



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO



VIVIANE CRISTINA FONSECA DA SILVA JARDIM

**A ARTETERAPIA COMO INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE
VIDA DA PESSOA IDOSA**

RECIFE
2021

VIVIANE CRISTINA FONSECA DA SILVA JARDIM

**A ARTETERAPIA COMO INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE
VIDA DA PESSOA IDOSA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos diferentes cenários do cuidar.

Projeto Mestre: Comunicação e Educação em Saúde e o cuidar de Enfermagem integral nos diversos cenários.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

RECIFE
2021

Catálogo na fonte:
Elaine Freitas, CRB4:1790

J37a

Jardim, Viviane Cristina Fonseca da Silva

A arteterapia como intervenção na promoção da qualidade de vida da pessoa idosa / Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim . – 2021.

156 f. ; il.

Orientadora: Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Recife, 2021.

Inclui referências, apêndices.

1. Arteterapia. 2. Qualidade de vida. 3. Envelhecimento. 4. Saúde da pessoa idosa. 5. Educação em saúde. 6. Enfermagem. I. Vasconcelos, Eliane Maria Ribeiro de (orientadora). II. Título.

616.73 CDD (22.ed.)

UFPE (CCS 2022 - 102)

VIVIANE CRISTINA FONSECA DA SILVA JARDIM

A ARTETERAPIA COMO INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Tese Aprovada em: 08/10/2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante Araújo (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro (Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos (Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Etiene Oliveira da Silva Fittipaldi (Examinadora externa)
Universidade Federal de Pernambuco – Departamento de Fisioterapia

Profa. Dra. Sueli Moreno Senna (Examinadora externa)
Universidade Federal de Pernambuco - CAV

RECIFE
2021

Dedico esta tese às pessoas que alicerçam a minha vida: meus pais Manuel Bezerra e Dione Maria; meu esposo Álvaro Jardim; meus filhos Vivian Jardim e Lucas Jardim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar o meu caminho, dando-me força, coragem e persistência para alcançar mais esta realização profissional.

Aos meus queridos pais Manuel Bezerra da Silva e Dione Maria Fonseca da Silva, por todo amor, cuidado, ajuda e incentivo para lutar pelos meus sonhos. Com vocês, aprendi valores importantes que alicerçam a minha vida.

Ao meu esposo e companheiro Álvaro Jardim, por compartilhar da vida comigo, acreditar no meu potencial, ser um grande incentivador e apoiador das minhas conquistas profissionais. O seu amor e cuidado com a nossa família foram fundamentais para a concretização deste sonho.

Aos meus filhos queridos Vivian Jardim e Lucas Jardim, por compreenderem minha ausência nesses anos de curso e por tornarem a minha vida mais leve e cheia de sentido.

À minha querida tia Dilvanete Maria, pelo amor e pela dedicação no cuidado aos meus filhos durante a minha ausência.

Aos meus sogros Alcione Nunes e Ana Maria, pelo amor e pelo cuidado dedicados aos meus filhos na minha ausência.

À minha querida orientadora e amiga Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, pela confiança, pela paciência, pela amizade, pela dedicação e por muita competência na orientação desta tese. Obrigada por acreditar em mim, no meu projeto de pesquisa e por participar de todos os momentos da realização da pesquisa.

À querida amiga Profa. Dra. Luciane Soares de Lima Wanderley, pelo incentivo para realizar o curso de doutorado e pelas valiosas contribuições na orientação do projeto de tese.

À querida amiga Profa. Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano-Marinus, pela amizade, pelo carinho, pelas palavras de incentivo e pela disponibilidade em compartilhar seus conhecimentos na leitura desta tese.

À chefia do Departamento de Enfermagem da UFPE Profa. Dra. Antônia Maria da Silva Santos e Profa. Dra. Gabriela Cunha Schechtman Sette, pela viabilização e pelo apoio na redução de minha carga horária para a realização do curso de doutorado.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da UFPE, pelo apoio e pela aprovação da redução na minha carga horária de trabalho, importante para conclusão do curso.

A todos os docentes da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, por compartilharem conhecimentos valiosos para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos funcionários administrativos da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem Ana Lucia Coelho Aragão, Beatriz da Costa Monteiro, Camila Nunes Rodrigues e Lucia Helena Guerra, pela dedicação, pela disponibilidade, pela ajuda e pela presteza sempre que precisei.

A todos os colegas de curso, especialmente às amigas Célia Maria Ribeiro de Vasconcelos e Iris Nayara Interaminense, pela amizade, pelo apoio e por compartilhar das alegrias e das angústias durante essa jornada.

Aos professores Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo, Dra. Fábiana Alexandra Pottes Alves, Dra. Kátia Magdala Lima Barreto, Dra. Sueli Moreno Senna e Dra. Vânia Pinheiro Ramos que participaram da Banca de Qualificação do projeto, pela disponibilidade e pelas contribuições valiosas para a construção desta tese.

Aos professores Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo, Dra. Etienne Oliveira da Silva Fittipaldi, Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro, Dra. Sueli Moreno Senna e Dra. Vânia Pinheiro Ramos que participaram da Banca de Defesa, pela disponibilidade, pela dedicação na leitura e pelas contribuições valiosas para o enriquecimento desta tese.

A toda equipe do Núcleo de Atenção ao Idoso da UFPE, especialmente a Mario Roberto Agostinho da Silva, pelo acolhimento, pela dedicação e pelo apoio durante a realização da pesquisa.

Agradeço, especialmente, a todas as pessoas idosas que participaram desta pesquisa e autorizaram, de forma generosa, que as suas histórias de vida pudessem compor essa tese. Sinto-me honrada pela confiança que me deram em participar de suas vidas e compartilhar de suas histórias que me tocaram intensamente.

Muito obrigada!

“Todas as artes contribuem para a maior de todas as artes: a arte de viver” (BRECHT, 1964, p.162).

RESUMO

O aumento da população idosa no Brasil não está associado à melhoria da qualidade de vida, estando uma parcela das pessoas idosas inseridas em ambientes de pobreza e de desigualdades sociais. Dessa forma, ações de saúde que visem a promoção do cuidado integral são necessárias para garantir um envelhecimento saudável. Nesse sentido, a Arteterapia é um recurso terapêutico que visa a promoção da qualidade de vida da pessoa idosa. Esta tese teve como objetivo avaliar os efeitos da intervenção em Arteterapia na promoção da qualidade de vida da pessoa idosa. Trata-se de um estudo quase experimental com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado no Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Federal de Pernambuco. Na coleta dos dados quantitativos, foi utilizado o *WHOQOL-BREF*, aplicado antes e após as intervenções em Arteterapia. A análise dos dados foi realizada através da estatística descritiva e inferencial. Realizou-se o cálculo dos escores dos quatro domínios do *WHOQOL-BREF* para cada pessoa idosa, antes e após as intervenções, bem como foram calculadas suas médias e seus desvios padrões. Para testar a normalidade da distribuição dos escores, utilizaram-se os testes *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*. Na comparação das médias dos escores da qualidade de vida, utilizou-se o teste *t* dependente. Na coleta dos dados qualitativos, foram organizados 16 grupos focais por meio de intervenções em Arteterapia, através da observação direta participante. As histórias de vida foram coletadas através das imagens simbólicas produzidas e da autorreflexão de cada pessoa idosa. O material produzido foi fotografado, gravado em áudio e em vídeo, transcritos e analisados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados quanto ao perfil socioeconômico mostram que: 85,7% eram mulheres idosas, a idade média dos participantes foi de 69,1 anos, 50,0% possuíam renda mensal de 1 salário mínimo, 71,4% tinham filhos e 78,6% residiam em casas próprias com arranjos domiciliares multigeracionais. Ao analisar o efeito da Arteterapia, em relação aos domínios da qualidade de vida, após as intervenções, observou-se aumento na avaliação de todos os domínios, destacando-se as seguintes facetas: energia suficiente para executar as atividades do dia a dia, aceitação da aparência física, grau de satisfação consigo mesmo, satisfação com as relações pessoais e oportunidades de lazer. As maiores diferenças percentuais entre as médias (antes e após as intervenções) foram notadas nos domínios Relações Sociais (9,3%) e Ambiente (6,2%). Nos resultados qualitativos, emergiram 16 ideias centrais provenientes das expressões chaves, que foram agrupadas de acordo com os quatro

domínios da qualidade de vida e as suas facetas, entre estas ideias centrais estão: relação com o tempo, memórias do passado, importância da participação em grupo e relação com ambiente físico; que permitiram a construção do Discurso do Sujeito Coletivo. Assim, conclui-se que a Arteterapia contribuiu para a qualidade de vida das pessoas idosas pesquisadas, com a melhora da autoestima, da avaliação positiva da autoimagem, da interação social, com o aumento dos laços de amizade e com a diminuição do isolamento social. Logo, as vivências grupais em Arteterapia proporcionaram a cada pessoa idosa a ressignificação do seu processo de envelhecer para uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: arteterapia; qualidade de vida; envelhecimento; saúde da pessoa idosa; educação em saúde; enfermagem.

ABSTRACT

The increase in the elderly population in Brazil is not associated with an improvement in quality of life, as elderly people are inserted in environments of poverty and social inequalities. Health actions aimed at promoting comprehensive care are necessary to ensure healthy aging. In that regard, Art Therapy is a therapeutic resource that aims to promote the quality of life of the elderly. This thesis aimed to evaluate the effects of intervention in Art Therapy in promoting the quality of life of the elderly. This is a quasi-experimental study with a quantitative and qualitative approach, carried out at the Care Center for the Elderly at the Federal University of Pernambuco. In the collection of quantitative data, the WHOQOL-BREF was used, applied before and after interventions in Art Therapy. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics. The scores of the four domains of the WHOQOL-BREF were calculated for each elderly person, before and after the interventions, as well as their averages and standard deviations. To test the normality of the distribution of scores, the Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests were used. In comparing the means of the quality of life scores, the dependent t test was used. In the collection of qualitative data, 16 focus groups were organized through interventions in Art Therapy, through direct participant observation. The life stories were collected through the symbolic images produced and the self-reflection of each elderly person. The material produced was photographed, recorded in audio and video, transcribed and analyzed using the Discourse of the Collective Subject. The results regarding the socioeconomic profile show that: 85.7% were elderly women, the average age of the participants was 69.1 years, 50.0% had a monthly income of 1 minimum wage, 71.4% had children and 78.6% lived in their own houses with multigenerational households. When analyzing the effect of Art Therapy in relation to the domains of quality of life, after the interventions, an increase in the evaluation of all domains was observed, highlighting the following facets: sufficient energy to perform daily activities, acceptance of physical appearance, degree of satisfaction with oneself, satisfaction with personal relationships and leisure opportunities. The largest percentage differences between the means (before and after the interventions) were noted in the Social Relations (9.3%) and Environment (6.2%) domains. In the qualitative results, 16 central ideas emerged from the key expressions, which were grouped according to the four domains of quality of life and their facets, among these central ideas are: relationship with time, memories of the past,

importance of group participation and relationship with physical environment; that allowed the construction of the Discourse of the Collective Subject. It is concluded that Art Therapy contributed to the quality of life of the elderly people surveyed, with an improvement in self-esteem, a positive assessment of self-image, social interaction, with an increase in friendship ties and a decrease in social isolation. The group experiences in Art Therapy provided each elderly person with the re-signification of their aging process for a better quality of life.

Keywords: art therapy; quality of life; aging; elderly health; health education; nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Facetas, número da questão e domínios do questionário <i>WHOQOL-BREF</i>	48
Figura 2 -	Sala 1 – Preparação (Acolhimento e Aquecimento)	59
Figura 3 -	Sala 2 – Desenvolvimento (Trabalho expressivo).....	59
Figura 4 -	Sala 2 – Conclusão (Reflexão e fechamento).....	59
Figura 5 -	Diagramas de Caixa dos domínios, antes e depois da Arteterapia. Recife-PE, 2021.....	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Recursos expressivos em Arteterapia utilizados nas vivências e suas principais funções. Recife-PE, 2021.....	58
Quadro 2 -	Objetivos e atividades realizadas nas vivências em Arteterapia. Recife-PE, 2021.....	61
Quadro 3 -	Síntese das Ideias Centrais e correlação com os domínios e facetas do <i>WHOQOL-BREF</i> . Recife-PE, 2021.....	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Perfil sociodemográfico das pessoas idosas participantes do grupo de Arteterapia do NAI-UFPE. Recife-PE, 2021.....	64
Tabela 2 -	Perfil socioeconômico das pessoas idosas participantes do grupo de Arteterapia do NAI-UFPE. Recife-PE, 2021.....	66
Tabela 3 -	Avaliação da qualidade de vida segundo o Domínio Físico de pessoas idosas participantes do grupo de Arteterapia do NAI-UFPE. Recife, 2021.....	68
Tabela 4 -	Avaliação da qualidade de vida segundo o Domínio Psicológico de pessoas idosas participantes do grupo de Arteterapia do NAI-UFPE. Recife, 2021.....	70
Tabela 5 -	Avaliação da qualidade de vida segundo o Domínio Relações Sociais de pessoas idosas participantes do grupo de Arteterapia do NAI-UFPE. Recife, 2021.....	71
Tabela 6 -	Avaliação da qualidade de vida segundo o Domínio Ambiente de pessoas idosas participantes o grupo de Arteterapia do NAI-UFPE. Recife, 2021.....	72
Tabela 7 -	Escore dos domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente das pessoas idosas antes e após a intervenção em Arteterapia. Recife-PE, 2021.....	74
Tabela 8 -	Média e desvio padrão dos escores dos domínios, antes e após a intervenção em a Arteterapia. Recife-PE, 2021.....	75
Tabela 9 -	Resultados dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para os domínios antes da Arteterapia. Recife-PE, 2021.....	76
Tabela 10 -	Resultados dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para os domínios depois da Arteterapia. Recife-PE, 2021.....	76
Tabela 11 -	Resultados do teste t dependente para as médias dos domínios antes e depois da Arteterapia. Recife-PE, 2021.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AATA	Associação Americana de Arteterapia
AATESP	Associação de Arteterapia do Estado de São Paulo
AVD	Atividade da Vida Diária
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MI	Medicina Integrativa
MT/MAC	Medicina Tradicional e/ou Complementar
NAI	Núcleo de Atenção ao Idoso
OMS	Organização Mundial de Saúde
PROEXC	Pró-Reitora de Extensão e Cultura
PIC	Prática Integrativa e Complementar
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
Q V	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UBAAT	União Brasileira de Associações de Arteterapia
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
1.1	HIPÓTESES.....	22
1.2	OBJETIVOS.....	23
1.2.1	Objetivo Geral.....	23
1.2.2	Objetivos Específicos.....	23
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS.....	24
2.2	ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA.....	26
2.3	ENFERMAGEM, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O CUIDADO INTEGRAL.....	29
2.4	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE: EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	32
2.5	A ARTETERAPIA COMO INTERVENÇÃO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE.....	37
2.5.1	Arteterapia: Conceituação e Evolução Histórica.....	37
2.5.2	Arteterapia na promoção da qualidade de vida da pessoa idosa.....	41
3	MÉTODO.....	44
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	44
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	44
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	45
3.4	PROCEDIMENTOS QUE ANTECEDERAM A COLETA DE DADOS.....	45
3.5	ETAPA QUANTITATIVA.....	46
3.5.1	Procedimentos de coleta de dados.....	46
3.5.2	Instrumento de coleta de dados – <i>WHOQOL-BREF</i>	46
3.5.3	Processamento e análise dos dados.....	55
3.6	ETAPA QUALITATIVA.....	57
3.6.1	Procedimentos de coleta de dados.....	57
3.6.2	Processamento e análise dos dados.....	62
3.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	63
4	RESULTADOS.....	64
4.1	ETAPA QUANTITATIVA.....	64

4.1.1	Perfil socioeconômico e demográfico da população.....	64
4.1.2	Avaliação da intervenção da Arteterapia em relação aos domínios da Qualidade de Vida.....	67
4.1.3	Cálculo dos escores e dos testes estatísticos dos dados.....	73
4.2	ETAPA QUALITATIVA.....	77
4.2.1	Domínio Físico.....	78
4.2.2	Domínio Psicológico.....	79
4.2.3	Domínio Relações Sociais.....	83
4.2.4	Domínio Ambiente.....	84
5	DISCUSSÃO.....	86
5.1	ETAPA QUANTITATIVA.....	86
5.1.1	Perfil socioeconômico e demográfico das pessoas idosas.....	86
5.1.2	Avaliação da intervenção da Arteterapia em relação aos domínios da Qualidade de Vida.....	89
5.2	ETAPA QUALITATIVA.....	94
5.2.1	Percepção do idosos sobre qualidade de vida segundo o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).....	94
6	CONCLUSÃO.....	108
	REFERÊNCIAS.....	111
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	128
	APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO.....	130
	APÊNDICE C – FÓRMULÁRIO COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	131
	APÊNDICE D – DETALHAMENTO DAS VIVÊNCIAS EM ARTETERAPIA.....	132
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	148
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	149
	ANEXO C – WHOQOL-BREF.....	153

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e estima-se que, em 2050, existirão cerca de 2 bilhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais no mundo. Porém, a maioria das pessoas idosas viverá nos países em desenvolvimento e em precárias condições socioeconômicas (ONU, 2020; OMS, 2015; OMS, 2005).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o acelerado aumento da população idosa não foi associado à melhoria das condições de vida e de saúde para atender as demandas dessa população emergente. A maioria das pessoas idosas brasileiras está inserida em ambiente de pobreza e de desigualdades sociais; o que constitui um desafio a ser enfrentado por toda a sociedade e pela saúde pública (CORTEZ *et al.*, 2019; CAMPOS *et al.*, 2016).

A mudança da estrutura etária no Brasil reflete na mudança do perfil epidemiológico, com o predomínio de doenças crônicas não transmissíveis, prevalentes na população idosa. Essas doenças geram impacto para o idoso, para a família, para o sistema de saúde e são responsáveis pelos altos custos econômicos, sociais, morte prematura e/ou incapacidade definitiva e perda de autonomia; o que interfere sobre a qualidade de vida da pessoa idosa (GUERRA *et al.*, 2021; SIMIELI; PADILHA; TAVARES, 2019; BARROS; GOLDBAUM, 2018).

Embora seja um processo universal, a velhice não pode estar associada meramente a prevalências de doenças e de limitações. O envelhecimento é um processo heterogêneo, vivenciado por cada pessoa de maneira diferente, influenciado pelo contexto social, econômico, cultural e familiar. Por isso, é importante entendê-lo não só pelos aspectos biológicos, mas psicológicos, sociológicos e ambientais (CARNEIRO; MAGALHÃES, 2020).

A velhice vem acompanhada de diversas mudanças em todas as dimensões de vida do ser humano; nos aspectos físicos, com o surgimento de doenças crônicas, a dor, o desconforto e a dependência; nos aspectos psicológicos, com a dificuldade de lidar com o corpo que envelhece, os sentimentos negativos e a baixa autoestima; nas relações sociais, com a perda do papel social e o enfraquecimento dos relacionamentos e dos vínculos. Muitas vezes, a pessoa idosa tem dificuldade para se adaptar a essas mudanças, que podem lhe causar falta de motivação para a vida, doenças psíquicas e isolamento social (MENEZES *et al.*, 2018).

Dessa forma, ações de promoção à saúde que assegurem a proteção integral à pessoa idosa são importantes para agregar qualidade de vida na velhice. Nesse sentido, a OMS sugere que se implementem políticas e programas para um envelhecimento ativo com uma abordagem baseada em direitos que visem garantir a qualidade de vida, pela otimização das oportunidades de saúde, pela participação social e pela segurança (OMS, 2005).

A qualidade de vida da pessoa idosa está associada à preservação da sua capacidade funcional e da sua autonomia (FIDALGO; LANDIM; MELO, 2018). Logo, o declínio da capacidade funcional constitui um risco para a dependência, a morbidade e a mortalidade na população idosa. Assim, garantir a qualidade de vida na velhice requer uma abordagem multidimensional e subjetiva.

No âmbito da saúde do idoso, ações de saúde que visem trabalhar os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais são estratégias promissoras para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam essa população e são importantes para a manutenção da capacidade funcional (MALLMANN *et al.*, 2015).

As intervenções em saúde que abordam um conceito ampliado de saúde e fujam do modelo biologicista centrado na doença são discutidas no Sistema Único de Saúde (SUS). Essas práticas buscam alternativas de cuidado que promovam a saúde de forma não lucrativa, menos onerosa e mais adequada para cuidar do ser humano na sua totalidade (TESSER; SOUZA; NASCIMENTO, 2018). O alto custo no tratamento e a pouca resolutividade da medicina convencional têm sido os principais motivos da inserção das Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PICS), como modo de garantir a universalização da assistência em saúde com a proposta de um cuidado integral (TELESI, 2016).

Nesse contexto, em 2006, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), com o objetivo de introduzir de forma integrativa a assistência em saúde e ampliar o acesso a essas práticas no SUS (BRASIL, 2006). Mesmo com a criação dessa Política, que oficializa a implementação dessas práticas no SUS, o trabalho com as PICS no Brasil ainda é um desafio.

Em 2011, o relatório da Coordenação Nacional de PICS, do Ministério da Saúde, apresentou como desafios: a necessidade de formação e de qualificação dos profissionais para atuarem com essas práticas, a falta de fornecimento de insumos e o pouco investimento em pesquisa e em desenvolvimento para integrar saberes e práticas nas diversas áreas do

conhecimento (HABIMORAD *et al.*, 2020). Esses desafios para a implementação das PICS no SUS interferem na adoção dessas práticas pelos profissionais de saúde, que deixam de oferecer um cuidado integral à população.

A exemplo disso, a pesquisa realizada por Matos *et al.* (2018), com o objetivo de conhecer a percepção dos enfermeiros da atenção primária sobre as PICS, mostrou a necessidade de multiplicação do conhecimento sobre essas práticas. Nessa linha de raciocínio, o estudo realizado por Soares *et al.* (2019), com enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família, revelou um notório desconhecimento desses profissionais sobre a PNPIC. Dessa forma, o desconhecimento sobre as PICS pode estar associado à lacuna na formação do enfermeiro nessa área, como também, à ausência de Educação permanente ofertada pela gestão dos serviços de saúde.

O estudo realizado por Dornelas *et al.* (2020) identificou as produções científicas da Enfermagem no contexto das PICS e evidenciou um aumento da qualidade de vida dos pacientes que foram submetidos a essas práticas pelos enfermeiros, o que afirma a relevância das PICS no contexto do cuidado integral à saúde.

Nesse sentido, a Enfermagem pode encontrar nas PICS novas perspectivas de cuidado que visem a humanização da assistência por meio do cuidado integral à pessoa, em suas inter-relações biopsicossociais e espirituais (ARAÚJO; SOUZA, 2019; SOARES *et al.*, 2019). Para isso, o enfermeiro precisa conhecer as PICS e investir na sua formação para adotá-las na sua prática, pois ainda se constata uma lacuna na formação com relação à inclusão das PICS, mesmo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem que estabelece e reconhece as PICS como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem desde 1997 (COFEN, 1997).

As PICS têm em sua essência a abordagem holística, em que o processo do cuidar se desenvolve através da escuta acolhedora, da conexão terapêutica, da integração do ser humano com o meio social, da visão ampliada do processo saúde-doença e da promoção de um cuidado integral que visa o autocuidado. Nesse sentido, o processo de adoecimento está associado a possíveis desequilíbrios externos e internos que afetam o corpo, a mente e o espírito (SALLES; HOMO; SILVA, 2014). Assim, ações de saúde que trabalhem essa integralidade, em busca do equilíbrio entre essa tríade, são essenciais para a saúde e o bem-estar da pessoa idosa.

A Arteterapia, como uma das práticas integrativas, teve seu reconhecimento na PNPIC em 2017 e tem sido um recurso de intervenção em saúde que utiliza a arte como base do processo terapêutico (BRASIL, 2017). No contexto arteterapêutico, a arte é entendida como um processo expressivo e criativo, sendo uma potente ferramenta de comunicação não verbal de sentimentos e de conflitos que auxilia no processo de autoconhecimento (VALLADARES-TORRES; CALLAI, 2019).

Os processos criativos envolvidos na Arteterapia estimulam a audição, a visão, as funções cognitivas e motoras na velhice. Além disso, o processo arteterapêutico na longevidade é uma estratégia no fortalecimento da identidade, da autoestima e da autonomia criativa da pessoa idosa que, ao passar a ser mais criativa, dá um novo sentido ao seu processo de envelhecer (SILVA; RISSE; MACIEL, 2020; PHILIPPINI, 2015).

As linguagens e os materiais expressivos, utilizados pela Arteterapia, permitem trabalhar a comunicação verbal e não verbal. Dessa forma, ao criar por meio da arte, é possível que ocorram transformações internas pela abertura, no cérebro, de canais de comunicação, de percepção e de sensibilidade, proporcionando à pessoa idosa uma melhor aceitação de si e do seu processo de envelhecimento. Assim, gera-se uma sensação de bem-estar que contribui na melhoria da qualidade de vida (RODRIGUES; ALMEIDA; SOUZA, 2015).

Nessa perspectiva, a Arteterapia é um recurso que pode ser utilizado na Educação em Saúde para a promoção da saúde, sendo fundamental para o processo de conscientização individual e coletiva por meio do autoconhecimento. Portanto, essa estimulação, para o autocuidado do indivíduo e da comunidade, tem a finalidade de promover uma reflexão que acarrete modificações nas atitudes e nas práticas (BONFIM *et al.*, 2018).

Para conhecer a produção científica sobre as contribuições da Arteterapia na promoção da saúde e na qualidade de vida da pessoa idosa, realizou-se uma revisão integrativa da literatura em que foram encontrados apenas quatro artigos sobre a temática (OEPEN; GRUBER, 2014; KIM, 2013; AGUIAR; MACRI, 2010; CASTRO *et al.*, 2007). Dentre esses, apenas um realizado no Brasil (AGUIAR; MACRI, 2010) e um que se caracterizava como estudo experimental (KIM, 2013). Esse contexto evidencia a pouca inserção científica da Arteterapia para a promoção da qualidade de vida da pessoa idosa.

A lacuna de conhecimento sobre a temática mostra a necessidade de estudos científicos que investiguem os possíveis benefícios da intervenção por meio da Arteterapia na população idosa. Nesse contexto, com intuito de contribuir com o conhecimento científico na área, esta tese teve como propósito responder a seguinte pergunta de pesquisa: Quais os efeitos da Arteterapia na promoção da qualidade de vida da pessoa idosa?

Esta tese está vinculada à área de concentração Enfermagem e Educação em Saúde e à linha de pesquisa Enfermagem e Educação em Saúde nos diferentes cenários do cuidar, e ao Projeto Mestre Comunicação e Educação em Saúde e o cuidar integral de Enfermagem nos diversos cenários, por apresentar a Arteterapia como intervenção na promoção da saúde que pode ser adotada na atuação do enfermeiro, visando a humanização e a integralidade do cuidado.

De acordo com as normas de apresentação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), esta tese de doutorado está estruturada nas seguintes seções: a seção Introdução, em que é apresentado o tema, o problema de pesquisa, a justificativa, as hipóteses e os objetivos. A seção Revisão da Literatura que apresenta a fundamentação teórica para o desenvolvimento da pesquisa que está composta pelas subseções: Envelhecimento populacional e seus aspectos demográficos e epidemiológicos; Envelhecimento e Qualidade de Vida; Enfermagem, Educação em Saúde e Cuidado Integral; Evolução histórica das Práticas Integrativas e Complementares e a Arteterapia como intervenção educativa no cuidado integral à saúde. A seção Método, que descreve as etapas necessárias para o alcance dos objetivos propostos. A seção Resultados que são apresentados os dados de forma descritiva e em tabelas e figuras. A seção Discussão e a seção Conclusões.

1.1 HIPÓTESES

Hipótese nula (H_0): não haverá melhora nos domínios da qualidade de vida da pessoa idosa, após as intervenções por meio da Arteterapia.

Hipótese alternativa (H_1): haverá melhora nos domínios da qualidade de vida da pessoa idosa, após as intervenções por meio da Arteterapia.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral:

- Avaliar o efeito da intervenção em Arteterapia na promoção da qualidade de vida da pessoa idosa.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Mensurar a qualidade de vida segundo os domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente, antes e após as intervenções;
- Analisar o efeito da intervenção em Arteterapia em relação aos domínios da qualidade de vida, antes e após as intervenções;
- Compreender, por meio das narrativas, as contribuições da Arteterapia na promoção da qualidade de vida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

O crescimento no número de pessoas idosas é uma realidade mundial, presente nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento. O fenômeno do envelhecimento populacional, nos países desenvolvidos, aconteceu de forma lenta, associada à melhoria das condições de vida e à implementação de políticas públicas voltadas a essa população. Nos países em desenvolvimento, esse processo vem acontecendo de forma acelerada e desordenada, em meio às desigualdades sociais em que as pessoas idosas estão inseridas (MELO *et al.*, 2017).

A exemplo disso, países como Itália, Alemanha, Japão, França, Canadá e Estados Unidos são aqueles que apresentam os maiores índices de pessoas idosas. Entre os países da América Latina, a Argentina ocupa a 1ª posição em índice de idosos com 35,7% e o Brasil a 2ª posição, com 19% (OMS, 2010). Segundo dados da OMS (2010), estima-se que no ano 2050, existirão cerca de 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, com a maioria vivendo em países em desenvolvimento.

No Brasil, a expectativa é que o processo de envelhecimento populacional se torne ainda mais intenso a partir das próximas décadas. Nessa perspectiva, entre os anos 2000 e 2025, a proporção da população com 60 anos ou mais passará de 8% para 15%. Estima-se que, no ano de 2050, essa proporção será de 24%. Esses dados revelam um crescimento progressivo dessa população e representam, em termos absolutos, um incremento da ordem de 45 milhões de pessoas idosas (IBGE, 2016).

O envelhecimento populacional no Brasil acontece de forma desigual entre as suas regiões. As regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores proporções de idosos com 12,0% e 11,9%, respectivamente. A região Nordeste, comparada a essas regiões, apesar de apresentar grandes desvantagens em relação às condições socioeconômicas e de saúde, apresenta um aumento significativo da sua população idosa, sendo a terceira com maior proporção de idosos com 10,3% (IBGE, 2016).

O fenômeno do envelhecimento populacional em países em desenvolvimento, como o Brasil, teve como primeiro fator determinante a redução da taxa de fecundidade e, em seguida, da mortalidade. Esse fenômeno também se explica pela melhoria das condições médico-sanitárias, em conjunto com a ampliação da cobertura vacinal, dos sistemas de proteção social e da melhoria das condições de vida (SOUZA; RAMOS; FRIAS, 2017).

A mudança na estrutura etária da população brasileira, com o aumento da população idosa, reflete na mudança do perfil epidemiológico do país, que passa de um perfil prevalente de doenças infecciosas, para maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, comuns nessa faixa etária. Destaca-se que, mesmo com uma redução na mortalidade por doenças infecciosas na população, essa redução não foi acompanhada pela diminuição da morbidade por essas doenças (STAMPE; POZZOBON; NIQUITO, 2020).

No Brasil, não temos uma transição epidemiológica propriamente dita, mas sim um mosaico com uma superposição de doenças transmissíveis juntamente com as doenças não transmissíveis. Como foi o caso da AIDS, no século passado, e o caso da COVID-19 neste século. A superposição de doenças infecciosas e de doenças crônicas degenerativas torna-se um desafio para a saúde pública contemporânea (SANTOS *et al.*, 2019).

O declínio funcional decorrente do processo de envelhecimento, aliado às morbidades próprias dessa faixa etária, limita a pessoa idosa ao desempenho das suas Atividades da Vida Diária (AVD). Além disso, a prevalência das doenças crônico degenerativas é responsável pela morte precoce ou pela incapacidade definitiva da pessoa idosa, predispondo ao risco de maior dependência e à perda de autonomia, o que interfere diretamente sobre a sua qualidade de vida (SIMIELI; PADILHA; TAVARES, 2019).

Desse modo, o envelhecimento da população é uma conquista da humanidade, mas também um grande desafio a ser enfrentado. No Brasil, o crescimento da população idosa gera impacto em toda sociedade: no setor econômico, no mercado de trabalho, no sistema e serviços de saúde e, principalmente, na família. Sendo assim, constata-se que o país não se preparou para atender as necessidades geradas pelo acelerado envelhecimento da sua população (OLIVEIRA, 2019).

Nesse contexto, são urgentes o planejamento e a implementação de políticas públicas voltadas a essa população, que visem alternativas de promoção da saúde numa perspectiva de

garantir a qualidade de vida na velhice. É importante acrescentar, ao prolongamento da vida, condições dignas de viver (CAMPOS *et al.*, 2016).

É fundamental que o sistema de saúde realize ações que contemplem todos os níveis de cuidado, desde a prevenção ao tratamento das doenças crônico-degenerativas que podem afetar a pessoa idosa. É preciso que a assistência à saúde da pessoa idosa ultrapasse as características biológicas, tenha um olhar sobre a determinação social da saúde e considere o cuidado numa perspectiva da integralidade do sujeito (MELO *et al.*, 2020).

Para isso, requer, do sistema de saúde, uma assistência contínua e multidisciplinar, com ações que promovam a saúde e o bem-estar da população idosa. E, com isso, reduzam internações, previnam as incapacidades geradas pelas doenças crônico degenerativas e melhorem a qualidade de vida (SOUZA; SILVA, BARROS, 2021).

2.2 ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

O conceito de envelhecimento está associado a uma fase específica do ciclo de vida e deve ser entendido como um processo natural, dinâmico, progressivo e associado a modificações biológicas, psicológicas, sociais e culturais, que acompanha o ser humano desde seu nascimento e vai se desenvolvendo ao longo da vida (MELO *et al.*, 2017).

No Brasil, é considerada idosa toda pessoa com 60 anos ou mais (BRASIL, 2003). Porém, não só o aspecto cronológico deve ser levado em consideração. Embora o envelhecimento seja natural entre os indivíduos, é um processo heterogêneo, em que os aspectos biológicos, sociais, econômicos e culturais interagem na vida de cada pessoa idosa em particular, proporcionando uma forma individual de envelhecer. Portanto, o envelhecimento deve ser entendido nesses vários aspectos (LUSTOSA *et al.*, 2016).

No aspecto biológico, o processo de envelhecimento é entendido como um conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais, que resultam na perda gradativa da capacidade de funcionamento dos órgãos e dos sistemas. As alterações podem levar a uma diminuição progressiva na capacidade de adaptação do corpo, aumentando o risco da pessoa idosa desenvolver comorbidades e mortalidade (MEDEIROS *et al.*, 2017). Porém, essas alterações nem sempre se convertem em incapacidades, pois a ocorrência e o ritmo de

declínio das funções orgânicas variam não só de um órgão para o outro, como também entre os idosos de uma mesma idade (FERRETTI *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a velhice não pode ser associada apenas ao aspecto biológico e ao aparecimento de doenças. A saúde e o bem-estar da pessoa idosa estão relacionados intimamente à sua autonomia e independência para executar as atividades da vida diária. Logo, as mudanças no processo do envelhecimento necessitam de um cuidado que envolva os aspectos biopsicossociais, para evitar que as doenças se instalem e, assim, garantir a qualidade de vida (LOPES; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2016).

As alterações psicológicas no processo de envelhecimento podem estar associadas às mudanças corporais, às perdas de papéis sociais, à solidão e ao surgimento das doenças. Nessa dimensão, podem ocorrer perdas de memória ou maior dificuldade de raciocínio e a pessoa idosa está sujeita a determinantes externos que podem desencadear algumas perturbações mentais ou comportamentais (BRAGA; BRAGA; OLIVEIRA; GUEDES, 2015).

No aspecto social, o envelhecimento leva a alterações nos papéis que a pessoa idosa desempenha na família, no trabalho e na sociedade o que resulta na diminuição da sua participação social. Segundo Laranjeira e Magno (2018), no imaginário social da cultura ocidental, a velhice é percebida como uma carga econômica para a família e o Estado, o que tem negado à pessoa idosa o direito de decidir e gerir a sua própria vida.

Nessa linha de raciocínio, diversos autores apontam para a dificuldade de uma definição precisa do ser idoso. Por isso, entender o processo de envelhecimento numa perspectiva multidimensional é preencher lacunas no entendimento da velhice (COSTA; FERLA; PISSAIA, 2020).

O desafio no processo de envelhecimento é garantir a qualidade de vida da pessoa idosa. Para isso, é necessário oferecer condições sociais, econômicas e de saúde que garantam a sua inserção social e evitem que o envelhecimento seja encarado como um problema. Por isso, as ações de promoção da qualidade de vida visam preservar a saúde, a autonomia e a independência da pessoa idosa, durante o maior período de tempo possível (LELIS; CARLOS; PAULIN, 2018).

A OMS (2002) apontou a qualidade de vida como fator importante no conceito de envelhecimento ativo e como um dos objetivos primordiais. Nessa perspectiva, torna-se

imperativo que as políticas públicas atuais e futuras estejam focadas na qualidade de vida da pessoa idosa.

A definição de qualidade de vida apresenta várias vertentes de complexidade, passando por três dimensões: a saúde mental, a saúde física e a função social. A OMS (2005) define a qualidade de vida como: “*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”. Esse é um conceito amplo que incorpora, de um modo complexo, aspectos como a saúde física e psicológica, as crenças pessoais, o nível de dependência, as relações sociais e a relação com características marcantes no ambiente (OMS, 2005).

Portanto, a definição de qualidade de vida é complexa, pois ela é influenciada pela percepção e pelo bem-estar da pessoa idosa. Nessa faixa etária, existe uma forte interligação da saúde com a qualidade de vida, o que leva a acreditar que muitas vezes esses conceitos sejam sinônimos, mas, mesmo existindo uma correlação, esses conceitos se distinguem (SILVA *et al.*, 2018). O estado de saúde é uma dimensão com a qual o indivíduo sente que a sua saúde está bem ou mal. Por outro lado, a qualidade de vida é uma dimensão com que a pessoa avalia a sua vida como sendo boa ou má. Assim, a saúde é um dos domínios da qualidade de vida e não um sinônimo desta (RODRIGUES; GONÇALVES, 2019).

A qualidade de vida no envelhecimento é associada com a capacidade de manter a independência e a autonomia da pessoa idosa, o seu bem-estar e a forma como as suas necessidades são satisfeitas e foram satisfeitas ao longo da vida. A capacidade de adaptação às mudanças primordiais para alcançar esse bem-estar, para uma avaliação positiva da qualidade de vida, está relacionada com a manutenção da saúde nos aspectos físico, social, psíquico e espiritual da pessoa idosa (MALLMAN *et al.*, 2015).

Considerando-se a variabilidade e a subjetividade do conceito de qualidade de vida na velhice, torna-se importante a promoção de um envelhecimento ativo que vise a manutenção da mobilidade, da independência física e social, da participação e da contribuição da sociedade e do Estado na garantia de direitos à população idosa. A qualidade de vida é influenciada de forma complexa pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais, pelas crenças e pelas convicções pessoais e pelas relações com o meio ambiente (BRASIL, 2014).

