mas as ruins deixam a gente forte” (Participante 5, 75 anos). Outra idosa comenta o uso do diário como uma ferramenta para a desfusão cognitiva: “Estive **aqui com você, conversando, escrevendo no caderninho. Foram pensamentos importantes, né não?**” (Participante 8, 67 anos).

Uma paciente refere às meditações baseadas em **mindfulness** como uma ferramenta eficaz para os sintomas ansiosos: “[...] exercícios de relaxamento pra acalmar, como o **senhor** precisou fazer comigo. Isso pode ajudar” (Participante 6, 65 anos). A Atenção Plena foi trabalhada principalmente no Bloco 2 do protocolo Kairós. Nascida como uma estratégia para lidar com o estresse, hoje é utilizada para transtornos de ansiedade e do humor, como também para o aprimoramento das funções executivas, proporcionando mudanças neuroquímicas no funcionamento cerebral.

Por último, o vínculo mostrou ser uma potente ferramenta no manejo clínico:

“Você não desistiu, me motivou, e disse que eu estava **progredindo. Então eu achei que vale a pena a gente fazer uma terapia dessas na terceira** idade” (Participante 9, 68 anos).

A aliança terapêutica permite a estruturação de um trabalho que atenda às necessidades específicas do paciente. Para sua manutenção, é necessário o constante monitoramento e levar em consideração não só o papel do paciente nessa relação, mas também o do terapeuta. O estabelecimento da aliança, sua dinâmica e possíveis rupturas são importantes conteúdos para o processo psicoterapêutico (Oliveira & Benetti, 2015).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o envelhecimento populacional, as demandas específicas da população idosa serão cada vez mais demandas gerais. Relações maritais e intergeracionais estão no seio da

vida afetiva das participantes, influenciando diretamente no modo como se manifestam, seus possíveis sintomas e na tomada da autonomia. É equivocado pensar que a atuação clínica frente ao idoso resume-se a estimulação cognitiva, planos de atividades de vida diária e ser alguém com quem “conversar”.

É interessante notar como questões recorrentes como emancipação feminina e o papel da mulher têm seu lugar entre as mulheres idosas. Repensar seus papéis enquanto esposas, seja como liderança na família, na não aceitação de um papel submisso ou na necessidade de retomar a parceria com seu conjugue. O respeito dos mais novos é um ponto importante e coroa a velhice. Entrar em sintonia com as filhas e não se sentir errada em exercer sua sexualidade ou recobrar a voz ativa que a experiência traz, em forma de sabedoria, é animador. Tudo isso recorda o princípio de que a psicoterapia é, antes de tudo, um investimento que vai além do individual.

O caráter psicoeducativo da ACT e seu aporte em instrumentos auxiliou na construção de uma relação de compromisso com a terapia. O uso de diários, exercícios de atenção plena e reminiscência, por exemplo, aproximava os conceitos científicos das realidades de cada uma das nove idosas, bem como serviam de registro das mudanças que ocorreram durante as 12 semanas como documentação da sabedoria que todas elas continham.

Por fim, a análise de conteúdo corroborou e deu voz aos dados quantitativos, que apresentaram resultados significativos para os níveis de depressão, ansiedade e satisfação com a vida. Isso mostra o potencial de se investir neste tipo de intervenção na população aqui discutida, urgindo a necessidade de protocolos que respeitem as especificidades e as possam trabalhar diretamente.

## REFERÊNCIAS

BANDURA, A. **Self-efficacy**: the exercise of control. New York: W.H. Freeman, 1997.

BOHLMUIJER, E. et al. Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot study. **Aging & Mental Health**, vol. 9, n. 4, 302-304, 2005. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607860500089567> Acesso em 06 de jul de 2021.

CUKROWICZ, K. C.; JAHN, D.; GRAHAM, R.; WILIAMS, R. Suicide Risk in Older Adults: Evaluating Models of Risk and Predicting Excess Zeros in a Primary Care Sample. **Journal of Abnormal Psychology**, vol. 122, n. 4, 1021-1030, 2013. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2013-44247-008> Acesso em 05 de jul de 2021.

FERNANDES, M. G. M. (2009). Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 62, n. 5, 705-710, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BdpWf5t3psqCnYfhNLMHknk/abstract/?lang=ptdo> Acesso em 06 de jul de 2021.