O envelhecimento ativo, definido pela OMS em 2002, surge como resposta aos múltiplos desafios do envelhecimento populacional e leva em consideração três pressupostos fundamentais: a saúde, a participação social e a segurança. Preconiza-se que o envelhecimento seja visto como um processo contínuo que se estende ao longo de todo o ciclo vital e como uma experiência positiva que, através de uma integração progressiva da pessoa idosa na sociedade, permita uma expectativa de vida saudável com autonomia, independência e qualidade de vida (OMS, 2002).

Nesse sentido, é importante compreender como os indivíduos envelhecem nos seus diferentes contextos de vida e que ações podem ser incorporadas para manutenção de um envelhecimento ativo que vise assegurar saúde, participação efetiva na sociedade e segurança à pessoa idosa; fatores esses que influenciam positivamente na qualidade de vida.

2.3 ENFERMAGEM, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O CUIDADO INTEGRAL

A Enfermagem é uma área do conhecimento que abrange atividades do cuidar das pessoas em todo seu ciclo de vida. O cuidar em Enfermagem tem o sentido de promover a vida e o bem-estar dos seres humanos na sua individualidade, complexidade e integralidade. Entretanto, muitos profissionais de enfermagem exercem sua prática pautada no modelo centrado na doença, reduzindo o ser humano em partes. Essa prática volta-se à implementação de cuidados seriados dentro de uma lógica imediatista de resolver o problema do sofrimento e não procura a causa desse sofrimento (SOUSA *et al.*, 2017).

O cuidar na integralidade do ser humano exige do enfermeiro uma ampla visão dos contextos socioculturais em que estão inseridos os sujeitos envolvidos no processo do cuidar e o entendimento que esse cuidado não deve ser só dirigido a pessoas em situação de adoecimento, mas na promoção da sua saúde. Nesse sentido, a prática educativa, atrelada às práticas integrativas e complementares, vem despontando como a principal estratégia da Enfermagem na promoção da qualidade de vida das pessoas (CRIVELARO *et al.*, 2020).

A definição de Educação em Saúde está interligada aos conceitos de educação e de saúde. No modelo tradicional, a educação em saúde é compreendida como transmissão de informações em saúde (MOREIRA *et al.*, 2019). Porém, essa definição apresenta uma limitação que não dá conta da complexidade envolvida no processo educativo.

Soares *et al.* (2017) afirmam que a educação em saúde não pode ser reduzida as ações que se reportam a transmitir informação em saúde.

A Educação é um processo permanente que se constitui como prática que conduz a políticas de intervenção social e que deve estar associada a uma metodologia problematizadora, em que o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético (BRUSAMERELLO *et al.*, 2018). Segundo Freire (2011), educar não é transferir conhecimento, é uma forma de intervenção no mundo e, sendo assim, exige do educador respeito aos saberes do educando e à sua autonomia, liberdade e criatividade.

As concepções de uma educação crítica e problematizadora têm conquistado espaços e compreendem a educação em saúde dentro de um contexto dialógico e participativo. Assim, a educação em saúde pode ser entendida como um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que perpassa vários campos de atuação, com o objetivo de sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida (HERMIDA *et al.*, 2016).

Como um processo que envolve ação-reflexão-ação, a educação em saúde capacita as pessoas para uma atuação que leve a mudança nos contextos cultural, político e social, visando uma transformação da sua realidade (FALKENBERG *et al.*, 2014). Assim, a relação entre a educação em saúde e a pedagogia libertadora, que parte de um diálogo horizontalizado entre profissionais e usuários, contribui para a construção da emancipação do sujeito para o desenvolvimento da saúde individual e coletiva, promovendo a sua qualidade de vida (PEREIRA *et al.*, 2014).

Assim, a Educação em Saúde, desenvolvida de maneira dialógica e libertadora, é uma importante ferramenta para a promoção da saúde da pessoa idosa, pois estimula o desenvolvimento das suas habilidades pessoais e sociais. Dessa forma, contribui para que a pessoa idosa adquira autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a sua vida (MALMANN *et al.*, 2015).

Nesse contexto, os profissionais de saúde têm um caráter essencial no desenvolvimento de atividades educativas em saúde que promovam a saúde da pessoa idosa, fornecendo meios que permitam vencer os desafios impostos pela idade, além de proporcionar o aprendizado de novas formas de se cuidar (POLARO; MONTENEGRO, 2017).

Acredita-se que o cuidar, associado ao educar, possibilita conversão e diversificação dos conhecimentos, em que estes possam ser construídos, desconstruídos e adaptados às necessidades individuais e coletivas (MONTEIRO; CURADO, 2016).

Em todos os seus cenários de atuação, o enfermeiro é um educador e deve desenvolver ações educativas que promovam a saúde. É um profissional qualificado para propor e redefinir as práticas de saúde, por meio de ações educativas voltadas tanto para a organização do processo de trabalho em saúde quanto para o fomento de práticas sociais empreendedoras, voltadas para a promoção da saúde do indivíduo, da família e da comunidade (BITTENCOURT; MARQUES; BARROSO, 2018).

Nesse sentido, os enfermeiros devem adotar novas formas de intervir na realidade de saúde, alicerçando sua prática profissional no respeito e na confiança das potencialidades dos sujeitos com os quais interagem e pactuam parcerias nas ações de educação em saúde. Para isso, é preciso adotar, na sua prática educativa, o método dialógico e participativo que potencializa a autonomia e a independência da pessoa idosa (BOMFIM *et al.*, 2018).

A pessoa idosa é mais vulnerável à incapacidade e à dependência, decorrentes de condições físicas, psicológicas, relações sociais e ambiente. Por isso, as ações educativas de promoção da saúde são intervenções importantes nesta fase da vida, pois permitem o desenvolvimento da autonomia por meio do cuidado integral à saúde (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Entre as diversas ações educativas para a promoção da saúde da pessoa idosa, a Arteterapia é uma estratégia promissora no enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam essa população, auxiliando na manutenção da sua capacidade funcional. As vivências proporcionadas nos espaços arteterapêuticos permitem trabalhar as dimensões do processo do envelhecimento, melhorando a qualidade de vida da pessoa idosa (RIBEIRO *et al.*, 2018).

A ação educativa, por meio da intervenção em Arteterapia, tem como alicerces: a construção de uma relação de respeito e parceria, o ambiente de acolhimento e as trocas e os aprendizados mútuos para a superação de traumas, medos, incertezas, resistências, mágoas e desesperanças. Desse modo, supera-se uma visão biologicista e tecnicista ao cuidar da pessoa em sua essência humana, dotada de autonomia e de possibilidades (BALDIN; MAGNABOSCO-MARTINS, 2015).

A Enfermagem, como profissão humanística, exige do profissional um envolvimento existencial do cuidador com o ser cuidado, em que ambos vivenciam e compartilham o encontro do cuidado. Nesse sentido, formas de cuidado à saúde que visem à integralidade do ser humano e contemplem os distintos saberes e práticas são alternativas que devem ser adotadas pela Enfermagem para a promoção da saúde (SILVA; CHIRELLI, 2019).

A intervenção por intermédio da Arteterapia vem despertar o desejo de extrapolar as bases do modelo tradicional do cuidar, do pensar, do fazer e do ser, com o compromisso de articular novos saberes e desafios para se atuar na promoção da qualidade de vida da pessoa idosa numa perspectiva holística e transdisciplinar.

2.4 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE: EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Na tradição da medicina hipocrática, a saúde é concebida como o estado de equilíbrio entre as influências ambientais e as forças inerentes aos organismos vivos. No final do século XV, com o Renascimento, teve início a medicina científica contemporânea, em que predominava o modelo médico denominada alopatia. Esse modelo emprega o princípio dos contrários para combater a doença, por meio da utilização de tratamentos que atuam sobre os sintomas, não buscando entender a causa que gerou esses sintomas (OLIVEIRA; RODRIGUES; GRECO, 2018).

Nesse modelo biologicista, centrado na doença, a saúde é entendida meramente como a ausência de doenças físicas e mentais. O uso de novas técnicas e inovações médicas reforçou o conceito reducionista, a valorização do conhecimento técnico-científico, o que priorizou uma atuação intervencionista e medicalizada. Diante da formação profissional especializada voltada para a cura do corpo físico, a atenção à saúde torna-se fragmentada e não reconhece a conexão do ser com os aspectos emocionais, mentais e espirituais (FERTONANI; PIRES; BIFF; SCHERER, 2015).

Essa assistência, centrada na doença, provocou uma crise na saúde, pela preocupação excessiva com o diagnóstico, o caráter hospitalocêntrico, reducionista, descontextualizado, com uso de suporte tecnológico oneroso, alta iatrogenia e baixa resolutividade para atender toda demanda de saúde (PINHEIRO, ESPÓSITO, 2016).

Dessa forma, surge a importância de resgatar o modelo centrado na pessoa, que valorize o cuidado na integralidade em saúde e contemple os distintos saberes e práticas no cuidado à pessoa. Segundo Soares *et al.* (2019), a incorporação das práticas integrativas e complementares em saúde propõe um cuidado associado ao conceito de saúde integrada ao bem-estar físico, mental, social e espiritual, não só às questões biofisiológicas.

Essas práticas ganharam força na década de 1960 na América do Norte e na Europa e foram motivadas pelos seguintes fatores: a mudança no perfil epidemiológico pela diminuição das doenças transmissíveis e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis; o aumento da expectativa de vida em alguns países; a insatisfação dos pacientes com relação às soluções propostas pelos médicos para certos tratamentos; a consciência de que a medicina convencional é deficiente para solucionar determinadas doenças, especialmente as crônicas; a insatisfação com o funcionamento do sistema de saúde moderno pelas grandes listas de espera e restrições financeiras e o maior conhecimento referente ao perigo dos efeitos colaterais dos medicamentos e das intervenções cirúrgicas (SOUSA, 2012).

Nessa linha de raciocínio, a partir da Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Alma Ata, em 1978, a Organização Mundial de Saúde apresentou a proposta de implantação das Medicinas Alternativas e Complementares nos serviços de saúde de todos os seus países-membros como estratégia para promoção da saúde da população de forma integral e humanizada (WHO, 2002).

Além disso, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, em 1986, que culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi um marco na história da saúde pública brasileira, pois trouxe um conceito amplo de saúde que incorpora valores socioculturais. Nessa Conferência foram discutidos os quatro pilares de referência na construção do Sistema Único de Saúde (SUS): a prevenção, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Também foi um marco para a introdução das práticas alternativas e complementares nos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático à saúde integral (BEZERRA; SORPRESO, 2015).

Na tentativa de descrever a integração entre a medicina convencional e as práticas complementares, na década de 1990, foi criado o termo Medicina Integrativa (MI), com definição ampla e variável entre alguns autores. Telesi (2016) considera a MI uma prática da medicina que busca restaurar a saúde do indivíduo como um todo, valorizando uma série de

informações para promover a boa saúde. Para Otani e Barros (2011), a MI é uma abordagem da medicina que trata os pacientes considerando-os como um todo (corpo, mente e espírito), valorizando a capacidade inata do indivíduo de se curar e enfatizando a prevenção das doenças.

A OMS denomina o campo das práticas integrativas e complementares com o termo medicina tradicional e/ou complementar e alternativa (MT/MAC) para definir um conjunto de práticas de cuidado à saúde que favorece o cuidado holístico, que olha o ser humano na sua totalidade. Em 2002, a OMS divulgou um plano de estratégia global com o objetivo de estimular a utilização das práticas alternativas nos seus países-membros e sugeriu a incorporação dessas práticas nos sistemas nacionais e locais de saúde, pelo baixo custo e pela efetividade delas (WHO, 2002).

Várias definições têm sido utilizadas para descrever a ideia de integração entre as práticas convencionais e não convencionais e o que seria integrativa e complementar, mas ainda se busca uma conceituação consistente. Silva; Torres (2018) ressaltam que a medicina integrativa é uma combinação da medicina convencional com a medicina complementar alternativa, enquanto outros autores identificam a medicina integrativa como um novo paradigma mais abrangente, que busca a simples combinação de diferentes modalidades de tratamento (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).

O termo medicina alternativa e complementar (MAC), muito utilizado antigamente, tem sido substituído pelo termo “Práticas Integrativas e Complementares” (PIC). A mudança de denominação aconteceu pelo fato do termo MAC não ser adequado, sugerindo a ideia de uma terapia substituta à terapia convencional quando, na realidade, uma terapia é complementar a outra (KRACIK; PEREIRA; MOEHLECKE, 2020).

No Brasil, seguindo as orientações da OMS, em 3 de maio de 2006, pela Portaria nº 971, foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. A PNPIC é uma estratégia de promoção da saúde por meio de práticas terapêuticas que visam o cuidar integral e acessível a toda população. Essa portaria reconheceu inicialmente cinco práticas que foram implementadas no âmbito do SUS: a Homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, a Fitoterapia e as Plantas Medicinais, o Termalismo Social/Crenoterapia e a Medicina Antroposófica (BRASIL, 2006). Essas especialidades fogem da racionalidade do modelo biologicista dominante, da medicina especializada,

tecnológica e mercantilizada, adotando uma postura holística e naturalística diante da saúde e da doença (TESSER, 2012).

As PICs são estratégias terapêuticas diferenciadas que valorizam o autocuidado e o uso de técnicas simples, seguras e de baixo custo. As Práticas Integrativas em Saúde (PIS) se inserem no modelo assistencial holístico, que trata o ser humano como um todo, não fragmentado em partes e estabelece o equilíbrio entre a ciência, a tecnologia e a humanização, com uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção da saúde (BARROS *et al.*, 2016).

No entanto, é complexo definir práticas integrativas e complementares, pois diversos são os conceitos e as denominações para o conjunto de práticas que não seguem o modelo da medicina moderna. A pluralidade das manifestações destas práticas, as diferentes fontes filosóficas, doutrinárias e sua presença em diversas culturas e tradições tornam difícil a denominação conceitual destas práticas (BRASIL, 2018).

A OMS utiliza o termo Medicina Tradicional ou Medicina Complementar/Alternativa (WHO, 2002). Por sua vez, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) as nomeia de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006), enquanto são encontrados, na literatura, os termos Outras Medicinas ou Medicinas Holísticas (LUZ; BARROS, 2012). Diante das diferentes terminologias, este trabalho utilizará o termo “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” (PICS), uma vez que este é o termo apresentado na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS.

As práticas integrativas são um conjunto de práticas terapêuticas adotadas usualmente pela medicina ocidental moderna e pelas demais profissões da saúde. Essas práticas vêm conquistando cada vez mais espaço no cenário da saúde, buscadas, em larga escala, pela população mundial e com aceitação em várias comunidades (SOUSA; TESSER, 2018).

Mesmo com a diversidade e a complexidade de definições que envolvem as práticas integrativas e complementares, alguns elementos em comum as conectam. Na realidade, seus princípios as diferenciam das práticas terapêuticas convencionais, pois todas estão embasadas sobre paradigmas sistêmicos que reconhecem a existência de outros elementos constituintes do universo e dos seres humanos (SANTOS, 2016). Dessa forma, a abordagem das PICS, diferentemente da abordagem biologicista, não intervém para inibir manifestações

sintomáticas, mas sim tratar as causas profundas que geram o processo de adoecimento no indivíduo (TESSER, 2012).

No cenário do cuidar em Enfermagem, as práticas integrativas e complementares em saúde ganham cada vez mais importância, pois contribuem para transformações nas estratégias para o cuidar. Na medida em que são orientadas por uma visão ampliada do sujeito, essas práticas integram os aspectos biológicos, emocionais, mentais, espirituais e a sua relação com outro ser, a sua cultura, o seu ambiente e sua interferência no processo saúde-doença (SOUSA; TESSER, 2018).

Em uma concepção ampliada sobre o processo saúde-doença, os sintomas não são algo a ser combatido, mas um indicador de uma desarmonia em algum ponto da vida do sujeito, que envolve toda a complexa relação entre corpo, emoções, pensamentos, formas de relacionamento, padrões de comportamento, valores e crenças (BRASIL, 2011).

Embora seja reconhecida a importância dessas práticas pelo Ministério da Saúde no Brasil, a sua incorporação vem acontecendo lentamente no SUS e muitos são os entraves para o oferecimento das PICS, entre estes estão: a formação do profissional em saúde centrada na doença, o pouco conhecimento sobre as práticas, o baixo investimento em pesquisa na área, a hegemonia do mercado da saúde que visa o lucro, assim como algumas corporações médicas e a indústria farmacêutica que lutam para que as PICS fiquem na obscuridade (ANTUNES, 2014).

Após 10 anos da criação da PNPIC, O MS, no ano de 2017, incorporou 14 novas práticas integrativas no SUS: Arteterapia, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala e Terapia Comunitária Integrativa (BRASIL, 2017). Em 2018, foram incorporadas mais 10 novas práticas integrativas e complementares no SUS: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia Floral; somando 29 práticas oferecidas pelo SUS (BRASIL, 2018).

A incorporação da Arteterapia no SUS representa investimento na promoção da saúde das pessoas, uma vez que se criam espaços para o fortalecimento da vida, do encontro, da partilha, da troca de afetos e da profunda transformação pessoal que previne o surgimento de doenças. A arte, como cuidado integral, permite um encontro entre o corpo e

a mente, sendo geradora de saúde. Ela estimula o desenvolvimento das potencialidades do indivíduo e permite que este se reconheça como um ser criativo, capaz de lidar com suas fragilidades (SATO; AYRES, 2015).

2.5 A ARTETERAPIA COMO INTERVENÇÃO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE

2.5.1 Arteterapia: Conceituação e Evolução Histórica

A Arteterapia é uma ferramenta que cuida da pessoa em sua totalidade e em sua essência, integrando os aspectos neurológico, cognitivo, afetivo e emocional, o que propicia o estímulo às funções cognitivas como: percepção, atenção, memória, pensamento, capacidade de previsão, exploração, execução, controle e ação (REIS, 2014).

Define-se Arteterapia como um processo terapêutico que utiliza a arte como caminho de expressão do ser. Segundo Philippini (2013), a arte no contexto da Arteterapia é entendida como processo expressivo. A Associação Americana de Arteterapia (AATA, 2003) afirma que:

A Arteterapia baseia-se na crença que o processo criativo envolvido na atividade artística e terapêutica é enriquecedor da qualidade de vida das pessoas. A Arteterapia é o uso terapêutico da atividade artística no contexto de uma relação profissional por pessoas que experienciaram doenças, traumas ou dificuldades na vida, assim como por pessoas que buscam desenvolvimento pessoal. Por meio do criar em arte e do refletir sobre os processos e trabalhos artísticos resultantes, pessoas podem ampliar o conhecimento de si e dos outros, aumentar sua autoestima, lidar melhor com sintomas, *stress* e experiências traumáticas, desenvolver recursos físicos, cognitivos e emocionais e desfrutar do prazer vitalizador do fazer artístico.

A arte é uma linguagem simbólica que acompanha o ser humano desde a pré-história e permite o desenvolvimento do potencial criativo. O fazer artístico estimula as expressões de emoções, sentimentos e sensações, ocorrendo uma maior circulação de energia que gera conforto e bem-estar (LOPES, 2014).

Por meio da expressão artística, a pessoa entra em contato com seu ser criativo e intuitivo, criando um equilíbrio entre os dois hemisférios do cérebro, o direito, mais subjetivo, e o esquerdo, mais racional, trabalhando a totalidade e a unidade dessas polaridades. Ao criar,

o homem está na busca do seu ser total, lidando com suas potencialidades de forma integral e caminhando criativamente na vida (SAVIANI, 2004).

Historicamente, a Arteterapia está intimamente ligada à história da arte, da psicanálise e da psiquiatria. A arte como terapia surgiu nos Estados Unidos da América, em 1941, tendo como precursora Margareth Naumberg, conhecida como a “mãe da Arteterapia”. Ela estabeleceu as fundamentações teóricas para seu campo de desenvolvimento, reconheceu e pôs em prática aquilo que Freud havia observado; as imagens viriam antes das palavras por serem diretas e inteiras (VICK, 2012).

A partir daí, Margaret Naumberg começou a desenvolver seu trabalho e sua teoria partindo da liberação de expressão espontânea e incentivo à associação livre por parte do paciente. No primeiro momento, o resultado do trabalho serviria como um espelho que refletiria informações que permitiam o diálogo entre o consciente e o inconsciente (PHILIPPINI, 2013).

Florence Cane, irmã de Margareth Naumberg e arte-educadora, também utilizou a arte como terapia e tinha a crença de que todo ser humano nasce com o poder de criar. Ela acreditava que a arte poderia ser utilizada como estratégia de ensino, a partir das funções de movimento, pensamento e sentimento. A cura ocorreria por meio da libertação do processo artístico e o acompanhamento profissional, que reconhecesse os sentidos do que é expressado, ajudaria a pessoa a se reconhecer neste processo (DETRE *et al.*, 1983).

No Reino Unido, em 1942, já se destacavam três correntes da Arteterapia como processo terapêutico: A “*analytic art therapy*”, que é uma prática baseada nas teorias psicanalíticas da relação transferencial e a interpretação do encontro terapêutico; a “*art psychotherapy*”, que dá ênfase na importância da análise verbal da imagem criada; e a “*art therapy*”, cujo foco está nas produções, sem considerar a análise verbal como algo necessário no contexto terapêutico. Neste período, o artista Adrian Hill vivenciou um processo de adoecimento devido à tuberculose e percebeu o potencial da arte no sentido de promover sua saúde (GIANECHINI; SEI, 2012).

Em 1953, Hanna Yaka Kiatkowska começou a trabalhar com a arte como recurso terapêutico, por acreditar que a Arteterapia traria benefícios para grupos e famílias na solução de seus conflitos. Nessa mesma década, em 1958, Edith Kramer começou a desenvolver trabalhos com arte e terapia que levavam em consideração não o produto final, mas o

processo de fazer arte como criação simbólica de uma linguagem não verbal. Embora pensasse de forma psicanalítica, Hanna deu ênfase maior na expressividade, ao invés do estudo e da discussão do produto final (BESA; PONCE, 2017).

Outros autores que desenvolveram trabalhos importantes e contribuíram para a sistematização da arte como processo terapêutico foram: Françoise Dolto, em 1970, que desenvolveu um trabalho integrado de psicanálise em pediatria; Janie Rhyne, em 1973, que introduziu a concepção da Gestalt-Terapia no trabalho da arte, enfatizou a vivência do presente como seu foco principal e acreditava que fazer arte ajudava a recuperar as deficiências pessoais e devolver a confiança em experiências pessoais; Natalie Rogers, em 1974, aplicando a teoria centrada na pessoa, desenvolvida por seu pai Carl Rogers, defendeu que a pessoa é o centro, valorizando a verbalização e a compreensão do próprio indivíduo, em vez da interpretação no sentido psicanalítico (NICOLETTA, 2016).

No Brasil, a arte como terapia teve sua história na psiquiatria. As principais contribuições no seu campo teórico foram trazidas por Osório César, em 1923, e por Nise da Silveira, em 1946. Como psiquiatras, eles se interessaram pelas manifestações artísticas produzidas pelos seus pacientes e procuraram a relação dessas expressões com os efeitos da patologia (ARAÚJO; JACÓ-VILELA, 2018).

Osório César, quando estudante interno do Hospital Psiquiátrico do Juqueri, em São Paulo, desenvolveu um estudo sobre a arte em alienados e fez uma análise da expressão físico patológica de doentes mentais por meio da arte. Em 1925, criou a escola livre de artes plásticas do Juqueri. Com muitas publicações e mais de 50 exposições de arte, Osório divulgava a expressão artística de doentes mentais, com o objetivo de promover a dignidade humana desses pacientes, além de valorizar a técnica de arte e terapia, pois acreditava que fazer arte proporcionava a “cura de si”, por meio do autoconhecimento (ARAÚJO; JACÓ-VILELA, 2018).

Nise da Silveira teve um papel importante no desenvolvimento da Arteterapia no Brasil, pois incluiu, em seus atendimentos em psiquiatria, oficinas de terapia ocupacional no Centro Psiquiátrico Dom Pedro II, no Rio de Janeiro. Em 1952, foi criado o Museu Imagens do Inconsciente, guardando acervos de trabalhos de expressões dos pacientes internados da instituição. Em 1956, ela participou de um congresso em Zurique, a convite de Carl G. Jung, e

levou uma enorme quantidade de trabalhos dos internos. Pela identificação com a teoria de Jung, teve sua compreensão baseada na psicologia analítica (VALLADARES; FUSSI, 2003).

Em 1957, Maria Margarida M. J. de Carvalho descobre o enorme valor da arte como terapia e passou a reunir seu interesse pela psicologia juntamente com a arte que cura. Ela desenvolveu um trabalho de Arteterapia na Universidade de São Paulo (USP) e, em 1964, fez um curso de extensão na Pontifícia Universidade Católica (PUC) sobre a Arteterapia Familiar. A partir de 1968, ela começou a ministrar cursos breves em instituições públicas e particulares e no próprio consultório. Em 1972, desenvolveu um trabalho de Arteterapia na penitenciária do estado de São Paulo. Em 1974, implantou um trabalho de Arteterapia com pacientes ambulatoriais do Hospital do Servidor Público de São Paulo. Entre 1980 e 1981, implantou o primeiro curso de Arteterapia em São Paulo, no Sedes Sapientiae para formação de profissionais na Arteterapia (CORDEIRO, 2019).

Em 1970, Luiz Duprat organizou, no Rio de Janeiro, grupos de estudos e práticas em Arteterapia. Em 1979, Ângela Philippini organizou o curso de “Cinco Semanas em Arte no Rio”. É, então, criada a clínica Pomar, sob a sua coordenação e com uma equipe multidisciplinar. Em 1999, Jova Eliezer fundou a Associação Paulista e Brasileira de Arteterapia, no Museu de Artes de São Paulo. A partir daí, muitas universidades passaram a oferecer cursos de especialização em Arteterapia e o profissional Arteterapeuta passou a ocupar importante papel na promoção da saúde das pessoas (TEIXEIRA, 2005).

Um marco importante para a Arteterapia no Brasil foi a fundação da Associação de Arteterapia do Estado de São Paulo (AATESP) no ano de 2003 e, em 2006, a fundação da União Brasileira de Associações de Arteterapia (UBAAT), que passaram a primar pela formação do arteterapeuta, estabelecendo critérios mínimos para os cursos de especialização (TEIXEIRA, 2005).

Atualmente, no Brasil, a Arteterapia vem ocupando cada vez mais espaço no cuidado integral à saúde, passando a ter um corpo teórico próprio e transdisciplinar, assumindo seu papel de psicoterapia através da arte. A Arteterapia absorveu saberes das diversas áreas do conhecimento, constituindo-se como uma prática transdisciplinar, que visa resgatar a pessoa em sua integralidade, através de processos de autoconhecimento e transformação. Nesse sentido, é uma estratégia de cuidado que pode auxiliar profissionais da educação e da saúde a

compreenderem os conteúdos internos e resgatarem o potencial criativo para promoção da saúde e da qualidade de vida (SANTOS, 2008).

2.5.2 Arteterapia na promoção da qualidade de vida da pessoa idosa

Como processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, o envelhecimento acompanha o ser humano desde o seu nascimento até a sua morte; e vem associado a alterações físicas, psicológicas, sociais e ambientais, que se processam ao longo do ciclo vital e essas alterações acontecem de formas diferenciadas entre os idosos (COSTA *et al.*, 2018). Para alguns, experimentar as perdas do processo de envelhecimento é vivenciar a própria morte (MOURA; VERAS, 2017).

Na sociedade ocidental, o culto ao consumo da aparência jovial no envelhecimento reafirma a importância do consumo de produtos de beleza, procedimentos médicos radicais e produtos farmacêuticos. Isso leva muitas pessoas idosas a cultivarem o seu corpo nos modelos de beleza impostos pela sociedade, ocasionando frustrações e conflitos na luta contra a dor do envelhecimento e da invisibilidade social (KOWALSKI *et al.*, 2017). Essas pressões sociais que são impostas às pessoas idosas as distanciam do encontro com a sua essência, enquanto ser capaz de viver de forma plena e saudável essa fase da vida.

Muitas pessoas idosas convivem, no seu dia a dia, com sentimentos de insuficiência, vergonha, culpa, desconfiança de si, do seu valor e do seu potencial. Esses sentimentos interferem no processo de se amar e de se sentir como pessoa plena; o que pode afetar a saúde física, mental, espiritual e social (PARIOL *et al.*, 2019). Essas questões fazem com que os idosos desenvolvam bloqueios psíquicos que dificultam a expressão de seus sentimentos e emoções, bem como a sua percepção de mundo e do seu próprio corpo (BIASUS, 2016).

O corpo que envelhece vai apresentando sinais de instabilidade e é inútil lutar contra esse tempo. Por isso, é importante despertar na pessoa idosa a vida existente no seu corpo, mesmo cansado, enrijecido e com marcas da velhice. Trazer a pessoa idosa para o seu presente, desvinculando-a da pressão social em torno da velhice, é uma importante estratégia de garantir uma qualidade de vida nessa fase (TAVARES *et al.*, 2016).

Nesse sentido, a Arteterapia pode ser um recurso na promoção da saúde da pessoa idosa, pois permite ao idoso conviver melhor com as alterações próprias do envelhecimento e

preservar a sua autonomia e a sua independência. Portanto, o trabalho arteterapêutico no envelhecimento é uma estratégia para promover o fortalecimento da identidade, da autoestima e da autonomia criativa (SILVA; RISSE; MACIEL, 2020).

A Arteterapia tem como recurso terapêutico a utilização da arte como caminho de expressão simbólica. Ela facilita a busca do autoconhecimento, ao permitir que a pessoa idosa entre em contato consigo mesmo, por meio da expressão criativa. Através do contato com os materiais expressivos no processo arteterapêutico, o idoso descobre a beleza existente naquilo que se é e desapega-se daquilo que se foi. Passa a aceitar o corpo que se modifica com o tempo e que deixa marcas nesse caminhar, para despertar um envelhecimento com sabedoria (PHILIPPINI, 2015).

Na Arteterapia, a retomada da qualidade de vida é gerada pelos estímulos criativos, provocados pela criação de imagens simbólicas que favoreçam a tomada de consciência. O caminho do autoconhecimento, por meio da expressão artística, resgata na pessoa idosa o sentido da vida, na medida em que a faz sair da incômoda situação que se julgava de “inutilidade” e passa a se perceber como um ser capaz de criar. Estimular o desenvolvimento do potencial criativo, nessa faixa etária, faz com que a pessoa idosa ressignifique positivamente a velhice, promovendo transformações nas representações familiares, sociais e culturais (CABAÇO, 2014; LOPES, 2014).

Quando a pessoa idosa se expressa por meio da arte, abre a possibilidade de um encontro consigo mesma, mergulhando na essência interior e caminhando para uma profunda consciência de si e da sua interação com o outro. Essa relação com o outro se amplia e ocorre transformação e crescimento social, ao melhorar a sua interação social na família e nos seus grupos sociais (SAVIANI, 2004). Quando se conhece mais de si, é possível se relacionar melhor com o todo, com a natureza, com o universo e com o divino (COUTINHO, 2008).

O processo expressivo na Arteterapia é também um caminho de comunicação não verbal que permite que as pessoas simbolizem as suas percepções sobre o mundo, através das imagens do seu inconsciente (PHILIPPINI, 2013). Ao trabalhar com linguagens verbais e não verbais, é possível que ocorram transformações internas, facilitando a abertura de canais de comunicação, percepção e sensibilidade no cérebro. O que proporciona à pessoa idosa uma melhor aceitação de si e da realidade, para melhorar a sua autoestima (AGUIAR; MACRI, 2010; RODRIGUES; ALMEIDA; SOUZA, 2015).

O estímulo ao desenvolvimento do potencial criativo na velhice é importante para a promoção de um envelhecimento saudável, pois permite o contato com o novo que, ao fazer descobertas, amplia sua consciência, aumenta a sua autoestima e seu autocuidado, na busca de uma vida plena e feliz, mesmo diante das limitações do processo de envelhecimento (GONÇALVES, 2015).

Ao conectar a arte com a mente e o corpo, a Arteterapia trabalha o ser humano na sua totalidade, ao oferecer subsídios para que as pessoas idosas desenvolvam um olhar para dentro de si e busquem a sua essência existencial mais saudável; uma vez que as expressões reprimidas são as principais causas de adoecimentos físicos e psicológicos (VALLADARES-TORES, 2012).

Como uma estratégia para promoção da saúde, a Arteterapia apresenta vários benefícios, entre estes estão o estímulo às funções cognitivas e sensoriais, muitas vezes prejudicadas na velhice. O processo arteterapêutico fortalece laços afetivos entre as pessoas, os lugares e os ambientes físicos, estimulando as funções dos sentidos (visão, audição, olfato e tato) (BITTENCOURT *et al.*, 2017).

O estímulo à percepção sensorial favorece o senso de pertencimento, estabelecendo relações afetivas com o lugar e um reencontro com a memória; uma oportunidade para a pessoa idosa realimentar a própria biografia ao resgatar, compartilhar e compreender experiências relevantes e significativas na construção de sua identidade e de sua existência (CARNEIRO, 2016).

O processo arteterapêutico é desenvolvido por meio de múltiplas modalidades expressivas (artes plásticas, teatro, dança, poesia, música, literatura, artes visuais, dentre outras) com o objetivo de facilitar a busca do autoconhecimento, o despertar da sensorialidade e da percepção, o que favorece a estimulação das funções cognitivas, sensoriais e motoras na pessoa idosa (ALESSANDRINI, 2020).

Os recursos expressivos que são empregados na Arteterapia constituem uma maneira pela qual as pessoas idosas podem se expressar e se comunicar, falar como se sentem, de que forma pensam e de que maneira vivenciam e percebem o mundo de forma imagética (BRANCO, 2009). Ao se expressar no processo arteterapêutico, a pessoa idosa elabora seus conflitos e medos e ressignifica a própria vida. Do fazer artístico nascerá uma força que leva à transformação e ao despertar para a vida plena.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo do tipo quase experimental de abordagem quantitativa e qualitativa. O delineamento quase experimental é conhecido como ensaio ou experimento não aleatório no qual o investigador intervém no fenômeno que está sendo investigado, não havendo alocação aleatória dos participantes (SAMPIERI; CALLADO; LUCIO, 2013). Nesse tipo de estudo, os grupos são pré-formados antes da realização do experimento (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

A abordagem qualitativa é uma investigação aplicada ao objeto de estudo que busca entender os fenômenos sociais por meio de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes as quais permitem a interpretação do agir, do pensar e do sentir em meio a um grupo social. Essa abordagem não se preocupa com a representatividade numérica, mas com o universo da realidade que não pode ser quantificado. Dessa maneira, permite a compreensão dos fenômenos sociais envolvidos nas relações, nas representações e nas intencionalidades, desde a origem até as transformações e as construções humanas expressivas (MINAYO, 2010).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), no bairro Cidade Universitária, em Recife-PE, Nordeste do Brasil. É um serviço de assistência gerontogeriátrica, vinculado ao Programa do Idoso (PROIDOSO), cadastrado na Pró-reitoria de Extensão e Cultura (PROEXC) da UFPE (Portaria Normativa nº 04 de 31 de março de 2004 -BO. UFPE).

O NAI foi inaugurado em dezembro de 1999 e tem como missão promover ações individuais e grupais voltadas à melhoria das condições de saúde da população idosa (60 anos e mais). O núcleo possui 4.798 idosos cadastrados nos anos de 2000 a 2019. Conta com o trabalho de uma equipe multidisciplinar que realiza atendimentos individuais nas áreas de Enfermagem, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e

Fonoaudiologia. O NAI também oferece vivências em grupos com o objetivo de promover a saúde da pessoa idosa, dentre as quais destaca-se o grupo “Promoção da qualidade de vida em idosos por meio da Arteterapia” (UFPE/NAI, 2013; UFPE/PROIDOSO, 2013). No ano de 2019, no período de fevereiro a novembro, foram realizados 2.725 atendimentos, com uma média mensal de 272 atendimentos. Em consequência da pandemia por COVID-19, em 2020, o NAI foi fechado e não foi possível manter os atendimentos na forma *on-line*. Apenas foi mantido o atendimento do projeto “Cuidando do Cuidador”, que presta atendimento aos cuidadores de idosos com Alzheimer.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra foi selecionada por meio de inscrição nas oficinas: “Promoção da qualidade de vida em idosos por meio da Arteterapia”, com base nos seguintes critérios de inclusão: a) idade de 60 anos ou mais, b) boas condições físicas e cognitivas, c) disponibilidade em comparecer aos encontros nos dias determinado pelo grupo e não realizar nenhuma outra atividade que possa interferir na avaliação da intervenção. A inscrição foi realizada pelo NAI, no período de 15/07/2019 a 07/08/2019, com um total de 20 vagas e todas foram preenchidas. Dos 20 idosos que fizeram a inscrição, no 1º dia do encontro, apresentaram-se 16 idosos e, entre estes, dois desistiram de participar, pois tinham aulas de dança do ventre no mesmo horário das vivências. Assim, a amostra do estudo foi composta por 14 idosos: 12 mulheres e 2 homens. Vale ressaltar que, no período da pesquisa, os idosos não participavam de nenhuma outra atividade paralela.

3.4 PROCEDIMENTOS QUE ANTECEDERAM A COLETA DE DADOS

Para a imersão no campo de pesquisa, a pesquisadora realizou uma visita ao NAI para apresentação da proposta de trabalho, bem como a sensibilização e a obtenção da carta de anuência da instituição (ANEXO A). Foi realizada a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS), sendo aprovado (ANEXO B). Foi divulgada a abertura de inscrição no NAI, por meio de cartaz impresso, com 20 vagas para pessoas com 60 anos ou mais que desejassem participar das intervenções em Arteterapia.

Foi realizada uma reunião com os idosos inscritos para a apresentação dos objetivos da pesquisa e da proposta de trabalho, esclarecendo-se todas as dúvidas. Durante a reunião, foi solicitada aos idosos sua autorização para participar da mesma, por meio da assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e do Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento (APÊNDICE B).

3.5 ETAPA QUANTITATIVA

3.5.1 Procedimentos de coleta de dados

No primeiro encontro, foram aplicados dois instrumentos de coleta de dados. Para mensurar a qualidade de vida das pessoas idosas antes da intervenção, por meio da Arteterapia, foi utilizado o *WHOQOL-BREF* (ANEXO C) e ele foi reaplicado após as 16 intervenções em Arteterapia, para avaliar se houve melhora nos domínios da qualidade de vida. O instrumento *WHOQOL-BREF* foi preenchido individualmente pelos idosos com leitura coletiva realizada pela pesquisadora. Para a coleta de dados sobre a situação sociodemográfica e econômica das pessoas idosas, foi utilizado o questionário semiestruturado com 20 perguntas (APÊNDICE B), aplicado por meio de entrevista individual em sala reservada. A entrevista é um procedimento usual no trabalho de campo; pois, por meio dela, o pesquisador busca obter informações contidas na fala do público e permite que se estabeleça uma relação entre o entrevistado e o entrevistador, fornecendo maior confiabilidade nas respostas.

3.5.2 Instrumento de coleta de dados – *WHOQOL-BREF*

O *WHOQOL-BREF* foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a mensuração da qualidade de vida de indivíduos em diferentes contextos culturais. O caráter transcultural do *WHOQOL-BREF* permite sua utilização na avaliação comparativa da qualidade de vida entre indivíduos de culturas diferentes, bem como ser aplicado para subgrupos de indivíduos numa mesma cultura. Segundo o Manual do Usuário do *WHOQOL*, os usos mais comuns do questionário envolvem sua utilização nos ensaios clínicos, no

estabelecimento de valores de referência em diferentes áreas de estudo e no acompanhamento de mudanças na qualidade de vida de indivíduos ao longo de intervenções. O *WHOQOL-BREF* também costuma ser utilizado em processos de auditoria de serviços sociais e de saúde, na pesquisa de políticas públicas de saúde e na verificação da eficácia de métodos de tratamento que envolvam a mensuração da qualidade de vida (WHO, 2012).

O *WHOQOL-BREF* foi desenhado para ser um instrumento autoadministrável, mas, caso os indivíduos avaliados não possuam capacidade de leitura, o instrumento deve ser aplicado com o auxílio dos entrevistadores. Quando comparado ao questionário *WHOQOL-100*, que permite a avaliação mais detalhada das facetas individuais da qualidade de vida dos participantes ao custo de maior tempo de aplicação, o *WHOQOL-BREF* apresenta a vantagem de maior participação voluntária dos indivíduos avaliados, devido à sua conveniência, à precisão e ao tempo de aplicação. O *WHOQOL-BREF* fornece ao pesquisador uma maneira mais rápida de avaliar os domínios da qualidade de vida, porém, ele não permite uma avaliação individual das facetas correspondentes a cada domínio (WHO, 2012). Ressalta-se que, neste estudo, apenas uma idosa precisou do auxílio da pesquisadora para o preenchimento do questionário.

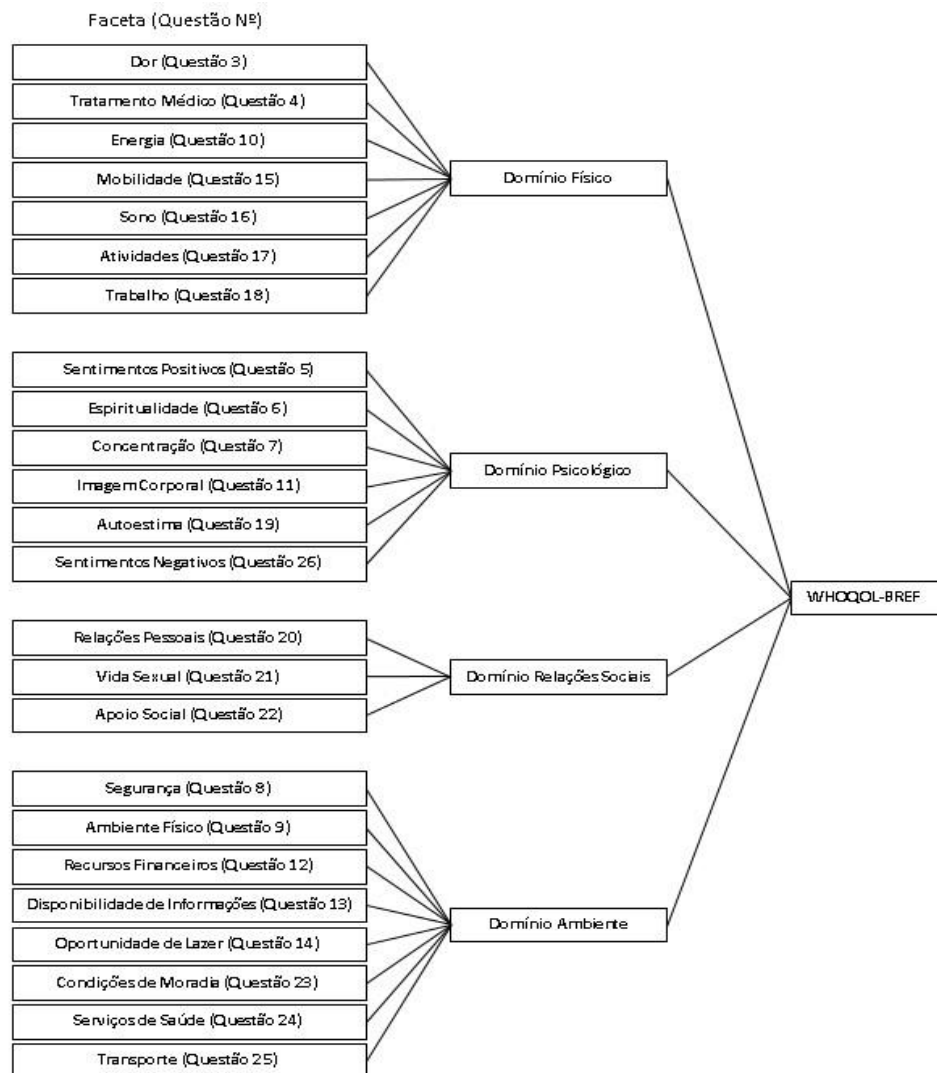
O Grupo *WHOQOL* da OMS determinou que, para qualquer versão abreviada do *WHOQOL-100*, seria mantida a abrangência conceitual do questionário completo. Isso significa que o questionário *WHOQOL-BREF* possui ao menos uma pergunta que representa cada uma das 24 facetas relacionadas à qualidade de vida presentes no *WHOQOL-100*. Para compor o *WHOQOL-BREF*, foram selecionadas as questões mais gerais de cada faceta - as questões para cada faceta que apresentavam a maior correlação com o escore total - e que refletiam as operacionalizações conceitualmente derivadas das 24 facetas da qualidade de vida, totalizando quatro domínios coesos, interpretáveis e válidos. Além das 24 questões que representam as facetas da qualidade de vida, foram acrescentadas, à versão final do *WHOQOL-BREF*, mais duas questões que avaliam a percepção geral da qualidade de vida e da saúde dos participantes, totalizando 26 questões (WHO, 2012). A versão em português do *WHOQOL-BREF* utilizada neste trabalho está apresentada no ANEXO C e foi validada no Brasil por Fleck *et al.* (2000).

A versão final do questionário *WHOQOL-BREF* é composta por quatro domínios da qualidade de vida: a) Físico (7 questões que avaliam a capacidade física do entrevistado), b)

Psicológico (6 questões que avaliam o bem-estar psicológico), c) Relações Sociais (3 questões que avaliam as interações e o apoio social ao indivíduo) e d) Ambiente (8 questões que avaliam o meio ambiente em que o entrevistado está inserido).

As respostas do *WHOQOL-BREF* são dadas em uma escala Likert de 5 pontos. No *WHOQOL-BREF*, a qualidade de vida não é medida através de uma pontuação total para cada indivíduo, mas através dos escores individuais em cada um dos quatro domínios citados acima. Quanto maior a pontuação (escore) em um domínio, maior a qualidade de vida no domínio correspondente (WHO, 2012). A Figura 1 apresenta as facetas que compõem os quatro domínios do *WHOQOL-BREF*, com a numeração da questão correspondente entre parênteses.

Figura 1 – Facetas, número da questão e domínios do questionário *WHOQOL-BREF*.



Fonte: Adaptada de WHOQOL-BREF, WHO (2012).

Como explicado anteriormente, o questionário *WHOQOL-BREF* abrange 24 facetas da qualidade de vida, condensadas em quatro domínios. As facetas descrevem um determinado tipo de comportamento, estado, capacidade, potencial, experiência ou percepção subjetiva do indivíduo quanto à sua vida diária (WHO, 2012).

O Domínio Físico é composto por sete facetas da qualidade de vidas: Dor (Questão 3), Tratamento Médico (Questão 4), Energia (Questão 10), Mobilidade (Questão 15), Sono (Questão 16), Atividades (Questão 17) e Trabalho (Questão 18). As facetas estão explicadas a seguir (WHO, 2012):

- i) a faceta Dor abrange as sensações desagradáveis que o indivíduo experimenta ao sentir algum tipo de dor física e até que ponto essas sensações interferem na qualidade de vida da pessoa. A faceta Dor está baseada no pressuposto de que, quanto menos dor (ou sensação de ameaça em sentir dor) a pessoa sente, maior o reflexo positivo na sua qualidade de vida;
- ii) a faceta Tratamento Médico explora o grau de dependência do indivíduo com algum tipo de tratamento médico ou medicamentoso e como isso afeta a sua qualidade de vida, em termos de bem-estar físico e psicológico;
- iii) a faceta Energia reflete o entusiasmo que o indivíduo possui para realizar as atividades da vida diária. A falta de energia para realizar as atividades cotidianas, independente da causa, afeta diferentes aspectos da vida (relações sociais, aumento da dependência de outras pessoas, entre outros) e tem impacto negativo na qualidade de vida;
- iv) a faceta Mobilidade tenta captar a percepção do indivíduo quanto a sua capacidade de locomoção, sem a ajuda de outras pessoas. A faceta parte do pressuposto de que o maior grau de dependência do indivíduo de outras pessoas para se locomover afeta negativamente sua qualidade de vida. Essa faceta não se refere aos serviços de transportes em si; a satisfação do indivíduo com os meios de transporte é analisada na faceta Transporte (Questão 25) e faz parte do domínio Ambiente;
- v) a faceta Sono e repouso explora a satisfação do indivíduo com o seu sono. Ela parte do pressuposto que problemas relacionados ao sono (dificuldade para dormir, acordar no meio da noite, dificuldade de acordar cedo, dentre outros) afetam negativamente a qualidade de vida;

- vi) a faceta Atividades da vida cotidiana permite capturar a satisfação do indivíduo com a sua capacidade de realizar as atividades da vida diária. A faceta parte do pressuposto de que a incapacidade em desempenhar atividades habituais (atividades de autocuidado, por exemplo), e conseqüente dependência de outras pessoas para realizá-las, influencia negativamente na qualidade de vida do indivíduo;
- vii) a faceta Capacidade de Trabalho examina quão satisfeito um indivíduo está com sua energia para o trabalho. Nessa faceta, o conceito de trabalho está relacionado com qualquer atividade principal (remunerada ou não) em que o indivíduo está envolvido. Dessa forma, a faceta inclui o trabalho remunerado, o trabalho não remunerado, o trabalho comunitário, bem como as atividades de estudo em tempo integral, de cuidar dos filhos e as tarefas domésticas.

O Domínio Psicológico é composto por seis facetas da qualidade de vida, a saber: Sentimentos Positivos (Questão 5), Concentração (Questão 7), Autoestima (Questão 19), Imagem Corporal (Questão 11), Sentimentos Negativos (Questão 26) e Espiritualidade (Questão 6). As facetas estão descritas a seguir (WHO, 2012):

- i) a faceta Sentimentos Positivos explora o quanto o indivíduo aproveita sua vida e experimenta sentimentos positivos, tais como paz, felicidade, esperança, equilíbrio e prazer em desfrutar a vida. Para muitos entrevistados, os sentimentos positivos são sinônimos de qualidade de vida;
- ii) a faceta Concentração examina o grau de concentração do indivíduo. Estão implícitas nessa faceta as questões da clareza e da velocidade de pensamento e a capacidade de memorização;
- iii) a faceta Autoestima examina o quão satisfeito o indivíduo está consigo mesmo, ou seja, a faceta explora o senso de valor próprio do entrevistado, em um nível mais geral;
- iv) a faceta Imagem Corporal tenta captar a aceitação do indivíduo quanto à sua aparência física e o efeito que isso tem na sua qualidade de vida;
- v) a faceta Sentimentos Negativos explora com que frequência o indivíduo experimenta sentimentos negativos. Os sentimentos negativos abrangem mau humor, desespero, ansiedade, desânimo, culpa, tristeza, nervosismo, depressão e falta de prazer para com

- a vida. Ela considera que quaisquer sentimentos negativos impactam no funcionamento diário do indivíduo e refletem negativamente na sua qualidade de vida;
- vi) a faceta Espiritualidade procura medir o grau de sentido que o indivíduo tem sobre a sua vida, ou seja, o grau de sentido que um indivíduo atribui à sua vida, seja através de crenças pessoais, religião ou da espiritualidade, afeta a sua qualidade de vida.

O Domínio Relações Sociais é composto por três facetas da qualidade de vida, a saber: Relações Pessoais (Questão 20), Apoio Social (Questão 22) e Vida Sexual (Questão 21). As facetas estão descritas a seguir (WHO, 2012):

- i) a faceta Relações Pessoais explora a satisfação do indivíduo com suas relações com amigos, parentes, conhecidos, dentre outros. Ela reflete o quanto a companhia, o amor e o apoio das pessoas com quem o indivíduo se relaciona influenciam na sua qualidade de vida. As relações pessoais, tanto positivas quanto negativas, são contempladas pela faceta e impactam diretamente na qualidade de vida;
- ii) a faceta Apoio Social diz respeito ao grau em que o indivíduo sente que recebe apoio familiar e dos amigos. Essa faceta avalia a percepção do indivíduo quanto ao apoio recebido de amigos e familiares em momentos de necessidade;
- iii) a faceta Vida Sexual avalia o grau de satisfação do indivíduo com sua vida sexual. A orientação e as práticas sexuais do indivíduo não importam, o foco está em quanto o desejo, a expressão e a realização do sexo influencia na qualidade de vida do entrevistado.

O Domínio Ambiente é composto por oito facetas da qualidade de vida: Segurança (Questão 8), Condições de Moradia (Questão 23), Recursos Financeiros (Questão 12), Serviços de Saúde (Questão 24), Disponibilidade de Informações (Questão 13), Oportunidade de Lazer (Questão 14), Ambiente Físico (Questão 9) e Transporte (Questão 25). As facetas estão descritas a seguir (WHO, 2012):

- i) a faceta Segurança foca no sentimento de segurança (ou na falta dela) em relação à proteção pessoal contra danos físicos que podem ocorrer de qualquer fonte e afetam a qualidade de vida;

- ii) a faceta Condições de Moradia examina a satisfação do indivíduo em relação com o seu local de moradia e a forma como ele impacta sua vida. Estão implícitas na faceta as questões ligadas ao conforto, à segurança, à quantidade de espaço disponível, à limpeza, à privacidade e às instalações disponíveis na moradia. Ela tem como pressuposto que a qualidade da moradia impacta diretamente na qualidade de vida do indivíduo;
- iii) a faceta Recursos Financeiros explora a percepção do indivíduo sobre o dinheiro que este dispõe para satisfazer suas necessidades cotidianas, de forma a manter um estilo de vida saudável e confortável. Está implícito nessa faceta o sentimento de independência (ou não) que o dinheiro traz para o indivíduo e que afeta sua qualidade de vida;
- iv) a faceta Serviços de Saúde avalia a satisfação do indivíduo com o seu acesso aos serviços de saúde disponíveis na sua localidade;
- v) a faceta Disponibilidade de Informações explora o sentimento de quão disponíveis estão para o indivíduo as informações de que ele precisa para o seu dia a dia. Ela explora a sensação de disponibilidade de novos conhecimentos, informações e notícias, ou seja, o sentimento de estar conectado com o que está acontecendo no ambiente e que traz alguma relevância para a qualidade de vida do indivíduo;
- vi) a faceta Oportunidade de Lazer examina a disponibilidade de oportunidades do indivíduo em realizar atividades de lazer. Leva em consideração que as atividades de lazer podem variar entre indivíduos, desde visitar amigos, ler ou assistir televisão, até a prática de algum esporte;
- vii) a faceta Ambiente Físico está relacionada ao sentimento de quão saudável é o ambiente físico em que o indivíduo vive. Ela inclui aspectos do ambiente relacionados ao clima, ao nível de ruído, à poluição e aos atrativos disponíveis que podem afetar positivamente ou negativamente a qualidade de vida. O ambiente de que trata a faceta se refere ao ambiente externo e não ao doméstico ou aos serviços de transporte, os quais são examinados em outras facetas;
- viii) a faceta Transporte explora o sentimento de satisfação do indivíduo quanto à disponibilidade e à facilidade de acesso aos meios de transporte na sua localidade de residência. O foco da faceta está em como o meio de transporte permite ao indivíduo

realizar suas atividades cotidianas, independentemente do tipo de transporte utilizado (bicicleta, carro, ônibus, entre outros).

O questionário *WHOQOL-BREF* utiliza, na sua escala, diferentes tipos de medidas: intensidade, capacidade, frequência e avaliação de estados/comportamentos. As medidas de intensidade refletem o grau ou a extensão em que o indivíduo experimenta um estado, uma situação ou realiza um comportamento (Por exemplo, a Questão 7: o quanto você consegue se concentrar?). Na medida de capacidade, o questionário procura medir quão completamente o indivíduo é capaz de sentir algo ou desempenhar determinado comportamento (Por exemplo, a Questão 10: você tem energia suficiente para seu dia a dia?). As medidas de frequência buscam mensurar a repetição de determinado estado ou comportamento e estão relacionadas a um período de tempo específico (Por exemplo, a Questão 26: com que frequência você tem sentimentos negativos tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão?). Por sua vez, as medidas de avaliação permitem mensurar um estado, uma capacidade ou um comportamento, do ponto de vista do entrevistado (Por exemplo, a Questão 19: quão satisfeito(a) você está consigo mesmo (a)?) (WHO, 2012).

A pontuação para cada um dos 4 domínios do *WHOQOL-BREF* é obtida através do cálculo da média dos valores de todas as questões incluídas em cada domínio, multiplicada por 4 (transformando-se em uma escala de 4 a 20 pontos), conforme equações abaixo (WHO, 2012):

$$\text{Domínio Físico} = \frac{(6 - Q3) + (6 - Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18}{7} \times 4$$

$$\text{Domínio Psicológico} = \frac{Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26)}{6} \times 4$$

$$\text{Domínio Relações Sociais} = \frac{Q20 + Q21 + Q22}{3} \times 4$$

$$\text{Domínio Ambiente} = \frac{Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25}{8} \times 4$$

A multiplicação por 4 permite uma comparação direta dos valores calculados no *WHOQOL-BREF* com as pontuações do questionário *WHOQOL-100*. O dimensionamento das pontuações dos domínios segue uma direção positiva, ou seja, quanto maior for a pontuação de um domínio, maior será a qualidade de vida medida para aquele domínio. Em

relação às duas questões iniciais (questão Q1 e Q2 do *WHOQOL-BREF*), estas são analisadas separadamente, não entrando nos cálculos da pontuação dos domínios (WHO, 2012).

Nas equações acima, as questões Q3, Q4 e Q26 estão com seus valores sendo subtraídos de 6. Esta operação matemática serve para inverter a ordem de valores da questão (se o indivíduo responder com 5, por exemplo, o valor passa a ser 1) e transformar as questões de uma estrutura negativa (do maior para o menor valor) em uma estrutura positiva (do menor para o maior valor), como acontece em todas as outras questões (WHO, 2012). Como exemplo, na Questão 3 sobre a Dor, quanto menor o valor preenchido pelo entrevistado, maior é a sua qualidade de vida. Por isso, o valor da questão é invertido na equação acima para obedecer a lógica de estrutura positiva da mensuração total do domínio da qualidade de vida.

É importante destacar que, na metodologia de cálculo do *WHOQOL-BREF*, o cálculo das pontuações para cada domínio deve ser realizado quando estiver presente um número mínimo de questões com valores válidos (que não sejam dados perdidos ou *missing values*) dentro do domínio correspondente. Assim, para os domínios Físico, Psicológico e Relações Sociais, a pontuação do domínio é calculada apenas se tiverem no mínimo seis, cinco e duas questões válidas, respectivamente. Para o domínio Ambiente, a pontuação é calculada apenas se tiverem no mínimo seis questões com dados válidos (WHO, 2012).

As pontuações para cada domínio também podem ser transformadas para uma escala de 0 a 100 pontos. Isto é possível através da subtração das pontuações (em escala de 4 a 20 pontos) por 4 e multiplicação pelo fator 100/16. Para calcular manualmente as pontuações dos domínios na escala de 0 a 100, as equações completas são as apresentadas abaixo (WHO, 2012):

$$\text{Domínio Físico} = \frac{\left(\frac{(6 - Q3) + (6 - Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18}{7} \times 4 \right) - 4}{16} \times 100$$

$$\text{Domínio Psicológico} = \frac{\left(\frac{Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26)}{6} \times 4 \right) - 4}{16} \times 100$$

$$\text{Domínio Relações Sociais} = \frac{\left(\frac{Q20 + Q21 + Q22}{3} \times 4 \right) - 4}{16} \times 100$$

$$\text{Domínio Ambiente} = \frac{\left(\frac{Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25}{8} \times 4 \right) - 4}{16} \times 100$$

Como critério final, no cálculo das pontuações, são considerados apenas os registros de casos (respondentes) que possuem 80% (21 questões) ou mais de questões respondidas. Caso um registro tenha menos de 21 questões respondidas, ele será descartado dos cálculos (WHO, 2012). É importante destacar que neste estudo todos os idosos preencheram completamente o questionário.

Silva *et al.* (2014) estimaram o valor crítico de 60 pontos como ponto de corte para avaliação da percepção da qualidade de vida. Nesse sentido, a partir de um escore de 60 pontos ou mais, considera-se uma percepção de melhor qualidade de vida para um determinado domínio. Por sua vez, escores menores que 60 refletem uma percepção de pior qualidade de vida.

O questionário *WHOQOL-BREF* foi aplicado antes do início das intervenções de Arteterapia e reaplicado no final de todas as intervenções para avaliar o efeito da Arteterapia sobre os domínios da qualidade de vida dos participantes. Com a aplicação inicial desse instrumento, foi possível conhecer os domínios que estavam afetados nas pessoas idosas, e, estes, foram trabalhados, durante as vivências por meio da Arteterapia, planejadas de acordo com os domínios a serem estimulados.

3.5.3 Processamento e análise dos dados

Os dados coletados foram analisados quantitativamente através da estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.

Realizou-se, de início, uma descrição estatística do perfil das pessoas idosas participantes, através do cálculo de frequências, médias e desvios padrões para as variáveis sociodemográficas. Os resultados das estatísticas descritivas foram apresentados e detalhados em tabelas. Em seguida, foram realizados os cálculos dos escores (de 0 a 100 pontos) dos quatro domínios do *WHOQOL-BREF* para cada participante da pesquisa, antes e depois das intervenções em Arteterapia. Os escores completos (para cada participante) foram resumidos em uma tabela, através do cálculo da média e do desvio padrão para cada domínio, antes e após as intervenções. As diferenças das médias entre os escores de cada domínio (antes e após as intervenções) foram graficamente apresentados por meio de diagramas de caixas.

Segundo Field (2009), antes da utilização de um determinado teste estatístico para comparar se existe ou não diferença significativa entre os valores médios de um conjunto de dados, é necessário testar a normalidade das distribuições dos respectivos dados. Ahmad e Khan Sherwani (2015) afirmam que o pressuposto da normalidade da distribuição dos dados é um dos mais importantes na inferência estatística, pois permite a utilização prática da maioria dos testes paramétricos. Na presente pesquisa, foi essencial testar a normalidade da distribuição dos escores dos domínios do *WHOQOL-BREF*, antes e após as intervenções, para decidir sobre a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos na análise dos dados.

Para Ahmad e Khan Sherwani (2015), entre os testes de normalidade mais utilizados destacam-se o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (KS) e o teste de normalidade de Shapiro-Wilk (SW). Segundo os autores, o teste de Shapiro-Wilk é mais poderoso para amostras pequenas ($n < 30$), podendo ser utilizado com precisão em uma gama de amostra de tamanhos de 3 a 5.000 dados. Foram utilizados ambos os testes para a verificação da normalidade dos dados da pesquisa, através do software SPSS.

Para a testagem da normalidade dos domínios, considerou-se o nível padrão de significância de 5% (0,05). Os resultados dos testes foram avaliados segundo a magnitude do valor- p . Caso o valor- p do teste seja maior que 0,05 ($p > 0,05$), aceita-se a hipótese de distribuição normal dos dados. Do contrário ($p < 0,05$), os dados não podem ser considerados como advindos de uma distribuição normal.

Para dados normalmente distribuídos, como é o caso dos escores dos domínios do *WHOQOL-BREF* na presente pesquisa, o teste t é geralmente utilizado para testar a hipótese das médias de duas amostras serem iguais. Field (2009) lembra que, quando as amostras são constituídas pelos mesmos participantes em dois momentos distintos do experimento (antes e após as intervenções), utiliza-se o teste t dependente, também conhecido como teste t de amostras emparelhadas. Um valor- p no teste t dependente maior que 0,05 ($p > 0,05$) indica que se deve aceitar a hipótese nula do teste t , qual seja, que as duas médias das amostras são iguais. Caso contrário, se $p < 0,05$, pode-se afirmar que existe uma diferença estatisticamente significativa entre as duas médias.

3.6 ETAPA QUALITATIVA

3.6.1 Procedimentos de coleta de dados

Para estimular os domínios da qualidade de vida das pessoas idosas, foram desenvolvidos 16 grupos focais por meio de intervenção em Arteterapia. Segundo Souza (2020), grupos focais é uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir uma temática sugerida pelo pesquisador. Essa técnica ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas e pode ser caracterizada, também, como um recurso para compreender as percepções, as atitudes e as representações sociais de grupos humanos (MENDONÇA; GOMES, 2017).

Durante as intervenções em Arteterapia, foi utilizada a observação direta participante com a presença da pesquisadora e da sua orientadora. Segundo Minayo (2001), a técnica de observação direta e participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, com o objetivo de obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados.

A utilização dessa técnica, no trabalho arteterapêutico, permitiu a criação de um vínculo de confiança entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa. Todo o processo arteterapêutico foi conduzido pela pesquisadora principal, enquanto sua orientadora filmava e fotografava toda sessão, para uma análise minuciosa do material. Os dados foram apreendidos através da transcrição do material gravado, filmado e fotografado nas 16 intervenções em Arteterapia. Para esses momentos, foram utilizados um gravador TASCAM DR-5 e dois aparelhos celulares, para não haver perdas do material verbal e possibilitar uma melhor análise dos dados.

As vivências grupais foram realizadas nas quartas-feiras pela manhã, com duração de duas horas, no período de 6 meses de agosto de 2019 a janeiro de 2020. Esse período foi determinado levando em consideração as abordagens arteterapêuticas breve que consistem em num período de 6 a 8 meses de trabalho, com frequência de um encontro semanal, em sessões de, no mínimo, 1h 30min de duração. Segundo Philippini (2011), esse período de tempo do

processo arteterapêutico permite a vinculação entre os integrantes do grupo para compartilhar suas histórias de vida e favorece um bom desenvolvimento do processo criativo e expressivo.

Nas vivências em Arteterapia, foram utilizadas diversas linguagens e materiais expressivos, com o intuito de estimular a criatividade e a expressividade nas pessoas idosas (QUADRO 1).

Quadro 1 – Recursos expressivos em Arteterapia utilizados nas vivências e suas principais funções. Recife (PE), Brasil, 2021.

RECURSO EXPRESSIVO	FUNÇÕES
Pintura	Favorece a expansão de sentimentos, a autopercepção, a sensibilidade, a imaginação e a criatividade, proporcionando um maior conhecimento de si e do mundo.
Colagem	Favorece um campo simbólico de infinitas possibilidades de estruturação, de integração e de organização, favorecendo a descoberta de novos caminhos.
Desenho	Favorece a projeção de conteúdos adormecidos no inconsciente que leva ao autoconhecimento. Desenvolve a coordenação motora, a memória, a percepção, a atenção e a concentração.
Histórias	Favorece a ampliação de situações vividas, reflexões, soluções criativas e ampliação do repertório imagético.
Modelagem (massa e argila)	Estimula a função sensorial e a organização tridimensional aproximando as pessoas dos seus sentimentos e emoções, pois permite criar formas e ampliar o mundo imaginário.
Sucata	Favorece a ressignificação, reconstrução, seleção e composição de nova realidade.
Escrita criativa	Favorece a fluência verbal, a comunicação e a compreensão através de um diálogo silencioso entre os fragmentos de si mesmo por meio da palavra.

Fonte: adaptado de Lopes (2014).

Para o desenvolvimento do processo criativo, as vivências arteterapêuticas foram organizadas nas seguintes fases:

- 1) Preparação do espaço: o espaço em que aconteciam as vivências arteterapêuticas, “*setting*”, era organizado com cuidado para proporcionar um ambiente acolhedor, seguro e que estimulasse a criatividade e a expressividade nos idosos. Para isso, o NAI disponibilizou duas salas. Uma sala denominada de Sala 1 – com espelhos e cadeiras, onde era desenvolvido o acolhimento e o aquecimento (Figura 2). A outra sala denominada Sala 2 – com móveis, armários, quadro branco, mesas redondas e cadeiras, onde eram realizados os trabalhos expressivos, a reflexão do processo expressivo e o fechamento (Figuras 3 e 4).

Figura 2 – Sala 1 – Preparação (Acolhimento e Aquecimento)



Fonte: a autora, 2021

Figura 3 – Sala 2 – Desenvolvimento (Trabalho expressivo)



Fonte: a autora, 2021.

Figura 4 – Sala 2 – Conclusão (Reflexão e fechamento)



Fonte: a autora, 2021

2) Acolhimento: o objetivo dessa fase inicial é unir as pessoas para fortalecer o vínculo do grupo. Nesse momento em que os idosos ficavam à vontade para compartilhar as suas experiências da semana, os seus sentimentos e as suas emoções.

3) Aquecimento: essa fase teve a finalidade de trazer o idoso para seu estado de presença por meio da consciência corporal, do relaxamento mental e físico. Para isso, foram utilizados os exercícios de respiração, a meditação ativa, a automassagem, os movimentos e as dinâmicas lúdicas.

4) Trabalho Expressivo: momento em que os idosos puderam dar vida e forma aos seus conteúdos internos por meio da criação de uma imagem simbólica. Para facilitar o desbloqueio criativo, foram utilizados como estímulo gerador os seguintes recursos: relaxamento, meditação ativa, contação de história, expressão corporal e música. Para o desenvolvimento do trabalho expressivo, foram utilizados os seguintes recursos: pintura, colagem, modelagem, expressão corporal, escrita criativa, sucata entre outros.

5) Reflexão do processo expressivo: fase em que cada idoso compartilhava com o grupo sua imagem, seus sentimentos e suas emoções e realizava uma autorreflexão sobre a imagem simbólica criada. Nesse momento, a pesquisadora ia registrando as principais falas de cada idoso e, ao final, era lido para o grupo em forma de poesia.

6) Fechamento: esse momento tinha a intenção de fortalecer a integração das experiências vivenciadas por cada idoso, expressando, por uma única palavra, o que a vivência do dia tinha significado para sua vida e, ao final, concluía com o abraço coletivo.

Em cada sessão, foi oportunizado aos idosos vivenciar seu processo criativo, terapêutico e de autoconhecimento. Todos os idosos participaram das mesmas atividades grupais, que foram planejadas para estimular os domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente. É importante destacar que o processo criativo é individual e isso foi levado em consideração na análise qualitativa. Por isso, ao final de cada vivência, foram registradas as histórias de vidas por meio da livre expressão de cada idoso, a partir das imagens simbólicas produzidas e da autorreflexão sobre o que foi criado.

Todas as vivências em Arteterapia estão detalhadas e apresentadas com a seguinte organização: a) número da sessão, b) participantes, c) objetivo, d) atividade prevista, e) materiais e outros recursos utilizados, f) domínio trabalhado, e g) relato sumarizado da sessão

(acolhimento, aquecimento, trabalho expressivo, reflexão do processo expressivo, fechamento e fotos) (APÊNDICE D).

No Quadro 2 é apresentado um resumo com os objetivos e atividades realizadas nas vivências em Arteterapia.

Quadro 2 – Objetivos e atividades realizadas nas vivências em Arteterapia. Recife (PE), Brasil, 2021.

SESSÃO	OBJETIVO	ATIVIDADE
01	Estimular a criatividade e a expansão dos sentimentos e das emoções para uma melhor percepção de si mesmo.	Pintura livre
02	Estimular a criatividade e a expansão dos sentimentos e das emoções para uma melhor percepção de si mesmo.	Recorte-colagem
03	Estimular a criatividade e a expansão dos sentimentos e das emoções para uma melhor percepção de si mesmo.	Desenho no círculo
04	Favorecer a autopercepção do corpo no processo de envelhecimento para o resgate da autoestima.	Desenho da mão
05	Favorecer a autopercepção do corpo no processo de envelhecimento para o resgate da autoimagem positiva.	Colagem na sacola
06	Favorecer a autopercepção do corpo no processo de envelhecimento para o resgate da autoimagem positiva.	Desenho do autorretrato
07	Proporcionar a aceitação e a ressignificação de sentimentos e emoções vivenciados no processo de envelhecimento.	Modelagem (massa)
08	Favorecer a ressignificação e a reconstrução das mudanças enfrentadas no processo de envelhecimento.	Sucata
09	Favorecer a compreensão das situações vividas através de um diálogo silencioso entre e si mesmo e seu meio.	Diário criativo
10	Vivenciar sensações, sentimentos de frustrações e expectativas para uma maior aceitação de si e do outro no processo do envelhecimento.	Desenho coletivo
11	Estimular a função sensorial e a organização tridimensional para que favoreça a expansão das emoções e sentimentos vividos e sentidos no processo do envelhecimento	Modelagem (argila)
12	Promover a cooperação, o envolvimento e a interação em grupo para expansão do senso de pertencimento na velhice.	Desenho coletivo
13	Facilitar a interação com o outro para a construção e o fortalecimento da identidade e afetividade no processo do envelhecimento.	Decalque dos pés
14	Estimular a concentração para que as emoções e os sentimentos sejam vividos e sentidos.	Construção de vasos de flores
15	Proporcionar o contato com a natureza para a estimulação da percepção dos sentidos (ver, ouvir e sentir).	Caminhada pelo Jardim Botânico de Recife
16	Realizar uma retrospectiva do processo arteterapêutico para que cada idoso perceba a sua caminhada expressiva e compreenda o seu processo.	Revisitação de todas as imagens simbólicas criadas no processo expressivo.

Fonte: a autora, 2021.

3.6.2 Processamento e análise dos dados

A análise qualitativa foi realizada por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre e Lefèvre (LEFÉVRE, 2003). O DSC consiste na tabulação e na organização de dados qualitativos através de procedimentos sistemáticos e padronizados, com intuito de agregar depoimentos com sentidos semelhantes em um discurso-síntese. Segundo Gondim; Fisher (2009), o conteúdo das opiniões ou das expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes é agrupado em categorias semânticas, de modo a formar um depoimento síntese, redigido na primeira pessoa do singular e, tratando-se de uma coletividade, falando na pessoa de um indivíduo.

A utilização da técnica do DCS tem demonstrado eficácia para a expressão e o processamento das opiniões coletivas em pesquisas empíricas no campo da saúde e é constituído das seguintes figuras metodológicas: Expressões-Chave (ECH), Ideias Centrais (IC) e Ancoragem (AC). As ECH correspondem aos trechos literais dos depoimentos, destacando o principal conteúdo das respostas e revelando a essência do conteúdo do discurso. As IC são a fórmula sintética que nomeia os sentidos de cada categoria do depoimento, representado, assim, a marca do discurso. A AC é a expressão dada pelo autor do discurso como se fosse uma afirmação. Nem sempre as ancoragens estão presentes nos discursos analisados, como no caso da referida pesquisa (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2014).

Para a construção do *corpus* que compôs os discursos do grupo de idosos da pesquisa, foram transcritas literalmente todas as falas oriundas dos 16 encontros.

A técnica do DSC seguiu as seguintes etapas: 1. Seleção das expressões-chaves; 2. Destaque das ideias centrais; 3. Identificação das ideias centrais; 4. Junção das ideias centrais e semelhantes com mesmo sentido em grupos, identificados por letras ou outro código; 5. Denominação de cada grupo que expressou da melhor maneira possível as ideias centrais semelhantes; 6. Elaboração de um discurso síntese que corresponde à construção do DSC.

Para a construção do DSC, perguntas norteadoras foram desenvolvidas nas vivências em Arteterapia para conduzir a autorreflexão dos sujeitos sobre seu processo criativo:

1. Ao olhar para a imagem que você criou, o que ela fala sobre você?
2. Ao olhar para a imagem, o que ela diz sobre os seus sentimentos?

3. O que a imagem da sua mão fala da sua história de vida?
4. Ao esculpir com o barro, o que essa escultura diz de você?
5. Como você se vê no desenho do seu autorretrato?
6. O que a imagem dos seus pés diz dos caminhos que você percorreu na sua trajetória de vida?
7. Na construção coletiva dessa imagem, em qual parte você se reconhece?

Após a identificação das expressões-chaves no *corpus* em análise, foram nomeadas 16 ideias centrais para a construção do DSC; as quais foram correlacionadas com os domínios e as facetas do *WHOQOL-BREF*.

Os depoimentos coletados foram metodologicamente operacionalizados pelo *software Qualiquantiso*, disponibilizado no site www.spi-net.com.br. O *software* foi elaborado para esse tipo de metodologia, com o objetivo de obter o pensamento coletivo (LEFÉVRE, 2014).

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em atendimento às normas éticas da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos, este projeto foi registrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE, sendo aprovado no dia 22 de março de 2019, sob o protocolo de número CAEE- 10097919.8.0000.5208 (ANEXO B).

Ao prezar pelo respeito à dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes da pesquisa, os idosos foram esclarecidos a respeito dos objetivos desse estudo e convidados a participar como voluntários, podendo desistir a qualquer momento. A participação foi formalizada através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e do Termo de Autorização do Uso da Imagem e dos Depoimentos (APÊNDICE C). Assim, foi garantido pela pesquisadora o sigilo e o anonimato das informações das pessoas idosas.

4 RESULTADOS

4.1 ETAPA QUANTITATIVA

4.1.1 Perfil socioeconômico e demográfico da população

Os perfis socioeconômico e demográfico da população estudada estão apresentados nas Tabelas 1 e 2, com os resultados descritivos da situação pessoal e familiar (variáveis: sexo, faixa etária, alfabetização, escolaridade, estado civil e arranjo familiar), bem como da situação econômica (variáveis: aposentadoria, tipo de ocupação laboral antes da aposentadoria, anos trabalhados, renda mensal, renda familiar individual e tipo de residência).

Conforme apresentado na Tabela 1, dos 14 idosos participantes da pesquisa houve o predomínio de pessoas do sexo feminino (85,7%). A faixa etária se encontrava entre os 60 anos e os 75 anos de idade, com média de idade de 69,1 anos, porém, 50,0% se encontra na faixa etária dos 70 anos aos 74 anos. Esses resultados confirmam o aumento da expectativa de vida das pessoas idosas brasileiras e uma população idosa cada vez mais autônoma e ativa.