FREDRICKSON, B. L. **Positividade**: descubra a força das emoções positivas, supere a negatividade e viva plenamente. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

GILLANDERS, D.; LAIDLAW, K. ACT and CBT in older age: towards a wise synthesis. In: PACHANA, N. A.; LAIDLAW, K. **The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology** (pp. 637-657). Oxford: Oxford Library of Psychology, 2014. p. 637-657.

HAYES, S. C. **A Liberated Mind**: How to Pivot Toward What Matters. New York: Avery, 2019.

HAYES, S. C.; PISTORELLO, J.; BIGLAN, A. Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, vol. X, n. 1, 81-104, 2008. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452008000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452008000100008) Acesso em 06 de jul de 2021.

HAYES, S. C., STROSAHL, K. D.; WILSON, K. G. (2011). **Terapia de Aceitação e Compromisso**: o processo e a prática da mudança consciente. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características gerais dos domicílios e dos moradores 2018**, 2019. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101654\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101654_informativo.pdf) Acesso em 10 de mai de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**, 2018. Disponível em: [\[noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017\]\(https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017\) Acesso em 10 de mai de 2021.](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-</a></p></div><div data-bbox=)

LEMES, C. B.; NETO, J. O. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Temas em Psicologia**, vol. 25, n. 1, 17-28, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2017000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100002) Acesso em 06 de jul de 2021.

MEDEIROS, A. G. A. P. **Protocolo Kairós para depressão geriátrica**: estudo piloto. 2019. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia: Práticas e Inovação em Saúde Mental, Universidade de Pernambuco, Garanhuns, 2019.

MEDEIROS, A. G. A. P.; HARTMAN JÚNIOR, J. A. S. Protocolo baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso para depressão geriátrica. **Psicologia: Saúde e Doenças**, 2021. No prelo.

MEDEIROS, A. G. A. P.; HARTMANN JÚNIOR, J. A. S. Terapia de Aceitação e Compromisso para depressão geriátrica: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, vol. 15, n. 2, 112-119, 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872019000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872019000200005) Acesso em 06 de jul de 2021.

MERIGHI, M. A. B.; OLIVEIRA, D. M.; JESUS, M. C. P.; SOUTO, R. Q.; THAMADA, A. A. Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 47, n. 3, 408-414, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kjk9CmvcHVjVkrpDHP6b-Njt/abstract/?lang=pt> Acesso em 06 de jul de 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

NASSER, F. J. et al. Doenças psiquiátricas e o sistema cardiovascular: interação cérebro e coração. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, vol. 29, n. 1, 65-75, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-797114> Acesso em 05 de jul de 2021.

NÓBREGA, I. R. A. P.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O.; VIEIRA, J. C. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde Debate**, vol. 39, n. 105, 536-550, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gfFFTzQKvvCLzr3SWHCXJ6C/?lang=pt> Acesso em 05 de jul de 2021.

OLIVEIRA, N. H.; BENETTI, S. P. C. Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, vol. 67, n. 3, 125-198, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28347559/> Acesso em 05 de jul de 2021.

PETKUS, A. J.; WETHERELL, J. L. Acceptance and Commitment Therapy with Older Adults: Rationale and Considerations. **Cognitive Behavior Practice**, vol.

20, n. 1, 47-56, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4795910/> Acesso em 06 de jul de 2021.

RAMOS, G. C. F.; CARNEIRO, J. A.; BARBOSA, A. T. F.; MENDONÇA, J. M. G.; CALDEIRA, A. P. Prevalence of depressive symptoms and associated factors among elderly in northern Minas Gerais: a population-based study. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol. 62, n. 2, 122-131, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/YrxY6mfSKSb4c4TFWPZtg8q/?lang=pt> Acesso em 05 de jul de 2021.

SABAN, M. T. **Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso**. 2ª ed. Belo Horizonte: Artesã, 2015.

SILVA, P. O.; AGUIAR, B. M.; VIEIRA, M. A.; COSTA, F. M.; CARNEIRO, J. A. Prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos atendidos por um centro de referência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 22, n. 5, e190088. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/rgmFtpbqY85XRRJ9PnC3MCv/?lang=pt> Acesso em 05 de jul de 2021.

WANNMACHER, L. **Abordagem da depressão maior em idosos**: medidas não medicamentosas e medicamentosas. Organização Panamericana de Saúde, 2016. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Abordagem%20idosos\\_F001.pdf](https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Abordagem%20idosos_F001.pdf) Acesso em 05 de jul de 2021.