Quanto ao nível de alfabetização e escolaridade, os resultados mostram que 85,7% das pessoas idosas sabem ler e escrever e 42,9% cursaram até o ensino médio completo. Com relação ao estado civil, 50,0% estão casados e destaca-se que 21,4% são mulheres viúvas.

No tocante ao arranjo familiar, a maioria (71,4%) das pessoas idosas possui filhos, com média de 3,2 filhos; reside em casa própria (78,6%), com arranjos domiciliares multigeracionais, nos quais coabitam com marido/esposa, filhos e outros parentes. Em média, cada idoso reside com 2,5 pessoas, em residências com 7,5 cômodos.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das pessoas idosas participantes do grupo de Arteterapia do NAI-UFPE. Recife-PE, 2021.

SITUAÇÃO PESSOAL E FAMILIAR	n	%	Continua
			% Acumulada
SEXO			
Feminino	12	85,7	85,7
Masculino	2	14,3	100,0
FAIXA ETÁRIA			
60 – 64 anos	2	14,3	14,3
65 – 69 anos	4	28,6	42,9
70 – 74 anos	7	50,0	92,9
75 a mais	1	7,1	100,0

SITUAÇÃO PESSOAL E FAMILIAR	n	%	Conclusão
			% Acumulada
SABER E ESCREVER			
Sim	12	85,7	85,7
Não	2	14,3	100,0
ESCOLARIDADE			
Analfabeto	2	14,3	14,3
Fundamental completo	1	7,1	21,4
Médio incompleto	1	7,1	28,6
Médio completo	2	14,3	42,9
Superior incompleto	2	14,3	57,2
Superior completo	3	21,4	78,6
Não respondeu	3	21,4	100,0
ESTADO CIVIL			
Solteiro	2	14,3	14,3
Casado	7	50,0	64,3
Separado	2	14,3	78,6
Viúvo	3	21,4	100,0
ARRANJO DOMICILIAR			
Mora só	2	14,3	14,3
1 pessoa	3	21,4	35,7
2 a 5 pessoas	8	57,1	92,9
6 a 10 pessoas	1	7,1	100,0
PESSOA COM QUEM RESIDE*			
Esposo(a)	6	31,6	31,6
Filhos(as)	5	26,3	57,9
Netos(as)	2	10,5	68,4
Outros parentes	6	31,6	100,0
CATEGORIA IMÓVEL QUE RESIDE			
Próprio	10	71,4	-
Alugado	3	21,4	-
Cedido	1	7,1	-
TOTAL	14	100,0	100,0

*Admite respostas múltiplas

Fonte: a autora, 2021.

Na Tabela 2, são apresentadas as variáveis econômicas. Os dados mostram que a maioria das pessoas idosas (85,7%) se encontra aposentada e não houve um tipo de trabalho predominante antes da aposentadoria. Os idosos pesquisados tiveram trabalhos diversos antes de se aposentar, tais como: auxiliar administrativo, comerciário, motorista e professor. Entre os participantes que afirmaram trabalhar fora de casa, 57,1% trabalhou entre 31 anos ou mais, com uma média de tempo trabalhado de 32,6 anos.

Quanto à fonte de renda, observa-se que 50,0% das pessoas idosas têm uma renda mensal de apenas 1 salário-mínimo e renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos. Em média, 1,9 pessoas vivem do rendimento do idoso (incluindo o próprio idoso).

Tabela 2 - Perfil socioeconômico das pessoas idosas participantes do grupo de Arteterapia do NAI-UFPE. Recife-PE, 2021.

VARIAVEIS ECONÔMICAS	n	%	% Acumulada
APOSENTADO(A)			
Sim	12	85,7	-
Não	2	14,3	-
OCUPAÇÃO ANTES APOSENTADORIA			
Auxiliar administrativo/ RH	2	14,3	-
Agricultura	1	7,1	-
Comerciária	1	7,1	-
Do lar	1	7,1	-
Educação/ Professor	3	21,4	-
Motorista	1	7,1	-
Técnico Enfermagem	1	7,1	-
Não respondeu	2	14,3	-
Não se aplica	2	14,3	-
ANOS TRABALHADOS			
Até 10 anos	0	0,0	0,0
11 - 20 anos	1	7,1	7,1
21 - 30 anos	2	14,3	21,4
31 ou mais anos	8	57,1	78,6
Não respondeu/Não se aplica	3	21,4	100,0
RENDA MENSAL			
Até 1 salário mínimo	7	50,0	50,0
2 a 3 salários mínimos	5	35,7	85,7
4 a 7 salários mínimos	2	14,3	100,0
RENDA FAMILIAR			
Até 1 salário mínimo*	1	7,1	7,1
2 a 3 salários mínimos	7	50,0	57,1
4 a 7 salários mínimos	4	28,6	85,7
Não respondeu	2	14,3	100,0
CATEGORIA IMÓVEL QUE RESIDE			
Próprio	10	71,4	-
Alugado	3	21,4	-
Cedida	1	7,1	-
TOTAL	14	100,0	100,0

Fonte: a autora, 2021.

*Salário mínimo em 2021 = R\$ 1.100,00

4.1.2 Avaliação da intervenção da Arteterapia em relação aos domínios da Qualidade de Vida

São apresentados os resultados da avaliação realizada com as pessoas idosas sobre a sua qualidade de vida, antes de iniciar as intervenções em Arteterapia e ao final das 16 intervenções.

Os resultados são apresentados levando-se em consideração os domínios da qualidade de vida do questionário *WHOQOL-BREF*: Domínio Físico (dor, tratamento médico, energia, mobilidade, sono, atividades e trabalho); Domínio Psicológico (sentimentos positivos, espiritualidade, concentração, imagem corporal, autoestima e sentimentos negativos); Domínio Relações Sociais (relações pessoais, vida sexual e apoio social) e Domínio Ambiente (segurança, ambiente físico, recursos financeiros, disponibilidade de informações, oportunidades de lazer, condições de moradia, serviços de saúde e transporte).

A Tabela 3 apresenta os resultados da avaliação da qualidade de vida das pessoas idosas de acordo com o Domínio Físico, antes e após as intervenções em Arteterapia. Em relação à *dor física*, os resultados mostraram que 28,6% relataram que a sua dor física os impede “extremamente” de realizar o que precisa, tanto antes quanto após as intervenções. Por sua vez, antes das intervenções, 21,4% relataram precisar “bastante” de tratamento médico e houve um aumento para 28,6% após as intervenções.

Antes das intervenções, 42,9% das pessoas idosas relataram ter *energia suficiente* para realizar as atividades do dia a dia e, após as intervenções, esse percentual aumentou para 50,0%. Quanto à *capacidade de locomoção*, antes das intervenções, 28,6% consideraram “muito bom” e houve um aumento para 35,7%, após as intervenções.

Em relação à *satisfação com o sono*, percebeu-se que, antes das intervenções, 42,9% consideravam “satisfeitos” e teve um aumento para 50,0%, após as intervenções. De acordo com o desempenho das *Atividades da Vida Diária (AVD)*, observa-se que, antes das intervenções, 57,1% relataram estar “muito satisfeito”, porém, após as intervenções, houve uma diminuição para 50%. É importante destacar que 7,2% dos participantes relataram estar “muito insatisfeito” com o desempenho das AVD antes das intervenções, mas observou-se que essa insatisfação não foi relatada após as intervenções.

Quanto à *capacidade para o trabalho*, evidencia-se que, antes das intervenções, 78,6% das pessoas idosas encontravam-se “satisfeitas”, porém, após as intervenções, houve uma

diminuição desse percentual para 35,7%. Por outro lado, destaca-se um aumento de 14,3% para 28,6% entre os “muito satisfeitos”, comparando-se antes e depois da Arteterapia.

Tabela 3 – Avaliação da qualidade de vida segundo o Domínio Físico de pessoas idosas participantes do grupo de Arteterapia do NAI-UFPE. Recife, 2021.

DOMÍNIOS FÍSICOS	Antes da Arteterapia		Depois da Arteterapia	
	N	%	N	%
Continua				
Sua dor física impede você de fazer o que precisa				
Nada	1	7,1	1	7,1
Muito pouco	3	21,4	0	0
Mais ou menos	3	21,4	6	42,9
Bastante	3	21,4	3	21,4
Extremamente	4	28,6	4	28,6
Precisa de tratamento médico				
Nada	0	0	1	7,1
Muito pouco	4	28,6	2	14,3
Mais ou menos	6	42,9	3	21,4
Bastante	3	21,4	4	28,6
Extremamente	1	7,1	4	28,6
Tem energia suficiente para seu dia a dia				
Nada	0	0	0	0
Muito pouco	1	7,1	1	7,1
Médio	5	35,7	4	28,6
Muito	6	42,9	7	50,0
Completamente	2	14,3	2	14,3
Capacidade de se locomover				
Muito ruim	0	0	0	0
Ruim	0	0	0	0
Nem ruim nem bom	0	0	0	0
Bom	10	71,4	9	64,3
Muito bom	4	28,6	5	35,7
Satisfação com o sono				
Muito insatisfeito	0	0	0	0
Insatisfeito	1	7,1	3	21,4
Nem satisfeito nem insatisfeito	5	35,7	2	14,3
Satisfeito	6	42,9	7	50,0
Muito satisfeito	2	14,3	2	14,3
Capacidade de desempenhar as atividades diárias				
Muito insatisfeito	1	7,1	0	0
Insatisfeito	0	0	2	14,3
Nem satisfeito nem insatisfeito	1	7,1	1	7,1
Satisfeito	8	57,1	7	50,0
Muito satisfeito	4	28,6	4	28,6

DOMÍNIOS FÍSICOS	Antes da Arteterapia		Depois da Arteterapia		Conclusão
	N	%	N	%	
Capacidade para o trabalho					
Muito insatisfeito	0	0	0	0	
Insatisfeito	1	7,1	1	7,1	
Nem satisfeito nem insatisfeito	0	0	4	28,6	
Satisfeito	11	78,6	5	35,7	
Muito satisfeito	2	14,3	4	28,6	
TOTAL	14	100,0	14	100,0	

Fonte: a autora, 2021.

A avaliação da qualidade de vida das pessoas idosas, de acordo com o Domínio Psicológico, é apresentada na Tabela 4, antes e após as intervenções em Arteterapia.

Conforme o quanto a pessoas idosa *aproveita a vida*, 50% relataram “bastante” e “extremamente” antes das intervenções, porém, esse percentual diminuiu para 42,8% após as intervenções. Mesmo assim, observou-se que houve um aumento entre os que relataram aproveitar “extremamente” a vida que, antes das intervenções, era 14,3% para 21,4%, após as intervenções.

Quando questionado sobre achar *sentido em sua vida*, antes das intervenções, 50,0% das pessoas idosas responderam ter “bastante sentido em sua vida e 21,4% extremamente sentido em sua vida. Após as intervenções, observou-se um aumento de 21,4% para 50,0% entre os que referiram encontrar “extremamente” sentido em sua vida. De acordo o nível de concentração das pessoas idosas, 50,0% relataram ter “bastante” concentração antes das intervenções, porém, observou-se uma diminuição na concentração para 35,7%, após as intervenções.

Quanto à *aceitação da aparência física* pelos idosos, 42,9% responderam aceitar “médio” tanto antes, quanto após as intervenções. Por outro lado, observou-se que entre os que responderam aceitar “muito” a sua aparência física, houve um aumento de 21,4% (antes das intervenções) para 28,6% (após as intervenções).

No que se refere ao grau de *satisfação consigo mesmo*, observou-se que, antes das intervenções, 35,7% dos participantes consideraram “muito satisfeitos” e, após as intervenções, houve um aumento para 42,9%.

Em relação a *frequência de sentimentos negativos*, a maioria 57,1% das pessoas idosas relatou sentir, “muito frequentemente”, esse tipo de sentimento antes das intervenções e observou uma diminuição para 42,9%, após as intervenções.

Tabela 4 – Avaliação da qualidade de vida segundo o Domínio Psicológico de pessoas idosas participantes do grupo de Arteterapia do NAI-UFPE. Recife, 2021.

DOMÍNIOS PSICOLÓGICOS	Antes da Arteterapia		Depois da Arteterapia	
	N	%	N	%
Quanto você aproveita a vida				
Nada	0	0	0	0
Muito pouco	2	14,3	1	7,1
Mais ou menos	5	35,7	7	50,0
Bastante	5	35,7	3	21,4
Extremamente	2	14,3	3	21,4
Acha sentido em sua vida				
Nada	0	0	0	0
Muito pouco	0	0	0	0
Mais ou menos	4	28,6	4	28,6
Bastante	7	50,0	3	21,4
Extremamente	3	21,4	7	50,0
Quanto consegue concentração				
Nada	1	7,1	0	0
Muito pouco	0	0	2	14,3
Mais ou menos	4	28,6	5	35,7
Bastante	7	50,0	5	35,7
Extremamente	2	14,3	2	14,3
Aceitação aparência física				
Nada	0	0	0	0
Muito pouco	0	0	0	0
Médio	6	42,9	6	42,9
Muito	3	21,4	4	28,6
Completamente	5	35,7	4	28,6
Satisfação consigo mesmo				
Muito insatisfeito	0	0	0	0
Insatisfeito	1	7,1	0	0
Nem satisfeito nem insatisfeito	1	7,1	3	21,4
Satisfeito	7	50,0	5	35,7
Muito satisfeito	5	35,7	6	42,9
Frequência que tem sentimentos negativos				
Nunca	0	0	1	7,1
Algumas vezes	1	7,1	0	0
Frequentemente	4	28,6	5	35,7
Muito frequentemente	8	57,1	6	42,9
Sempre	1	7,1	2	14,3
TOTAL	14	100,0	14	100,0

Fonte: a autora, 2021.

A Tabela 5 apresenta os resultados da avaliação da qualidade de vida das pessoas idosas de acordo com o domínio Relações Sociais, antes e após as intervenções em Arteterapia.

Quanto ao grau de *satisfação com as relações pessoais*, 50,0% considerou estar “muito satisfeito”, antes das intervenções e evidenciou-se aumento 57,1%, após as intervenções. No tocante a *satisfação com a vida sexual* autorreferida pelos idosos, antes das intervenções, mostra-se que apenas 7,1% relatou estar “satisfeito”, porém, após as intervenções, observou-se um aumento significativo para 35,7% entre os “satisfeitos”. Em relação ao *apoio de sua rede social*, 57,1% se consideravam “satisfeito” antes das intervenções e houve um aumento para 64,3%, após as intervenções.

Tabela 5 – Avaliação da qualidade de vida segundo o Domínio Relações Sociais de pessoas idosas participantes do grupo de Arteterapia do NAI-UFPE. Recife, 2021.

DOMÍNIOS RELAÇÕES SOCIAIS	Antes da Arteterapia		Depois da Arteterapia	
	N	%	N	%
Satisfação com as relações pessoais				
Muito insatisfeito	0	0	0	0
Insatisfeito	0	0	0	0
Nem satisfeito nem insatisfeito	1	7,1	1	7,1
Satisfeito	6	42,9	5	35,7
Muito satisfeito	7	50,0	8	57,1
Satisfação com a vida sexual				
Muito insatisfeito	3	21,4	1	7,1
Insatisfeito	1	7,1	0	0
Nem satisfeito nem insatisfeito	6	42,9	7	50,0
Satisfeito	1	7,1	5	35,7
Muito satisfeito	3	21,4	1	7,1
Apoio que recebe da sua rede social				
Muito insatisfeito	0	0	0	0
Insatisfeito	0	0	0	0
Nem satisfeito nem insatisfeito	3	21,4	0	0
Satisfeito	8	57,1	9	64,3
Muito satisfeito	3	21,4	5	35,7
TOTAL	14	100,0	14	100,0

Fonte: a autora, 2021.

A Tabela 6 apresenta os resultados da avaliação da qualidade de vida das pessoas idosas de acordo com o domínio Ambiente, antes e após as intervenções em Arteterapia.

Em relação à *segurança em sua vida diária*, 28,6% das pessoas idosas relataram estar “bastante” satisfeitas, antes das intervenções e evidenciou-se o aumento para 50,0%, após as intervenções. Com relação ao *ambiente físico saudável*, 28,6% consideraram “bastante” saudável, antes das intervenções e observou-se um aumento para 57,1%, após as intervenções.

No tocante a *ter dinheiro suficiente* para as suas necessidades, antes das intervenções, 42,9% das pessoas idosas referiram ter “muito pouco”, entretanto, após as intervenções, esse percentual diminuiu para 14,3%. Ao responder sobre as *informações disponíveis que precisa no seu dia a dia*, a maioria (57,1%) considerou receber muitas informações, tanto antes quanto após as intervenções.

Quanto à *oportunidade de atividade de lazer*, 35,7% consideraram ter “médio” oportunidade, antes das intervenções, porém, esse número aumentou para 50,0% após as intervenções. Com relação à *satisfação com as condições do local de moradia*, observou-se que, antes das intervenções, 57,1% estavam “satisfeitos” e, após as intervenções, aumentaram para 64,3% os satisfeitos. No que se refere à *satisfação com o acesso aos serviços de saúde*, verificou-se que, antes da intervenção, 42,9% encontravam-se “satisfeitos” e ocorreu um aumento para 57,1%, após as intervenções. Em relação à *satisfação com os meios de transporte*, 42,9% consideraram-se “satisfeitos”, tanto antes quanto após as intervenções.

Tabela 6 – Avaliação da qualidade de vida segundo o Domínio Ambiente de pessoas idosas participantes do grupo de Arteterapia do NAI-UFPE. Recife, 2021.

DOMÍNIOS AMBIENTE	Antes da Arteterapia		Depois da Arteterapia	
	N	%	N	%
Continua				
Quão seguro se sente em sua vida diária				
Nada	0	0	0	0
Muito pouco	1	7,1	0	0
Mais ou menos	8	57,1	5	35,7
Bastante	4	28,6	7	50,0
Extremamente	1	7,1	2	14,3
Quão saudável é seu ambiente físico				
Nada	0	0	0	0
Muito pouco	1	7,1	0	0
Mais ou menos	9	64,3	5	35,7
Bastante	4	28,6	8	57,1
Extremamente	0	0	1	7,1
Tem dinheiro suficiente para suas necessidades				
Nada	0	0	0	0
Muito pouco	6	42,9	2	14,3
Médio	6	42,9	9	64,3
Muito	1	7,1	2	14,3
Completamente	1	7,1	1	7,1
Informações disponíveis que precisa no seu dia a dia				
Nada	0	0	0	0
Muito pouco	0	0	2	14,3
Médio	3	21,4	3	21,4
Muito	8	57,1	8	57,1
Completamente	3	21,4	1	7,1

DOMÍNIOS AMBIENTE	Conclusão			
	Antes da Arteterapia		Depois da Arteterapia	
	N	%	N	%
Oportunidade de atividade de lazer				
Nada	0	0	1	7,1
Muito pouco	1	7,1	1	7,1
Médio	5	35,7	7	50,0
Muito	7	50,0	2	14,3
Completamente	1	7,1	3	21,4
Satisfação com as condições do local de moradia				
Muito insatisfeito	0	0	0	0
Insatisfeito	0	0	0	0
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	14,3	1	7,1
Satisfeito	8	57,1	9	64,3
Muito satisfeito	4	28,6	4	28,6
Satisfação com o acesso aos serviços de saúde				
Muito insatisfeito	2	14,3	0	0
Insatisfeito	2	14,3	2	14,3
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	14,3	3	21,4
Satisfeito	6	42,9	8	57,1
Muito satisfeito	2	14,3	1	7,1
Satisfação com o meio de transporte				
Muito insatisfeito	1	7,1	0	0
Insatisfeito	1	7,1	2	14,3
Nem satisfeito nem insatisfeito	5	35,7	4	28,6
Satisfeito	6	42,9	6	42,9
Muito satisfeito	1	7,1	2	14,3
TOTAL	14	100,0	14	100,0

Fonte: a autora, 2021.

4.1.3 Cálculo dos escores e dos testes estatísticos dos dados

Para o cálculo dos escores dos domínios da qualidade de vida do *WHOQOL-BREF*, foi utilizada a metodologia preconizada pela Organização Mundial da Saúde e adaptada pela autora detalhada na seção Método desse trabalho. Vale lembrar que os escores dos domínios seguem uma direção positiva. Isto quer dizer que quanto maior for o escore de um determinado domínio, maior será a qualidade de vida medida para esse domínio. Outra consideração importante diz respeito as duas questões iniciais do *WHOQOL-BREF*; elas são analisadas separadamente e não entram nos cálculos dos escores.

Na Tabela 7, estão apresentados os escores calculados, em uma escala de 0 a 100 pontos, para os domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente de cada um dos participantes da pesquisa, antes e depois das intervenções em Arteterapia.

Tabela 7 – Escores dos domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente das pessoas idosas antes e após a intervenção em Arteterapia. Recife-PE, 2021.

Idoso	Antes da Arteterapia				Depois da Arteterapia			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
01	67,9	66,7	50,0	65,6	92,9	70,8	91,7	71,9
02	57,1	58,3	58,3	43,8	67,9	54,2	66,7	56,3
03	67,9	79,1	66,7	65,6	67,9	66,7	66,7	65,6
04	53,6	91,7	91,7	59,4	67,9	95,8	91,7	71,9
05	50,0	45,8	58,3	56,3	57,1	54,2	66,7	62,5
06	75,0	70,8	75,0	59,4	60,7	83,3	100,0	62,5
07	89,3	75,0	100,0	75,0	78,6	58,3	83,3	68,8
08	50,0	70,8	66,7	65,6	82,1	83,3	66,7	81,3
09	57,1	54,2	58,3	56,3	46,4	41,7	66,7	40,6
10	82,1	79,2	75,0	65,6	78,6	79,2	75,0	65,6
11	78,6	91,7	66,7	56,3	75,0	87,5	75,0	78,1
12	67,9	58,3	75,0	59,4	32,1	62,5	58,3	50,0
13	64,3	50,0	75,0	46,9	89,3	62,5	83,3	53,1
14	92,9	87,5	66,7	87,5	85,7	87,5	83,3	87,5

Fonte: a autora, 2021.

Segundo o ponto de corte de 60 pontos que avalia a qualidade de vida, estimado por Silva *et al.* (2014), observa-se que, antes das intervenções em Arteterapia, alguns domínios estavam abaixo dessa pontuação (< 60), o que evidencia uma baixa qualidade de vida dessas pessoas idosas nesses domínios específicos. Por outro lado, percebe-se um aumento da pontuação (> 60) após as intervenções em Arteterapia, o que reflete em uma melhora na qualidade de vida desses idosos.

Os escores individuais das pessoas idosas foram resumidos através do cálculo da média aritmética para cada domínio, antes e após as intervenções. O objetivo do cálculo das médias por domínio é para que possam ser utilizados os testes estatísticos que comparam as médias e permitem avaliar o efeito das intervenções em Arteterapia na qualidade de vida da pessoa idosa.

A Tabela 8 apresenta os escores dos domínios resumidos pela média, desvio padrão e diferenças entre as médias, antes e após as intervenções em Arteterapia. Como pode ser observado na tabela, quando comparadas, as médias de todos os domínios da qualidade de vida ao final das intervenções são maiores que as médias antes das intervenções, bem como, os desvios padrões das médias nas duas ocasiões se mantiveram abaixo de 25% do valor das médias, ou seja, as médias representam bem o conjunto de dados dos escores para cada domínio. As maiores diferenças percentuais entre as médias (antes e após as intervenções)

foram notadas nos domínios Relações Sociais (9,3%) e Ambiente (6,2%). Por outro lado, o domínio Psicológico apresentou a menor diferença percentual das médias (0,9%).

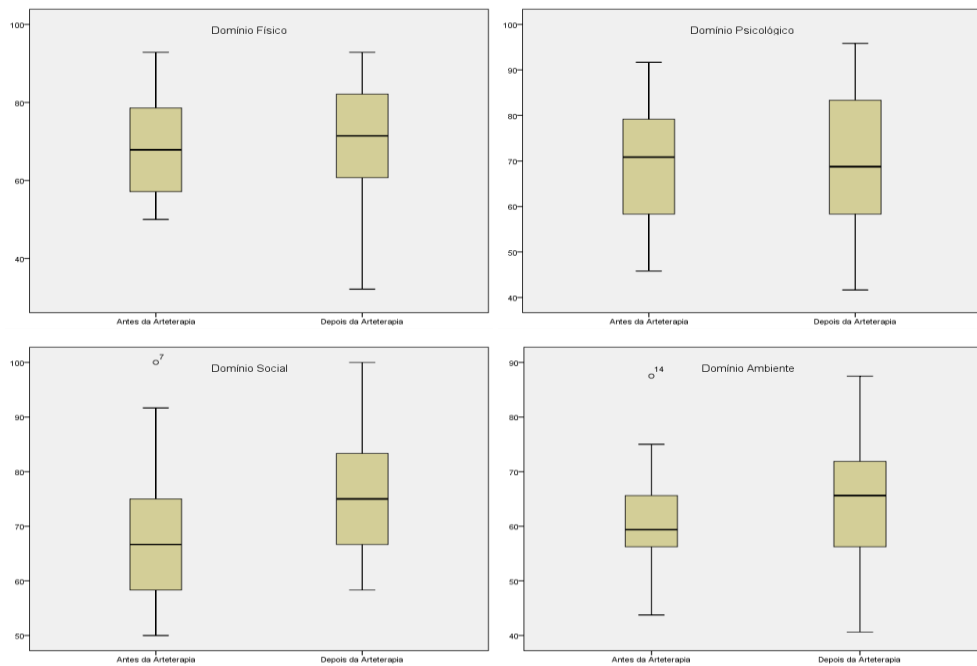
Tabela 8 – Média e desvio padrão dos escores dos domínios, antes e após a intervenção em a Arteterapia. Recife-PE, 2021.

Domínio	Antes da Arteterapia		Depois da Arteterapia		Diferença das médias (Depois - Antes)	Diferença % das médias (Depois - Antes)
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
Físico	68,1	14,0	70,2	16,9	2,0	3,0%
Psicológico	69,9	15,1	70,5	15,9	0,6	0,9%
Relações Sociais	70,2	13,4	76,8	12,3	6,6	9,3%
Ambiente	61,6	10,9	65,4	12,7	3,8	6,2%

Fonte: a autora, 2021.

A Figura 5 representa graficamente, através de diagramas de caixas, as diferenças entre os escores dos domínios antes e após as intervenções em Arteterapia. Percebe-se, na figura, que a Mediana (linha mais escura no meio da caixa) dos escores, após as intervenções em Arteterapia para os domínios físico, relações sociais e ambiente, são maiores do que antes das intervenções. A única exceção é o domínio psicológico, em que a mediana dos escores é ligeiramente menor após as intervenções, do que antes das intervenções.

Figura 5 – Diagramas de Caixa dos domínios, antes e depois da Arteterapia. Recife-PE, 2021.



Fonte: a autora, 2021.

Para o cálculo das médias e dos desvios padrões de cada domínio do *WHOQOL-BREF*, antes e após as intervenções em Arteterapia, foram calculadas as estatísticas dos testes de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S) e *Shapiro-Wilk* (S-W) para determinar se a distribuição dos escores apresentava normalidade.

A Tabela 9 apresenta os resultados dos testes para os domínios do *WHOQOL-BREF* antes das intervenções, enquanto a Tabela 10 apresenta os resultados para os domínios após a realização das intervenções.

Tabela 9 – Resultados dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para os domínios antes da Arteterapia. Recife-PE, 2021.

Domínio	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
	Estatística	Valor- <i>p</i>	Estatística	Valor- <i>p</i>
Físico	0,15	0,20	0,94	0,45
Psicológico	0,14	0,20	0,95	0,58
Relações Sociais	0,22	0,07	0,91	0,18
Ambiente	0,21	0,08	0,93	0,28

Fonte: a autora, 2021.

Tabela 10 – Resultados dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para os domínios depois da Arteterapia. Recife-PE, 2021.

Domínio	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
	Estatística	Valor- <i>p</i>	Estatística	Valor- <i>p</i>
Físico	0,16	0,20	0,95	0,50
Psicológico	0,15	0,20	0,96	0,72
Relações Sociais	0,22	0,06	0,92	0,23
Ambiente	0,12	0,20	0,99	1,00

Fonte: a autora, 2021.

Como pode ser observado nas tabelas 9 e 10, os valores-*p* de todos os domínios, antes e após as intervenções, e de ambos os testes (K-S e S-W) são superiores ao nível de significância de 0,05 ($p > 0,05$). Tal resultado garante que os dados podem ser considerados como normalmente distribuídos para todos os domínios. Isso significa que, para testar a diferença das médias (antes e depois), pode-se utilizar com segurança os testes paramétricos.

Quando os dados são distribuídos normalmente e pretende-se comparar médias, o teste estatístico indicado é o teste t. Uma vez que os sujeitos da pesquisa são os mesmos, antes e após as intervenções, usa-se o teste t dependente (também conhecido como teste t para amostras emparelhadas) para se comparar as médias dos domínios nos dois momentos da pesquisa. A Tabela 11 apresenta o resultado do teste t dependente para as médias antes e após as intervenções em Arteterapia.

Tabela 11 – Resultados do teste t dependente para as médias dos domínios antes e depois da Arteterapia. Recife-PE, 2021.

Domínio	Diferenças emparelhadas					t	Valor-p
	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média	95% Intervalo de confiança da diferença			
				Inferior	Superior		
Físico	-2,04	18,36	4,91	-12,64	8,56	-0,42	0,68
Psicológico	-0,60	9,65	2,58	-6,17	4,98	-0,23	0,82
Relações Sociais	-6,55	15,04	4,02	-15,23	2,14	-1,63	0,13
Ambiente	-3,80	10,12	2,71	-9,64	2,05	-1,40	0,18

Fonte: a autora, 2021.

Os valores negativos, na coluna média da Tabela 11, indicam que as médias dos escores dos domínios antes das intervenções são menores que as médias após as intervenções, o que já foi demonstrado na Tabela 12. Isso indica que, em média, houve aumento nos escores de todos os domínios da qualidade de vida medidos pelo *WHOQOL-BREF* após as intervenções. Por sua vez, os valores negativos na estatística t (Coluna t na Tabela 6) mostram também que as médias dos domínios da qualidade de vida antes das intervenções da Arteterapia são menores que as médias após as intervenções. Portanto, existe, em média, uma maior qualidade de vida das pessoas idosas participantes da pesquisa após as intervenções.

Porém, os valores-*p* para todos os domínios do *WHOQOL-BREF* são maiores que o nível de significância de 0,05 ($p > 0,05$). Portanto, o teste t dependente mostrou que não se pode concluir que houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos domínios antes e após as intervenções em Arteterapia, mesmo havendo diferença notável entre essas médias.

4.2 ETAPA QUALITATIVA

Ao analisar as imagens produzidas durante o processo Arteterapêutico e mediante as perguntas condutoras, foram construídos os DSC. Com base nas reflexões acerca das questões norteadoras, foram destacadas as expressões-chaves e identificadas 16 ideias centrais, que foram agrupadas de acordo com os quatros domínios da qualidade de vida e suas facetas, segundo o *WHOQOL-BREF*. Segue o quadro com a apresentação das ideias centrais e a correlação com os domínios e as facetas do *WHOQOL-BREF* (QUADRO 3).

Quadro 3 – Síntese das Ideias Centrais e correlação com os domínios e as facetas do *WHOQOL-BREF*. Recife, 2021.

IDEIA CENTRAL	DOMÍNIO/FACETA
A relação com o tempo	Físico/ Atividades da vida cotidiana
Força para o trabalho	Físico / Capacidade para o trabalho
Ambivalência de sentimentos	Psicológico/ Sentimentos positivos e negativos
Momentos de felicidade	Psicológico / Sentimentos Positivos
Valorização da vida	Psicológico / Sentimentos Positivos
Memórias do Passado	Psicológico / Memórias
Autoestima	Psicológico / Autoestima
Dificuldade em lidar com a aparência	Psicológico / Imagem corporal e aparência
Relação com a espiritualidade	Psicológico / Espiritualidade
Importância da relação familiar	Relações sociais / Relações pessoais
Laços de amizade/afetivos	Relações sociais / Relações pessoais
Isolamento social /Solidão	Relações sociais / suporte social
Importância da participação em grupo	Relações sociais / suporte social
Relação com o ambiente físico	Ambiente / Ambiente físico
Desejo de liberdade	Ambiente / Oportunidade de lazer
A casa	Ambiente / Ambiente no lar

Fonte: a autora, 2021.

4.2.1 Domínio Físico

Serão discutidos os DSC que apresentaram correlação com o domínio físico da qualidade de vida e suas facetas. Das respostas relacionadas ao domínio físico, emergiram duas Ideias Centrais: a relação com o tempo e a força para o trabalho. Foram correlacionadas com as facetas atividades da vida cotidiana e capacidade para o trabalho, respectivamente. A seguir será apresentada cada uma das Ideias Centrais (IC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

IC: A relação com o tempo

Usei o tempo, uma árvore sozinha não faz floresta, nossa força está no tempo, somos árvores isoladas, mas se juntarmos nossas árvores formamos uma floresta intransponível. Coloquei flores, coração e dois cachorros, o tempo não para, o tempo é lindo, com saúde, paz e alegria. Fiz o globo terrestre, indicando que o tempo é tudo, às vezes quer que ele passe, às vezes não passe, temos que continuar o tempo, dá esperança, harmonia e liberdade. Ah! o tempo passa levando tudo, a natureza permanece, decidi colocar a singeleza da rosa que me acompanha durante todo o tempo, espera por mim, vamos em frente. Fiz um colorido, no momento quero que o tempo seja colorido, cada página que vá passando seja feliz, amarelo, vermelho. Quero viver todos os momentos de alegria e felicidade. O tempo não para. (DSC 1)

IC: Força para o Trabalho

Entre as várias opções de colagem, o que mais me chamou atenção foi o trabalho. Eu enquanto matéria só consigo evolui através do trabalho, eu não acredito em dinheiro sem trabalho. No tempo que era nova, eu trabalhava que só uma condenada, eu subia e descia ladeira para fazer farinha, ia para o riacho, trabalhava uma légua para chegar lá, vi o sono passar, era muita luta. Eu coloquei as mãos em função do trabalho, eu acho muito importante a função de trabalho das mãos, ela sempre produziu, minha mão é mão trabalhadora, mão da mulher guerreira, do homem guerreiro sem essas mãos a gente não é nada, com essa mão que faço as minhas coisas, faço comida, faço tudo com essa mão. (DSC 2)

4.2.2 Domínio Psicológico

A seguir serão discutidos os DSC que apresentaram correlação com o domínio psicológico da qualidade de vida e suas facetas. Das respostas relacionadas ao domínio psicológico, emergiram sete Ideias Centrais (IC): ambivalência de sentimentos; momentos de felicidade; valorização da vida; memórias do passado; autoestima; dificuldade em lidar com a aparência e relação com a espiritualidade. Foram correlacionadas com as facetas: sentimentos positivos e negativos; sentimentos positivos; memórias; autoestima; imagem corporal e aparência e espiritualidade. Segue cada uma destas IC e os respectivos DSC.

IC: Ambivalência de sentimentos

Sou uma mistura de tudo, alegria, tristeza, felicidades, sonhos e saudades. Tem hora que estou com baixo astral, tem hora que estou com ansiedade, tem hora que olho para trás e vejo os problemas de saúde do meu esposo aí aquilo quer me derrubar e consigo me levantar. Estou me sentindo presa, é uma mistura de sentimentos e cansaço. Minha luta diária em brigar com meus maus pensamentos e querer mostrar alegria externa, eu não sei quem vai ganhar, mas a gente briga todo dia. Sou movida a momentos, têm momentos que estou me sentindo bem, mas têm momentos que estou mal, mas isso passa bem rápido. Cheguei mal, a minha cabeça tudo tão mutável, tão dinâmico que fica difícil definir quem sou eu, mas uma coisa para mim fica clara, a cada mudança existe dualidade bom e o ruim, justamente cabe a mim definir o que ficará prevalecendo. É uma mistura de tudo isso, estar alegre por fora, mas por dentro é outra coisa, confusão de sentimentos, de comportamentos, estou ficando agressiva. Expressei o meu sentimento de tudo que escutei, isso me acolhe, a vida não é só sentimentos bons, existem também tem sentimentos tristes. (DSC 3)

IC: Momentos de felicidade

Eu estou num momento muito feliz, sou uma pessoa feliz, estou numa tranquilidade, fiz um paraíso, minha imagem mostrou que foi legal e me vi uma vencedora. Essa mão carrega força e me leva para o altar, transmitindo coisas boas, não é de bater, coloquei umas estrelinhas, é uma mão feliz, esse formato de coração é representando amor, paz, saúde, felicidade e caridade. Vejo as mãos assim e coloquei o sol porque sou de bem com a vida, e o sol, mesmo chovendo, está brilhando na minha vida, quero estar com mãos sempre abertas para abraçar e agradecer. Ela fala que eu preguei muito amor, gosto muito dela, sou muito feliz graças a Deus, minha história de vida dar um livro, fiz esse retrato mais ou menos parecido com meu rosto e, estou feliz mesmo com os problemas da vida que estou enfrentando. Estava assim, agora estou melhor, sou feliz, estou envelhecendo com saúde e paz, mesmo com muitas preocupações, sou muito feliz, sou grande sonhadora, tenho um pouco de vaidade e tenho, principalmente, muitas esperanças e muito amor. Fiz uma pomba que encolhe o galhinho para fazer o ninho, a esperança. Estou feliz agradecendo, o que seria se não tivesse a sua ajuda para caminhar. Eu agradeço pelos meus pés, pelas minhas pernas, tenho esperança no que vou percorrer, me levar a felicidade, me senti muito feliz, vontade de voltar é para casa onde encontro alegria, felicidade e paz. Fiz um jarrinho muito legal. Tenho força, coragem e gratidão pela vida, senti muita paz fazendo, gostei bastante, eu adoro flores, sinal de muita alegria, paz e harmonia. (DSC 4)

IC: Valorização da vida

Para mim, a vida são flores, eternamente, tive uma infância de flores, juventude de flores e estou tendo essa idade de flores. Coloquei um buquê de rosas porque representa muito amor e paz. Coloquei a luz que representa o sopro da vida, as sementes que estão representando a vida, a vida saudável, alimentação saudável, através da vida veio os pássaros, vêm as dificuldades tem um abismo. Verdade e vida, adoro a vida e a verdade. Eu sou uma criança, passei a ser uma criança aos 75 anos, gosto da verdade e da vida. De frente, separei cada papelzinho coloquei que amo flores, fala em vida, morte e tem as flores que representa a vida, amor, carinho, atenção não tenho que falar de mal, para onde quiser eu vou, o que quiser fazer eu faço, vivo uma vida plena, longa, acumulei história, sabedoria. Tenho me olhando no espelho, senti através deste desenho que minha vida teve três etapas, uma muito feliz, depois 30 anos que não foi tão feliz, mas que valeu muito a pena viver. A vida é isso, estou sofrendo, eu levanto a cabeça. (DSC 5)

IC: Memórias do Passado

Tentei colocar nesta imagem a floresta, o interior onde nasci, para lembrar minha infância. Eu lembrei do meu passado, lembrei da minha infância, minha mãe, a fazenda, o passado que foi feliz, voltei aos meus 5 anos de idade, era quando eu tinha a família toda reunida, mamãe, papai e todos os irmãos. Lembro muito da minha infância e gostaria que hoje fosse como antigamente que os filhos, os sobrinhos chegavam, pegavam a mão da gente e beijavam, aquilo era um ato de felicidade. Eu fui uma criança feliz, voltei a infância, 10 anos e 12 anos, naquela época ainda era criança, via minhas irmãs mais velhas usarem batom, eu era doída para usar batom, mas minha mãe não deixava. Sentimentos de coisas boas, recordações que tenho até hoje tenho saudades, só volto ao passado, a minha infância na fazenda, morava em Serra Talhada, nas férias iria para fazenda, foi a melhor época da minha vida. Éramos 12 filhos, 14 com meus pais, volto ao lugar que passei a maior parte da minha vida, meu bairro de São José, a mesma casa, a minha família que me acolheu. Infância feliz, sinto saudades da fazenda, uma época que tinha meu pai, minha mãe. Fui órfã de pai logo cedo, meu pai foi assassinado e ficamos juntos, mas a vida segue. (DSC 6)

IC: Autoestima

Gosto de mim, eu gosto de ser mulher, feminina, batom, brinco, parece que quando você sai sem brinco e sem batom você não é mulher. O rosto é parecido comigo, o cabelo do jeito do meu, fiz do jeitinho alegre. Estou feliz hoje com meu rosto, não dispense um

batom de forma alguma. Sempre me achei muito bonita, me quero muito bem, sou feliz, passei pelo deserto, mas estou aqui. Gosto de fazer meus pés, coloquei a sandália porque sem ela não posso andar. Quero conservar minha saúde, quero estar em casa, gosto de viver fazendo as minhas coisas. (DSC 7)

IC: Dificuldade em lidar com aparência

Não gosto de fotografia, detesto ser fotografado, não gosto dos meus cabelos, porque por mais que me arrume não segura nada, não gosto da velhice, estou enfrentando-a como a pior coisa possível. Meu autorretrato significa uma interrogação e uma exclamação, não sei como estou e fico assustado com o que faço, vou olhar mais vezes no espelho, se é a minha mão, parece mão de homem, se é o rosto que desenho, parece de homem, mas eu sou mulher, sofri muito bullying porque era ruiva e tinha um narigão feioso e estrabismo, eu era feia para caramba. Estou espantada como estou tão velha, feia, cheia de preguinha, bigode, papadinha, já fui bonitinha, envelheci. (DSC 8).

IC: Relação com a Espiritualidade

Olhei para o lado, tive um infarto silencioso, estava trabalhando para a igreja e para Jesus, O senhor. Estava passando mal e sentei no quartel do Derby, aí olhei para céu para Santa Terezinha pedindo que ela pedisse a Jesus de Nazaré e me mandasse um Anjo para acampar ali, aí abrir os olhos, foi Deus quem mandou. A fé que nos leva a Deus, essa é a minha vida, meu retrato, eu vivo isso. Eu coloquei Deus acima de tudo, porque sem Ele a gente não é nada. A roseira, no meu pensamento, eu coloquei aos pés da Santa Cruz, ter flores através de Jesus que é amor. Este M é o M de Maria que todos temos na mão, já nascemos com ele. Essa aqui representa Jesus, que me dá força e coragem para levar a vida com amor e carinho. Eu acredito que em mim existe um dom, um dom na fé, me sinto bem, tudo em mim leva a isso de uma maneira especial, joelho dobrado em orações, amo entrar em oração. Deus é quem me dar força, fé e coragem para esquecer a parte do meio da minha vida, e seguir em frente, estou pronta para o que der e vier. Quero declarar meu amor a Deus, cada dia meu amor aumenta por Ele. Deposito minha fé e confiança em Deus, amar como Jesus, Deus é amor, só o amor constrói, estava precisando de tudo isso. O desenho veio lembrar que Deus está conosco, não devemos nos preocupar, fiz um vaso de benção, para guardar as benções que Deus me deu e ainda vou receber, fiz um Anjo protetor, sempre gosto de esculturas de Anjo. Saio de casa todo dia 13 para pagar minha promessa de minha filha que teve ceratocone a minha fé é muito forte nos Anjos e Santos. Este pé é tão cansado, mas Deus dá forças, peço a Deus para conservar meus pés, peço a Deus que ilumine meus membros. (DSC 9)

4.2.3 Domínio Relações Sociais

Serão discutidos os DSC que apresentaram correlação com o domínio Relações Sociais da qualidade de vida e suas facetas. Das respostas relacionadas a esse domínio, emergiram quatro Ideias Centrais (IC): importância da relação familiar; laços afetivos; isolamento social/solidão e importância da participação em grupo, que foram correlacionadas com as facetas Relações pessoais e Suporte social. Seguem as IC e os respectivos DSC.

IC: Importância da relação familiar

Essa mão para mim representa tudo, porque no início foi para acariciar, não era de bater nos filhos, era sempre de fazer carinho, trabalhar, e tinha uma finalidade muito grande entre mim e meu marido de coçar a costas, agora meus filhos chegam e diz mãe coça aqui as minhas costas. Ela acariciou os filhos, deu palminhas de amor, formou três pessoas do bem. Sou mãe de 8 filhos, todos me deram muito gosto, graças a Deus. Eu tive filhos maravilhosos que hoje faz parte da minha felicidade, meu filho está bem, nos abraçamos. Gostaria de estar no Natal, pelo nascimento de Jesus, pois é festa que reúne toda a família, ficaria no Natal do passado, com família reunida, gosto da figura de Cristo. Fiz representando minha casa, minha família em geral, onde há flores, há vida, há paz, há saúde e há luz. Pensei na minha família, vou ter o nono netinho, são os brotinhos, as flores são os filhos gêmeos. Eu aqui construí a minha família: eu, meu marido, filhos e netos. (DSC 10)

IC: Laços de amizade e afetividade

As mãos é tudo, para abraçar, as mãos do perdão, apertar a mão dos amigos. Eu coloquei uns presentes, gosto muito de presentear as pessoas, coloquei as coisas que gosto, como as crianças, adultos abraçando estas crianças, as estrelas que representa cada um de nós, a vida. Trabalhei no ônibus muitos anos e fiz uma amizade medonha, fui motorista e sempre fui legal com os idosos, sempre respeitei as pessoas. Sou muito grata pela amizade de amigos, estava sem inspiração, aí pensei na história e fiz uma folha e minha amiga foi a inspiração. (DSC 11)

IC: Isolamento social/Solidão

Coloquei uma figura de uma casa, num canto bem humilde, não é porque é humilde é porque está muito solitário, não gosto de solidão. Eu vivia em casa com ele, eu e ele, casamos os 2 filhos que saíram de casa, ele saiu de casa e fiquei só naquela solidão, no momento estou

vivendo uma solidão interna. Procurei fazer a solidão e o outro a paz, fiz o melhor de mim, expressei meus sentimentos, eu tenho solidão, mas procuro paz. Aqui estão os meus sentimentos, paz e solidão, apesar de estar sempre rodeada de filhos e netos, me sinto só. (DSC12)

IC: Importância das atividades em grupo

Esse grupo chegou na hora certa para me ajudar. que bom poder partilhar! Fiz um desenho do rosto num coração, cheguei tão cansada, longe, mas quando vi a alegria de todas vocês, essa fortaleza que cada um tem me fez ficar animada e o cansaço esqueci. Sou fortalecida pelo grupo, compartilhando sentimentos, todo mundo tem seus momentos. Estou feliz por estar no grupo e fazendo essas artes, tenho certeza que tem um porquê. Foi esse grupo que minha filha viu aqui no NAI, para mim foi um bálsamo, vocês estão sendo meu porto seguro, com vocês vou voltar a ser como era antes. Dou graças a Deus esse grupo de Arteterapia que Deus colocou nas nossas vidas. (DSC 13)

4.2.4 Domínio Ambiente

Serão discutidos os DSC que apresentaram correlação com o domínio Ambiente da qualidade de vida e suas facetas. Das respostas relacionadas a esse domínio, emergiram três Ideias Centrais: relação com o ambiente físico, desejo de liberdade e a casa; que foram correlacionadas com as facetas Ambiente do lar; Oportunidades de lazer e Meio físico. Segue as IC e os respectivos DSC.

IC: Relação com o meio ambiente físico

Eu me sinto muito bem no interior, nasci no agreste e me criei em Recife, mas as minhas raízes continuam lá, eu me vejo no interior. Fiz a imagem do caminhar, assim que posso, vou caminhar. Pinte o meu Pernambuco, Estado que amo. Lembrei das matas que estão querendo acabar, fiz a representação dos macacos. No mar, lembrei do camarão, coisa gostosa, o siri que serve de comida para outros. Coloquei coisas que gosto, usei muitos capins, nossas praias, os peixes morrendo está me deixando triste, estamos de mãos atadas, começou com as queimadas e chegou no mar, não sabemos o que fazer, muita gente sofrendo pela ganância, estou triste. (DCS 14)

IC: Desejo de liberdade

O meu desenho aqui, apesar de ser infantil, é o meu grande desejo, voltar a ser livre, leve e solta, estou me sentindo presa. Quero rua, quero passear, viajar, conhecer gente nova, quero sair de casa, mas as portas estão fechadas. Gosto de carnaval, São João, gosto de quadrilha, gosto de dançar, as cores me lembram o carnaval do meu Recife querido. Estou sentindo falta de minhas viagens, estou muito parada, não estou fazendo o que gosto, não me sinto bem. Não posso chegar perto da piscina, nem praia, se pudesse estaria na praia e piscina. (DSC 15)

IC: A casa

Representa a minha casa, o lar, como se fosse um bote na água, não posso viver sempre no bote na água, aí vivo eternamente na minha casa. Fiz uma ponte, uma casa e um menino, hoje moro em uma casa sozinha, mas não sou triste, sou separada há muitos anos, meus filhos já são casados. Adorei desenhar a casa e no meio o coração transbordando de alegria. A casa que fiz tem crianças, nesta casa possa juntar toda essa harmonia para que reine a paz. Estou passando dificuldades com minha casinha, mas tudo vai dar certo. Imagem bonita, bem-feita, quero estar aqui, lembra galinhas que tenho em casa, tudo tranquilo, uma beleza. (DSC 16)

5 DISCUSSÃO

5.1 ETAPA QUANTITATIVA

5.1.1 Perfil socioeconômico e demográfico das pessoas idosas

De acordo com os resultados apresentados, o sexo feminino teve uma maior participação na pesquisa, comparado ao masculino. A predominância de mulheres na população idosa é um fenômeno mundial, processo chamado de feminização da velhice, e é uma realidade presente em outros estudos em nível nacional (GALLI *et al.*, 2016; BATISTONI *et al.*, 2015; BOING *et al.*, 2012). As mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo e as estimativas são de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens (AGOSTINHO *et al.*, 2020; SANTOS; CUNHA, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2015). No Brasil, os dados do recenseamento mostram um aumento no contingente feminino de mais de 60 anos de idade, corroborando os resultados do estudo (IBGE, 2016).

Viver mais não é sinônimo de viver melhor, principalmente entre as mulheres idosas que, no decorrer da vida, acumulam desvantagens em relação aos homens como: a dificuldade de acesso à Educação formal, ao mercado de trabalho com baixa remuneração, bem como, durante anos ficaram delegadas as atividades domésticas e ao cuidado dos filhos. O envelhecimento proporciona riscos crescentes à mulher em termos de saúde, funcionalidade, proteção e integração social. Riscos estes que podem estar relacionados aos fatores biológicos, ao estilo de vida, ao histórico de saúde e doença, à pobreza, à baixa escolaridade, ao isolamento social e às diferenças em oportunidades entre homens e mulheres, as quais as mulheres levam desvantagens pela probabilidade de serem mais pobres, dependentes de mais recursos externos (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Além das desigualdades sociais e econômicas que todas as mulheres enfrentam, a mulher idosa ainda enfrenta a discriminação pela idade em uma sociedade que cultua a juventude. Assim, sofre com sentimentos negativos de inutilidade, provocados pelos mitos e estereótipos impostos por essa sociedade que não aceita a velhice, o que causa sentimentos de baixa autoestima, interferindo negativamente sobre a qualidade de vida na velhice (BARRETO *et al.*, 2019).

A faixa etária das pessoas idosas apresentadas no estudo caracteriza-se por idosos jovens entre 60 e 74 anos. Esses resultados são semelhantes ao do censo 2010 da população idosa brasileira, que se encontra nessa mesma faixa etária. Esses resultados também corroboram o estudo realizado por Silva *et al.* (2011) com idosos que participam dos grupos de terceira idade no município de Igatu – CE, mostrando que a média de idade das pessoas idosas participantes foi de 69,9 anos. É importante ressaltar que a maior participação de idosos jovens em grupos de socialização está relacionada ao maior grau de autonomia e independência na realização das atividades da vida diária.

No Brasil, temos uma população jovem de cabelos brancos e se estima que os avanços científicos e técnicos permitirão ao ser humano alcançar de 110 a 120 anos; uma expectativa de vida que corresponderia aos limites biológicos (BONFIM; CAMARGOS, 2021; CAMARGO *et al.*, 2019; VERAS, 2009). Com o aumento da expectativa de vida, são importantes ações de promoção da saúde que visem garantir que as pessoas idosas permaneçam ativas e independentes, uma vez que os idosos estão sobre risco não porque envelhecem, e sim pelas condições desfavoráveis do meio físico, social e de questões afetivas que interferem no processo de envelhecimento saudável.

Quanto ao grau de escolaridade, observou-se uma baixa escolaridade entre a população do estudo, corroborando a baixa escolaridade referida em outros estudos realizados com idosos: no município de Vitória da Conquista, na região do Sudoeste da Bahia (LIMA *et al.*, 2017); em idosos residentes em 24 municípios do Triângulo Sul de Minas Gerais (SANTOS *et al.*, 2018) e em idosos de um Centro de Convivência do estado do Maranhão (BARBOSA *et al.*, 2018). A baixa escolaridade da população idosa brasileira foi confirmada pelo censo realizado com idosos responsáveis pelos domicílios brasileiros, que revelou que 59,4% das pessoas idosas tinham até três anos de estudo, resultado este influenciado pela alta proporção de responsáveis de 75 anos ou mais de idade analfabetos e/ou analfabetos funcionais (IBGE, 2016).

É importante destacar que o estudo teve uma predominância de mulheres idosas que enfrentam, na atualidade, problemas advindos da falta de acesso à educação formal, delegadas às atividades do lar e do cuidar da família. Jorge *et al.* (2017), afirmam que o baixo nível educacional das idosas brasileiras pode ser explicado pelos valores culturais e sociais da

primeira metade do século passado, em que as mulheres assumiam o papel domiciliar, não tendo acesso à educação formal.

Em relação ao estado civil, observa-se que a metade dos participantes da pesquisa encontra-se casada, que pode estar relacionado a uma população de idosos jovens. Esses resultados são semelhantes ao estudo realizado na região agreste da Paraíba, em que 57,2% das pessoas idosas eram casadas (NOGUEIRA, 2016). Um estudo realizado na China também revelou a prevalência (62,4%) de idosos casados e mostrou que os idosos relataram um melhor bem-estar psicológico por ter uma companhia para caminhar juntos na velhice (HOU *et al.*, 2020).

O arranjo familiar é caracterizado por arranjos multigeracionais, em que a maioria das pessoas idosas reside, em média, com 2 a 5 pessoas entre marido/esposa, filhos e netos. Esses dados corroboram uma pesquisa realizada com idosos no Distrito Federal, em que 84% das pessoas idosas dividiam o lar com filhos e netos (OLIVEIRA *et al.*, 2019). E, também, com estudo realizado na região Agreste da Paraíba, em que 51,1% das pessoas idosas residiam com esposo(a) e filhos(as) (NOGUEIRA, 2016). Segundo Campos *et al.* (2016), a pessoa idosa que dispõe de um grupo familiar estável, seguro e de confiança consegue construir boas relações familiares e é capaz de melhor enfrentar possíveis perdas durante o processo de envelhecimento.

Os domicílios multigeracionais podem trazer, para a pessoa idosa, benefícios pelo apoio familiar, bem como, podem gerar os conflitos intergeracionais que afetam negativamente o estado emocional e a autoestima da pessoa idosa. Segundo Vera *et al.* (2021), é na casa que a pessoa idosa permanece a maior parte do tempo e é importante que o idoso tenha oportunidade de se comunicar, relatar suas necessidades, transmitir sua experiência e participar efetivamente das decisões na família. Assim, a pessoa idosa se sentirá inserida no contexto familiar, melhorando sua autoestima e sua qualidade de vida.

Quanto à renda, os idosos do estudo são considerados de baixa renda, vivendo da sua aposentadoria e, no tocante a renda familiar, chega de 2 a 7 salários-mínimos. Percebe-se que a aposentadoria do idoso ajuda no sustento da família. Esses resultados corroboram os achados de Medeiros *et al.* (2019) em que a aposentadoria representa aproximadamente 58% da renda da pessoa idosa com 65 a 69 anos e 80% dos rendimentos da população idosa maior que 80 anos.

Destaca-se na pesquisa que, em média, 1,9 pessoas vivem do rendimento do idoso incluindo o próprio idoso, revela que a renda do idoso ainda é importante para o sustento da família. Esses resultados assemelham-se aos resultados obtidos por Lopes *et al.* (2014) e Porciúncula *et al.* (2014), em que muitos idosos têm sido responsáveis por parcelas significativas do orçamento familiar. É recorrente, no Brasil, que os idosos acabam por assumir a responsabilidade financeira do lar, passando muitas vezes a prover o sustento de filhos e netos.

Segundo a Síntese dos Indicadores Sociais do IBGE, em 2014, os idosos contribuíam de maneira decisiva para o orçamento da maior parte das famílias brasileiras. Em 53% dos domicílios do país, a contribuição das pessoas idosas com 60 anos ou mais representa mais da metade do total da renda domiciliar. Na Região Nordeste, em 63,5% dos domicílios, os idosos representam mais da metade da renda (IBGE, 2016).

5.1.2 Avaliação da intervenção da Arteterapia em relação aos domínios da Qualidade de Vida

As análises obtidas pelo *WHOQOL-BREF* mostram que a avaliação da qualidade de vida tem influência em diversos fatores, sendo estes: físicos, psicológicos, sociais, ambientais e culturais. Segundo Ribeiro; Silva; Ferreira (2020), estes fatores contribuem não somente para a autonomia funcional e a interação social, como também para a diminuição da morbimortalidade em idosos.

É importante destacar que a avaliação da qualidade de vida tem caráter subjetivo e cada indivíduo pode compreender como boa ou ruim, dependendo da forma que cada um vivencia sua velhice dentro do seu contexto sociocultural. Segundo Oliveira *et al.* (2017), a interpretação emocional que cada idoso faz da sua realidade está relacionada à percepção subjetiva dos fatos e dos eventos da sua vida. A concepção que o indivíduo tem de si mesmo resulta de um processo que envolve experiências, impressões e sentimentos que ele vivenciou ao longo de sua existência. O modo como cada um reagirá ao envelhecimento vai depender de sua história de vida, bem como do modo como se relaciona com outros, com o mundo e como se apropria dessas vivências.

O estudo de Castro *et al.* (2021) corrobora os resultados desse estudo, por evidenciar que a qualidade de vida na velhice tem um caráter subjetivo e que cada pessoa idosa vivencia essa etapa de vida conforme as suas condições sociais, econômicas e culturais.

Em relação à *dor física*, autorrelatada pelos idosos, a maioria considera que ela interfere entre “bastante” e “extremamente” na realização das suas atividades diárias. Os resultados do estudo realizado por Bobbo *et al.* (2018) mostraram que as dores representaram fatores limitantes que impediam a pessoa idosa de exercer plenamente as atividades cotidianas e suas tarefas da vida diária, prejudicavam o seu convívio social e geravam uma percepção negativa da sua qualidade de vida. O estudo de Abreu *et al.* (2017) mostra que, com o processo do envelhecimento, é frequente o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, que podem levar a incapacidades físicas e psicológicas, as quais afetam o cotidiano e a autonomia das pessoas idosas. De acordo com o *aumento da procura do atendimento médico*, após as intervenções em Arteterapia, evidencia a valorização pelos idosos do seu autocuidado na promoção da sua qualidade de vida, o que vem corroborar os resultados do estudo de Abreu *et al.* (2017).

A *capacidade de locomoção* autorreferida pelos participantes da pesquisa foi considerada entre “bom” e “muito bom”. Esses resultados apontam uma boa média em relação à capacidade física, o que pode ser verificado no estudo de Braga *et al.* (2011) em que apresentou uma boa média e nível de satisfação. Vale destacar que a capacidade funcional nos idosos é um importante indicador da qualidade de vida.

A capacidade funcional na velhice está relacionada ao desempenho das *atividades da vida diária* (AVD). Os resultados desse estudo revelam que a maioria das pessoas idosas relataram estar “satisfeitas” com o seu desempenho das AVD, o que pode ser justificado pela população estudada ser de idosos jovens, ativos e participantes de grupos de convivência. Lima *et al.* (2017) afirmam que a capacidade funcional pode ser entendida como a manutenção da autonomia em realizar atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD), necessárias e suficientes para uma vida independente e autônoma da pessoa idosa. A qualidade de vida e a satisfação na velhice têm sido relacionadas ao grau de independência e autonomia, necessárias para a sobrevivência da pessoa idosa na gestão e no cuidado com a sua própria saúde e no desenvolvimento das suas atividades.

Quanto à *capacidade para o trabalho*, a maioria dos participantes da pesquisa se encontra no nível “satisfeito”. Resultados do estudo corroboram estudo de Costa *et al.* (2018), realizado no município de Cajazeiras-PB, que teve como objetivo avaliar a qualidade de vida entre idosos que trabalham e não trabalham. Nesse sentido, os autores evidenciaram que os idosos que continuavam no trabalho apresentaram um maior escore da qualidade de vida em todos os domínios avaliados por meio do instrumento *WHOQOL-BREF*. Observou-se que o domínio “Físico” apresentou associação estatisticamente significativa, com maiores médias para os idosos que trabalham, inferindo que a atividade laboral influencia positivamente na saúde física do idoso. A permanência das pessoas idosas no trabalho possibilita a conservação da saúde física e mental, da autonomia, das habilidades cognitivas e sensoriais e, conseqüentemente, de uma melhor qualidade de vida.

Estudos internacionais destacam a associação entre o trabalho e a manutenção da saúde das pessoas idosas, mostram que a aposentadoria é frequentemente relacionada com declínios na capacidade física, psicológica e cognitiva, o que interfere na autonomia, na independência, no apoio social e nas relações interpessoais (ILMAKUNNAS; ILMAKUNNAS, 2018; FRENCH; JONES, 2017). Desse modo, o trabalho repercute de forma positiva na qualidade de vida da pessoa idosa, favorecendo a prevenção de doenças e promovendo um envelhecimento ativo.

No que se refere ao domínio psicológico, os resultados revelam que, após a participação das pessoas idosas nas intervenções em Arteterapia, observou-se um aumento no número dos que relataram aproveitar “extremamente” a vida. Assim como, houve aumento significativo de idosos que consideraram encontrar “extremamente sentido” na sua vida. Essas percepções podem estar associadas a importância da integração do idoso no convívio em grupo por meio das vivências em Arteterapia.

Os grupos de convivência de idosos são espaços que permitem a estruturação de laços de amizade, afetividade, confiança, oportunidades de lazer, diversão, orientações sobre saúde, autocuidado e incentivo para a interação com outras pessoas (SCHOFFEN; SANTOS, 2018). O grupo em Arteterapia favoreceu o autoconhecimento de cada participante e o seu senso de pertencimento. Por meio das experiências grupais, o idoso compartilha sonhos e esperanças que o levam a aceitar a sua própria história, o que contribui positivamente para a qualidade de vida no envelhecimento.

Corroborando os resultados desse estudo, o estudo realizado com idosos no Rio Grande do Sul evidenciou que, na percepção das pessoas idosas, os principais fatores que contribuíram para sua qualidade de vida eram: manter amizades e bons relacionamentos, poder sair, divertir-se, passear e participar de grupos de terceira idade (GUTHS *et al.*, 2017).

Em relação à *aceitação da aparência física*, os idosos desse estudo apresentam uma boa satisfação com a sua aparência física e consigo mesmo, porém, antes das intervenções em Arteterapia, a maioria relatou sentir com frequência sentimentos negativos que, após a participação no grupo de arteterapia, esses sentimentos negativos diminuíram. O ato de criar, por meio da arte, permite que a pessoa entre em contato com seu mundo interior e conscientize-se da sua essência, o que proporciona uma sensação de bem-estar.

Esses resultados corroboram os do estudo realizado por Oliveira *et al.* (2017) que investigou os fatores emocionais e psicológicos de idosos frequentadores de clubes de dança de salão. No estudo, observou-se que esses idosos possuíam indicadores de um perfil de qualidade de vida satisfatório, pois se percebiam com boa saúde geral, apresentavam bons níveis de autoestima e de satisfação com a vida. O estudo, portanto, evidenciou que, nessa amostra de idosos praticantes de dança de salão, os indivíduos avaliados possuem perfil emocional e psicológico relativamente alto, o que reforça a importância da prática de atividades grupais com as pessoas idosas e de atividades lúdicas que utilizem a arte para a promover a qualidade de vida.

A maioria das pessoas idosas desta pesquisa afirmou estar “satisfeita” e “muito satisfeita” com suas *relações pessoais* com amigos, familiares e colegas. Esses resultados contrariam os achados na pesquisa realizada por Lopes; Araújo; Nascimento (2016) com idosos no município de Paus de Ferro – RN, na qual a maioria das pessoas idosas afirmou que “não estava nem satisfeitos”, “nem insatisfeitos” com as suas relações pessoais e esse estudo evidenciou um elevado grau de isolamento e solidão decorrente do afastamento do trabalho e das perdas de vínculos afetivos.

Percebe-se que, após as intervenções por meio da Arteterapia, o grau de satisfação das pessoas idosas, quanto ao *apoio que recebe da sua rede social*, teve um aumento, o que pode estar relacionado à interação em grupo e ao compartilhar das experiências de vida, proporcionado através das vivências criativas. Segundo Nascimento *et al.* (2020), a interação

social possui grande importância para a saúde física e mental das pessoas idosas, pois possibilita o fortalecimento de vínculos e contribui para as relações de suporte.

A manutenção das *relações sociais* com a participação social da pessoa idosa em atividades grupais é um indicador para seu bem-estar e sua qualidade de vida. Ao ocupar espaços sociais, as pessoas idosas aumentam os vínculos afetivos, exercem sua cidadania e colocam em prática as suas potencialidades; o que permite aumentar a autoestima, a motivação pessoal e a ampliação da sua rede social fora do âmbito familiar.

A forma como a pessoa idosa se relaciona com *o ambiente* também é um importante indicador de qualidade de vida. Observa-se que a maioria das pessoas idosas não apresentou um bom nível de satisfação com a segurança em sua vida diária e considerou “mais ou menos” saudável seu ambiente físico.

De acordo com estudo de Guimarães; Medvedovski; Sopenã (2019), o ambiente em que a pessoa idosa está inserida pode determinar o seu grau de dependência. Pessoas idosas que vivem em ambientes inseguros são menos predispostas a saírem sozinhas e, por isso, estão mais suscetíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidade e pior estado de saúde, o que influencia negativamente na sua qualidade de vida. Nesse sentido, a promoção de *atividades de lazer* aumenta a inserção social da pessoa idosa e reduz o seu isolamento social (COSTA *et al.*, 2020; MONTEIRO; ZAZZETA; ARAÚJO JUNIOR, 2015).

Quanto ao *meio de transporte*, os idosos encontram-se entre “nem satisfeito e nem insatisfeito” e “satisfeito”. Diferentemente dos resultados deste estudo, a pesquisa de Silva (2012), realizada no Estado da Paraíba, revelou que a maioria das pessoas idosas entrevistadas se mostrou satisfeita ou até muito satisfeita com o seu meio de transporte. O que pode inferir a boa qualidade do meio de transporte ofertado pelo Estado.

O acesso ao transporte e a preocupação com a segurança pessoal são exemplos de barreiras arquitetônicas e sociais enfrentadas pelas pessoas idosas que podem acentuar a sua solidão e reduzir sua capacidade funcional, o que pode agravar-se mediante condições ambientais e sociais inadequadas. *A moradia e o ambiente físico* adequados têm influência positiva na qualidade de vida da pessoa idosa, pois, quanto mais ativo o idoso, maior será sua satisfação com a vida e, portanto, melhor sua qualidade de vida (ALBUQUERQUE *et al.* 2020).

5.2 ETAPA QUALITATIVA

5.2.1 Percepção do idosos sobre qualidade de vida segundo o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

Em relação a Qualidade de Vida da pessoa idosa, é importante destacar que ela não está relacionada apenas à dimensão biológica, mas intimamente relacionada às dimensões psicológica, econômica, cultural e social. Tal fato que exige uma análise dos contextos de vida das pessoas que leve em consideração os seguintes fatores: capacidade funcional, estilo de vida, autoestima, espiritualidade, suporte social e familiar, recursos econômicos, cuidados de saúde, interação social e oportunidades de lazer. Além disso, é importante uma explicação diante da percepção de cada idoso sobre a sua QV e as dimensões destas sobre seu bem-estar.

Em relação ao domínio físico, as ideias centrais, emergidas das expressões-chaves, foram: a relação com o tempo e a força para o trabalho. Na velhice, o tempo é algo muito significativo para o idoso, pois ele se revela na mudança do seu corpo que vai mostrando as marcas da senescência e, com ela, as limitações próprias da idade. Afirmam Wacheleski; Gershenson (2018) que é inútil lutar contra a interferência do tempo, sendo possível aceitá-lo com leveza e tranquilidade.

Nos trechos do DSC 1, percebe-se a positividade em que as pessoas idosas do estudo se relacionam com o tempo: *[...] o tempo não para, o tempo é lindo, com saúde, paz e alegria [...] quero que o tempo seja colorido, cada página que vá passando seja feliz, amarelo, vermelho. Quero viver todos os momentos de alegria e felicidade.* Segundo Justo; Justo (2012), a vida humana está fortemente marcada pelo tempo, ora tenta-se moldá-lo, capturá-lo, eternizá-lo e outras vezes empenha-se em dissolver sua influência, contorná-lo. Como narra esse trecho do DSC, *[...] o tempo é tudo, às vezes quer que ele passe, às vezes não passe, temos que continuar o tempo, dá esperança, harmonia e liberdade.*

Sobre esse aspecto, Feitosa *et al.* (2019) enfatizam que a pessoa idosa é um ser ativo, capaz de agir sobre o tempo e o espaço na busca de sentido para a vida e na realização de novas leituras do mundo em que vive. Durante as vivências em Arteterapia, cada idoso se conectou consigo mesmo, ressignificando a sua relação com o tempo passado, presente e futuro. Segundo Santos (2018), à medida que os idosos descrevem as suas experiências

temporais, ao estimular a fala como processo estruturador, o tempo é desdobrado em tramas que produzem sentidos.

Ao narrar um acontecimento, o tempo que deveria ser linear perde tal característica e se desdobra em múltiplas possibilidades e esses acontecimentos são significativos quando estão atrelados à passagem do tempo (GARCIA, 2016; ALMEIDA, 2017). Conforme observado no fragmento do DSC: [...] *Usei o tempo, uma árvore sozinha não faz floresta, nossa força está no tempo, somos árvores isoladas, mas se juntarmos nossas árvores formamos uma floresta intransponível.*

Diferentemente da positividade em relação ao tempo revelada pelo DSC1, os resultados do estudo no município de Tramandaí/RS, que teve como objetivo verificar os benefícios da Arteterapia em idosos institucionalizados, revelaram que a relação do tempo entre idosos asilados eram bem diferentes do tempo real. Observou-se, nos relatos desses idosos, que à medida que o tempo passava, a velhice ficava mais fragilizada. Além disso, foi percebido que os idosos institucionalizados têm uma percepção do tempo repetitivo, tornando os dias em ritmos mais lentos, descontrolados, com cores opacas e conversas breves (BARBOSA; WERBA, 2012). Nesse cenário, a Arteterapia vem como a quebra desse ritmo monótono e sem cores para ressignificar essa temporalidade.

Essa passagem do tempo na velhice se revela também pela força para o trabalho, ideia central emergida no DSC 2 [...] *o que mais me chamou atenção foi o trabalho. Até porque eu, enquanto matéria, só consigo evoluir através do trabalho [...].* O significado do trabalho para a pessoa idosa tem uma relação com o manter-se ativo, fator importante para sua qualidade de vida.

Para Ladeira *et al.* (2017), o trabalho é significativo na vida da pessoa idosa, tanto para a sua manutenção financeira, como para a garantia da sua independência e autonomia, sua saúde mental e a sua interação social. Conforme descrito no trecho do DSC 2: [...] *Eu coloquei as mãos em função do trabalho, eu acho muito importante a função do trabalho, não acredito em dinheiro sem trabalho. Minha mão sempre produziu, é mão trabalhadora, mão da mulher guerreira, do homem guerreiro sem essas mãos a gente não é nada, com essa mão que faço as minhas coisas, faço comida, faço tudo [...].*

Esse discurso corrobora os estudos realizados por Sikota; Brêtas (2012), com vendedores ambulantes idosos que observaram, nas narrativas, a importância do trabalho

como fonte de renda complementar, mas também como um sentimento de utilidade e independência. A pesquisa realizada por Derrosso; Oliveira (2018) mostrou, em algumas narrativas, que os idosos compreendem o trabalho como uma das essências da vida, tanto na perspectiva econômica como na psicossocial e a ausência do trabalho pode ser responsável pela redução da qualidade de vida na velhice.

O trabalho é um importante instrumento de realização pessoal que contribui para o sentimento de utilidade e de inserção social do indivíduo. A pessoa idosa que, na velhice, ainda executa as suas atividades laborais ganha em qualidade de vida, pois previne a ociosidade, o isolamento social e, com isso, aumenta sua autoestima por sentir-se ativa (BOFF; GREGORY, 2019).

Quanto ao domínio psicológico, as ideias centrais emergidas das expressões-chaves foram: ambivalência de sentimentos; momentos de felicidade; valorização da vida; memórias do passado; autoestima; dificuldade de lidar com a aparência e relação com a espiritualidade.

Além das transformações físicas e mentais no processo do envelhecimento, a pessoa idosa também convive com mudanças emocionais, próprias dessa fase de vida. Muitas vezes, essas emoções fazem com que a pessoa idosa vivencie uma ambivalência de sentimentos positivos e negativos, conforme descrito pelo fragmento do DSC 3 [...] *Sou uma mistura de tudo, alegria, tristeza, felicidades, sonhos e saudades, tem hora que estou com baixo astral, tem hora que estou com ansiedade. [...] Sou movida a momentos, tem momentos que estou me sentindo bem, mas tem momentos que estou mal. [...] Mistura de tudo isso, está alegre por fora, mas por dentro é outra coisa, confusão de sentimentos, de comportamentos, estou ficando agressiva. [...]*

Esse discurso corrobora a pesquisa de Viana *et al.* (2017) quando afirmam que as emoções são impulsos para se enfrentar as situações da vida e sofrem influência das experiências vivenciadas por cada idoso no seu contexto sociocultural. Portanto, a relação que a pessoa idosa tem com as suas emoções, para gerar saúde e bem-estar, passa pela forma com que cada pessoa vivencia essas emoções e isso foi evidenciado no processo arteterapêutico.

Estudo realizado por Soares *et al.* (2018) mostrou como as emoções estavam presentes na vida das pessoas idosas e como elas influenciavam o estado de equilíbrio e a sua saúde. Tal estudo evidenciou que as emoções reprimidas são as principais causas de adoecimento mental.

A Arteterapia proporciona à pessoa idosa entrar em contato com a sua natureza criativa, estimulando a expressão de emoções e sentimentos que possibilitam o bem-estar. O contato com os recursos expressivos (pintura, desenho, modelagem, expressão corporal, escrita criativa, meditação guiada, entre outros) permite dar forma, cores e movimentos às emoções e aos sentimentos que trazem para uma maior consciência destes. Assim, a pessoa idosa vai integrando os sentimentos negativos dentro de si e ampliando os caminhos de possibilidades, mudanças e transformações.

Ao ampliar seus caminhos de possibilidades, a pessoa idosa é capaz de pensar a vida na busca de um sentido profundo para a sua existência e ressignificar o processo do envelhecimento como uma fase não só de limitações, mas de potencialidades e, assim, viver a vida em plenitude e em felicidade. Conforme é percebido no fragmento do DSC 4 [...] *Estava assim, agora estou melhor, sou feliz, estou envelhecendo com saúde e paz, mesmo com muitas preocupações, sou muito feliz, sou grande sonhadora, tenho um pouco de vaidade e tenho principalmente muitas esperanças e muito amor.*

Corroborando a fala do DSC 4, o estudo realizado por Castro *et al.* (2021), que teve como objetivo comparar a representação social do envelhecimento e a qualidade de vida de idosos ribeirinhos, mostrou, nos relatos das pessoas idosas, elementos positivos de satisfação com a vida, apesar das vulnerabilidades susceptíveis ao envelhecimento no contexto ribeirinho.

As vivências em Arteterapia permitem a pessoa idosa um encontro com sua subjetividade que, por meio do estímulo ao desenvolvimento do potencial criativo, promove a ressignificação de novas experiências. A proposta lúdica, envolvida no processo arteterapêutico, permite uma integração plena que leva a pessoa idosa a superar as suas limitações e a perceber a velhice como parte do curso natural da vida, que pode ser vivido com bem-estar físico, psicológico e social (JARDIM *et al.*, 2020).

Na velhice, é favorável rememorar momentos relevantes da vida. Essas memórias do passado são muito significativas para as pessoas idosas e vêm carregadas de afetividade com as suas lembranças da infância e da família. Conforme descreve os fragmentos do DSC 6 [...] *Eu lembrei do meu passado, lembrei da minha infância, minha mãe, a fazenda, o passado que foi feliz, voltei aos meus 5 anos de idade era quando eu tinha a família toda reunida, mamãe, papai e todos os irmãos. [...] Eu fui uma criança feliz, voltei a infância, 10 anos e 12 anos,*

naquela época ainda era criança, via minhas irmãs mais velhas usarem batom, eu era doida para usar batom, mas minha mãe não deixava [...].

O DSC 6 é reforçado pelos estudos realizados por Garcia; Santos; Zuzarte (2021) que ressaltam que o resgate das memórias afetivas no idoso ajuda a prevenir situações negativas e a retomar a positividade pela vida. Dessa forma, é por meio das memórias que as pessoas idosas percebem as transformações ocorridas no seu contexto sociocultural e as relações do passado se tornam presentes por meio das lembranças. Essas heranças pessoais estão no repertório das memórias que é fonte de reflexão sobre si mesmo, o outro e o universo.

Ao rememorar as memórias do passado, a pessoa idosa repensa suas experiências e reconstrói uma identidade positiva na velhice. A memória das pessoas idosas representa um mundo de riquezas e diversidades para as futuras gerações, embora observe-se, na sociedade, uma desvalorização da história de vida das pessoas idosas.

A Arteterapia é um recurso que estimula as funções cognitivas como: percepção, atenção, memória, pensamento. Ao favorecer a criação de um repertório de imagens, o idoso toma consciência da sua existência por meio do resgate de suas raízes, de sentimentos positivos e da infância revivida (REIS, 2014). O estudo de Garcia; Santos; Zuzarte (2021), que resgata as memórias afetivas a partir das manifestações artísticas, revelou que o trabalho com a arte melhora a autopercepção da memória, a socialização e o bem-estar do idoso.

No que concerne à ideia central autoestima, o DSC 7 revela uma boa percepção das pelas pessoas idosas [...] *Gosto de mim, eu gosto de ser mulher, feminina, batom, brinco, parece que quando você sai sem brinco e sem batom você não é mulher [...] Estou feliz hoje com meu rosto, não dispenso um batom de forma alguma. Sempre me achei muito bonita, me quero muito bem, sou feliz[...].*

Para se ter satisfação com a vida, é indispensável a presença de uma autoestima positiva, pois permite ao indivíduo sentir-se confiante, adequado à vida e merecedor. A autoestima é uma dimensão psicológica acerca da subjetividade da existência, é uma avaliação da pessoa sobre o próprio valor e depende da percepção de si mesma com autoconfiança e o autorrespeito (SILVA, 2017; MEIRA *et al.*, 2017). A elevação da autoestima foi observada pelo processo arteterapêutico como um fator de proteção à saúde do idoso.

O estudo de Meira *et al.* (2017) corrobora o referido estudo ao avaliar a autoestima e sua associação com as condições sociais de idosos em um município do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. Os resultados indicaram que a maioria das pessoas idosas apresenta autoestima elevada, considera-se essa autopercepção um aspecto fundamental na vida do idoso e representa uma das dimensões da personalidade que mais influência o seu bem-estar e a sua adaptação no mundo.

Por outro lado, a autoestima está diretamente ligada à imagem corporal da pessoa idosa na velhice, sendo interligadas e dependentes uma da outra. A imagem de si pelo idoso está em constante mudança e é marcada pelo contexto sociocultural em que a pessoa idosa está inserida (COPATTI *et al.*, 2017). A interação entre esses contextos se apresenta como importante base para a composição da imagem corporal e da percepção do corpo pelo próprio indivíduo.

Em contraponto, o DSC 8 mostra a dificuldade de aceitação da imagem corporal pelos idosos [...] *Não gosto de fotografia, detesto ser fotografado, não gosto dos meus cabelos, porque por mais que me arrume não segura nada, não gosto da velhice, estou enfrentando-a como a pior coisa possível [...] Meu autorretrato significa uma interrogação e uma exclamação, não sei como estou e fico assustado com o que faço, vou olhar mais vezes no espelho, se é a minha mão, parece mão de homem, se é o rosto que desenho, parece de homem, mas eu sou mulher, sofri muito bullying porque era ruiva e tinha um narizão feioso e estrabismo, eu era feia para caramba [...] estou espantada como estou tão velha, feia, cheia de preguinha, bigode, papadinha, já fui bonitinha, envelheci.*

As perdas no processo de envelhecimento são expressas na aparência do corpo, pelo sentimento em relação a ele e pelas mudanças que lhe acontecem. Essa percepção corrobora os achados do estudo realizado por Caluête *et al.* (2015), que teve como objetivo verificar a relação entre o índice de massa corporal, a autoestima e a autoimagem corporal de idosas participantes de grupos da terceira idade. Nesse estudo, foi evidenciada a satisfação das idosas em relação à autoestima, mas insatisfação quanto a sua percepção da autoimagem corporal.

Na sociedade atual, a juventude e a beleza são caracterizadas como imposição de modelos estéticos, em que o ideal é o corpo predominante jovial (FRANCO *et al.*, 2021). Nesse sentido, a velhice é vista a partir de uma visão preconceituosa, associada a significados

e a imagens negativas, o que interfere negativamente na aceitação do processo de envelhecimento, com maior repercussão em idosos com idade mais avançada.

É importante destacar que a construção da identidade do idoso na velhice depende da construção da imagem do corpo. Franco *et al.* (2021) ressaltam que as mulheres idosas sofrem mais preconceitos em relação ao seu corpo, porque as mulheres sempre foram avaliadas pela aparência física e pela sua capacidade reprodutiva. A autoimagem é mais um desafio a ser enfrentado pela pessoa idosa, pois reflete na maneira como a sociedade a trata e é influenciada por diversos fatores, desde sua autopercepção até a forma como os outros os veem.

As vivências em Arteterapia permitiram um mergulho no mundo desconhecido que existe dentro de cada um. Ao interagir com os materiais expressivos e ao criar, por meio do desenho, da colagem, da modelagem, da escrita criativa, da dança e da música, a pessoa idosa passa a acreditar mais em si e na sua capacidade. Com isso, descobre novas possibilidades de realização, transformação e encantamento pela vida, o que favorece positivamente a percepção da sua autoimagem e autoestima, melhorando sua qualidade de vida.

A pessoa idosa deve ser compreendida como ser integral, sendo necessário um cuidado que considere todas suas dimensões, incluindo a espiritualidade e a religiosidade, pois repercutem positivamente e/ou negativamente na qualidade de vida na velhice. A relação com a Espiritualidade foi uma ideia central emergida das expressões chaves no estudo.

Segundo Costa *et al.* (2020), a espiritualidade é uma dimensão universal e intrínseca do ser humano que envolve significados, propósitos e valores humanos na compreensão de sentido para sua existência, sem que se tenha necessariamente ligação com uma instituição de cunho religioso. Percebe-se essas questões existenciais a respeito do significado da vida e da conexão com sagrado nos fragmentos do DSC 9: [...] *Estava passando mal e sentei no quartel do Derby, ai olhei para céu para Santa Terezinha pedindo que ela pedisse a Jesus de Nazaré e me mandasse um Anjo [...] A fé que nos leva a Deus, essa é a minha vida, meu retrato, eu vivo isso. Eu coloquei Deus acima de tudo, porque, sem Ele, a gente não é nada. [...] Essa aqui representa Jesus, que me dá força e coragem para levar a vida com amor e carinho. Eu acredito que em mim existe um dom, um dom na fé, me sinto bem, tudo em mim leva a isso de uma maneira especial joelho dobrado em orações. [...] Com muita fé em Deus, sou feliz, tenho uma família maravilhosa. Deus é quem me dar força, fé e coragem esquecer a parte do meio da minha vida, e seguir em frente[...].*

As crenças influenciam as pessoas idosas a lidarem melhor com as limitações na velhice proporcionando sentimentos de autoconfiança, adaptação, resiliência e maior aceitação. À vista disso, a pesquisa realizada por Simões *et al.* (2018) evidenciam que a espiritualidade e a religião estão associadas com a redução do estresse, da depressão, de taxas reduzidas de mortalidade e outros benefícios. Além disso, a prática do cuidado espiritual pode resgatar a coragem, o ânimo e a energia para enfrentar situações limitantes de sofrimento e dor.

A velhice é uma fase da vida que faz o idoso viver plenamente a sua espiritualidade, considerando a busca de sentido e significados para sua existência, contribuindo de forma positiva para enfrentar este ciclo vital. Estudo realizado por Enoue e Vecine (2017) evidenciaram, com base em pesquisa literária, que a espiritualidade e/ou religiosidade possui influência sobre a saúde física e que atua de maneira positiva sobre a vida.

A busca pelo sentido da vida é alcançada através do relacionamento do indivíduo com o sagrado que, na religião, tem a função de oferecer valores para a vida e, na espiritualidade, é um encontro com a significação da vida.

Ao estimular o idoso por meio da arte, emerge o processo arteterapêutico, pois incide na própria matriz da existência do ser humano, ajuda a conhecer a sua complexidade, multidimensionalidade e a entender a espiritualidade natural como instância harmonizadora. O processo criativo estimula a abertura da consciência, conduzindo a um autoconhecimento e, isso, é o ponto de partida para a ética da vida ao longo da existência do ser humano. Pela força transformadora da criatividade, a pessoa idosa se auto-organiza em todos os aspectos biológico, psicológico, espiritual, cultural e ambiental (KOEFEENDER, 2020).

No tocante ao domínio Relações Sociais, as ideias centrais emergidas das expressões-chaves foram: importância da relação familiar; laços de amizade/afetividade; isolamento social e importância da participação em grupos.

Com as transformações do processo de envelhecimento, o idoso, além de enfrentar as alterações físicas e psicológicas, também enfrenta perdas de papéis sociais que afetam diretamente as suas relações com a família, os amigos e a sociedade, reduzindo as suas redes de apoio social.

Tendo em vista que o idoso tem a diminuição da sua rede social, a família, além de ser fundamental em sua vida, em muitas situações, será sua principal rede de apoio social. A

importância da família pela pessoa idosa é relatada nos fragmentos do DSC 10 [...] *Eu tive filhos maravilhosos que hoje faz parte da minha felicidade, meu filho está bem, nos abraçamos, hoje foi melhor, lembrei muito dos meus filhos [...] Representando minha casa, minha família em geral, onde há flores, há vida, há paz, há saúde e luz, pensei na minha família, vou ter o nono netinho, são os brotinhos, as flores são os filhos gêmeos, minha família. Eu aqui construí a minha família: eu, meu marido, filhos e netos.*

Conforme se envelhece, a família se modifica e altera-se o lugar de cada integrante inserido nela, passando o idoso a conviver com a geração de netos e bisnetos. O aumento da longevidade permite que a pessoa idosa tenha uma convivência mais duradoura entre três ou mais gerações, conduzindo os idosos a se envolverem mais com a vida familiar (RABELO; NERI, 2016). O convívio intergeracional traz vantagens para a saúde do idoso, pois a interação entre as gerações resulta no fortalecimento dos vínculos afetivos e atua positivamente sobre sua saúde física, mental e espiritual; contribuindo para sua qualidade de vida.

Os achados do estudo realizado por Rabelo; Neri (2016), que investigaram as relações entre a configuração familiar, as condições de saúde física e psicológica das pessoas idosas e a sua satisfação com os relacionamentos familiares; mostraram uma correlação entre a satisfação das pessoas idosas com as suas famílias e o nível de independência e saúde mental apresentado por eles. Nessa linha de raciocínio, relações familiares harmoniosas têm sido apontadas como elementos importantes para o envelhecimento bem-sucedido e para a qualidade de vida na velhice.

Além das relações familiares, a manutenção e a ampliação dos vínculos de amizade são necessárias para uma velhice plena e feliz. Os laços de amizade e afetividade são apresentados nos fragmentos do DSC 11 [...] *As mãos é tudo, para abraçar, as mãos do perdão, apertar a mão dos amigos. Eu coloquei uns presentes, gosto muito de presentear as pessoas, coloquei as coisas que gosto, como as crianças, adultos abraçando estas crianças [...] Trabalhei no coletivo, muitos anos e fiz uma amizade medonha. [...] Sou muito grata pela amizade dos amigos, estava sem inspiração, aí pensei na história e fiz uma folha e minha amiga foi a inspiração.* As amizades fazem parte da rede do indivíduo, e isso é de suma importância para o bem-estar emocional, afetivo e psicológico da pessoa idosa.

O estudo realizado por Barbosa (2017) mostra que, na velhice, as relações de amizade se tornam ainda mais relevantes, pois a rede social do idoso fica bastante diminuída pela morte de parentes, cônjuges e amigos; bem como, pela maior seletividade na escolha das pessoas com quem o idoso quer conviver de forma mais íntima e próxima.

A amizade tem função de contribuir de forma direta e indireta para a autoavaliação positiva e para o aumento da autoestima. O senso de pertencimento funciona como fator de proteção para prevenir a solidão e o isolamento social; sentimentos que são frequentemente relatados pelos idosos. Conforme é apresentada no DSC 12 [...] *coloquei uma figura de uma casa, num canto bem humilde, não é porque é humilde é porque está muito solitário, não gosto de solidão. Eu vivia em casa com ele, eu e ele, casamos e os dois filhos que saíram de casa, ele saiu de casa e fiquei só naquela solidão, no momento, estou vivendo uma solidão interna. [...] eu tenho solidão, mas procuro paz. Aqui estão os meus sentimentos, paz e solidão, apesar de estar sempre rodeada de filhos e netos, me sinto só.*

Percebe-se, no DSC 12, que embora a pessoa idosa esteja rodeada de filhos e netos e possua o suporte familiar, esta relação pode não estar envolvida pela afetividade que satisfaça as suas necessidades e, por isso, o idoso desenvolve sentimentos de solidão. Segundo Rodrigues (2018), a personalidade de cada idoso, o suporte social e a forma com que vivencia a vida podem influenciar no seu isolamento social e reverberar sentimentos de solidão.

A manutenção e a ampliação da rede social de apoio com a inserção da pessoa idosa nos diferentes contextos sociais e culturais é uma das formas de prevenção do isolamento social, das perdas e das limitações da velhice. Nesse sentido, o incentivo à participação em grupos de convivência é uma estratégia de inserção social do idoso que influencia positivamente sobre a sua saúde física e emocional. A importância da participação em grupos foi relatada pelos idosos da pesquisa e é apresentada nos fragmentos DSC 13: *Esse grupo chegou na hora certa para me ajudar que bom poder partilhar [...] Sou fortalecida pelo grupo, compartilhando sentimentos, todo mundo tem seus momentos. Estou feliz por estar no grupo e fazendo essas artes [...] Foi esse grupo que minha filha viu aqui no NAI, para mim foi um bálsamo, vocês estão sendo meu porto seguro [...] Dou graças a Deus esse grupo de Arteterapia que Deus colocou nas nossas vidas.*

O estudo realizado por Azeredo e Afonso (2016) buscou conhecer a opinião das pessoas idosas em relação aos sentimentos de solidão, observou-se que a solidão não teve uma

frequência elevada entre os idosos estudados e inferiu o fato deles se manterem ativos e participantes de atividades sociais. Esses resultados vêm corroborar os resultados dessa pesquisa, ao mostrar a opinião das pessoas idosas sobre a importância da convivência em grupo, oferecendo oportunidades de novas amizades, melhorando o isolamento social e a solidão.

Os grupos de idosos fortalecem a convivência social, estimulam a liberdade de expressão, a aprendizagem, o autocuidado com a saúde física e emocional; e, com isso, favorecem uma melhor qualidade de vida na velhice. Corroborando essa afirmação, o estudo de Reis e Cassino (2017) mostra os grupos de convivência como espaços de interação que proporcionam a inclusão social e possibilitam a manutenção da autonomia, preservando a dignidade e a vida saudável.

Nesse sentido, as vivências grupais em Arteterapia permitiram às pessoas idosas desenvolverem uma relação consigo, com os outros, com a natureza e com as situações diversas do processo de envelhecimento. Segundo Alessandrini (2020), ao estabelecer um contato com seu mundo interior, a pessoa conscientiza-se da sua essência como ser criador, elabora seu autoconhecimento e amplia a sua presença na vida e na sociedade.

Por meio da integração do grupo e da criatividade alcançada, o trabalho em grupo na Arteterapia permitiu uma troca rica de histórias de vida entre seus integrantes, o que indica novas possibilidades de ser e de viver, à medida que cada idoso oferece suporte ao outro em momentos de intensas emoções. Assim, é significativo quando o idoso cresce ao trabalhar e elaborar seus conflitos, compartilhando seu trabalho individual com os outros em um espaço permeado de acolhimento, solidariedade, cooperação, afetividade e respeito.

O trabalho em grupo na Arteterapia é um caminho de descoberta da voz interior e as atividades coletivas permitem que os conflitos da vida sejam ressignificados de maneira pessoal por cada idoso, fazendo-se sentir parte de um grupo e, ao mesmo tempo, respeitando a sua individualidade. Nesse momento, se dá a recuperação da autoestima e o despertar da sensibilidade em relação a si mesmo e aos outros (RODRIGUES; ALMEIDA; SOUZA, 2015; AGUIAR; MACRI, 2010).

No tocante ao domínio Ambiente, as ideias centrais emergidas das expressões-chaves foram: relação com o ambiente físico; desejo de liberdade e a casa. Segundo Lopes *et al.* (2020), envelhecer é um processo relacional em que o idoso se reconhece em seu *habitat*

físico, material e emocional que faz parte da sua construção e identidade. Nesse sentido, a interação do idoso com o ambiente é um fator que influencia na sua qualidade de vida.

A relação da pessoa idosa com seu ambiente físico é apresentada nos trechos do DSC 14 [...] *Eu me sinto muito bem no interior, nasci no agreste e me criei em Recife, mas as minhas raízes continuam lá, eu me vejo no interior. Fiz a imagem do caminhar, assim que posso, vou caminhar, pinteí o meu Pernambuco estado que amo. [...] Coloquei coisas que gosto, usei muitos capins, nossas praias, peixes morrendo está me deixando triste, estamos de mãos atadas, começou com as queimadas e chegou no mar, não sabemos o que fazer, muita gente sofrendo pela ganância, estou triste.* Percebe-se, nesse DSC, como o ambiente físico para o idoso está carregado de memórias do passado, da relação afetiva com a natureza e do seu senso de pertencer no mundo.

A inter-relação pessoa-ambiente é decorrente de experiências subjetivas envolvidas por processos afetivos e cognitivos, que são importantes para a compreensão de como a pessoa idosa vivencia o lugar e usa os espaços sociais (ALBUQUERQUE *et al.*, 2018). Essa inter-relação pode se situar em comportamentos que afetam negativamente o idoso, até comportamentos que atuam positivamente sobre a sua saúde.

Para a promoção de um envelhecimento ativo, a acessibilidade dos espaços urbanos se torna essencial para saúde do idoso. Desse modo, medidas que favoreçam o deslocamento das pessoas idosas com conforto e segurança e garantam o direito de ir e vir, são fundamentais para a melhor interação das pessoas idosas e da natureza que o cerca. Ressaltam Silva *et al.* (2019) que facilitar a mobilidade do idoso reduz o risco de quedas, favorece a autoestima positiva e a sua interação social.

O trabalho realizado por Albuquerque *et al.* (2020) aponta a estratégia das cidades amigas do idoso e estabelece que projetar tais cidades envolve a oferta de serviços públicos de qualidade e de espaços de lazer que propiciem a construção de vínculos sociais e uma rede de apoio para compartilhar informações e cuidado, permitindo a inclusão e a participação social do idoso.

Espaços urbanos que não permitem oportunidades de convivência social, lazer e cultura afetam negativamente a saúde física e emocional da pessoa idosa, contribuindo para o seu isolamento social. Conforme é apresentado no DSC 15, o desejo de liberdade [...] *O meu desenho aqui, apesar de ser infantil é o meu grande desejo, voltar a ser livre, leve e solta,*

estou me sentindo presa. Quero rua, quero passear, viajar, conhecer gente nova, quero sair de casa, mas as portas estão fechadas. Gosto de carnaval, São João, gosto de quadrilha, gosto de dançar, as cores me lembram o carnaval do meu Recife querido. Sempre fui disso estou sentindo falta de minhas viagens, estou muito parada, não estou fazendo o que gosto, não me sinto bem [...] se pudesse, estaria na praia e piscina.

Estudo realizado por Tavares e Stevens (2020) ressalta que o acesso aos espaços públicos e as interações sociais são de suma importância para a saúde do idoso e que a ampliação de possibilidades de deslocamentos ativos, pode melhorar não só a saúde física, mas a saúde mental das pessoas idosas. Desse modo, é necessário oferecer oportunidades ao idoso de sair de casa para realizar as atividades cotidianas e, também, para passear e divertir-se, integrando-o ao lugar em que vive.

A relação da pessoa idosa com o ambiente da casa/lar também contribui para sua independência e autonomia. Observa-se, nos fragmentos do DSC 16, a representação da casa/lar para o idoso como um lugar de significados e memórias afetivas [...] *Representa a minha casa, o lar, como se fosse um bote na água, não posso viver sempre no bote na água, aí vivo eternamente na minha casa. [...] hoje moro em uma casa sozinha, mas não sou triste, sou separada há muitos anos, meus filhos já são casados. Vejo uma casa, faltou as telhas e janelas, mas adorei desenhar a casa e, no meio, o coração transbordando de alegria. A casa que fiz, tem crianças, nesta casa posso juntar toda essa harmonia para que reine a paz.*

Nessa linha de raciocínio, corrobora esse DSC o estudo realizado por Torres (2015), com idosos na cidade de Cabedelo-PB, mostrando que, mesmo enfrentando muitas barreiras físicas no local onde moram, os idosos desenvolvem um forte apego ao lugar onde moram e a importância que ele tem para a sua saúde, sentindo-se satisfeitos.

A casa é simbolicamente uma forma de cultivar e fazer presente as memórias afetivas das pessoas idosas. Nesse sentido, o ambiente do lar reflete a sua história de vida e reforça o seu senso de pertencimento no espaço físico e emocional. Afirma Philippini (2015) que é importante para o idoso permanecer no seu próprio espaço cercado dos seus objetos, pertences, animais, móveis, livros e tudo que lhe faça sentido. Pois, são nos lugares simbólicos que a memória coletiva e individual se expressa e se revela.

Assim, por meio da estimulação dos sentidos da visão, da audição, do olfato e do tato; o processo arteterapêutico desabrocha essas memórias afetivas entre as pessoas, os lugares e

os ambientes físicos, ampliando a percepção sensorial do senso de pertencimento e das relações afetivas com esses lugares. Segundo Phillipini (2015), a Arteterapia permite a revisitação desses lugares na memória por meio da consciência coletiva e individual, como foi percebido no DSC 16, no qual os idosos rememoram o passado e o presente.

As vivências grupais em Arteterapia permitiram aos idosos o contato com o seu senso de pertencer no mundo, revisitando as suas histórias de vida e, assim, permitindo um elo entre a memória e a identidade. Dessa forma, o *setting* arteterapêutico é um espaço de sementeiras, que oferece um espaço seguro, protegido e confiável para o idoso reinventar-se a cada dia no processo de envelhecer.

6 CONCLUSÃO

Este estudo avaliou os efeitos da Arteterapia na promoção da qualidade de vida da pessoa idosa, utilizando como parâmetros os domínios da Qualidade de Vida e suas facetas do *WHOQOL-BREF*. Para isso, levou em consideração o processo dinâmico e heterogêneo do envelhecimento nas diferentes dimensões da vida do idoso: física, psicológica, relação social e ambiente.

Os resultados do estudo mostram que houve melhora na qualidade de vida da pessoa idosa após as intervenções em Arteterapia, quando se compararam as médias dos escores dos domínios antes e após as intervenções. Ao avaliar o ponto de corte do indicador da qualidade de vida antes das intervenções, observou-se que alguns escores dos domínios da qualidade de vida estavam baixos (< 60 pontos), indicando uma baixa qualidade de vida das pessoas idosas participantes da pesquisa. Ao analisar o efeito da Arteterapia em relação aos domínios da qualidade de vida, percebeu-se que, após as intervenções, houve um aumento tanto no ponto de corte da qualidade de vida (> 60 pontos), quanto nas diferenças entre as médias antes e após as intervenções; o que evidencia uma maior qualidade de vida entre as pessoas idosas participantes da pesquisa, após as intervenções em Arteterapia.

Mesmo verificando-se uma melhora nas diferenças entre as médias de todos os domínios da qualidade de vida após as intervenções, ao realizar o teste estatístico (teste *t* dependente), o resultado do teste mostrou que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos domínios antes e após as intervenções em Arteterapia. É importante destacar que a aplicação do instrumento de coleta de dados (*WHOQOL-BREF*) aconteceu em dois momentos, separados por um intervalo de tempo de seis meses: antes da intervenção e ao final de todas as intervenções.

A percepção da qualidade de vida é subjetiva e depende da avaliação individual de cada pessoa. Diante disso, no intervalo de tempo de seis meses entre as aplicações do *WHOQOL-BREF*, é possível que algumas pessoas idosas do grupo pesquisado tenham enfrentado perdas na sua autonomia e na independência, o que influenciou negativamente na percepção da sua qualidade de vida ao responder o instrumento ao final das intervenções. Mas, mesmo com a presença de elementos externos à pesquisa, que fogem ao controle do

pesquisador e podem ter interferido em seus desfechos, é evidente o efeito positivo da Arteterapia, confirmado pelo aumento nas médias dos domínios da qualidade de vida.

Na análise qualitativa para compreender a contribuição da Arteterapia na promoção da qualidade de vida da pessoa idosa, foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), considerando a subjetividade do processo arteterapêutico para cada indivíduo. Assim, constatou-se que a Arteterapia contribuiu para a qualidade de vida das pessoas idosas pesquisadas, com a melhora da autoestima, da avaliação positiva da autoimagem, da interação social, com o aumento dos laços de amizade e com a diminuição do isolamento social. Essas narrativas podem inferir que as vivências grupais em Arteterapia proporcionaram a ressignificação do processo de envelhecer para uma melhor qualidade de vida.

As imagens simbólicas criadas pelos idosos e emergidas através de suas narrativas, durante as intervenções, permitiram uma autorreflexão do seu processo de envelhecimento. Assim, foi possível compreender a contribuição da Arteterapia nos domínios da qualidade de vida, expressa na relação com o tempo, com os sentimentos e as emoções, no resgate das suas memórias afetivas, na relação com sua espiritualidade, na autoestima, nas relações pessoais e sociais e na interação com o ambiente.

Logo, a pesquisa veio contribuir com conhecimentos sobre os benefícios da intervenção em Arteterapia como uma estratégia no cuidado integral à saúde da pessoa idosa, com foco na qualidade de vida no envelhecimento. No âmbito da Enfermagem, busca sensibilizar os profissionais de Enfermagem para a utilização desses conhecimentos no cuidado integral à saúde, uma vez que o enfermeiro, especialista em uma das Práticas licenciada pela PNPIC, tem respaldo legal do seu Conselho de Ética para o exercício das Práticas Integrativas e Complementares no SUS e/ou em instituições privadas.

Mesmo sendo a Arteterapia reconhecida na PNPIC-SUS, sua implementação ainda é um desafio a ser enfrentado, tanto pela falta de investimentos em pesquisas na área, quanto pela necessidade de sensibilização, formação e qualificação dos profissionais de saúde. Portanto, a Arteterapia, como prática educativa atrelada às Práticas Integrativas e Complementares, é uma estratégia de cuidado integral que o enfermeiro com formação pode utilizar como recurso terapêutico e educacional para a promoção da saúde nos diversos cenários do cuidar.

Diante disso, sugere-se que novos estudos, tanto experimentais quanto qualitativos, sejam realizados utilizando a intervenção em Arteterapia para que se evidenciem as suas contribuições e os seus benefícios na saúde, na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas e, em particular, das pessoas idosas. Recomenda-se que os próximos estudos que utilizarem o instrumento *WHOQOL-BREF*, para mensurar os escores da qualidade de vida antes e após uma intervenção, apliquem o questionário antes, durante e ao final da pesquisa. Tal cuidado visa obter uma medida mais fidedigna no transcorrer da pesquisa, uma vez que a qualidade de vida é subjetiva e os efeitos externos contribuem para a sua percepção.

REFERÊNCIAS

- ABREU, S. S. S.; OLIVEIRA, A. G.; MACEDO, M. A. S. S.; DUARTE, S. F. P.; REIS, L. A.; LIMA, P. V. Prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis em Idosos de uma Cidade do Interior da Bahia. **Id on Line. Revista de Psicologia**, v.11, n. 38, 2017.
- AGOSTINHO, B. K.; SILVEIRA, L.; MATIOLI, M. R.; BERTAZONE, T. M. A. Apoio social, qualidade de vida e a percepção de mulheres praticantes de treinamento físico. **Research, Society and Development**, v. 9, n.1, 2020.
- AGUIAR, A. P.; MACRI, R. Promovendo a qualidade de vida das pessoas idosas através da Arteterapia. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v.2, p. 710-713, 2010.
- AHMAD, F.; KHAN SHERWANI, R. A. *Power Comparison of Various Normality Tests*. **Pakistan Journal of Statistics & Operation Research**, v. 11, n. 3, p. 337-345, 2015.
- ALBUQUERQUE, D. S.; AMANCIO, D. A. R.; GÜNTHER, I. A.; HIGUCHI, M. I. G. Contribuições teóricas sobre o envelhecimento na perspectiva dos estudos pessoa-ambiente. **Psicologia – USP**, v. 29, n. 3, p. 442-450. 2018.
- ALBUQUERQUE, D. S.; KLAVDIANOS, N. D.; GÜNTHER, I. A.; PORTELLA, A. Participação social e envelhecimento: concebendo cidades amigas aos idosos. **Revista de Arquitetura, Cidade e Contemporaneidade**, v.4, n.4, p.53-65. 2020.
- ALESSANDRINI, C. D. A pesquisa científica em Arteterapia no Brasil: estado da arte. **In: Anais do III Fórum Paulista de Arteterapia**. Disponível em: < <http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/AnaisIII-ForumPaulistaArteterapia.pdf>>. Acesso em: 09 de maio de 2020.
- ALMEIDA, D. B. et al. Ações educativas na promoção do envelhecimento ativo: uma Revisão Integrativa. **Temas em Saúde**, p. 80-101, 2020.
- ALMEIDA, F. N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
- ALMEIDA, V. A.; MAFRA, S. C. T.; SILVA, E. P.; KANSO, S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Revista Textos e Contextos**, v. 14, n. 1, p. 115-131, jan./jun. 2015.
- ANTUNES, D. S. H. **Criação da política municipal de práticas integrativas e complementares no município do Rio Grande/RS: desafios, conquistas e perspectiva**. 2014. 125 f. Trabalho de conclusão de curso (Residência multiprofissional em saúde da família) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande, 2014.
- ARAÚJO, E. T.; SOUZA, N. B. Assistência de enfermagem no processo de envelhecimento. **Revista Científica Online**, v. 11, n. 1, p. 1980-6957, 2019.

ARAÚJO, J. H. Q.; JACÓ-VILELA, A. M. A experiência com arte na Colônia Juliano Moreira na década de 1950. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, P. 321-334, apr-jun, 2018.

AZEREDO, Z. A. S.; AFONSO, M. A. Solidão na perspectiva do idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.19, n.2, p.313-324, 2016.

BALDIN, T.; MAGNABOSCO-MARTINS, C. R. Oficinas artísticas na Universidade Aberta Para A Terceira Idade: contribuições para a qualidade de vida de idosos. **Revista Conexão UEPG**, Ponta Grossa, v. 11, n. 1, Jan/Abr., 2015.

BARBOSA, E. T.; WERBA, G. C. Arteterapia e idosos institucionalizados: uma experiência no tempo. **Conversas Interdisciplinares**, v. 1, n. 4, p. 1-16, 2010.

BARBOSA, K. G. Afetos e velhice feminina em Grace and Franki. **Estudos Feministas**, v. 25, n.3, p. 1437-1447, 2017.

BARBOSA, R. L.; SILVA, T. D. C.; SANTOS, M. F.; CARVALHO, F. R.; MARQUES, R. V. D.; MATOS JUNIOR, E. M. Perfil sociodemográfico e clínico das pessoas idosas de um Centro de Convivência. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 21, n.2, p. 357-373, 2018.

BARRETO, et al. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno do envelhecimento. **Revista Humanas e Sociais**, v.8, n.2, p. 239-252, 2019.

BARROS, M. B. A.; GOLDBAUM, M. Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. **Revista de Saúde Pública**, n. 52, p. 1-3, 2018.

BARROS, N. F.; OLIVEIRA, M. C. S.; FERREIRA, F. C.; GOMES, T. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: a implementação de um modelo complementar precário. **III Congresso de Estudios Poscoloniales y IV Jornadas de Feminismo Poscolonial: Interruptiones desde el Sur: habitando cuerpos, territorios y saberes**: Buenos Aires, 2016.

BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 163-173, 2018.

BASTISTONI, et al. Categorização e identificação etária em uma amostra de idosos brasileiros residentes na comunidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 28, n.3, p. 511-521, 2015.

BESA, D.; PONCE, V. H. *Arte Terapia grupal infanto-juvenil en Centro Comunitario de Salud Mental Familiar/ Child/youth Art Therapy Group at a Family Mental Health Community Center*. **Praxis**, v. 1, n. 25, p. 7-36, may 2017. Disponível em: <<http://praxis.udp.cl/index.php/praxis/article/view/28>>. Acesso em: 23 julho 2020.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. *Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. J Hum Growth*, Dev. 26(1), p. 11-20, Dec 2015.

BIASUS, F. Reflexões sobre o envelhecimento humano: aspectos psicológicos e relacionamento familiar. **Erechim**, v. 40, n. 152, p. 55-63, dez. 2016.

BITTENCOURT et al. *Software*: recurso terapêutico ocupacional para estimulação cognitiva do idoso. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 31-49, 2017.

BITTENCOURT, M. N.; MARQUES, M. I. D.; BARROSO, T. M. M. D. A. Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. **Revista de Enfermagem Referência**, v.4, n. 18, p. 125-132, 2018.

BOBBO, V. C. D. et al. Saúde, dor e atividades de vida diária entre idosos praticantes de Lian Gong e sedentários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p.1151-1158, 2018.

BOFF, E.; GREGORY, T. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos matriculados em um programa universitário para idosos. **Revista Ouricuri**, v.9, n. 1, p.027-041, 2019.

BOING et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n.4, p. 617-623, 2012.

BONFIM, E. S.; SLOB, E. M. G. B.; OLIVEIRA, B. G. O.; RIBEIRO, B. S.; CARMO, E. A.; SANTANA, M. L. A. A.; SANTOS, P. H. S. S.; ROSA, R. S. Práticas educativas do enfermeiro no cotidiano na estratégia de saúde da família. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 10, n.5, julho/dez., 2018.

BONFIM, W. C.; CAMARGOS, M. C. S. Mudanças na expectativa de vida no Brasil: analisando o passado e o futuro, de 1950 a 2095. **Revista NUPEM**, v. 13, n. 29, p. 210-223, 2021.

BRAGA, I. B.; BRAGA, E. B.; OLIVEIRA, M. C. A.; GUEDES, J. D. A percepção do idoso sobre a Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. **Revista de Psicologia**, v. 9, n. 26, p. 211-222, 2015.

BRAGA, M. C. P., CASELLA, M. A.; CAMPOS, M. L. N., PAIVA, S. P. Qualidade de vida medida pelo *WHOQOL-BREF*: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. **Revista APS**, v. 14, n.1, p. 93-100, 2011.

BRANCO, S. **Oficinas expressivas**. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 1 de out. 2003. p. 1093-1101.

_____. Numenati – Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas e Integração, Secretaria de Estado de Saúde do DF. Práticas Integrativas em Saúde. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº849** de 27 de Março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0849_28_03_2017.html>. Acesso em: 20 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de implantação de serviços e Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018

BRECHT, B. **Estudos sobre teatro**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1964.

BRUSAMARELLO, T.; MEFTUM, A.; MATOVANI, M. F.; ALCANTARA, C. B. Educação em Saúde e pesquisa-ação: instrumentos de cuidado de enfermagem na saúde mental. **Saúde, Santa Maria**, v.44, n. 2, p. 1-11, maio/agosto, 2018.

CABAÇO, A. S. M. A. C. **A Influência da Arteterapia no Bem-Estar em Idosos Institucionalizados**. 2014. Tese (Departamento de Serviço Social) Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2014.

CALUÊTE, M. E. E. et al. Influência do estado nutricional na percepção da imagem corporal e autoestima de idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 18, n. 2, p. 319-326, 2015.

CAMARGO, M. C. S.; GONZAGA, M. R.; COSTA, J. V.; BONFIM, W. C. Estimativas de expectativa de vida livre de incapacidade funcional para Brasil e Grandes Regiões, 1998 e 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 24, v. 3, p.737-747, 2019.

CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D.; GONÇALVES, L. H. T. Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. 1-11, 2016.

CARNEIRO, D. G. S.; MAGALHÃES, C. M. C. Percepção de idosos urbanos e ribeirinho sobre o processo de envelhecimento. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p.2263-2277, mar./abr., 2020.

CARNEIRO, S, S. **Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados Após Acidente Vascular Cerebral**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2016.

CASTRO, J. L. C.; ARAUJO, L. F.; MEDEIROS, E. D.; PEDROSO, J. S. Representações sociais do envelhecimento e qualidade de vida na velhice ribeirinha. **Revista de Psicologia**, v. 39, n. 1, p. 85-113, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução de n. 581/2018. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registros de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. Brasília, 2018. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018_64383.html. Acesso em: 20 fev. 2020.

COPATTI, S. L. et al. Imagem corporal e autoestima em idosos: uma revisão integrativa da literatura. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 22, n. 3, p. 47-62, 2017.

CORDEIRO, D. T. M. **O uso da Arteterapia no controle da ansiedade**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas, 2019.

CORTEZ, A. C. L.; SILVA, C. R. L.; SILVA, R. C. L.; DANTAS, H. M. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n.5, p.700-709, 2019.

COSTA, A. E. K.; FERLA, N. J.; PISSAIA, L. F. Os processos de envelhecimento da população: caso dos imigrantes Açorianos no Vale do Taquari/RS, Brasil. **Redes (St. Cruz Sul, Online)**, v.25, n.1, p. 304-315, 2020.

COSTA, I. P.; BEZERRA, V. P.; PONTES, M. L. F.; MOREIRA, M. A. S. P.; OLIVEIRA, F. B.; PIMENTA, C. J. L., SILVA, C. R. R.; SILVA, A. O. Qualidade de vida de idosos e sua relação com o trabalho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.39, p. 2017-0213. 2018.

COSTA, S. M. M. et al. Aspectos sociais das relações entre depressão e isolamento das pessoas idosas. **Estudios Working Papers**, v. 7, n. 155, p. 292 - 308, 2020.

COSTA, V. S.; BEZERRA, C. C.; BECKER, S. G.; PEREIRA, R. S. F.; RAMOS, G. O. S.; ALBUQUERQUE, C. F. A influência da espiritualidade na saúde do idoso institucionalizado. **Scire Salutis**, v.10, n.1, p.23-30, 2020.

COUTINHO, V. **Arteterapia com idosos: ensaios e relatos**. Rio de Janeiro: Wak, 2008.

CRIVELARO, P. M. S.; POSSO, M. B. S.; GOMES, P. C.; PAPINI, S. J. Consulta de Enfermagem: uma ferramenta de cuidado integral na atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 49310-49321, jul. 2020.

DERROSSO, G.; OLIVEIRA, M. A inserção de idosos no mercado de trabalho de Foz do Iguaçu. **Revista Ciências Humanas**, v. 11, n. 1, p. 47-61, 2018.

DETRE, K. C.; FRANK, T.; KNIAZZEH, C. R.; ROBINSON, M. C.; RUBIN, J.A.; ULMAN, E. Raízes da arte-terapia. Margaret Naumburg (1890-1983) e Florence Cane (1882-

1952). Um retrato de família. *American Journal of Art Therapy*, v. 22, n. 4, p. 111-123, jun. 1983.

DORNELAS, F. C.; SCHLOTFELDT, N. F.; FRANÇA, P. M.; MORESCHI, C. et al. Enfermagem e as Práticas Integrativas e Complementares em saúde: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 9, n.9, P. 1-16, 2020.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FEITOSA, L. B. et al. Eu só deixo de existir quando eu morrer. A relação entre corpo e tempo na velhice sob a ótica psicanalítica. **In: VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**, p. 1-11, 2019.

FERRETTI, F. et al. *Quality of life in the elderly with and without chronic pain*. *Brazilian Journal of Pain*, v. 1, n. 2, p. 111-115, 2018.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FIDALGO, A. R.; LANDIM, L. F. S.; MELO, D. M. Suporte social e qualidade de vida no envelhecimento: uma revisão sistemática. *Estação Científica - Juiz de Fora*, n. 19, p. 1-19, 2018.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando SPSS**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 178-183, Abril, 2000.

FRANCO, B. Z.; RODRIGUES, G. P.; TSUKAMOTO, I. F. A.; COSTA, L. BURTI, B.; R. B. M. A autoimagem da mulher e como essa questão perpassa as gerações. *Revista Longeiver*, v. 3, n. 10, p. 161-178, 2021.

FREIRE, P. R. N. **Educação e Mudança**. 34Ed. São Paulo: Paz e Terra. 2011.

FREIRE, P. R. N. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FRENCH, E.; JONES, J. B. *Health, health insurance, and retirement: a survey*. *Annual Review of Economics*, v. 9, p. 383-409, 2017.

GALLI et al. *Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, n. 2, p. 307-316, 2016.

GARCIA, R. R.; SANTOS, L. B. S.; ZUZARTE, L. C. Resgate de memórias a partir de manifestações artísticas: a experiência de um grupo de idosas. **Olhares sobre o Envelhecimento**, v.1, p. 203-215, 2021.

GIANECHINI, S. S.; SEI, M. B. Arteterapia e terapia ocupacional no Brasil: uma discussão sobre semelhanças e diferenças. **Revista de Arteterapia da AATESP**, vol. 3, n. 1, p. 3-17, 2012.

GONÇALVES, S. C. S. Arteterapia e promoção de saúde para idosos institucionalizados. In: COLAGRANDE, C. **Arteterapia para todos: a prática arteterapêutica e sua diversidade**. Rio de Janeiro: Wak, 2015.

GUERRA, M. F. S. S.; SOUZA, J. P.; PORTO, M. J.; ARAUJO, A. M. B.; NASCIMENTO, M. B.; ANDRADE, W. B.; SANTANA, W. N.B.; SANTOS, G. P.; SANTANA, A. F.; SILVA, S. R.S. *Contributions of physical activity in the aging of the elderly*. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11537>. Acesso em: 6 jan. 2021.

GUIMARÃES, E. S.; MEDVEDOVSKI, N. S.; SOPEÑA, S. M. O idoso, a cidade e a APO: uma relação entre percepção e apropriação. In: **Simpósio Brasileiro de qualidade do projeto no ambiente construído**, p. 1273-1292, 2019.

GUTHS, J. F. S. et al. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017.

HABIMORAD, P. H. L. et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.2, p. 395-405, 2020.

HERMIDA, P. M. V.; MARÇAL, C. C. B.; EBSEN, E. S.; HEIDEMMAN, I. T. S. B.; MEIRELLES, B. H. S. Educação em saúde nas práticas do subsistema profissional de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 1-12, 2016.

ILMAKUNNAS, P.; ILMAKUNNAS, S. *Health and retirement age: comparison of expectations and actual retirement*. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 3, n. 46, p. 18-31, 2018.

INOUE, T. M.; VECINA, M.; VECINA, A. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 35, n. 2, p. 127-30. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

_____. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

JARDIM, V. C. F. S. et al. Contribuições da Arteterapia para promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 4, p. 1-10, 2020.

JORGE, M. S. G. et al. Caracterização do perfil sociodemográfico, das condições de saúde e das condições sociais de idosos octogenários. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 1, p. 61-73, jan./abr. 2017.

KIM, S. K. *A randomized, controlled study of the effects of art therapy on older Korean-Americans healthy aging*. **Arts Psychother**, v.40, n.1, p. 158-64, 2013.

KOEFENDER, M. **Arteterapia, um oásis na condição de saúde humana**: arte, saúde e espiritualidade. 2020. 141f. Tese (Doutorado em Teologia) – Faculdade Est., São Leopoldo, 2020.

KOWALSKI, J. P.; SCHEMES, C.; SARAIVA, J. I. A.; MAGALHÃES, M. L. Mulheres idosas: percepções sobre beleza e envelhecimento. **Revista Temas de Mujeres**, p.76 – 97. 2017.

KRACIK, M. L. A.; PEREIRA, P. M. B.; MOEHLECKE, B. P. Medicina Integrativa: um parecer situacional a partir da percepção de médicos no Sul do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, Marc. 2020.

LADEIRA, M. M. et al. Significado do trabalho para o idoso: um estudo exploratório. **Revista da Faculdades Integradas Vianna Junior**, v. 8, n. 1, p. 71-102, 2017.

LARANJEIRA, A. N.; MAGNO, J. C. Grandes marcas e o imaginário social da velhice. **Revista Cadernos da Escola de Comunicação**, v.16, n. 1, p. 112 – 127, 2018.

LEFEVRE, F., LEVEVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 23, n.2, p. 502-507, 2014.

LEFEVRE, F.; LEVEFRE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LELIS, T. S.; CARLOS, M. M.; PAULIN, G. S. T. A influência de grupos de promoção de saúde no envelhecimento de idosos. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, v. 2, n. 2, p. 305-318, 2018.

LIMA, F. F. et al. Perfil sociodemográfico e nível de dependência funcional de idosos com risco de quedas. **Id on line Revista de Psicologia**, v. 11, n. 39, p. 164-178, 2017.

LOPES et al. Perfil epidemiológico em idosos assistidos pela estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 3, n. 1, p. 84-94, 2014.

LOPES, C. P. Os achadouros: arte, psicologia analítica e o processo criativo. In: _____. **Práticas criativas de Arteterapia como intervenção na depressão**. Rio de Janeiro: Vozes, 2014. cap. 3, p. 44-64.

LOPES, M. J.; ARAÚJO, J. L.; NASCIMENTO, E. G. C. O envelhecimento e a qualidade de vida: a influência das experiências individuais. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n. 2, p. 181-199, 2016.

LOPES, P. et al. Aspectos socializadores evidenciados por praticantes de ginástica para todos em processo de Envelhecimento. **Corpoconsciência**, v. 24, n. 3, p. 83-97, 2020.

LUSTOSA, S. A. S. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos na Unidade Básica de Saúde da Família São Geraldo, Município de Volta Redonda. **Revista Cadernos UniFOA**, v. 32, 2016.

LUZ, M. T.; BARROS, N. F. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 833-835, abr., 2012.

MALLMANN, D. G. et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, 2015.

MATOS, P. C.; LAVERDE, C. R.; MARTINS, P. G., SOUZA, J. M.; OLIVEIRA, N. F.; PILGER, C. Práticas Integrativas complementares na Atenção Primária à Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n.2, p. e54781, 2018.

MEDEIROS, et al. Perfil sociodemográfico e autopercepção de saúde de idosos longevos comunitários. In.: VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO. VI, 2019, Campina Grande – Paraíba. **Envelhecimento Humano no Século XXI: atuações efetivas na promoção da saúde e políticas sociais**. Campina Grande – PB: Realize, 2019.

MEDEIROS, K. K. A. S. et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, v. 41, n. 3, p. 288-295, 2017.

MEIRA, S. S.; VILELA, A. B. A.; CASOTTI, C. A. et al. Autoestima e fatores associados às condições sociais em idosos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 738-744, 2017.

MELO, I. R. M. et al. Educação em saúde: riscos para doenças crônicas não-transmissíveis. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 49838-49842, 2020.

MELO, L. A. M.; FERREIRA, L. M. B. M.; SANTOS, M. M.; LIMA, K. C. Fatores socioeconômicos, demográficos e regionais associados ao envelhecimento populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 494-502, 2017.

MENDONÇA, I.; GOMES, M. F. Grupo focal: instrumento de coleta de dados na pesquisa em Educação. **Cadernos de Educação, Tecnologias e Sociedade**, v.10, n.1, p. 52-62, 2017.

MENEZES, J. N. R. et al. A visão do idoso sobre o seu processo de envelhecimento. **Revista Contexto & Saúde**, v. 18, n. 35, p. 8-12, jul./dez., 2018.

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. pp. 19-51.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Entre a liberdade e a dependência (introdução). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica [Internet]. Brasília, DF: MS; 2014. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 35. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2018.

_____. PORTARIA Nº 2.446, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 11 nov. 2014, Seção 1, p. 18.

MONTEIRO, A. P. T. A. V.; CURADO, M. Por uma nova epistemologia da Enfermagem: um cuidar post-humano? **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 8, jan-mar., 2016.

MONTEIRO, L. C. A.; ZAZZETTA, M. S.; ARAÚJO JUNIOR, M. E. Sustentabilidade: relação entre espaço urbano e envelhecimento ativo. **Novos Estudos Jurídicos**, v. 20, n. 1, p. 116-145, 2015.

MOREIRA, M. N.; SILVA, M. P. C.; DUARTE, A. P. G. M.; RESENDE, M. P.; AMARAL, J. B.; CONTIM, D. Educação em saúde no ensino de graduação em Enfermagem. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 8, n. 1, p. 61-70, Jan./Jul., 2019.

MOURA, M. M. D.; VERAS, R. P. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 19-39, 2017.

NASCIMENTO, N. G. et al. Atividades em promoção da saúde para um grupo de idosos: relato de experiência. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 3. p. 472-478, 2020.

NICOLETTA, M. B. S. A Arteterapia como recurso no processo de aprendizagem e autoconhecimento. **Revista de Arteterapia da AATESP**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 26- 43, 2016.

NOGUEIRA, M. F. **Avaliação multidimensional da qualidade de vida em idosos: um estudo no Curimataú ocidental Paraibano**. 2016. 183f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

OEPEN, R.; GRUBER, H. *An Art Therapy Project day to promote health for clientes from burnout self-help groups- an exploratory study*. **Psychother Psychosom Med Psychol**, v.67, n. 7, p. 268-74, 2014.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, jun., 2019.

OLIVEIRA, B. R.; RODRIGUES, L. E.; GRECO, M. R. Avanços e desafios para implementação das práticas integrativas e complementares no Brasil. **Revista de Atenção Primária e Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 355-364, jul./set., 2018.

OLIVEIRA, D. V. et al. Investigação dos fatores psicológicos e emocionais de idosos frequentadores de clubes de dança de salão. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 802-810, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A ONU e as pessoas idosas**. 2020. Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>. Acesso em: 03 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). “Envelhecimento Ativo: uma política de saúde”. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Título original: *Active ageing a policy framework*.

_____. Relatório Mundial de Saúde e Envelhecimento: Resumo. Genebra: Publicações da OMS, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

_____. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / *World Health Organization*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 04 jun. 2020.

_____. *Envejecimiento activo: un marco político*. Madrid, 2002.

OTANI, M.; BARROS, N. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, 2011.

PARIOL, C. L. L.; BOVOLINI, T. T.; SARDINHA, L. S.; LEMOS, V. A. A influência da autoestima no processo do envelhecimento: uma visão da psicologia. **Revista Diálogos Interdisciplinares**, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2019.

PEREIRA, M. M.; PENHA, T. P.; VAZ, E. M. C.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. S. Concepções e práticas dos profissionais da estratégia saúde da família sobre educação em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 167-175, Jan.-Mar., 2014.

PHILIPPINI, A. **Caminho da arte**: construindo um envelhecimento ativo. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2015.

PHILIPPINI, A. **Para entender Arteterapia**: cartografias da coragem. 5 Ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2013.

PINHEIRO, I. M. B.; ESPOSITO, I. C. S. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 26, n. 1, p. 1-10, 2016.

POLARO, S. H.; MONTENEGRO, L. C. Fundamentos e práticas do cuidar em Enfermagem Gerontológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 699-700, jul.-ago., 2017.

PORCIÚNCULA, R. C. R.; CARVALHO, E. F.; BARRETO, K. M. L.; LEITE, V. M. M. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 315-325, 2014.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Avaliação das relações familiares por idosos com diferentes condições sociodemográficas e de saúde. **Psico-USF**, v. 21, n. 3, p. 663-675, set.-dez., 2016.

REIS, A. C. Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do psicólogo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n.1, p. 142-157, 2014.

REIS, J. L.; CASSINO, L. A influência do grupo de convivência na redução de adoecimentos psíquicos na terceira idade. **Revista Brasileira Ciências da Vida**, v. 5, n. 3, p. 1-18, 2017.

RIBEIRO, D. B. G.; SILVA, A. S. C.; FERREIRA, G. L. S. Análise da capacidade funcional em idosas praticantes de hidroginástica. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 5, p. 27206-27211, 2020.

RIBEIRO, I. S. O.; SILVA, A. C. S.; SOUSA, E. P. S.; AMORAS, E. M.; MARTINS, L. C. S.; SAMPAIO, M. J. S.; FERNANDES, D. S. A Arteterapia como estratégia de estímulo cognitivo e motor à idosos de um grupo de convivência. In: **Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida**, v. 4, n. 1, p. 2446-4813, 2018.

RODRIGUES, D.; ALMEIDA, J.; SOUZA, C. H. M. Percepção sob a importância da criatividade: um estímulo à criação como melhoria da qualidade de vida em idosos. In: MANHÃES, C. F.; ISTOE, C. S. R.; SOUZA, M. H. C. **Envelhecimento em foco**: abordagens interdisciplinares. Campos dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2015.

RODRIGUES, R. M. Solidão: um fator de risco. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 34, p. 334-8, 2018.

RODRIGUES, W. P.; GONÇALVES, P. D. Envelhecimento: qualidade de vida e bem-estar das mulheres idosas. **Scire Salutis**, v. 9, n. 1, p. 30-36, 2019.

SALES, L. F.; HOMO, R. F. B.; SILVA, M. J. P. Situação do ensino das Práticas Integrativas e Complementares nos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia e Medicina. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 741-6, 2014.

SAMPIERI, R. H.; CALLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. O processo da pesquisa quantitativa. **Metodologia de Pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013. cap. 3, 214-314.

SANTOS, A. R.; AZEVÊDO, B. M. Z.; LUZ, G. R.; PRADO, M. D. D. Mudanças no perfil de mortalidade relacionadas à previdência social: transição epidemiológica no Brasil. **Revista Brasileira de Previdência**, v. 10, n. 1, p. 93-103. 2019.

SANTOS, A. S.; MENEGUCI, J.; SCATENA, L. M.; FARINELLI, M. R.; SOUSA, M. C.; DAMIÃO, R. Estudo de base populacional: perfil sociodemográfico e de saúde em idosos. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 26, p. 1-7, 2018.

SANTOS, G. L. Os idosos e a vivência do tempo: implicações nos processos de desenvolvimento. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 382-400, 2018.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Visita domiciliar a idosos: características e fatores associados. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, p. 1-8, 2017.

SANTOS, M. A. Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde do Brasil: inusitadas mediações. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v. 11, n. 1, p. 176-184, jan.-jun., 2016.

SANTOS, P. F. F. A. Arte e saúde mental: caminhos paralelos. **IGT na Rede**, v. 5, n. 9, p. 136-142, 2008.

SATO, M.; AYRES, J. R. C. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p. 1027-38, 2015.

SAVIANI, I. Ateliê Terapêutico – Encontrarte: viver arte, criar e recriar a vida. In: CIORNAL, S. (Org). **Percursos em Arteterapia**. São Paulo: Summus, 2004. cap. 2, p. 48-81.

SCHOFFEN, L. L.; SANTO, W. L. A importância dos grupos de convivência para os idosos como instrumento para manutenção da saúde. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 7, n. 3, p. 160-70, 2018.

SIKOTA, C. S. S.; BRÊTAS, A. C. P. O significado de envelhecimento e trabalho para vendedor ambulante idoso. **Revista de Enfermagem**, v. 2, n. 1, p. 135-144, 2012.

SILVA, A. C. S.; CHIRELLI, M. Q. Sistematização do cuidado em saúde: análise temática da formação dos enfermeiros. **Atas - Investigação Qualitativa em Educação**, n. 1, p. 488- 497, 2019.

SILVA, A. S. P.; FEITOSA, S. T. Revisão sistemática evidencia baixo nível de conhecimento acerca da política nacional de práticas integrativas e complementares por parte de gestores e profissionais da saúde. **Revista de Ciências da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 105-114, 2018.

SILVA, H. O.; CARVALHO, M. J. A. D.; LIMA, F. E. L.; RODRIGUES, L. V. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 123-133, Mar., 2011.

SILVA, J.; ARAÚJO, L.; XAVIER, M.; AMARAL, B. Envelhecimento e qualidade de vida: os idosos nos passos de dança de salão. **Revista Saúde Física & Mental**, v. 6, n. 2, p. 1-15, 2018.

SILVA, K. K. M.; LIMA, G. A. F.; GONÇALVES, R. G.; MENEZES, R. M. P.; MARTINO, M. M. F. Alterações do sono e a interferência na qualidade de vida no envelhecimento. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 11, n. 1, p. 422-428, jan., 2017.

SILVA, L. G. C. et al. *Evaluation of the functionality and mobility of community-dwelling older adults in primary health care*. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 5, 2019.

SILVA, P. A. B. et al. Ponto de corte para o *WHOQOL-BREF* como preditor de qualidade de vida de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 390-397, 2014.

SILVA, P. A. B.; SOARES, S. M.; SANTOS, J. F. G.; SILVA, L. B. Ponto de corte para o *WHOQOL-bref* como preditor de qualidade de vida de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 390-397, jun. 2014.

SILVA, V. V.; RISSE, L. S.; MACIEL, P. C. S. Arteterapia e envelhecimento: uma visão interdisciplinar. **Envelhecimento humano, inovação e criatividade: diálogos interdisciplinares**, p. 86-96, 2020.

SIMIÉLI, I.; PADILHA, L. A. R.; TAVARES, C. F. F. Realidade do envelhecimento populacional frente às doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 37, p. 1-9, 2019.

SIMÕES, N. D. et al. Espiritualidade e saúde: experiência de uma disciplina na graduação de Enfermagem. **Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 181-191, 2018.

SOARES, A. N.; SOUZA, V.; SANTOS, F. B. O.; CARNEIRO, A. C. L. L.; GAZZINELLI, M. F. Dispositivo Educação em Saúde: reflexões sobre práticas educativas na atenção primária e formação em Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2017.

SOARES, D. P.; COELHO, A. M.; SILVA, L. E. A. S. et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: discurso dos Enfermeiros de Atenção Básica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, p. 1-9/3265, 2019.

SOARES, N. V. et al. Sentimentos, expectativas e adaptação de idosos internados em instituição de longa permanência. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, n. 1124, 2018.

SOUZA, I. C.; TESSER, C. D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, Fev., 2018.

SOUZA, R. R. A. **Evolução de Práticas Integrativas de Saúde no DF comparando os anos de 2005 e 2011**: oferta de serviços e relação com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. 2012. 56 f. Monografia (Curso de Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2012.

SOUZA, L. G.; RAMOS, P. S.; FRIAS, L. O envelhecimento populacional nos municípios do Sul/Sudoeste de Minas Gerais: uma análise de agrupamento. **Revista Debate Econômico**, v. 5, n. 2, p. 27-46, 2017.

SOUZA, L. K. Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa. **PSI UNISC**, v. 4, n. 1, p.52-66, 2020,

SOUZA, M.; SILVA, D. P. P.; BARROS, A. S. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1355-1368, 2021.

SOUZA, S. M.; BERNADINO, E.; CROZETAL, K.; PERES, A. M.; LACERDA, M. R. Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 529-536, maio-jun., 2017.

STAMPE, M. Z.; POZZOBON, F.; NIQUITO, T. W. Impactos da estrutura etária sobre o desempenho econômico das regiões do Brasil entre 1991 e 2010. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 37, p. 1-25, 2020.

TAVARES, D. M. S.; MATIAS, T. G. C.; FERREIRA, P. C. S.; PEGORARI, M. S.; NASCIMENTO, J. S.; PAIVA, M. M. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3557-3564, 2016.

TAVARES, S. G.; STEVENS, N. A integração de valores e medidas de segurança no projeto de espaços públicos resilientes: lições de desastres rápidos e lentos. **Projectare – Revista de Arquitetura e Urbanismo**, v. 1, n. 10, 2020.

- TEIXEIRA, S. **A Arteterapia como instrumento de transformação da qualidade de vida do idoso: de Piruá a flores brancas**. 2005. 86f. Monografia (Especialização em Arteterapia) – Universidade Potiguar, Goiânia, 2005.
- TELESI, J. E. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, Apr. 2016.
- TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1734, 2012.
- TESSER, C. D.; SOUZA, I. M. C.; NASCIMENTO, C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 174-188, 2018.
- TORRES, A. L. **O papel do ambiente residencial na qualidade de vida do idoso: um estudo exploratório em Cabedelo, Paraíba**. 2015. 207f. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2015.
- VALLADARES, A. C. A. et al. Arteterapia no resgate do envelhecimento saudável. In.: **Jornada Goiana de Arteterapia**, v. 2, p. 158-168, 2008.
- VALLADARES, A. C. A.; FUSSI, F. E. C. A Arteterapia e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Revista Arteterapia: Imagens da Transformação**, Rio de Janeiro: Clínica Pomar, v.10, n. 10, p. 5-13, 2003.
- VALLADARES-TORRES, A. C. A. A pintura arteterapêutica como ferramenta de cuidado na assistência aos toxicômanos. **Revista Científica de Arteterapia Cores da Vida**, Goiânia: ABCA, v. 14, n. 14, p. 19-39, cap. 3, jan./jun., 2012.
- VALLADARES-TORRES, A. C. A.; CALLAI, V. S. A Arteterapia como expressão e suporte de sentimentos de crianças e adolescentes sob tratamento oncológico. In: PEREIRA, E. R. (Org.). **Saúde Mental [recurso eletrônico]: um campo em construção**. Ponta Grossa, PR: Atena Editora, cap. 1, p. 1-14, 2019.
- VERA, I. et al. Funcionalidade familiar em muito idosos de Goiânia. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 47474-47481, 2021.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, abril, 2009.
- VIANA, S. A. R. et al. Gratidão como fator protetivo no envelhecimento. **Aletheia**, v. 50, n. 1-2, p. 132-142, 2017.
- VICK, R. M. *A Brief History of Art Therapy. The Art and science of art therapy: Handbook of Art Therapy*, v. 21, p. 6-15, 2012.

WACHELESKI, N. R.; GERSHENSON, B. As experiências sociais da velhice no cárcere. **Estudos sobre Envelhecimento**, v. 29, n. 72, p. 48-67, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.

_____. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Geneva, 2005.

Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf;jsessionid=A428218A19E8F43C0FD596A9DEC8E991?sequence=1>. Acesso em: 26 set. 2019.

_____. *Programme on Mental Health. WHOQOL user manual*. 2012. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77932/1/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf>. Acesso em: 01 de julho de 2020.

_____. *Tradicional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneve: WHO, 2002. 65p.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/12)**

Convidamos a Sra. para participar como voluntária da pesquisa **ARTETERAPIA COMO INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO**, que está sobre a responsabilidade da pesquisadora doutoranda do programa de Pós- graduação em Enfermagem, **Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim**, End Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Av. Prof. Moraes Rego, 1253, cidade Universitária, Recife-PE. CEP 50670-901, Fone (81) 21268566 e (81) 999966524 (inclusive ligação a cobrar), E-mail jardimviviane@yahoo.com.br.

Também participa desta pesquisa a orientadora da tese **Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos**, Fone: (81) 21262566 e (81) 999548737, E-mail: emr.vasconcelos@gmail.com e **Profa. Dra. Luciane Soares Lima**, Fone: (81) 21262566, E-mail: luciane.lima.wanderley@gmail.com.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa pretende avaliar o efeito da Arteterapia sobre a qualidade de vida do idoso. No primeiro momento, você vai ser convidada para uma entrevista com duração de 1 hora e irá responder um questionário com perguntas sobre como você se sente a respeito da sua qualidade de vida, sua saúde física e emocional e sua situação pessoal e familiar. Nos momentos seguintes, você participará de encontros vivenciais em Arteterapia, no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/PROIDOSO), uma vez por semana, com duração de duas horas cada encontro, durante um período total de 6 meses. Estes encontros vivenciais em Arteterapia serão gravados, filmados e fotografados. Suas respostas serão confidenciais e o seu nome e a sua imagem serão mantidos em segredo.

A pesquisa pode oferecer risco associado ao possível constrangimento durante os encontros vivenciais e entrevistas que serão gravadas e filmadas. Estes riscos serão minimizados pelo acordo de convivência entre os participantes durante os encontros vivenciais e a garantia da privacidade durante a entrevista que será realizada em sala reservada e confortável. Compromete-se em assegurar o sigilo e a privacidade das informações obtidas durante a entrevista, em que não ocasionará nenhum risco físico.

Os benefícios diretos esperados serão que as informações e vivências realizadas pela pesquisa possam contribuir com o autoconhecimento e autoestima, na perspectiva de oferecer subsídios para melhorar sua qualidade de vida.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa: entrevistas, gravações, fotos, filmagens ficarão armazenados em pastas de arquivo no computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepcs@ufpe.br).

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo Arteterapia como intervenção da Enfermagem na promoção da qualidade de vida do idoso, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão digital (Opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO

Eu _____, CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, as pesquisadores: Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim, Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos e Luciane Soares Lima do projeto de pesquisa intitulado Arteterapia como intervenção da Enfermagem na promoção da qualidade de vida do idoso a realizar as fotos/filmagem que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos/imagens (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Lei que resguarda os direitos das pessoas idosas (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003).

_____, em ____/____/_____.

Entrevistado

Responsável Legal CPF

Pesquisador responsável pela entrevista

APÊNDICE C – FÓRMULÁRIO COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FORMULÁRIO PARA COLETA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Pesquisa: Arteterapia como intervenção da Enfermagem na Promoção da Qualidade de vida em Idosos

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco – Pós-graduação em Enfermagem

Coordenação: Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

Pesquisador principal: Doutoranda Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim



Nome do Idoso (a): _____



Data da entrevista: ____/____/____ Endereço: _____


Telefone: _____



N	VARIÁVEL	CATEGORIAS	CÓDIGO
A	Sócio-econômicos-demográficos		
01	Qual a idade do senhor(a)? _____	1. () 60 – 79 anos 2. () > 80 anos 98. () NS/ NR	
02	Sexo	1. () masculino 2. () feminino 98. () NR	
03	Onde o senhor(a) nasceu?	1. () Norte 2. () Nordeste 3. () Sudeste 4. () Sul 5. () centro-oeste 98. () NR. Qual? _____	
04	Qual o seu estado civil?	1. () solteiro 2. () casado 3. () separado 4. () viúvo 98. () NS/NR	
05	Há quanto tempo está casada/morando junto?	1. _____ (anos) 97. () NA 98. () NS/NR	
06	Sabe ler e escrever?	1. () Sim 2. () Não 98. () NS/NR	
07	Quantos anos de estudo o senhor(a) tem? _____	1. () analfabeto 2. () alfabetizado 3. () fund. incomp 4. () fund. Comp 5. () médio incomp. 6. () médio comp. 7. () superior incomp. 8. () superior compl. 98. () NR 99. () NA	
08	O senhor(a) é aposentado?	1. () sim 2. () não 98. () NR	
09	Antes de se aposentar, o senhor(a) trabalhava em que?	_____ 98. () NR 99. () NA	
10	Por quanto tempo, o senhor(a) trabalhou nisto?	_____ 98. () NR 99. () NA	
11	Qual a sua renda atual?	1. () 1 salário mínimo 2. () De 1 a 3 salários mínimos 3. () Mais de 3 salários mínimos 98. () NR	
12	Qual a renda da sua família atual?	1. () 1 salário mínimo 2. () De 1 a 3 salários mínimos 3. () Mais de 3 salários mínimos 98. () NR	
13	Quantas pessoas vivem do seu rendimento (incluindo o idoso)? _____		
14	Em que zona o senhor(a) mora?	1. () Urbana 2. () rural 98. () NR	
15	O senhor(a) tem filhos?	1. () sim 2. () não 98. () NR	
16	Se sim, quantos? _____	_____ meninas _____ meninos 99. () NA	
17	Quantas pessoas moram com o senhor(a) atualmente? _____		
18	Quem são estas pessoas?	1. () marido/esposa 2. () filho/filha 3. () irmãos 4. () netos 5. () outros 98. () NR 99. () NA.	
19	Se outros, quem?		
20	Quantos cômodos tem em sua casa		
21	A casa que o senhor(a) reside é?	1. () própria 2. () alugada 3. () emprestada 98. () NR	



APÊNDICE D - DETALHAMENTO DAS VIVÊNCIAS EM ARTETERAPIA



Vivência 01
Participantes: 16 idosos (2 homens e 14 mulheres)
Objetivo da atividade: Estimular a criatividade para uma melhor percepção de si mesmo e a expansão dos sentimentos e emoções.
Atividade prevista: Pintura Livre
Materiais e outros recursos utilizados: papel, lápis, tintas, recortes de revistas, papel diploma.
Domínio da qualidade de vida: físico e psicológico
<p>Relato sumarizado da sessão:</p> <p>1º Acolhimento</p> <p>- Ao chegarem na sala organizada, foi pedido para que cada um escolhesse um papel colorido e escrevesse em uma palavra um sentimento de gratidão e depois colocasse em uma caixa que denominei pote da gratidão.</p> <p>- Dinâmica da teia: todos em pé foi realizada a acolhida com apresentação do nome e um sentimento que queriam compartilhar (paz, amor, união, Deus, família, gratidão, fé, caridade)</p> <p>Formou-se uma teia com nomes e sentimentos, perguntei o que estavam sentindo e que imagem formou (estrela, entrelaçado...)</p> <p>2º Aquecimento</p> <p>- Música para relaxamento, foi feito uma meditação guiada, uma viagem imaginária (livro: descobrindo crianças p. 17 e 18) e exercício de respiração. Óleo essencial de alecrim para automassagem nas mãos.</p> <p>3º Trabalho expressivo (trabalhar sua autopercepção)</p> <p>Expressão conduzida: Foi dado o comando para que colocassem no papel como cada um se percebe.</p> <p>4º Reflexão do processo expressivo</p> <p>Foi solicitado que cada um olhasse para sua imagem criada e refletisse: Olhando para sua imagem, o quê ela fala de você?</p> <p>5º Fechamento</p> <p>- Solicitado que todos tirassem um papel da caixa de gratidão e cada um tirou um sentimento de gratidão. Em seguida, foi pedido que cada um formasse uma frase com aquela palavra e a outra pessoa iria completando a frase com a sua palavra e, assim, sucessivamente.</p> <p>- A pesquisadora ia anotando tudo e ao final era lido para o grupo o texto formado por eles.</p> <p>- O fechamento da vivência aconteceu com todos os participantes de mãos dadas e cada um falou o que representou aquele momento para si.</p> <p>6º Fotos</p>
 


Vivência 02	
Participantes: 16 idosos (2 homens e 14 mulheres)	
Objetivo da atividade: Estimular a criatividade para uma melhor percepção de si mesmo e a expansão dos sentimentos e emoções.	
Atividade prevista: colagem	
Materiais e outros recursos utilizados: tesouras, colas, recortes de revista, papel diploma	
Domínio da qualidade de vida: físico e psicológico	
<p>Relato sumarizado da sessão:</p> <p><u>1º Acolhimento</u></p> <p>- Ao chegarem na sala preparada para vivência, foi realizado um momento de acolhimento perguntando nome, como estão chegando, como passou a semana.</p> <p>- Houve um resgate do vínculo do grupo com a leitura do texto construído coletivamente na vivência anterior e eles denominaram de oração do grupo. - Solicitado que um dos participantes realizasse a leitura da “oração” sendo apoiado pelo grupo e, ao final da leitura, foi sugerido pelo grupo a leitura da mesma antes de todas as vivências.</p> <p><u>2º Aquecimento</u></p> <p>- Música para relaxamento, solicitado que cada um fechasse os olhos e fizesse um exercício de respiração, entrando em contato consigo mesmo, para se perceber nos sentimentos e emoções.</p> <p>- Realizada uma meditação guiada da seguinte forma: imagine que você é uma roseira...onde está plantada? Qual o seu tamanho? Que tipo de rosa? Sinta suas raízes... e seus galhos...Como é sua vida? Que mudanças tem com as estações? O que você está sentindo? E, aos poucos, vai trazendo para o momento presente. - Ao retorno, foi orientado uma automassagem iniciada pelas mãos com óleo essencial de lavanda (a lavanda ajuda a ativar as emoções)</p> <p><u>3º Trabalho expressivo</u> (trabalhar sua autopercepção)</p> <p>Expressão conduzida: Foi dado o comando a cada um que pegasse uma folha de papel na mesa de trabalho e imaginasse que essa folha fosse um espelho. Os idosos deveriam criar com os materiais que estavam à disposição na mesa, escolhessem gravuras que lhe representavam no momento ou fizessem um autorretrato com sentimentos que emergiram pela meditação.</p> <p><u>4º Reflexão do processo criativo</u></p> <p>- Sentados em círculos, cada um com sua imagem nas mãos, foi solicitado para que cada um olhasse para o que criou e falasse sobre a imagem refletindo nas seguintes perguntas condutoras: O que essa imagem fala de você? O que ela diz dos seus sentimentos? Após cada fala, solicitado que ao final colocassem a imagem no centro perto das palavras que eles disseram no encontro anterior: VIDA, SAÚDE, GRATIDÃO, DEUS, UNIÃO, FAMÍLIA, FÉ, AMOR. A pesquisadora ia anotando os principais pontos das falas de cada um e ao final era lido para o grupo a síntese das falas.</p> <p><u>5º Fechamento</u></p> <p>- Ao final, foi solicitado que fizessem uma caminhada na sala olhando para os colegas e escolhessem um dos participantes, parando em frente do escolhido e olhasse bem nos olhos e depois lhe desse um abraço. Conclui com um abraço coletivo.</p> <p><u>6º Fotos</u></p>	
	



Vivência 03
Participantes: 13 idosos (2 homens e 11 mulheres)
Objetivo da atividade: Estimular a criatividade para uma melhor percepção de si mesmo no mundo (sociedade).
Atividade prevista: Desenho no círculo (trabalhar a percepção de vida)
Materiais e outros recursos utilizados: Papel diploma, lápis de cores, hidrocores, tintas, pincéis
Domínio da qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente
<p>Relato sumarizado da sessão:</p> <p><u>1º Acolhimento</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ao chegarem à sala preparada para vivência, foi iniciado o momento de acolhimento e foi pedido que escolhessem um dos papéis coloridos. - Em seguida, perguntou como estão chegando? como passou a semana? Foi solicitado que dissesse o seu nome e o que gosta de fazer. - Cada um idoso recebeu uma cópia escrita do texto construído no primeiro encontro que ficou batizado como “oração do grupo”. Foi realizada uma leitura coletiva da oração. Esse momento foi um resgate das sessões anteriores. <p><u>2ª Momento – Aquecimento</u></p> <p>Foi colocada uma música de relaxamento e solicitado que todos ficassem de pé para um exercício de alongamento, auto toque nas mãos, na cabeça, pescoço, ombro, pés. Andar livremente na sala fazendo breve alongamento. Exercício de respiração e automassagem nas mãos com óleo essencial de lavanda (ativar as emoções).</p> <p><u>3º Trabalho expressivo</u> (trabalhar sua autopercepção)</p> <p>Expressão conduzida: Mesas preparadas com materiais expressivos e uma folha de papel com um círculo desenhado no meio, dado o comando ao idosos para produzirem uma imagem dentro do círculo de como eles se percebem no mundo.</p> <p><u>4º Reflexão do processo expressivo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Todos em círculos, foi solicitado que cada um olhasse para sua imagem e falassem sobre ela, refletindo nas perguntas condutoras: Como você se percebe no mundo? O que está no centro desta imagem? - Após as falas, foi solicitado que eles colocassem a imagem no centro para que todos pudessem visualizar. - A pesquisadora ia anotando os principais pontos das falas de cada um e ao final era lido para o grupo a narrativa construída. <p><u>5º Fechamento</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ao final de todas as falas, todos se colocaram de pé e de mãos dadas. Foi solicitado que cada um dissesse com uma única palavra o que essa vivência representou na vida, bem como todo o momento, desde a cor escolhida a cada detalhe da sua imagem. -Encerrou a vivência com o abraço coletivo. <p><u>6º Fotos</u></p>




Vivência 04	
Participantes: 14 idosos (2 homens e 12 mulheres)	
Objetivo da atividade: Favorecer a autopercepção do corpo no processo de envelhecimento para resgate da autoestima.	
Atividade prevista: Desenho da mão (trabalhar a percepção do corpo)	
Materiais e outros recursos utilizados: Papel ofício, lápis de cores, hidrocores lantejoulas, tintas, pincéis, recortes de revistas	
Domínio da qualidade de vida: físico e psicológico	
<p>Relato sumarizado da sessão:</p> <p>1º Acolhimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ao chegarem à sala preparada para a vivência, foi iniciada a acolhida com as boas-vindas. Como estão chegando? como passou a semana? - Após esse momento inicial, realizou-se uma dinâmica utilizando folha de papel amassada em um formato de bola, cada um deveria dizer o nome, uma qualidade e em seguida, jogar essa bola para outra pessoa que repetiria até atingir todos os participantes. A última pessoa devolverá a bola a quem jogou para ela e repetir o nome e qualidade da pessoa que recebeu a bola. - Após essa dinâmica, o grupo permaneceu em círculo e foi feito coletivamente a leitura da oração do grupo. <p>2º Aquecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi colocado uma música para relaxamento foi solicitado que todos sentassem e fechassem os olhos e fizessem um exercício de respiração. Nesse momento, a pesquisadora solicita que todos pensem nos sentimentos e emoções que estão emergindo no momento, poderá ser sensações boas ou ruins. - Logo em seguida, inicia uma meditação guiada: Imagine que vocês estejam nesse momento em uma praia tranquila, olhando as ondas bem calmas desmancharem-se na areia branca, uma após a outra, docemente...., morna. Há uma paz infinita à sua disposição. Deixe que essa tranquilidade tome conta de você. <p>Sentidos trabalhados: ver – visão; ouvir – audição, Sentir – tato, Respirar = inspirar + expirar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercício de respiração e automassagem nas mãos com óleo essencial de lavanda (ativar as emoções) <p>3º Trabalho expressivo (trabalhar autopercepção do corpo)</p> <p>Expressão conduzida: as mesas organizadas com todos os materiais expressivos, foi dado o comando para que cada idoso desenhasse a sua própria mão na folha de papel e fizesse uma expressão artística nela.</p> <p>4º Reflexão do processo expressivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentados em círculo e cada um com a sua imagem, foi solicitado que cada um olhasse para sua imagem e falassem sobre ela refletindo: O que essa imagem da mão carrega de sua história? - Após o processo de reflexão, foi solicitado que a imagem fosse colocada no centro do círculo para que todos visualizassem. - A pesquisadora ia anotando os principais pontos das falas de cada um e ao final era lida as narrativas do grupo. <p>5º Fechamento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todos de pé e de mãos dadas, foi solicitado para que colocassem com uma palavra o sentimento sobre a sessão, sendo o momento encerrado com um abraço coletivo. <p>6º Fotos</p>	
	



Vivência 05
Participantes: 11 idosos (2 homens e 9 mulheres)
Objetivo da atividade: Favorecer a auto percepção do corpo no processo de envelhecimento para o resgate da autoimagem positiva.
Atividade prevista: Colagem na sacola (trabalhar a percepção do corpo – quem eu sou)
Materiais e outros recursos utilizados: sacolas de papel, lápis hidrocor, tesouras, colas, lantejoulas, recortes de revistas
Domínio da qualidade de vida: físico e psicológico
<p>Relato sumarizado da sessão:</p> <p>1º Acolhimento</p> <p>- Ao chegarem à sala preparada para a vivência, foi iniciado o momento de acolhimento e as boas-vindas: Como estão chegando? como passou a semana?</p> <p>- Leitura coletiva da oração do grupo.</p> <p>2ª Aquecimento</p> <p>- Foi colocada uma música ambiente e solicitado que os idosos caminhassem pela sala olhando um para o outro. Pedido para que eles se alongassem e depois o momento de relaxamento.</p> <p>- Após esse momento, foi conduzida a meditação guiada: solicitado que todos fechassem os olhos e a pesquisadora conduziu a meditação da caverna secreta que diz o seguinte: vá dar um passeio.....chegue em uma campina.... pense em um lugar que você gostaria de estar.....sinta esse lugar.....sinta seu cheiro.....seu perfume.....o que há neste lugar (um riacho, um barco....) agora vocês vão entrar num túnel, uma caverna secreta.....o que você encontra nesse lugar? Saia da caverna.... volte de lá e vá chegando.</p> <p>- Realizado o exercício de respiração e automassagem nas mãos com óleo essencial e lavanda (ativar as emoções)</p> <p>3º Trabalho expressivo (trabalhar auto percepção do corpo)</p> <p>Estímulo gerador: pedido que todos ficassem de pé e se olhassem no espelho da sala: o que você está vendo? Toque nesta pessoa que você encontrou no espelho, apresente-se a ela.</p> <p>Expressão conduzida: às mesas organizadas e todos os materiais expostos, cada um escolhe onde sentar. A pesquisadora dá as orientações: hoje vocês vão trabalhar nas sacolas de papel, na frente da sacola colocar três gravuras do que gosta em você e atrás três gravuras que não gosta em você.</p> <p>4º Reflexão do processo expressivo</p> <p>- Em círculo sentados, cada um com sua imagem em mãos, foi solicitado que cada um olhasse para a imagem e falasse sobre ela refletindo nos seguintes pontos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quem eu sou além dos papéis que exerço? 2. O que essa imagem mostra de mim? (minha aparência, meus valores....) <p>A pesquisadora foi anotando os principais pontos de fala de cada participante e ao final, todos colocam a imagem no centro e a pesquisadora faz uma leitura dinâmica das falas que foram emergidas durante o processo de autorreflexão.</p> <p>5º Fechamento</p> <p>Ao final, todos se colocaram de pé e de mãos dadas, foi solicitado que falassem como se sentiram com a dinâmica do espelho e, também, com uma única palavra dissessem o que representou o momento para si. Encerrada a sessão com um abraço coletivo.</p> <p>6º Fotos</p>
 

Vivência 06
Participantes: 14 idosos (2 homens e 12 mulheres)
Objetivo da atividade: Favorecer a autopercepção do corpo no processo de envelhecimento para o resgate da autoimagem positiva.
Atividade prevista: Desenho do Autorretrato
Materiais e outros recursos utilizados: Papel desenho, lápis hidrocor, lápis de cores
Domínio da qualidade de vida: físico e psicológico
<p>Relato sumarizado da sessão:</p> <p>1º Acolhimento Ao chegarem na sala preparada para a vivência, é iniciado o momento de acolhimento e boas vindas perguntando como eles estavam chegando e como passaram a semana. É solicitado que fiquem em pé e em círculo é feita a leitura coletiva da “oração do grupo”</p> <p>2º Aquecimento - Foi colocada uma música ambiente e solicitado que se levantassem, alongassem. Foi orientado para que cada um reconhecesse cada segmento do seu corpo, iniciado pela cabeça pausadamente até o dedo dos pés. Neste momento também se trabalhou a respiração e após, eles caminharam na sala se olhando. - A pesquisadora solicita que todos se sentem e de olhos fechados inspirassem e expirassem, pensando nos segmentos do seu corpo. - A pesquisadora solicitou que colocassem as mãos virada para cima e ela colocou o óleo de lavanda nas mãos para uma automassagem das mesmas.</p> <p>3º Trabalho expressivo (trabalhar autopercepção do corpo) (1h) Estímulo gerador: Foi pedido que todos ficassem de pé e olhassem seu rosto no espelho da sala, fixando o olhar e tocassem no rosto, dissessem palavras positivas para quem estava em frente ao espelho. Expressão conduzida: As mesas organizadas com todos os materiais expressivos. Foi dado o comando sobre a dinâmica do trabalho: hoje vocês vão desenhar o rosto que vocês viram no espelho, o seu autorretrato</p> <p>4º Reflexão do processo expressivo - Todos em círculo sentados, cada um com sua imagem, foi solicitado para que cada um olhasse para sua imagem e falasse sobre ela, refletindo nos seguintes pontos: O que essa imagem fala da minha história? - A pesquisadora foi anotando os principais pontos de fala de cada participante e ao final, todos colocam a imagem no centro e a pesquisadora faz uma leitura dinâmica das falas emergidas no processo de autorreflexão.</p> <p>5º Fechamento Ao final de todas as falas, eles ficaram de pé e foi pedido que dessem as mãos. Solicitado que cada um dissessem em uma palavra o que representou esse momento para si. E encerrou a sessão com um abraço coletivo.</p> <p>6º Fotos</p>
 

Vivência 07
Participantes: 12 idosos (2 homens e 10 mulheres)
Objetivo da atividade: Permitir a aceitação e ressignificação de sentimentos e emoções vivenciados no processo de envelhecimento.
Atividade prevista: Massa de modelar
Materiais e outros recursos utilizados: Massa de modelar, base redonda de isopor, palitos de churrascos, palitos de picolé, lantejoulas
Domínio da qualidade de vida: físico, psicológico e relações sociais
<p>Relato resumido da sessão:</p> <p>1º Acolhimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ao chegarem na sala preparada para a sessão, com todos de pé foi iniciado o momento de acolhimento e as boas-vindas perguntando: como vocês estão chegando? como passou a semana? como estão se sentindo hoje? - Leitura coletiva da oração do grupo. <p>2ª Aquecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocada música ambiente, solicitado que cada um se alongasse e foi orientado para que cada um sentisse todo o seu corpo tocando-o, iniciando pela cabeça até os dedos dos pés. E nesse momento, também se trabalhou a respiração e automassagem. - Solicitado que sentados, sentissem a sua respiração e foi oferecido óleo mineral de lavanda para uma automassagem nas mãos. <p>3º Trabalho expressivo</p> <p>Estímulo gerador: O grupo permaneceu sentado e a pesquisadora inicia a leitura do livro SENTIMENTOS de Libby Walden. Com ênfase nos pontos para despertar para o momento expressivo.</p> <p>Expressão conduzida: Após o momento da leitura do livro, os participantes se dirigiram para sala de trabalho onde as mesas estavam organizadas com os materiais expressivos, cada um escolhesse onde se sentar. Em seguida, a pesquisadora solicita que se concentrem em seus sentimentos e emoções que estão emergindo e expressassem através da criação de uma imagem.</p> <p>4º Reflexão do processo expressivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentados em círculos, cada um com sua imagem criada, foi solicitado que cada um olhassem para sua criação e falasse sobre sua imagem: Que sentimentos essa imagem revela de você? - A pesquisadora foi anotando os principais pontos de fala de cada participante e ao final, todos colocam a imagem no centro e a pesquisadora faz uma leitura dinâmica das falas emergidas no processo de autorreflexão. <p>5º Fechamento</p> <p>Ao final, todos ficaram de pé e foi pedido que dessem as mãos. Solicitado que cada um dissessem em uma palavra o que representou esse momento. E encerrou a sessão com um abraço coletivo.</p> <p>6º Fotos</p>


Vivência 08	
Participantes: 11 idosos (1 homem e 10 mulheres)	
Objetivo da atividade: Estimular o potencial criativo para ressignificação das dificuldades enfrentadas no processo de envelhecimento.	
Atividade prevista: Trabalhar com diversas sucatas	
Materiais e outros recursos utilizados: Sucatas diversas, papel crepom, tecidos, tintas, pincéis, colas, tesouras, papel seda, lã, fita durex, palitos de picolé	
Domínio da qualidade de vida: físico e psicológico	
Relato resumido da sessão:	
1º Acolhimento	
<ul style="list-style-type: none"> - Ao chegarem na sala preparada para a sessão, todos de pé foi iniciado o momento de acolhimento e as boas-vindas perguntando como eles estão chegando, como passou a semana e como estão se sentindo hoje. - A leitura coletiva da oração do grupo. 	
2º Aquecimento	
<ul style="list-style-type: none"> - Foi colocada uma música ambiente e realizado uma meditação guiada levando-os a uma viagem: pede que eles visitem uma vila antiga... e encontrem uma loja...o que encontra nesta loja? o que você quer levar para você? Você não precisa de dinheiro para comprar...tudo é gratuito. Depois dessa meditação, foi pedido que eles continuem de olhos fechados com a mão voltada para cima a pesquisadora coloca o óleo de lavando para que seja massageada as mãos para ativar as emoções. E, aos poucos, é solicitado que vá abrindo os olhos lentamente até voltar por completo. 	
3º Trabalho expressivo	
Estímulo gerador: O grupo permaneceu sentado e a pesquisadora inicia a leitura do livro: O QUE EXISTE EM VOCÊ do autor: Fidel Sclavo. Com ênfase nos pontos para despertar para o momento expressivo.	
Expressão conduzida: as mesas organizadas com os materiais expressivos, cada um escolhe onde sentar. Nesse momento, a pesquisadora pede que pensem em seus sentimentos e emoções e expressassem através da criação de uma imagem com a sucata.	
4º Reflexão do processo expressivo	
<ul style="list-style-type: none"> - Nesse momento o grupo sai das mesas de trabalho e se coloca em círculo sentados, cada um com sua imagem. Em seguida, solicitado para que individualmente eles olhassem para sua criação e falassem sobre ela refletindo nos seguintes pontos: O que existe em mim? O que essa imagem diz? Que sentimentos revela de mim? - A pesquisadora vai anotando os principais pontos de fala de cada participante e ao final, todos colocam a imagem no centro e a pesquisadora faz uma leitura dinâmica das falas emergidas no processo de autorreflexão. 	
5º Fechamento	
Ao final de todas as falas, eles ficaram de pé e foi pedido que dessem as mãos. Solicitado que cada um dissessem em uma palavra o que representou esse momento para si. E encerrou a sessão com um abraço coletivo.	
6º Fotos	
	

Vivência 09
Participantes: 12 idosos (2 homens e 10 mulheres)
Objetivo da atividade: Estimular a ampliação das situações vividas e o olhar para dentro de si e para o meio em que vive.
Atividade prevista: Diário Criativo
Materiais e outros recursos utilizados: Bloco de papel, tintas, pincéis, colas, tesouras, fita durex, lápis de cores, hidrocores, recortes de revistas.
Domínio da qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.
<p>Relato sumarizado da sessão:</p> <p>1º Acolhimento Ao chegarem na sala preparada para a sessão, todos de pé foi iniciado o momento de acolhimento e as boas-vindas perguntando como eles estão chegando, como passou a semana, como estão se sentindo hoje e no caminho o que chamou a sua atenção. - Leitura coletiva da oração do grupo.</p> <p>2º Aquecimento - Todos de pé, foi colocada uma música mais movimentada e convidado para cantarem e dançarem juntos, a música <i>Tempo, tempo, tempo</i> de Caetano Veloso. Enquanto canta, caminhar pela sala se movimentando, dançando e se entreolhando. - Depois desse momento, é pedido que eles se sentem fechem os olhos, façam um exercício de respiração e a pesquisadora coloca em suas mãos o óleo de lavanda para que seja massageada as mãos. E aos poucos, é solicitado que eles vão abrindo os olhos lentamente até voltar por completo.</p> <p>3º Trabalho expressivo (sua história contada) Estímulo gerador: O grupo permaneceu sentado e a pesquisadora inicia a leitura do livro: <i>Bom dia todas as cores</i> da autora Ruth Rocha. Com ênfase nos pontos para despertar para o momento expressivo. Expressão conduzida: Após o momento da leitura do livro, os participantes se dirigiram para sala de trabalho em que as mesas estão organizadas com os materiais expostos, eles escolhem onde sentar. Nesse momento, a pesquisadora pede que pensassem na história e quais sentimentos e emoções estavam em cada um e expressassem através da criação de um diário criativo.</p> <p>4º Reflexão do processo criativo - Sentados em círculo, cada um com seu diário, solicitado para que olhando para a imagem que criou e falassem sobre ela refletindo nos seguintes pontos: O que você tem para me dizer? - A pesquisadora vai anotando os principais pontos de fala de cada participante e ao final, todos colocam a imagem no centro e a pesquisadora faz uma leitura dinâmica das falas emergidas no processo de autorreflexão. - Esse diário vocês vão levar para casa e cada dia, vão escrever/colar/desenhar algo que lhe chamem significativo na sua rotina diária.</p> <p>5º Fechamento Ao final de todas as falas, de pé e de mãos dadas, foi solicitado que cada um falassem em uma palavra o que representou esse momento. E encerrou a sessão com um abraço coletivo.</p> <p>6º Fotos</p>
 

Vivência 10
Participantes: 11 idosos (2 homens e 9 mulheres)
Objetivo da atividade: Vivenciar sensações, sentimentos de frustrações e expectativas para uma maior aceitação de si e do outro no processo do envelhecimento.
Atividade prevista: Desenho coletivo
Materiais e outros recursos utilizados: Folhas de papéis ofício, lápis grafite, - Lápis de cores, hidrocores, Lápis de cera
Domínio da qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente
<p>Relato sumarizado da sessão:</p> <p>1º Acolhimento Ao chegarem na sala preparada para a sessão, todos de pé foi iniciado o momento de acolhimento e as boas-vindas perguntando como eles estão chegando, como passou a semana, como estão se sentindo hoje. - A leitura coletiva oração do grupo</p> <p>2º Aquecimento - Foi colocada a música intitulada: <i>Leve</i> de Lenine e pedido para que eles escolham um balão e enchessem. Depois dos balões cheios, todos foram caminhando acompanhando a música e jogando o balão sem deixar cair no chão até a música parar. - Após essa atividade, foi solicitado que eles sentem em círculo, fechem os olhos e façam um exercício de respiração (seis vezes), com as mãos para cima para que a pesquisadora coloque o óleo de lavanda nas mãos para a automassagem. E aos poucos, é solicitado vão abrindo os olhos lentamente até voltar por completo.</p> <p>3º Trabalho expressivo (trabalhar a frustração) Estímulo gerador: O grupo permaneceu sentado e a pesquisadora inicia a leitura do livro: A parte que falta do autor Shel Silverstein. Com ênfase nos pontos para despertar para o momento expressivo. Expressão conduzida: Após o momento da leitura do livro, os participantes se dirigiram para sala de trabalho em que todas as mesas estavam juntas e todos os materiais expostos, eles escolhem onde se sentar. A pesquisadora orientou que cada um pegasse uma folha de ofício e colocassem o nome, cada um iria começar o desenho na folha de ofício e quando o sino tocasse um passava seu desenho para o outro ir completando e, assim sucessivamente, até o desenho chegar na mão do seu dono. (trabalhar cada um completando o desenho do outro).</p> <p>4º Reflexão do processo expressivo - Solicitado para que individualmente eles olhassem para a imagem que formou e refletissem nos seguintes pontos: Que imagem formou e o que ela fala de você? - A pesquisadora foi anotando os principais pontos das falas de cada participante e ao final, todos colocaram a imagem no centro e a pesquisadora fez a leitura dinâmica das falas emergidas no processo de autorreflexão.</p> <p>5º Fechamento - Ao final de todas as falas, eles ficaram de pé e de mãos dadas, foi solicitado que cada um falasse em uma palavra o que representou esse momento para si. E encerrou a sessão com um abraço coletivo.</p> <p>6º Fotos</p>
 

Vivência 11

Participantes: 12 idosos (2 homens e 10 mulheres)

Objetivo da atividade: Exercitar a concentração permitindo que as emoções e sentimentos sejam vividos e sentidos no processo do envelhecimento.

Atividade prevista: Modelagem em argila

Materiais e outros recursos utilizados: Argila, água, base de isopor, papel manteiga, palitos de picolé, palito de churrasco, garfos e facas descartáveis, durex, tesoura

Domínio da qualidade de vida: físico, psicológico e relações sociais

Relato sumarizado da sessão:

1º Acolhimento

- Ao chegarem na sala preparada para a sessão, todos de pé foi iniciado o momento de acolhimento e as boas-vindas perguntando como eles estão chegando, como passou a semana, como estão se sentindo hoje e como foi a escrita do diário criativo na semana.
- Leitura coletiva da oração do grupo.

2º Aquecimento

- Foi colocada a música intitulada: *Esquadros* de Marisa Monte e pedido para que eles observem a imagem do encontro anterior (desenho coletivo) que estavam expostos no centro do círculo no chão da sala.
- É solicitado que sentem em círculo, fechem os olhos e façam um exercício de respiração (seis vezes), com as mãos para cima para que a pesquisadora coloque o óleo de lavanda nas mãos para a automassagem. E aos poucos, é solicitado que vão abrindo os olhos lentamente até voltar por completo.

3º Trabalho expressivo (trabalhar os sentimentos com a argila-esculpindo a vida)

Estímulo gerador: O grupo permaneceu sentado e a pesquisadora inicia a leitura da mensagem *Ilha de Sentimentos*. Com ênfase nos pontos para despertar para o momento expressivo.

Expressão conduzida: Após o momento da leitura da história, os participantes se dirigiram para sala de trabalho em que todas as mesas estavam organizadas e os materiais expostos, eles escolhem onde se sentar. A pesquisadora orienta como será a dinâmica dos trabalhos, hoje vocês vão trabalhar com argila. Primeiro de olhos fechados para sentir a argila, que sentimento estão sentindo em manipular a argila? Sintam não precisa falar, agora abra os olhos e comecem a sua criação.

4º Reflexão do processo expressivo


- Em círculo sentados, cada um com sua escultura criada e solicitado para que cada um olhasse para o que criou e escolhesse um nome/tema para sua escultura e falassem sobre a imagem: esculpindo essa imagem como você se sentiu em relação a vida? Por fim, a pesquisadora pergunta qual a sensação que a argila despertou e os sentimentos emergidos.
- A pesquisadora foi anotando os principais pontos das falas de cada participante e ao final, todos colocam a imagem no centro e a pesquisadora faz uma leitura dinâmica das falas emergidas no processo de autorreflexão.



5º Fechamento

Ao final de todas as falas, de pé e de mãos dadas, foi solicitado que cada um falassem em uma palavra o que representou esse momento para si. E encerrou a sessão com um abraço coletivo.

6º Fotos



Vivência 12
Participantes: 10 idosos (2 homens e 8 mulheres)
Objetivo da atividade: Proporcionar a cooperação, o envolvimento e a interação em grupo para expansão do senso de pertencimento na velhice.
Atividade prevista: Desenho coletivo
Materiais e outros recursos utilizados: papel grande, recortes, papel crepom, colas e tesouras, palito de churrasco, hidrocores, lápis de cores
Domínio da qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.
<p>Relato resumizado da sessão:</p> <p>1º Acolhimento</p> <p>- Ao chegarem na sala preparada para a sessão, todos de pé foi iniciado o momento de acolhimento e as boas-vindas perguntando como eles estavam chegando, como passaram a semana, como estavam se sentindo hoje e como foi a escrita do diário criativo na semana. Leitura coletiva da oração do grupo.</p> <p>2º Aquecimento</p> <p>- Foi colocada a música intitulada: Eu sou eu de Fadas Magrinhas e pedido para que eles andem pela sala se olhando, se encontrando com o olhar e através desta reciprocidade caminhar em dupla e partilhar em três minutos o que gosta de fazer e depois troca de posição.</p> <p>- Após esse momento, foi solicitado que eles sentassem em círculo, fechassem os olhos e fizessem um exercício de respiração (seis vezes), com as mãos para cima para que a pesquisadora coloque o óleo de lavanda nas mãos para a automassagem. E aos poucos, é solicitado que eles vão abrindo os olhos e cheguem por completo.</p> <p>3º Trabalho expressivo (desenho coletivo da linha da vida)</p> <p>Expressão conduzida: Os participantes se dirigiram para sala de trabalho em que todas as mesas estavam juntas e os materiais expostos, eles escolhem onde sentar. A pesquisadora orienta como será a dinâmica dos trabalhos, hoje irão trabalhar coletivamente com percurso das vidas que se entrelaçam no grupo: desenhe, pinte lembranças significativas de sua vida, use dedos e mãos, unindo as partes de cada um.</p> <p>4º Reflexão do processo expressivo</p> <p>- Em círculo sentados, a imagem criada coletivamente fica no centro do círculo. Em seguida, foi solicitado para que cada um olhasse para a imagem e escolhesse a parte que se identifica no desenho.</p> <p>- A pesquisadora vai anotando os principais pontos das falas de cada participante e ao final, faz uma leitura dinâmica das falas emergidas no processo de autorreflexão.</p> <p>5º Fechamento</p> <p>- Ao final de todas as falas, todos de pé e de mãos dadas é solicitado que cada um falassem em uma palavra o que representou esse momento para si. E encerrou a sessão com um abraço coletivo.</p> <p>6º Fotos</p>


Vivência 13	
Participantes: 10 idosos (2 homens e 8 mulheres)	
Objetivo da atividade: Facilitar a interação com o outro para a construção e fortalecimento da identidade e afetividade no processo do envelhecimento.	
Atividade prevista: Trabalhar os pés	
Materiais e outros recursos utilizados: Papel, tesouras, colas, lantejoulas, papéis crepons, lápis de cores, tintas, pincéis, colas, tesouras, papel seda, lã.	
Domínio da qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.	
Relato sumarizado da sessão:	
1º Acolhimento	
- Ao chegarem na sala preparada para a sessão, de pé foi iniciado o momento de acolhimento e as boas-vindas perguntando como eles estão chegando, como passaram a semana, o que encontrou no caminho e como foi a escrita do diário criativo na semana. Leitura coletiva da oração do grupo.	
2º Aquecimento	
- Foi colocada a música intitulada: Eu sou eu de Fadas Magrinhas e pedido para que eles andem pela sala se olhando, se encontrando com o olhar. - Após esse momento, foi solicitado que eles sentassem em círculo, fechassem os olhos e fizessem um exercício de respiração (seis vezes) e o óleo de lavanda nas para a automassagem. Aos poucos, é solicitado que eles vão abrindo os olhos e cheguem por completo	
3º Trabalho expressivo (trabalhar autopercepção do corpo) (1h)	
Estímulo gerador: O grupo permaneceu sentado e a pesquisadora inicia a leitura do livro: Fábula da lebre e a raposa, com ênfase nos pontos para despertar para o momento expressivo. É colocada a música Trem Bala e foi solicitado que em dupla um decalcasse o pé do outro na folha.	
Expressão conduzida: Os participantes se dirigiram para sala de trabalho em que todas as mesas estavam organizadas os materiais expostos, eles escolhem onde sentar. A pesquisadora orienta como será a dinâmica, cada um deve fazer uma criação no decalque do seu pé (dentro).	
4º Reflexão do processo criativo	
- O grupo sai das mesas de trabalho e se coloca em círculo sentados, a imagem criada fica no centro do círculo. Em seguida, foi solicitado para que cada um olhasse para a imagem construída com seu pé e refletisse: O que a imagem dos seus pés diz dos caminhos que percorreu na sua trajetória de vida? - A pesquisadora foi anotando os principais pontos das falas de cada participante e, ao final, fez uma leitura dinâmica das falas emergidas no processo de autorreflexão.	
5º Fechamento	
Ao final de todas as falas, todos de pé e de mãos dadas, foi solicitado que cada um falasse em uma palavra o que representou esse momento para si. E encerrou a sessão com um abraço coletivo.	
6º Fotos	
	

Vivência 14
Participantes: 10 idosos (2 homens e 8 mulheres)
Objetivo da atividade: Estimular a concentração permitindo que as emoções e sentimentos sejam vividos e sentidos.
Atividade prevista: Trabalhar as flores da vida
Materiais e outros recursos utilizados: vasos de barros, flores do campo, tesouras, estiletes
Domínio da qualidade de vida: físico e psicológico.
<p>Relato sumarizado da sessão:</p> <p>1º Acolhimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ao chegarem na sala preparada para a sessão, todos de pé foi iniciado o momento de acolhimento e as boas-vindas perguntando como eles estão chegando, como passaram a semana, o que encontraram no caminho e como foi a escrita do diário criativo na semana. - Leitura coletiva da oração do grupo. <p>2º Aquecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi colocada a música intitulada: Eu sou eu de Fadas Magrinhas e pedido para que eles andarem pela sala se olhando, se encontrando com o olhar. - Após esse momento, foi solicitado que se sentassem em círculo, fechassem os olhos e fizessem um exercício de respiração (seis vezes), o óleo de lavanda nas mãos para a automassagem. Aos poucos, é solicitado que eles fossem abrindo os olhos e chegassem por completo <p>3º Trabalho expressivo (criação do vaso com flores)</p> <p>Estímulo gerador: O grupo permaneceu sentado e a pesquisadora inicia a leitura do livro: o Pote Vazio, do autor Dalton Barone e com ênfase nos pontos para despertar para o momento expressivo. É colocada a música Esquadros de Adriana Calcanhoto e solicitado que sentissem a música, a letra.</p> <p>Expressão conduzida: Os participantes se dirigiram para sala de trabalho em que todas as mesas estavam organizadas e os materiais expostos, eles escolhem onde se sentar. A pesquisadora orienta como será a dinâmica: cada um deve preencher o vaso com as flores.</p> <p>4º Reflexão do processo criativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em círculo sentados com seu vaso de flores nas mãos, foi solicitado que cada um olhasse para o vaso e refletisse: O que quero colocar dentro de mim? - A pesquisadora foi anotando os principais pontos das falas de cada participante e, ao final, todos colocam no centro os seus vasos e a pesquisadora faz uma leitura dinâmica das falas emergidas no processo de autorreflexão. <p>5º Momento – Fechamento</p> <p>Ao final de todas as falas, todos de pés e mãos dadas, solicitado que cada um falasse em uma palavra o que representou esse momento para si. E encerrou a sessão com um abraço coletivo.</p> <p>6º Fotos</p>
 

Vivência 15

Participantes: 11 idosos (2 homens e 9 mulheres)

Objetivo da atividade: Proporcionar o contato com a natureza para a estimulação da percepção dos sentidos (ver, ouvir e sentir).

Atividade prevista: Caminhada pelo Jardim Botânico se conectando com a natureza

Materiais e outros recursos utilizados: Recursos da natureza

Domínio da qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Relato sumarizado da sessão:

1º Acolhimento (no ônibus)

- Ao chegarem no ônibus, todos sentados foi realizado o momento de acolhimento e as boas-vindas perguntando como eles estão se sentindo e como passou a semana.

- Leitura coletiva da oração do grupo.

2º Aquecimento

- Ao chegar no Jardim Botânico de Recife em um ambiente calmo, foi colocada a música intitulada: Eu sou eu de Fadas Magrinhas e pedido para que eles andarem pelo parque observando o ambiente (natureza): olhando, ouvindo e sentido o cheiro.

- Após esse momento, sentamos-nos em uns bancos e foi solicitado que eles sentassem fechassem os olhos e fizessem um exercício de respiração (seis vezes), o óleo de lavanda nas mãos para a automassagem. Aos poucos, foi solicitado que eles abrissem os olhos e chegassem por completo

3º Trabalho expressivo (ver, ouvir e sentir)

- Fizemos uma vivência do contato com a natureza, foi solicitado que eles observassem algo que chamou a atenção e fixassem o olhar, sentissem o cheiro, tocassem e se conectassem com a criação e seus sentidos (ver, ouvir e sentir).

4º Reflexão do processo expressivo

- Nesse momento, o grupo se reuniu em um quiosque no parque e ao redor da mesa foi realizada uma reflexão: o que vi, ouvir e senti ao me conectar com a natureza?

- A pesquisadora foi anotando os principais pontos de fala de cada participante e, ao final, uma leitura dinâmica das falas emergidas no processo de autorreflexão.

5º Momento – Fechamento

Ao final de todas as falas, com todos de mãos dadas, foi solicitado que cada um falassem em uma palavra o que representou esse momento para si. De mãos dadas também cantamos e dançamos. Após, compartilhamos um lanche coletivo e encerrou a vivência com um abraço coletivo.

6º Fotos



Vivência 16

Participantes: 11 idosos (2 homens e 9 mulheres)

Objetivo da atividade: Avaliar o processo arteterapêutico na revisitação a sua própria história expressa por meio da arte

Atividade prevista: Avaliação do processo arteterapêutico (fechamento do ciclo)

Materiais e outros recursos utilizados: Exposição de todos os trabalhos expressivos realizados durante todas as vivências.

Domínio da qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Relato sumarizado da sessão:

1º Acolhimento

- Ao chegarem na sala preparada para o encerramento das vivências, todos os materiais criados pelos participantes estavam expostos para visualizarem. Todos de pé, foi iniciado o momento de acolhimento e as boas-vindas perguntando como eles estão chegando, como passou a semana, como estão se sentindo. Leitura coletiva da oração do grupo.

2º Aquecimento

- Colocada a música intitulada: Tocando em frente de Almir Sater e Renato Teixeira e pedido para que eles andassem pela sala se olhando, se encontrando com o olhar e se abraçando.
- Após esse momento, foi solicitado que eles sentassem em círculo, fechassem os olhos e fizessem um exercício de respiração (seis vezes) e o óleo de lavanda nas mãos para a automassagem. Aos poucos, é solicitado que eles abram os olhos e cheguem por completo.

3º Trabalho expressivo

- Os participantes se dirigiram para sala de trabalho em que todas as mesas estavam organizadas e os materiais expostos, eles escolhem onde sentar. Nesse momento, a pesquisadora orienta como será a dinâmica dos trabalhos, hoje irão criar os barquinhos de papel e lançar ao mar.

4º Reflexão do processo expressivo

- Em círculo sentados, cada um lança ao centro do mar o seu barquinho. Solicitado que cada um olhasse para dentro do seu mar e todas as criações nesta jornada, e a partir daí, refletissem: como eu cheguei? como estou saindo? como foi revisitar as imagens?
- A pesquisadora foi anotando os principais pontos das falas de cada participante e, ao final, faz uma leitura dinâmica das falas emergidas no processo de autorreflexão.

5º Fechamento

- Ao final de todas as falas, todos de pé e mãos dadas, foi solicitado que cada um falasse em uma palavra o que representou o grupo e as vivências em Arteterapia. Terminamos com um abraço coletivo e fechamos o ciclo com muita alegria e saudades.

6º Fotos



ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



CARTA DE ANUÊNCIA

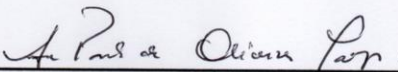
Autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado: **ARTETERAPIA COMO INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO**, sob a responsabilidade da pesquisadora: Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim, aluno do curso de Pós- Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob a orientação do Professor(a) Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, facultando-lhe o acesso as dependências físicas e aos prontuários existentes no Serviço, durante período de coleta estabelecido no plano de trabalho.

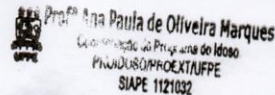
A presente anuência está condicionada ao pleno cumprimento pelas partes envolvidas, pesquisador e orientador e demais membros envolvidos no processo de pesquisa, dos princípios e atribuições estabelecidos pela Resolução 466/2012 do CNS, e suas Resoluções complementares,

Considerações/solicitação:

- A atividade só poderá ser desenvolvida após aprovação do Projeto pelo CEP/CCS/UFPE ou outro;
- Entregar cópia da Aprovação do CEP/CCS/UFPE ou outro a Coordenação da UnATI;
- Informar junto a Secretaria Administrativa da UnATI o início e término da coleta de dados para viabilizar o acesso a novos pesquisadores;

Recife, 18/03/ 2019


 Profª Ana Paula de Oliveira Marques
 Coordenadora do PROIDOSO



ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ARTETERAPIA COMO INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Pesquisador: Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10097919.8.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

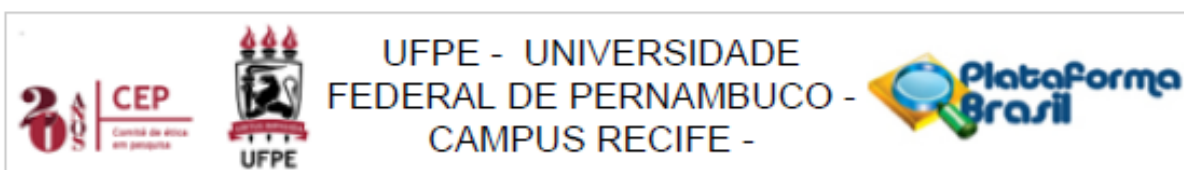
Número do Parecer: 3.366.657

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de tese de doutorado da doutoranda Viviane Jardim, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPE, sob a orientação das Profas. Eliane Vasconcelos e Luciane Lima. A proposta envolve o uso da arteterapia como intervenção de Enfermagem na promoção da qualidade de vida de idoso. Apresenta uma abordagem quantitativa e qualitativa. O local do estudo será no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/Pró-idoso). Os sujeitos do estudo serão as idosas que participam do Projeto Pró-idoso da UFPE. Para a coleta de dados quantitativos sobre situação sócio demográfica e de saúde das idosas, será

utilizado um instrumento semiestruturado, aplicado por meio entrevista individual. Antes das realizações das oficinas de arteterapia, para mensurar a qualidade de vida das idosas será utilizado um instrumento já validados no Brasil para populações idosas: o WHOQOL- Bref. Tal instrumento consta de 26 itens, com duas questões gerais sobre qualidade de vida e as 24 questões divididas em quatro domínios: (a) físico, (b) psicológico, (c) relações sociais e (d) meio ambiente. Através da análise da escala desse instrumento será permitido conhecer os domínios que estão afetados nas idosas e precisam ser trabalhados por meio da arteterapia. Os dados qualitativos serão apresentados de maneira descritiva e analisados levando em consideração a qualidade do material produzido pelos participantes. As falas e expressões construídas serão gravadas e filmadas. Os registros das oficinas serão transcritos em sua totalidade e será analisado segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefevre &

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepocs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.366.657

Lefevre.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar o efeito da arteterapia como intervenção de Enfermagem para a promoção da qualidade de vida de idoso.

Específicos:

- Mensurar o nível de qualidade de vida segundo os domínios do Whoquo- Bref;
- Intervir por meio da arteterapia sobre os domínios afetados;
- Comparar a qualidade de vida segundo o Whoquo-Bref antes e depois da intervenção
- Analisar o efeito da arteterapia em relação aos domínios da qualidade de vida, antes e após da intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e as formas de minimizá-los, assim como os benefícios estão descritos de forma apropriada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e trará importantes contribuições para o cuidado de Enfermagem para a população idosa. A proposta está bem delineada, possui método apropriado para atingir os objetivos propostos. O cronograma e o orçamento estão adequados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos, conforme as normas do CEP/UFPE.

Recomendações:

A pesquisadora efetuou os ajustes solicitados pelo CEP/UFPE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

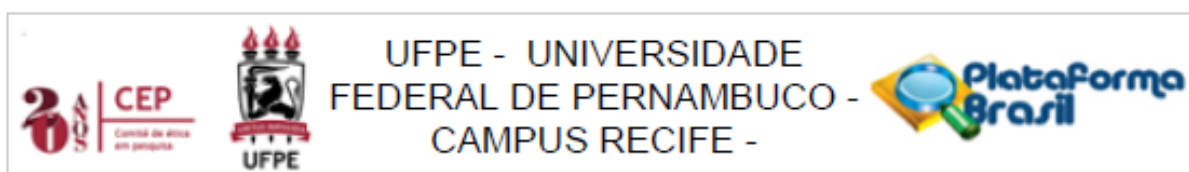
Recomendo aprovação do protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.366.657

participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

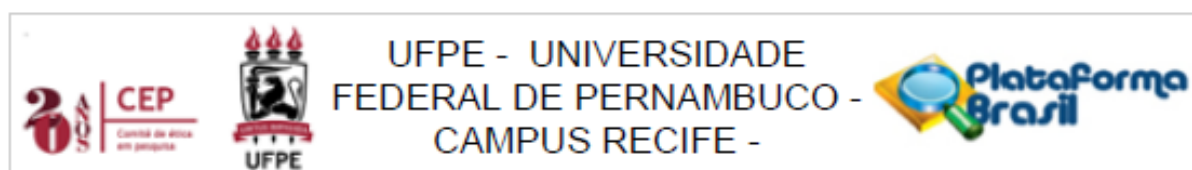
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1301919.pdf	28/05/2019 10:35:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Proj_CEP_corr_pend_TCLE.doc	28/05/2019 10:33:44	Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corr_pend.docx	28/05/2019 10:33:23	Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim	Aceito
Outros	Carta_resposta.docx	28/05/2019 10:32:19	Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim	Aceito
Outros	Matricula.pdf	21/03/2019 21:59:14	Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_NAI.docx	21/03/2019 21:58:28	Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim	Aceito
Outros	Uso_imagem.doc	21/03/2019 21:11:24	Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim	Aceito
Outros	Termo_Confiabilidade.docx	21/03/2019 21:09:47	Viviane Cristina Fonseca da Silva	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.366.657

Outros	Termo_Confiabilidade.docx	21/03/2019 21:09:47	Jardim	Aceito
Outros	Lattes_luciane.pdf	21/03/2019 21:08:38	Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim	Aceito
Outros	Lattes_Eliane.pdf	21/03/2019 21:08:20	Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim	Aceito
Outros	Lattes_Viviane.pdf	21/03/2019 21:08:02	Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	20/03/2019 07:27:12	Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 04 de Junho de 2019

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO C – WHOQOL-BREF

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida *The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-BREF* Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam **sobre quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO