

SHEILA KATIA COZIN

Idosos e Florais de Bach: em busca  
do restabelecimento da auto-estima

Dissertação apresentada ao  
Programa de Saúde do Adulto da  
Escola de Enfermagem da  
Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Mestre

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ruth  
Natalia Teresa Turrini

SÃO PAULO  
2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Catálogo na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”**  
**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Cozin, Sheila Katia

Idosos e florais de Bach: em busca do restabelecimento da auto-estima. / Sheila Kátia Cozin. – São Paulo, 2009.

108 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

1. Saúde do idoso 2. Autoconceito 3. Florais de Bach (Medicamentos) I. Título

Dedico este trabalho aos idosos que sentem que a vida é muito curta ou infeliz para perceberem-se como os anciões da tribo...

E àqueles que sentem que o mundo é muito maior do que é e que os humanos são muito mais sensíveis do que são!

## **Agradecimentos**

Agradeço antes de tudo a Alguém lá de cima, que ampara todos nós aqui em baixo, não esquecendo de mim também, mesmo quando não me achava merecedora ou quando duvidava da minha competência.

Pela certeza de que foram imprescindíveis à conclusão deste trabalho e de muitos outros, agradeço:

Aos meus pais, irmãos e apêndices, que este ano, para minha felicidade, se multiplicaram, formatando a Família mais desejada da Terra!

Às minhas novas amigas, Aline e Paola, por terem me agüentado e auxiliado durante a coleta de dados.

Ao Marcel, pela ajuda, disponibilidade, favores, resoluções, quebras-galhos... e, principalmente, por ter me instigado a procurar respostas alternativas às minhas dúvidas sobre o mundo!

Aos meus filhotes, Lipe e Luky, por terem feito dos momentos mais difíceis os mais engraçados!

Ao Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza e ao Hospital do Servidor Público Estadual, por acreditarem neste trabalho e pelo carinho e acolhimento que eu e todos que realizaram esta pesquisa comigo recebemos da equipe de saúde.

Aos idosos participantes, que não acreditavam em si como anciãos, mas que se mostraram como grandes mestres quando se vislumbraram.

À FAPESP, pelo financiamento do projeto, que permitiu a realização operacional do mesmo (processo nº 08/50477-0).

À CAPES, pela bolsa de estudo, que possibilitou minha dedicação integral à este trabalho.

Em especial, agradeço à Ruth Natalia Teresa Turrini, que me atrevo a não citá-la com a titulação (mais do que merecida), pois neste momento já a considero como uma das minhas melhores amigas.

E ao meu grande amor... que não somente neste, mas em todas as realizações da minha vida, me acompanhará e me incentivará... Amo você Vitor!

Agradeço ao meu destino, por ter me providenciado tudo isso!!

Cozin SK. Idosos e Florais de Bach: em busca do restabelecimento da auto-estima [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

## Resumo

A preocupação em compreender o indivíduo de forma holística está gradativamente aumentando na área da saúde. Neste cenário os Florais de Bach consolidam-se, buscando suprir as necessidades emocionais dos indivíduos, incluindo a auto-estima, degradada em muitos idosos pela falta de auto-confiança e auto-respeito que vivenciam. Acreditando que as essências florais são capazes de estimular comportamentos e atitudes positivas e aumentar a percepção e compreensão dos sentimentos, optou-se por avaliar a efetividade dos Florais de Bach na melhora da auto-estima de idosos. Desenvolveu-se um estudo experimental, tipo ensaio clínico, triplo-cego, com idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria de São Paulo. Para avaliação da auto-estima utilizou-se o instrumento de Dela Coleta e para caracterização dos idosos uma anamnese de dados sócio-culturais-demográficos. De Abril/2008 a Julho/2009 abordou-se para avaliação da auto-estima 665 idosos. Desses, 15,9% (106) apresentou escore de auto-estima referente à baixa/média auto-estima, porém somente 80 preencheram também os outros critérios de inclusão do estudo. Ao fim, com as desistências, obteve-se 67 idosos, 35 alocados no Grupo Experimental e 32 no Grupo Placebo. Estes idosos participaram de três atendimentos em Terapia Floral, um a cada 45 dias nos quais se avaliou a auto-estima e se registrou os relatos de evolução dos problemas e sentimentos relacionados à auto-estima. Em todos os atendimentos os idosos escolheram seis Florais de Bach através da técnica de escolha das fotos das flores correspondentes. A cada idoso forneceu-se dois frascos com solução base, sendo que aos do Grupo Experimental acrescentou-se as essências florais escolhidas. Somente no último atendimento os idosos souberam dos significados das flores escolhidas durante o estudo, e todos os participantes receberam mais dois frascos, agora com os Florais escolhidos, permitindo o contato de todos os participantes ao tratamento. Para a verificação estatística da efetividade dos Florais sobre a auto-estima realizou-se o Teste de Tukey-HSD, observando-se que não houve diferença estatística entre os Grupos Experimental e Placebo. Houve melhora da auto-estima em ambos os grupos de estudo, porém no Grupo Experimental observou-se tendência progressiva de melhora enquanto que no Grupo Controle a auto-estima sofreu melhora imediata e manteve-se inalterada. Acredita-se que o relacionamento terapêutico estabelecido durante os atendimentos foi capaz de melhorar a auto-estima dos idosos do Grupo Placebo, porém somente os Florais forneceram subsídios ao indivíduo trabalhar sua auto-estima efetivamente. Reforçando isto, somente no Grupo Experimental observou-se evolução positiva do bem-estar geral relatado pelos idosos. Sugere-se que o tempo de exposição ao tratamento foi muito curto para observação de uma melhora maior no Grupo Experimental e o instrumento utilizado não foi o mais adequado para esta população, visto que não abrangia questões específicas da auto-estima em idosos. Percebeu-se que a Flor de Bach mais relevante foi a *Red Chestnut*, a única Flor que nos três atendimentos esteve entre as preferidas dos idosos de ambos os grupos. Esta flor evidencia duas das principais queixas dos idosos: o excesso de preocupação, principalmente com os filhos, netos e com a condição financeira.

**Descritores:** Saúde do idoso; Auto-imagem; Medicamentos Florais.

Cozin SK. Elderly and Bach Flowers Remedies: in search of restoring self-esteem [essay]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

### **Abstract**

The concern in understanding the individual in a holistic way is gradually increasing in the health field. In this scenario, the Bach Flower Remedies consolidate in an attempt to supply the emotional needs of individuals, including the self-esteem, degraded in many older people due to the lack of self-confidence and self-respect that they experience. Believing that flower essences are able to stimulate positive behaviors and attitudes and increase awareness and comprehension of feelings, we decided to evaluate the effectiveness of the Bach Flower Remedies in the improvement of the self-esteem of older people. We developed an experimental study, clinical trial, triple-blind, elderly assisted by two geriatric clinics in Sao Paulo. To assess self-esteem it was used the instrument of Dela Coleta and the characterization of an old history of socio-cultural and demographic. From April/2008 to July/2009 addressed to assessing self-esteem 665 people. Of these, 15.9% (106) had scores of self-esteem on the low / medium self-esteem, but only 80 also met the other criteria for inclusion in the study. The end, with the dropouts, we got 67 seniors, 35 allocated in the experimental group and 32 in the placebo group. These seniors participated in three appointments to Flower Therapy, one every 45 days during which we evaluated the self-esteem and registered reports of developments on issues related to feelings and self-esteem. At every appointment the elderly chose six Bach Flowers using the technique of choice of photos matching flowers. For every elderly were provided two bottles of base solution, and to the experimental group was added to the flower essence chosen. Only at the last treatment, the elderly had known the meaning of the flowers chosen for the study and all participants received two more bottles, now with the flowers chosen, allowing contact of all participants to treatment. For statistical verification of the effectiveness of Flowers on self-esteem was held to the Tukey-HSD, resulting in that there was no statistical difference between the Experimental and Placebo Groups. There was improvement in self-esteem in both study groups, but in the experimental group there was a trend of gradual improvement while in the placebo group self-esteem has improved immediately and remained unchanged. It is believed that the therapeutic relationship established during the sessions was able to improve self-esteem of older people in the placebo group, but only Bach flowers provided subsidies to improve individual's self-esteem effectively. Reinforcing this, only in the experimental group it showed positive development of well-being reported by the elderly. It is suggested that the exposure time to treatment was too short for the observation of a greater improvement in the experimental group and the instrument used was not the most appropriate for this population, as they did not cover specific issues of self-esteem in the elderly. It was noticed that the more relevant Bach flower was Red Chestnut, the only one that in all appointments was among the favorite flowers of the elderly in both groups. This flower shows the principal complaints of the elderly: over-concern, especially with the children, grandchildren and the financial condition.

**Keywords:** Aging health; Self-image; Floral Drugs.

## Lista de Figuras

- Figura 1.** Representação esquemática do conceito de auto-estima dado por Nathaniel Branden (2003). ..... 17
- Figura 2.** Representação esquemática dos 6 pilares da auto-estima dado por Nathaniel Branden (1994) ..... 19
- Figura 3.** Freqüência relativa do sexo dos idosos avaliados inicialmente, segundo local de atendimento. São Paulo, 2009. .... 50
- Figura 4.** Freqüência relativa da faixa etária dos idosos avaliados inicialmente, segundo local de atendimento. São Paulo, 2009. .... 50
- Figura 5.** Freqüência relativa do escore de auto-estima dos idosos avaliados inicialmente, segundo local de atendimento. São Paulo, 2009. .... 51
- Figura 6.** Freqüência relativa da condição de auto-estima, segundo classificação de Dela Coleta, segundo grupo de estudo em cada atendimento realizado. São Paulo, 2009. .... 65
- Figura 7.** Escores médios de auto-estima segundo grupo de intervenção, obtidos em cada um dos três atendimentos. São Paulo, 2009. .... 67
- Figura 8.** Freqüência de melhora observada no histórico relatado pelos idosos entre o primeiro e último atendimento segundo intensidade da melhora e grupo de estudo. São Paulo, 2009. .... 73

## Lista de Tabelas

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1.</b> Florais de Bach segundo grupo de atuação e significado particular. São Paulo, 2009. ....                  | 27 |
| <b>Tabela 2.</b> Distribuição de idosos segundo sexo e grupo de intervenção. São Paulo, 2009. ....                         | 52 |
| <b>Tabela 3.</b> Distribuição de idosos segundo faixa etária e grupo de intervenção. São Paulo, 2009. ....                 | 53 |
| <b>Tabela 4.</b> Distribuição de idosos segundo escolaridade e grupo de intervenção. São Paulo, 2009. ....                 | 53 |
| <b>Tabela 5.</b> Distribuição de idosos segundo estado civil e grupo de intervenção. São Paulo, 2009. ....                 | 54 |
| <b>Tabela 6.</b> Distribuição de idosos segundo religião e grupo de intervenção. São Paulo, 2009. ....                     | 54 |
| <b>Tabela 7.</b> Distribuição de idosos segundo número de filhos e grupo de intervenção. São Paulo, 2009. ....             | 55 |
| <b>Tabela 8.</b> Distribuição de idosos de acordo com quem reside e grupo de intervenção. São Paulo, 2009. ....            | 55 |
| <b>Tabela 9.</b> Distribuição de idosos segundo condição de trabalho e grupo de intervenção. São Paulo, 2009. ....         | 56 |
| <b>Tabela 10.</b> Distribuição de idosos segundo tipo de atividade e grupo de intervenção. São Paulo, 2009. ....           | 56 |
| <b>Tabela 11.</b> Distribuição de idosos segundo renda e grupo de intervenção. São Paulo, 2009. ....                       | 57 |
| <b>Tabela 12.</b> Distribuição de idosos segundo problemas de saúde e grupo de intervenção. São Paulo, 2009. ....          | 58 |
| <b>Tabela 13.</b> Distribuição de idosos segundo número de medicamentos e grupo de intervenção. São Paulo, 2009. ....      | 59 |
| <b>Tabela 14.</b> Distribuição de idosos segundo atividade de lazer e grupo de intervenção. São Paulo, 2009. ....          | 59 |
| <b>Tabela 15.</b> Distribuição de idosos segundo atividade física e grupo de intervenção. São Paulo, 2009. ....            | 60 |
| <b>Tabela 16.</b> Distribuição de idosos segundo atividade da terceira idade e grupo de intervenção. São Paulo, 2009. .... | 60 |

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 17.</b> Distribuição de idosos segundo atividade realizada para distração e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.....  | 61 |
| <b>Tabela 18.</b> Distribuição de idosos segundo menção de acontecimento marcante nos 45 dias que antecederam a consulta e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.....                           | 62 |
| <b>Tabela 19.</b> Comparação entre as variáveis qualitativas segundo grupo de intervenção. São Paulo, 2009.....   | 63 |
| <b>Tabela 20.</b> Comparação dos grupos com relação à média das variáveis quantitativas. São Paulo, 2009. ....  | 64 |
| <b>Tabela 21.</b> Comparações múltiplas pelo teste de Tukey para avaliação da diferença entre os grupos segundo a média da auto-estima obtida para cada momento do estudo. São Paulo, 2009..... | 68 |
| <b>Tabela 22.</b> Distribuição das Flores de Bach escolhidas pelos idosos do Grupo Placebo. São Paulo, 2009. ....   | 69 |
| <b>Tabela 23.</b> Distribuição das Flores de Bach escolhidas pelos idosos do Grupo Experimental. São Paulo, 2009.....   | 70 |
| <b>Tabela 24.</b> Algumas sensações e sentimentos que sofreram alteração durante o estudo. São Paulo, 2009. ....  | 74 |

## Sumário

|   |            |
|---|------------|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>12</b>  |
| O QUE É SER IDOSO? .....  | 13         |
| O REPERTÓRIO DA AUTO-ESTIMA .....   | 16         |
| UMA SAÍDA HARMÔNICA: OS FLORAIS DE BACH .....   | 24         |
| <b>2. OBJETIVO</b> .....  | <b>35</b>  |
| <b>3. METODOLOGIA</b> .....   | <b>37</b>  |
| <i>3.1 ASPECTOS ÉTICOS</i> .....  | 37         |
| <i>3.2 LOCAL DE ESTUDO</i> .....  | 38         |
| <i>3.3. POPULAÇÃO</i> .....   | 38         |
| <i>3.3.1. GRUPOS DE ESTUDO</i> .....  | 39         |
| <i>3.3.2. AMOSTRA</i> .....   | 40         |
| <i>3.4. COLETA DE DADOS</i> .....   | 41         |
| <i>3.4.1. INSTRUMENTOS UTILIZADOS</i> .....   | 41         |
| <i>3.4.2. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS</i> .....   | 42         |
| <i>3.5. ANÁLISE DOS DADOS</i> .....   | 46         |
| <b>4. RESULTADOS</b> .....  | <b>49</b>  |
| <i>4.1. CARACTERÍSTICAS DE AUTO-ESTIMA DOS IDOSOS AVALIADOS</i> .....                                   | 49         |
| <i>4.2. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS GRUPOS DE ESTUDO</i> .....                               | 52         |
| <i>4.2. CONDIÇÕES DE SAÚDE NOS GRUPOS DE ESTUDO</i> .....   | 57         |
| <i>4.3. COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS DE ESTUDO</i> .....  | 62         |
| <i>4.4. A AUTO-ESTIMA DOS IDOSOS PARTICIPANTES</i> .....  | 64         |
| <i>4.5. OS FLORAIS DE BACH ESCOLHIDOS</i> .....   | 68         |
| <i>4.6. SENTIMENTOS RELATADOS</i> .....   | 72         |
| <b>5. DISCUSSÃO</b> .....   | <b>76</b>  |
| <b>6. CONCLUSÃO</b> .....   | <b>89</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....   | <b>91</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS CONSULTADAS</b> .....  | <b>98</b>  |
| <b>ANEXO 1 - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA EEUSP</b> .....                                   | <b>101</b> |
| <b>ANEXO 2 - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLHIDO PARA COLETA DE DADOS</b> .....     | <b>102</b> |
| <b>ANEXO 3 - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL ESCOLHIDO PARA COLETA DE DADOS</b> ..... | <b>103</b> |
| <b>ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....                                       | <b>104</b> |
| <b>ANEXO 5 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA AUTO-ESTIMA DE DELA COLETA</b> .....                           | <b>106</b> |
| <b>ANEXO 6 - TESTE MINI-MENTAL</b> .....  | <b>107</b> |
| <b>ANEXO 7 - QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS PESSOAIS</b> .....                                 | <b>108</b> |

## INTRODUÇÃO

“A maioria de nós prefere olhar para fora do que para dentro de si mesmos.”  
(Albert Einstein)

## 1. Introdução

Atualmente, a preocupação em compreender o indivíduo de forma completa, holística, está gradativamente aumentando na área da saúde. É nesse cenário que as terapias complementares, como os florais de Bach, crescem e consolidam-se, buscando suprir, as necessidades emocionais dos indivíduos, melhorando a qualidade de vida dos mesmos. Para os idosos, essa busca é ainda mais necessária e difícil, pois são muito vulneráveis à degradação da auto-estima, sentimento que determina principalmente a capacidade do indivíduo de enfrentar e superar os desafios da vida, inclusive a própria idade e suas conseqüentes limitações físicas, psicológicas e sociais.

Trabalhando em serviços de atendimento e orientação a crônicos, obtive duas experiências com a indicação dos florais de Bach para idosos. Em uma das experiências, o Floral foi indicado para um idoso, do sexo masculino, com Hipertensão Arterial Sistêmica e sintomas depressivos, que após 30 dias de utilização iniciou atividades de lazer e atividade física junto a um grupo de terceira idade, não apresentou mais sintomas depressivos, melhorou o padrão de sono e passou a apresentar níveis pressóricos normais e estáveis. Na segunda experiência, o Floral foi indicado para um idoso também do sexo masculino, com Diabetes Mellitus, vasculite em membros inferiores e dificuldade para dormir pelo medo de traumatizar ainda mais os membros feridos, apresentando melhora progressiva do padrão de sono após 60 dias, sentindo-se encorajado a voltar a andar com mais vigor.

Motivada por este resultado, este trabalho propõe o uso dos Florais de Bach no processo de recuperação da auto-estima de idosos que apresentem este sentimento degradado, na tentativa de reaver uma vida com qualidade, onde haja equilíbrio entre as potencialidades e as limitações do idoso.

## O que é ser idoso?

Desde a década de 50, as populações idosas dos países de terceiro mundo apresentam um crescimento expressivo. No Brasil, os idosos, que representavam 3,2% da população total em 1990, poderão atingir 13,8% no ano de 2025, estabelecendo um crescimento de 430%.<sup>1</sup>

São muitos os motivos para que o homem esteja vivendo cada vez mais anos: as tecnologias diagnósticas e terapêuticas, a melhor condição financeira, o aperfeiçoamento das relações sociais e de trabalho e o maior acesso a serviços essenciais (hospitais e serviços médicos, saneamento básico, água tratada). Contudo, a longevidade não terá sentido se vier desprovida de qualidade de vida, e esta só será alcançada se as necessidades dos idosos forem supridas. Há, então, uma grande lacuna entre simplesmente envelhecer e ser idoso.

O envelhecimento é um processo inerente à condição humana, inevitável, natural<sup>2,3,4,5,6,7,8</sup> e irreversível, que ocorre do nascimento à morte<sup>9</sup>, sendo caracterizado pelo declínio das funções biofisiológicas, contribuindo para a instalação de várias doenças crônicas não-transmissíveis<sup>10,11</sup>, como a Hipertensão Arterial, o Diabetes e as doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central.

Envelhecer também pode ser definido como um processo dinâmico de modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam progressivamente a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente, propiciando a maior vulnerabilidade e a maior incidência de processos patológicos, findando na morte.<sup>12</sup>

De forma mais didática, há autores que submetem o envelhecimento a três padrões: o envelhecimento primário ou fisiológico, o envelhecimento secundário ou patológico e o envelhecimento terciário ou terminal. O envelhecimento primário ou fisiológico, sendo um fenômeno progressivo, comum a todos os seres vivos (aparecimento de

cabelos brancos, rugas, flacidez muscular e déficits sensoriais), influenciado por múltiplos fatores, como educação, estilo de vida, estresse, alimentação e exercícios físicos. Já o envelhecimento secundário ou patológico, é o envelhecimento associado a doenças orgânicas que apresentam probabilidade de ocorrência com o aumento da idade, como a esclerose múltipla, as doenças cardiovasculares, as demências, o câncer e outras patologias. E, finalmente, o envelhecimento terciário ou terminal, caracterizado por um aumento de perdas físicas e cognitivas num período de tempo relativamente curto.<sup>13</sup>

Porém, ser idoso não se reduz a envelhecer, assim como uma viagem não se restringe a uma etapa. Ser idoso é vivenciar um processo caracterizado por uma sucessão de perdas e aquisições<sup>14</sup>, experimentando diariamente desafios e oportunidades de crescimento.<sup>15</sup>

As perdas acontecem velozmente para o idoso e de forma ininterrupta. A aposentadoria, o isolamento da sociedade, a viuvez, a morte de amigos e de parentes, as dificuldades financeiras, enfim, as perdas acontecem em um curto espaço de tempo e são acompanhadas pela conscientização do idoso de suas limitações físicas e mentais, causando ansiedade e insegurança, que, somadas à falta de outra atividade em casa, estabelecem no idoso o sentimento de fragilidade, tristeza e depressão.<sup>16,17,18</sup>

Além de lidar com as perdas externas, o idoso experimenta durante o passar do tempo uma problemática narcisico-depressiva, tendo de encarar o luto do seu próprio EU e do seu corpo, suportando diariamente a perda de si mesmo.<sup>19</sup>

Ser velho significa ser excluído, ainda mais quando o idoso está inserido em uma sociedade que exhibe explicitamente a preferência pelo corpo bonito e jovem<sup>3,5,8,20</sup>, e que marginaliza o idoso por considerá-lo incapaz e improdutivo, impedindo-o, paralelamente, que ele volte a ser capaz e produtivo.<sup>21</sup>

São evidentes os estereótipos lançados pela sociedade sobre o significado de 'ser velho' e sobre o comportamento do idoso, praticando a nociva crença de que o envelhecimento é um processo degenerativo e antagônico a qualquer progresso ou desenvolvimento<sup>22</sup>. A sociedade considera o idoso pouco importante, dependente, de insignificante status social, uma pessoa que incomoda e atrapalha as outras.<sup>2,17,21</sup> Perante esta imagem tão negativa ditada pela sociedade, o idoso só poderia mesmo renegar o seu próprio envelhecimento, deixando de planejar e encarar a velhice como mais uma etapa da vida, cuja saúde física ou mental é passível de ser alcançada e mantida.<sup>17</sup>

A imagem que fazem de si mesmos e a rejeição ao próprio envelhecimento, desenvolvem nos idosos sentimentos de baixa auto-estima e auto-desvalorização, que se consolidam até como depressão, levando-os a ignorar suas limitações e a arriscar-se com atitudes autodestrutivas, como comer alimentos restritos a uma situação patológica específica, como hipertensão arterial ou diabetes, e, em alguns casos, até tentar o suicídio.<sup>23</sup>

Todas essas atitudes traduzam talvez o último esforço inconsciente do indivíduo para sobreviver à espoliação de sua autonomia e de seu relacionamento com a sociedade (peso morto), e tentar proteger o EU, evitando a dor e o medo, mesmo em casos extremos, como no suicídio.<sup>24</sup>

Todo indivíduo necessita de autonomia, independência e liberdade de decisão para ter uma vida social e emocional saudável. Se o indivíduo não mantiver esses requisitos durante a velhice, passa a sentir-se improdutivo, inútil, descrente de si mesmo, colocando-se numa situação de dependência, que obviamente não o satisfaz, apresentando diminuição progressiva da auto-estima e, conseqüentemente, deterioração da sua condição de vida, que anteriormente mantinha-se satisfatória.<sup>17</sup>

Há autores<sup>25,26,27</sup> que referem que naturalmente, com o processo de envelhecimento, há uma diminuição da auto-imagem e da auto-estima. O

ser humano é dependente do seu corpo, das habilidades, roupas, cabelos, bem como da integração e harmonia com relação ao “eu”, e sentir que qualquer uma dessas vertentes está sendo ameaçada justifica a degradação da auto-estima.

Se o idoso apresentasse elevada auto-estima, ele se auto-aceitaria, se conscientizando de sua realidade e limitações; modificaria sua atitude de passiva para ativa, passando a gostar mais de si mesmo e a confiar mais em si mesmo, resgatando seu sentimento de competência, autonomia, dignidade e felicidade<sup>24</sup>, que podem garantir sua qualidade de vida, mesmo que ainda se perpetuem algumas limitações inerentes a esta fase da vida e as restrições ditadas pela sociedade.

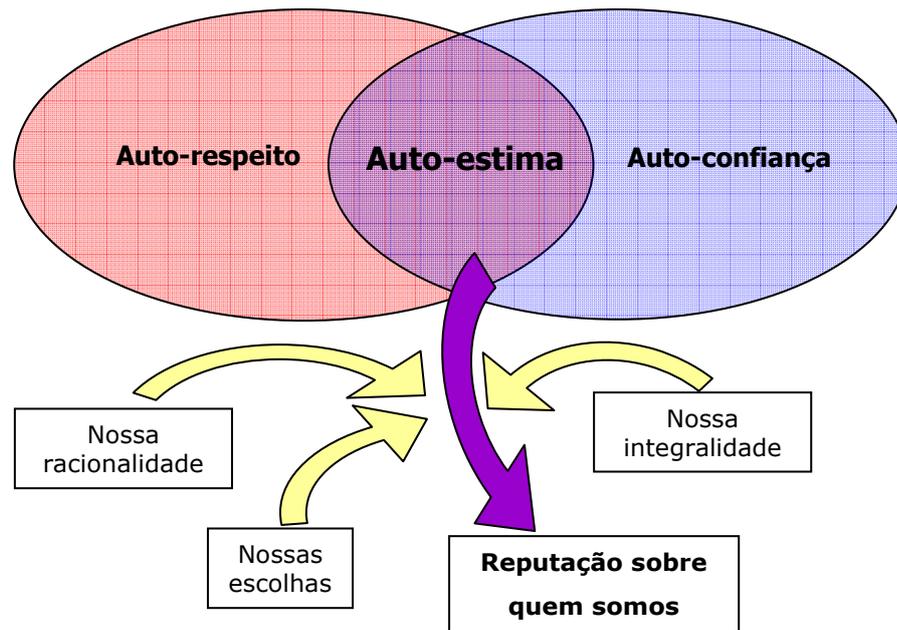
Logo, a auto-estima é um sentimento importante para o idoso, pois lhe garante a primeira condição para alcançar a satisfação com sua vida ou perceber que sua vida tem qualidade: a sensação de ser capaz<sup>22</sup>. Ser capaz de ajustar-se às suas realidades, ser capaz de desenvolver novos papéis sociais, ser capaz de se auto-conhecer e se aceitar e poder ter um propósito de vida. Mas o que é auto-estima? Como ela se estabelece? Qual sua repercussão sobre o indivíduo? E como é possível restabelecê-la quando se apresentar mortificada?

### **O repertório da auto-estima**

A auto-estima pode ser definida como a avaliação que o indivíduo sustenta sobre si mesmo, indicando a intensidade que acredita ser capaz, valioso e importante para si.<sup>28</sup> É o grau de valor, respeito e amor que os indivíduos prestam a si mesmos, como se fossem seres humanos únicos no mundo.<sup>29</sup>

A auto-estima é o que pensamos e sentimos sobre nós mesmos, e não o que o outro pensa e sente sobre nós. É a soma da autoconfiança com o auto-respeito (Fig.1), formatando na esfera do consciente a avaliação

que o indivíduo apresentará sobre sua própria capacidade de lidar com os desafios de vida (entender e dominar os problemas) e de se sentir merecedor da felicidade (respeitar e defender os próprios interesses e necessidades).<sup>30</sup> Ter a auto-estima elevada, então, é sentir-se confiantemente adequado à vida, reagindo ativa e positivamente as suas oportunidades – no trabalho, no amor, no lazer e no envelhecer.<sup>31</sup>



**Figura 1.** Representação esquemática do conceito de auto-estima dado por Nathaniel Branden (2003).

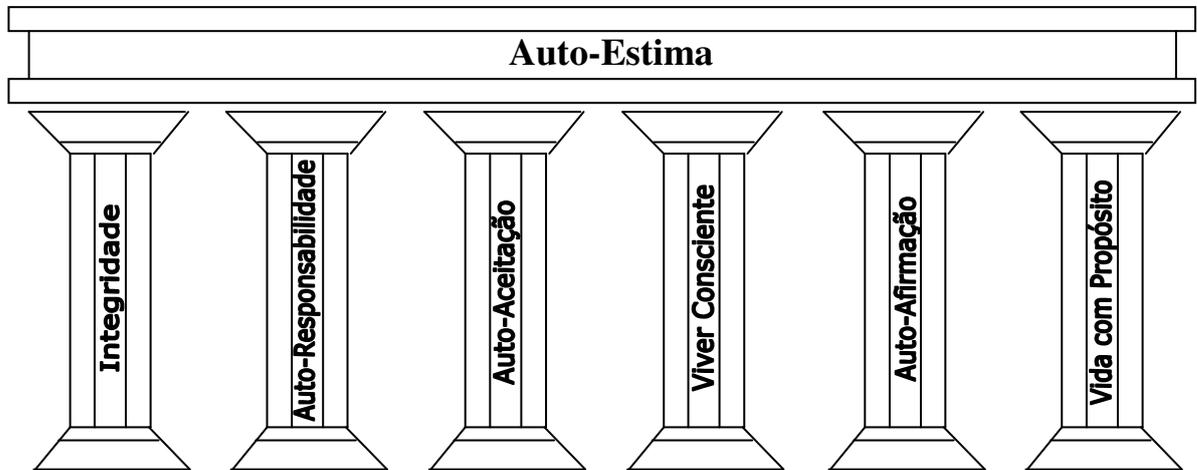
De acordo com Branden, a auto-estima é alicerçada em seis grandes pilares que também formatam partes integrantes da vida do indivíduo. Quando um ou mais pilares está comprometido, a auto-estima diminui; quando estão sendo corretamente utilizados e desenvolvidos, a auto-estima se fortalece.<sup>30</sup> Esses pilares podem ser descritos da seguinte maneira:

1. **A Prática de Viver Conscientemente:** é a necessidade de vivenciar conscientemente o presente, os fatos e a vida. Para manter seu senso de merecimento, o indivíduo necessita tomar contato com as situações

da vida e não somente vivenciá-las de forma impensada e evasiva, como um mero observador;

2. **A Prática da Auto-aceitação:** é uma forma de auto-valorização. É a expressão do indivíduo, mesmo que uma representação que ele não goste ou admire. Aceitar a si próprio, seus defeitos e virtudes é uma pré-condição para a mudança e o crescimento;
3. **A Prática da Auto-responsabilidade:** é senso de controle sobre sua própria existência. É necessária para o indivíduo adquirir responsabilidade por alcançar seus objetivos e pelos próprios atos;
4. **A Prática da Auto-afirmação:** é o oposto da timidez e da submissão. Sem este pilar o indivíduo não valoriza e não prioriza as suas necessidades e vontades, não consegue argumentar e defender seu ponto de vista;
5. **A Prática da Vida com Propósitos:** através dos propósitos o indivíduo organiza seus comportamentos, dando a eles foco e direcionamento. Isso é necessário para vivenciar controle sobre a própria existência;
6. **A Prática da Integridade:** a integração de idéias, convicções, padrões, crenças e comportamentos é chamada integridade. É a conjunção das ações com os valores do indivíduo. Quando um comportamento não condiz com um valor, ocorre uma brecha na integridade que agride a auto-estima. Por mais que tente usar a racionalização para justificar a manutenção de um comportamento com o qual não concorde, o indivíduo não consegue enganar a si próprio. Esta agressão abala a auto-estima.

A Figura 2 representa esquematicamente os seis pilares da auto-estima.



**Figura 2.** Representação esquemática dos 6 pilares da auto-estima dado por Nathaniel Branden (1994)

Além dos seis pilares, sugerem-se quatro fontes de auto-estima a partir de teorias em personalidade e psicologia social: **poder**, como a capacidade de controlar os fatos, a vida e o próprio corpo, sabendo influenciar o outro; **significado**, compreendendo a percepção de ser aceito, amado, respeitado, valorizado e assistido; **virtude**, como o eixo condutor das percepções, de acordo com valores pessoais, morais e éticos; e **competência**, dado pela habilidade em operar com sucesso ou atingir expectativas próprias e dos outros<sup>32</sup>.

Essas quatro fontes internas de auto-estima ainda serão influenciadas positiva ou negativamente durante toda a vida do indivíduo através das experiências proporcionadas pelas pessoas significantes de seu meio de convívio. Dentre os fatores que podem interferir na auto-estima de um indivíduo ao longo do tempo estão: o valor que o indivíduo recebe dos outros em direção a si, expresso em afeto, elogios e atenção; a experiência do indivíduo com sucessos ou fracassos, bem como as aspirações e exigências que a pessoa coloca a si mesmo a partir de exemplos para determinar o que constitui o seu sucesso; e, a forma com

que o indivíduo é ensinado a reagir a críticas ou comentários negativos.<sup>28,33</sup>

A auto-estima, portanto, é fundamentada na opinião acerca de si mesmo, incluindo as emitidas pelas interações e avaliações sociais apresentadas ao indivíduo desde a infância. Nossa autoconfiança e nosso auto-respeito são alimentados ou destruídos conforme somos respeitados, amados, valorizados e encorajados a confiar em nós mesmos.<sup>24,31</sup>

Por meio de avaliação psicológica, particularmente a observação controlada das condições e experiências concretas, dois pesquisadores determinaram algumas condições que contribuem para melhorar a auto-estima de um indivíduo, tais como experimentar uma total aceitação de seus pensamentos, sentimentos e valores pessoais, estar inserido num contexto com limites justos (e não opressores) claramente definidos, não ser tratado ou manipulado com autoritarismo e violência, não ser vítima de humilhação, ridicularização ou alvo de altos padrões e altas expectativas em termos de comportamentos e desempenhos e conviver com outros indivíduos que apresentem elevada auto-estima.<sup>28</sup>

No Brasil, os idosos normalmente estão sujeitos, em seu meio familiar e social, à rejeição e à punição, experimentando menos amor e sucesso, que, com o passar do tempo, podem se consolidar em uma auto-estima diminuída. Além disso, os idosos tendem a conviver com as decorrências previstas para a velhice, como as doenças crônicas não-degenerativas e a perda de entes queridos e amigos.

Um estudo realizado em 2005 numa instituição asilar privada de São Paulo que avaliou a auto-estima de 30 idosos com e sem doenças crônicas não-degenerativas, de ambos os sexos, apontou que as mulheres apresentam menor auto-estima quando comparadas aos homens da mesma idade; que os idosos com menos doenças crônicas apresentam

melhor auto-estima do que os com mais doenças; e que os homens casados apresentam maior auto-estima que as mulheres casadas.<sup>34</sup>

Observa-se também que muitas vezes os idosos apresentam submissão e atitudes passivas ou, seu extremo inverso, agressão e dominação.<sup>28</sup> Sob tais circunstâncias, os idosos têm menor probabilidade de serem realistas e efetivos no seu dia-a-dia, sendo cada vez mais tolhidos de seus afazeres por não serem mais alvo da confiança das pessoas de sua convivência.

Quando o indivíduo desrespeita os meios de sobrevivência, existindo sem pensar e sem executar suas vontades, seu senso de valor será proporcionalmente denegrido, independente da opinião ou aprovação de outras pessoas ou de sua própria desaprovação. A visão negativa que terá de si mesmo influenciará todas as futuras decisões, criando um tipo de vida dependente e infeliz. Desse modo, a auto-aceitação, que não necessariamente está ligada a uma imagem de perfeição, e sim à auto-estima, e que se consolida como pré-condição para a mudança, não estará instigada, posicionando o indivíduo fora da realidade. Ou seja, se o idoso ou outro indivíduo sentir que não é merecedor de determinado nível de sucesso, provavelmente se processará uma auto-sabotagem consciente, impedindo-o de expressar a vontade de vivenciar e encarar as diversas situações da vida.<sup>24</sup>

Assim, se a auto-estima formada for suficiente e saudável, a capacidade de lidar com as adversidades da vida será maior, e essa maior flexibilidade garantirá maior resistência à pressão de sucumbir ao desespero ou à derrota.<sup>35</sup>

Uma pessoa com auto-estima alta mantém uma imagem constante das suas capacidades e da sua distinção como pessoa, além de apresentar grande criatividade e ter maior probabilidade para assumir papéis ativos em grupos sociais por expressar efetivamente sua opinião. Por não apresentarem medos e ambivalências, indivíduos com a auto-estima

elevada aparentemente se orientam de forma mais direta e realista às suas metas pessoais.<sup>28</sup>

Em seu estado positivo, a auto-estima pode induzir a regeneração do sistema imunológico, ativando nosso sistema de alerta e, conseqüentemente, nos prevenindo contra riscos, perigos e até acidentes. Já no seu estado negativo, a auto-estima pode agir inversamente, não operando satisfatoriamente em momentos críticos da vida, beneficiando, desse modo, a materialização de desajustes, ações e/ou estados mórbidos, como reflexo das visões e desejos mais íntimos que temos de nós mesmos. Ou seja, a auto-estima, alta ou baixa, tem a capacidade de arquitetar as nossas próprias profecias.<sup>37</sup>

Há autores que afirmam que a falta de auto-estima pode até encurtar a vida de uma pessoa. Um estudo realizado em 2001, a partir da análise da relação entre a saúde mental dos indivíduos e suas enfermidades, clarificou que a baixa auto-estima pode influenciar o comportamento dos indivíduos, como no caso de pacientes obesos e com problemas cardiovasculares, que demonstram desinteresse em fazer exercícios ou mudar a dieta alimentar, fatores imprescindíveis na convalescença desses distúrbios.<sup>37</sup> Além desses problemas biológicos, há indícios de que todas as dificuldades psicológicas, desde a ansiedade e depressão ao medo da intimidade e sucesso, estão relacionadas com uma auto-estima negativa.<sup>24</sup>

Em outro estudo recente,<sup>38</sup> os resultados indicaram que o reconhecimento dos atores através da premiação do Oscar lhe proporcionaram, em média, quatro anos a mais de vida do que aqueles que não ganharam o prêmio.

Com tantos indicativos dos benefícios de instigar nos indivíduos a elevação de sua auto-estima, torna-se indispensável aos tratamentos de saúde a vertente que se concentre em melhorar a auto-estima dos indivíduos, já que o resultado de tal esforço se consolidará no bem-estar e

na qualidade de vida dos mesmos, objetivo maior do restabelecimento da saúde pelos profissionais da área.

Infelizmente, a medicina atual está afastada dessa aspiração devido ao forte direcionamento estabelecido pela tecnologia e pelo avanço do micro-universo, que gradativamente fraciona o corpo humano, desconsiderando que o mesmo está intimamente ligado à mente e às emoções, capazes de desencadear reações fisiológicas positivas e negativas.<sup>40</sup>

Em contraposição a essa tendência, há o crescimento do uso das terapias alternativas/complementares, que, visam, além do tratamento da doença, um indivíduo integral, amparado psico-emocionalmente com métodos naturais menos agressivos, particularidades que impulsionam a metamorfose ideológica de muitos agentes de saúde na busca do atendimento dessas necessidades, reavendo o verdadeiro valor cultivado por esse tipo de profissão, a saúde e a qualidade de vida.

Essa transformação não é diferente na enfermagem e a busca por uma assistência qualificada que garanta o bem-estar do ser humano por toda sua vida, inclusive na velhice, deve ser instigada, com a possibilidade do uso de tecnologias e de métodos naturais, acessíveis e menos invasivos de promoção, proteção e recuperação da saúde, restituindo a independência e responsabilidade do indivíduo no auto-cuidado.<sup>40</sup>

À luz dessa busca e de experiências pessoais, neste trabalho optou-se pela Terapia dos Florais de Bach por atuar na esfera da consciência, aquela a que está vinculada a auto-estima.

As essências florais são capazes de estimular o desenvolvimento de comportamentos e atitudes positivas, que podem predominar aos comportamentos autodestrutivos característicos de uma auto-estima desvalorizada, facilmente encontrada nos idosos. Outro aspecto relevante da terapia pelos Florais de Bach no apoio à auto-estima é a influência que esta terapia exerce na percepção e compreensão dos sentimentos,

permitindo que o indivíduo conquiste com a evolução da consciência o desenvolvimento de uma auto-estima favorável a um processo de vida de satisfação, já que o indivíduo não subestimar seu poder de efetuar mudanças para ser feliz.<sup>34</sup>

### **Uma saída harmônica: Os Florais de Bach**

Reconhecidos e recomendados desde 1974 como Terapia Complementar pela Organização Mundial da Saúde e estabelecida sua indicação como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem a partir da regulamentação da Resolução COFEN 197 de 1997, os Florais de Bach concretizam a árdua busca de seu criador, Dr. Edward Bach (1886-1936), médico clínico e homeopata nascido em Gales, por um método terapêutico mais simples e natural, que visasse à cura das causas e não dos sintomas, que trataria o indivíduo e não a doença, contrapondo-se a uma medicina que o próprio Dr. Bach desacreditava, cujos tratamentos propostos, em sua maioria agressivos, voltavam-se somente a erradicar os sintomas das doenças.<sup>41</sup>

Dr. Bach entendeu, após muita observação e reflexão, que dentro de cada ser humano deveria existir uma força vital, inata, única, responsável por conduzir a vida, tornando-se claro para ele que o caráter e a condição emocional do paciente eram mais importantes que seu corpo físico no tratamento de uma doença ou de um estado desequilibrado de saúde. Por volta de 1917, após sofrer com hemorragias e muita dor desencadeados pelo câncer instalado em seu corpo, compreendeu que a experiência da doença direciona os indivíduos a entenderem a necessidade de um propósito definido de vida e de um grande amor para manterem a saúde e a felicidade.<sup>42</sup> Logo, a deterioração da saúde ocorre quando nos falta uma percepção consciente da nossa identidade como alma-espírito, e quando

nos alienamos dos outros ou perdemos a conexão com nosso propósito na vida.<sup>43</sup>

Também nessa direção, Dr. Bach percebeu que os indivíduos se enquadravam em diversos grupos de “tipos”\*, sendo que cada um desses grupos reagia à doença de forma peculiar,<sup>44</sup> ou seja, a atitude mental, a personalidade e as atitudes das pessoas, exercem forte influência no estado de saúde e na recuperação das doenças.

Conciliando a sua experiência no preparo de vacinas orais usadas na homeopatia e seu desejo de descobrir um tratamento mais puro, preparou “remédios” a partir de algumas plantas do mesmo modo que as vacinas e ministrou-as de acordo com os tipos de personalidade, obtendo resultados satisfatórios imediatos. Dessa forma, Dr. Bach estava próximo de achar a inovação que tanto procurava, mas foi de 1930 a 1934 que seus trabalhos se intensificaram. Aos 43 anos, mudou-se para o País de Gales em busca de mais plantas que atendessem seu ideal, deixando para trás seu consultório e todas as suas atividades como médico e passou a explorar montanhas, vales, pântanos e costas em busca das flores. Em meio a essa procura, Dr. Bach percebeu aos poucos que nas preparações com flores deveria usar apenas plantas superiores (fanerógamas), não venenosas, de sementes perfeitas, representativamente comparadas ao homem em equilíbrio. Preferiu preparar, então, os “remédios” com flores frescas, colhidas no auge da florada, nas primeiras horas do dia, período que o sol alcança o auge de sua força no Hemisfério Norte. Paralelamente à procura e às descobertas, Dr. Bach ainda associava idéias, anotava características botânicas de cor, forma, número de pétalas, estames e outras peculiaridades da fisiogênia vegetal.

Numa manhã de maio, com o sol intenso incidindo nas gotas de orvalho que se debruçavam nos cálices das flores, concluiu que os raios de

---

\* Nomenclatura usada por Bach para designar estados emocionais, que são determinados pela personalidade e atitudes do indivíduo em um determinado momento.

sol deviam transferir para a água a marca energética vibracional das flores, assim como fora no orvalho.<sup>45</sup> Assim, estava definido o método de obtenção das essências florais, unindo em tal procedimento os quatro elementos: a terra que sustenta a planta, o ar que nutre, o fogo que transfere força e a água que absorve os poderes curativos e os armazena.<sup>43</sup>

Em meio a essas descobertas Dr. Bach foi mais longe: colocou flores na água e as expôs ao sol, tomou o elixir e gotas de orvalho presentes na mesma planta, experimentando em seu próprio corpo sintomas físicos e emocionais. Observou que tomando essa solução os sintomas diminuam e que a mesma desencadeava alívio em padrões similares de seus pacientes. Descreveu existir um elo real entre emoções, somatização e enfermidades, caminho pelo qual também se poderia estabelecer a cura.<sup>41</sup>

Nesse contexto, Dr. Bach concluiu que determinadas flores têm um padrão vibratório que corresponde a um mesmo padrão na psiquê ou alma humana e, surpreendentemente, as características botânicas da flor (cor, forma, tamanho, habitat, padrões de crescimento) eram comparáveis às características e gestos da personalidade humana a que correspondia.<sup>46</sup>

Através desse entendimento da relação entre as emoções humanas e a energia das flores, construiu o que chamou de um “novo sistema de cura”, onde aqueles que não são médicos ou enfermeiros poderiam cuidar de seus semelhantes exercendo prática simples, por meio do uso das essências florais.<sup>41</sup>

Nesses quatro anos de procura e pesquisa, após testar diversas espécies de plantas e observar como seu próprio comportamento e emoções se estabeleciam como causadores de doença, descreveu as 38 essências florais, obtidas a partir de 34 espécies de planta silvestres, três espécies cultivadas (não nativas da Inglaterra) e uma delas obtida da água de uma nascente. Além dos 38 florais, achou necessário estabelecer um floral direcionado a situações de emergência, o *Rescue Remedy*, que

obteve de uma mistura de cinco dos 38 florais que achara. Aprimorando e padronizando o método de obtenção dos florais, Bach estipulou que a maioria das essências florais seria obtida a partir da imersão das flores frescas em água de mananciais, colocadas em um recipiente transparente, posteriormente exposto ao sol durante as primeiras horas do dia, período em que o sol apresenta maior incidência de luz na Terra (método “solar”). No caso dos florais obtidos a partir de folhas e ramos da planta, a obtenção dos florais se daria através do método de ebulição (método *boiling*), também com água de manancial. E, por último, o floral proveniente da própria água de nascente, sofre somente tratamento para que possa ser utilizado sem riscos.<sup>45</sup> Após essas descrições, escreveu, assim, os fundamentos da sua nova medicina.

Dr. Bach, após entender que tinha achado todas as essências necessárias para o seu novo método de tratamento, agrupou as 38 essências descritas de acordo com o estado mental de cada paciente, dividindo-as em sete emoções básicas ramificadas no psiquismo humano, que seriam os sete grupos de atuação dos florais, dispondo-as como esquematizado na tabela Tabela 1.<sup>41,42,43</sup>

**Tabela 1.** Florais de Bach segundo grupo de atuação e significado particular. São Paulo, 2009.

| <b>Para os que sentem medo</b>  |  |
|---|--|
| Essências de flores que despertam encorajamento para realizar as ações mais simples do cotidiano e enfrentar aquelas mais desafiantes |  |
| <b>Rock Rose</b>  | Pânico generalizado  |
| <b>Mimulus</b>  | Medo de certas situações bem definidas, tais como cães, elevadores etc.  |
| <b>Cherry Plum</b>  | Está sob imensa tensão; não consegue se desapegar; receia um colapso   |
| <b>Aspen</b>  | Medos vagos; não sabe dizer de quê; capta atmosferas   |
| <b>Red Chestnut</b>   | Vive medos relacionados com outras pessoas, com as quais está muito ligado ou de que ainda não cortou o cordão umbilical |

(Cont).

(Continuação)

| <b>Para os que sofrem de indecisão</b>  |  |
|---|--|
| Essências de flores que conduzem à assertividade, clareza de propósito, vigor, esperança, otimismo e fé |  |
| <b>Cerato</b>   | Porque ele não confia em sua própria opinião; precisa da aprovação dos outros                                |
| <b>Scleranthus</b>  | Porque, interiormente, ele está sempre indeciso entre uma coisa e outra; em geral, entre duas possibilidades |
| <b>Gentian</b>  | Porque se tornou cético e pessimista devido às decepções sofridas  |
| <b>Wild Oat</b>   | Porque não tem objetivos claros para sua vida e, por isso, está descontente                                  |
| <b>Gorse</b>  | Porque já se resignou intimamente  |
| <b>Hornbeam</b>   | Porque acredita que lhe falta energia interior, acha que, sem estímulo, não consegue lidar com o cotidiano   |

| <b>Para a falta de interesse pelas circunstâncias atuais</b>   |   |
|--|---|
| Essências de flores que evocam presença desperta e focada no momento presente, vigorada pela alegria |   |
| <b>Clematis</b>  | Porque seus pensamentos estão em outro lugar; sonhador  |
| <b>Honeysuckle</b>   | Porque se volta demais para o passado; ou supervalorizando e idealizando o passado; ou porque ainda não assimilou certos acontecimentos         |
| <b>Wild Rose</b>   | Porque não exige nada da vida e se resignou ao destino; muitas vezes, apenas no nível subliminar em certas áreas da vida                        |
| <b>Olive</b>   | Porque se exauriu e sobrecarregou-se física e mentalmente   |
| <b>White Chestnut</b>  | Porque pensamentos giram constantemente em sua cabeça, dos quais não consegue se livrar   |
| <b>Chestnut Bud</b>  | Por excesso de ingenuidade e pouca atenção às conexões mais profundas da vida; assimilação estagnada das experiências; problemas de aprendizado |
| <b>Mustard</b>   | Porque é dominado por uma sombria tristeza que aparece e desaparece sem razões perceptíveis   |

| <b>Para a solidão, reserva interior, isolamento</b>  |   |
|--|---|
| Essências de flores que ensinam a compartilhar os próprios dons, moldando os ritmos pessoais para favorecer os relacionamentos |   |
| <b>Water Violet</b>  | Porque acredita que é melhor enfrentar sozinho os problemas; não precisa dos outros                 |
| <b>Impatiens</b>   | Porque tem outro ritmo interior; para ele, nada é suficientemente rápido                            |
| <b>Heather</b>   | Não suporta a solidão; por isso tem forte necessidade de participar, geralmente, parece egocêntrico |

(Cont.)

(Continuação)

| <b>Para os que têm sensibilidade excessiva a influências e opiniões</b>   |  |
|---|--|
| Essências de flores que auxiliam nas transições, estimulando a transparência e permitindo seguir livre de influências limitadoras |  |
| <b>Agrimony</b>   | Sensível a tudo que possa perturbar a harmonia, como preocupações ou brigas; freqüente fuga na distração (álcool, cigarros etc.)                     |
| <b>Centauray</b>  | Vulnerável a personalidades com maior força de vontade; o paciente parece afável; não consegue dizer "não"; com freqüência, personalidade sensível   |
| <b>Walnut</b>   | Instável nas fases de transição física e psíquica, tais como denteição, climatério, mudança de casa ou emprego; o novo ainda não pôde ser assimilado |
| <b>Holly</b>  | Porque ele é facilmente irritável no nível emocional; desconfiança, ciúme, sentimento de ódio  |

| <b>Para o desalento e o desespero, sentimentos de deficiência e limitação</b>   |  |
|---|--|
| Essências de flores que nos ajudam a estabelecer vínculos através da profunda coragem da aceitação do outro e de nós mesmos |  |
| <b>Larch</b>  | Porque lhe falta autoconfiança; sentimento de inferioridade  |
| <b>Pine</b>   | Porque tem um falso sentimento de culpa, faz demasiadas censuras a si mesmo e se apegua a elas   |
| <b>Elm</b>  | Porque no momento ele acredita, contra seu próprio julgamento, que não está à altura de suas tarefas   |
| <b>Sweet Chestnut</b>   | Porque ele não vê nenhuma saída e acredita que chegou ao limite de suas forças   |
| <b>Star of Bethlehem</b>  | Porque ainda está atordoado por um acontecimento desagradável ou não conseguiu superar um choque; "o confortador da alma"  |
| <b>Willow</b>   | Porque está amargurado, ressentido e se sente tratado de modo injusto pelo destino   |
| <b>Oak</b>  | Porque luta com perseverança contra todas as dificuldades e sempre surgem novas dificuldades   |
| <b>Crab Apple</b>   | Porque acredita ter impurezas interna ou externamente; porque o princípio da ordem interior está perturbado e ele quer reconstruí-lo o mais depressa possível; a "essência da purificação" |

(Cont.)

(Continuação)

| <b>Para a excessiva preocupação com o bem-estar dos outros</b>   |   |
|--|---|
| Essências de flores que nos ajudam a amar com compaixão, fluindo com tolerância pelo "caminho do meio" |   |
| <b>Chicory</b>   | Atitude manipuladora; acredita que precisa exercer influência e se decepciona quando esta influência não é aceita |
| <b>Vervain</b>   | Na ânsia de advogar uma idéia, exaure suas energias; não consegue parar; ímpeto missionário                       |
| <b>Vine</b>  | Quer impor sua vontade a qualquer preço, pouca consideração pelos outros  |
| <b>Beech</b>   | Reconhece de imediato pontos fracos de uma situação, mas não consegue aceitá-los, reagindo com críticas           |
| <b>Rock Water</b>  | Estabelece altos padrões teóricos para si e é rígido consigo mesmo; reprime necessidades vitais                   |

**Fonte:** SCHEFFER, M. A terapia original com as essências Florais de Bach: um guia para médicos e terapeutas, dentro dos conceitos originais do Dr. Bach. São Paulo: Pensamento. (1995)<sup>46</sup>

Além de estarem agrupados de acordo com os tipos a que correspondem, cada floral tem uma ação particular, como colocado na Tabela acima.<sup>41,42,43</sup>

Assim como uma música suave ou uma bela obra de arte evocam sentimentos profundos em nossa alma, alterando desde o padrão respiratório até a frequência cardíaca, as forças vitais transmitidas por cada essência floral desperta qualidades particulares na alma humana através do fenômeno de ressonância. Podemos, então, designar a água que contém as flores como a receptora de uma espécie de impressão holográfica<sup>†</sup> das qualidades essenciais da planta, onde cada gota guardará a configuração completa do arquétipo da mesma. Após a diluição da essência floral, a substância química da infusão é atenuada, de modo que ela deixa de ser bioquimicamente significativa, e as poucas gotas altamente diluídas que são administradas aos indivíduos estão impregnadas com toda a informação vibracional da flor utilizada.<sup>43</sup>

<sup>†</sup> Fotografia especial em três dimensões criada por padrões de interferência de energia e demonstram que cada parte pode conter a essência do todo, concepção semelhante ao princípio da homeopatia, onde os remédios homeopáticos produzem um efeito nos campos energéticos humanos através da chamada "Lei dos semelhantes" (Kaminski; Katz, 1996)

As essências florais possuem uma conformação eletromagnética harmônica de suas partículas, característica das plantas, que ao entrar em contato com o campo eletromagnético em discordância, desarmônico, apresentado pelo indivíduo que a ingeriu, é capaz de harmonizá-lo, atuando através de ondas de energia sutil em níveis subatômicos, equilibrando os fluxos de energia desses campos a que são designadas.<sup>47,48</sup>

Os princípios que regem esse fenômeno são ditados pela Física Elementar, que, no caso, pode ser esclarecido pelo princípio da ressonância, definido como a transferência de energia de um sistema oscilante para outro com frequência similar, até que a frequência de ambos coincida. A harmonização proporcionada pelo floral em uma característica específica apresentada pelo indivíduo pode ser comparada à afinação de um piano, por exemplo, onde uma determinada corda é esticada e tocada até que o diapasão vibre, dizendo-se, então, que aquela corda está em ressonância com o diapasão, o qual, como se sabe, possui uma frequência única de vibração pré-estabelecida para uma nota específica.<sup>45</sup>

As essências atuam através da ressonância vibracional e não por reações bioquímicas, e sua ação no corpo humano incita um diálogo interior com os aspectos ocultos do nosso Eu (consciente x inconsciente), despertando profundos arquétipos psicológicos e dando-nos acesso às suas mensagens, proporcionando, desse modo, mudanças emocionais e mentais profundas que poderão também produzir ou corrigir alterações fisiológicas. Elas agem como catalisadores que estimulam e energizam o processo de transformação interior, ao mesmo tempo em que nos deixam livres para desenvolvermos as nossas capacidades inatas. Neste trabalho, espera-se que o uso dos Florais de Bach torne possível tal diálogo entre o consciente e o inconsciente, possibilitando ao idoso a compreensão do seu sentimento de baixa auto-estima, tornando-o capaz de modificá-lo através

de uma nova leitura dos fatores que influenciam na formatação desse sentimento, esperando-se que reaja positivamente a esses fatores ou evite-os, aumentando assim a sensação de bem-estar.<sup>43</sup>

Logo, as essências florais encorajam a mudança ao invés de forçá-las, dispondo-se como instrumentos para a manutenção da qualidade de vida, pois mantêm a ligação entre o corpo, a mente e a alma, colocando os conflitos dessa tríade evidentes para nós mesmos, possibilitando assim a resolução dos mesmos antes que se consolidem como uma situação desagradável ou uma doença.

Na tentativa de demonstrar o efeito do floral sobre os conflitos mentais, há um estudo de coorte, transversal, realizado em 2004 na Nicarágua, que acompanhou 60 pacientes com diagnóstico de estresse, tratados no Centro médico *Club de Alérgicos y Asmáticos Dr. Wilse Varona*, dos quais 50 indivíduos utilizavam Florais de Bach como parte do tratamento e dez não utilizavam os Florais. O estudo demonstrou a eficiência da terapia floral para a maioria dos pacientes, sendo que 25 dos 50 pacientes que utilizavam florais apresentaram diminuição da fadiga e da sensação de cansaço, seis apresentaram aumento do estado de ânimo e oito eliminaram a ansiedade ou a diminuíram até níveis não prejudiciais.<sup>49</sup>

Um estudo experimental do tipo ensaio clínico realizado em Cuba, entre setembro de 2004 e março de 2005, avaliou a eficácia dos Florais da Califórnia sobre o estresse de 25 pacientes, sendo que outros 25, também com diagnóstico de estresse, foram submetidos ao uso de placebo para comparação. Os resultados obtidos apontaram que 100% dos pacientes que utilizaram a terapia floral apresentaram evolução satisfatória, voltando rapidamente a suas atividades diárias. Destes, 80% não apresentaram mais ao fim do estudo os sintomas referidos no início e outros 20% apresentaram melhora desses sintomas.<sup>50</sup>

Pela Teoria do Imaginário de Gilbert Durant e do teste AT.9 foi possível evidenciar a terapia floral como meio de diagnóstico e coadjuvante em terapia psicológica. Os florais de Bach mostraram a redução no número de indivíduos que apresentaram perfis desestruturados de oito para somente um, ajudando o terapeuta a visualizar e compreender o processo de cada sujeito e o movimento interno das elaborações e, assim, poder direcioná-lo de forma focada e eficiente.<sup>51</sup>

Tem-se por hipótese, então, que as essências Florais de Bach elevarão a auto-estima do idoso e que tal sentimento contribuirá para que o indivíduo modifique os significados de sua vida nas dimensões física, psicológica e social, percebendo sua vida, sua saúde e si mesmo com mais otimismo.

## **OBJETIVO**

"Quando duas pessoas trocam seus pães, cada uma volta com um pão. Quando trocam idéias, voltam com duas idéias"  
(Budha)

## 2. Objetivo

Avaliar a efetividade dos Florais de Bach sobre a auto-estima de idosos com mais de 60 anos<sup>‡</sup>.

---

<sup>‡</sup> A ONU adota a idade de 60 anos como a idade de transição das pessoas para o segmento idoso da população. Esse critério é válido apenas para os países em desenvolvimento, adotando-se 65 anos para os países desenvolvidos, pelo fato da expectativa de vida ser maior<sup>11</sup>.

## **METODOLOGIA**

“O otimismo é a fé que leva à realização. Nada pode ser feito sem esperança ou confiança.”  
(Helen Keller)

### 3. Metodologia

Tratou-se de um estudo experimental do tipo ensaio clínico, triplo-cego, pelo fato de o pesquisador que aplicou a intervenção, o sujeito de estudo e o estatístico desconheciam em qual dos grupos cada sujeito de estudo estava alocado.

É assim classificado por consistir em uma intervenção intencional que parte da “causa” em direção ao “efeito”, cujo objetivo é avaliar a eficácia de um dado tratamento ou intervenção através da comparação dos resultados entre os grupos de intervenção e de controle, sendo necessária, então, a alocação aleatória dos sujeitos de pesquisa nos dois grupos previstos para tal estudo: o de intervenção, o qual receberá o tratamento proposto, e o de controle, que receberá o tratamento não-experimental - placebo (substância inerte).<sup>52,53</sup>

#### ***3.1 Aspectos éticos***

O projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo), recebendo parecer favorável (ANEXO 1).

Além disso, foi solicitada autorização por escrito aos responsáveis da Unidade Básica de Saúde (ANEXO 2) e do Hospital escolhidos para a pesquisa, sendo que no último houve a necessidade do projeto ser submetido ao Comitê de Ética local, recebendo também parecer favorável (ANEXO 3).

A cada participante do estudo apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 4) após explicação individual sobre o funcionamento e utilização dos Florais de Bach e cronograma e logística da pesquisa.

### ***3.2 Local de Estudo***

A coleta de dados iniciou-se em um Centro de Saúde referência para atendimento de idosos, o Centro de Saúde Escola Paula Souza (CSE). Após seis meses de coleta de dados observou-se que os pacientes que compareciam ao atendimento eram em sua maioria idosos que já haviam preenchido o instrumento de auto-estima, sendo necessária a busca por outro local de coleta de dados para completar a amostra do estudo. Após tentativas em diversos serviços, obteve-se autorização para coleta de dados no ambulatório de geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual (IAMSP), posterior à submissão ao Comitê de Ética local. Neste local, a coleta de dados estendeu-se por oito meses.

### ***3.3. População***

A população de estudo foi constituída de indivíduos idosos de ambos os sexos atendidos regularmente em ambulatórios de atendimento geriátrico alocados em dois ambulatórios da cidade de São Paulo escolhidos para a coleta de dados.

Foram incluídos no estudo, idosos com as seguintes características:

- mais de 60 anos de idade;
- alfabetizados<sup>§</sup>;
- escore inicial de auto-estima menor ou igual a 8\*\* identificado pelo instrumento de Dela Coleta<sup>54</sup> (ANEXO 5);
- capacidade de verbalização;

---

<sup>§</sup> A alfabetização e cognição mínimas dos participantes são necessárias para possibilitar-lhes responder o questionário sem interferência de outros indivíduos ou erros de interpretação.

\*\* O valor do escore de auto-estima limite para inclusão no estudo foi elevado de 5 para 8 após o início da coleta de dados devido ao baixo número de idosos que preenchiam o menor escore, impossibilitando o alcance da quantidade de indivíduos estipulados para a amostra.

- interesse em participar da pesquisa.

Foram excluídos do estudo, idosos com as seguintes características:

- em uso de medicamento para ansiedade ou depressão;
- alteração cognitiva avaliada pelo teste Mini-mental<sup>55</sup>(ANEXO 6);
- em uso de alguma prática complementar energética em saúde como Essências Florais, Cromoterapia, Aromaterapia, Acupuntura, Reiki, Toque Terapêutico, entre outros.

### 3.3.1. Grupos de estudo

**Grupo Experimental:** constituído por idosos que receberam os frascos identificados como “Essência floral”, contendo uma solução de conhaque a 30%, de vinagre de maçã ou glicerinada e as essências florais do repertório Florais de Bach identificadas no atendimento.

**Grupo Placebo:** constituído por idosos que receberam os frascos identificados como “Essência floral”, contendo apenas uma solução de conhaque a 30% %, de vinagre de maçã ou glicerinada.

A alocação dos sujeitos em cada grupo foi feita pela técnica probabilística sistemática. Realizou-se um sorteio para identificar numericamente o grupo placebo e o grupo experimental. Após esta definição sorteou-se em qual dos grupos se alocaria o indivíduo do primeiro atendimento. A partir desta definição, os indivíduos foram alocados intercaladamente nos grupos segundo a ordem do primeiro atendimento.

Um enfermeiro treinado foi responsável pelo preparo dos frascos. O idoso, após o atendimento em terapia floral, apresentava a prescrição das essências ao enfermeiro que preparava a fórmula de florais de acordo com o grupo onde o idoso seria alocado, conforme seqüência do sorteio realizado previamente. Foram elaboradas duas listas de idosos segundo o grupo a que pertenciam, placebo ou experimental que ficaram de posse do

enfermeiro responsável pelo preparo das soluções. Ao final de cada atendimento, o pesquisador fazia o agendamento da próxima consulta com o idoso de acordo com a disponibilidade do cliente. No terceiro atendimento, os idosos de ambos os grupos receberam novos frascos contendo as essências florais escolhidas, permitindo, desta forma, que todos tivessem acesso ao tratamento.

Ao término da coleta de dados, as listas com a identificação dos idosos segundo o grupo a que pertenciam foi lacrada num envelope e aberta ao término da análise dos dados para a elaboração do relatório de resultados.

### **3.3.2. Amostra**

Não foi possível o cálculo do tamanho da amostra inicialmente, pois não havia na literatura estudo experimental do tipo ensaio clínico que tivesse utilizado a escala de auto-estima de Dela Coleta para avaliação desse sentimento em idosos, que oferecesse referência de prevalência de tal sentimento na faixa etária indicada.

Desta forma, decidiu-se juntamente ao estatístico por uma amostra inicial de 30 idosos em cada um dos dois grupos de estudo (experimental e placebo). Para efeitos de perda do seguimento, optou-se por uma amostra de 40 indivíduos em cada grupo.

Ao longo da coleta de dados abordou-se para avaliação da auto-estima 237 (39,0%) idosos no CSE e 370 (61,0%) no hospital, para que se alcançasse a amostra de 80 idosos que preenchessem os requisitos de inclusão no estudo e com interesse em participar da pesquisa.

Ao longo da coleta de dados 16,2% dos idosos participantes da pesquisa foram excluídos. Todas eram mulheres, sendo que oito eram atendidas do CSE e cinco no IAMSP, e nove (22,0%) eram do Grupo Placebo e quatro (10,0%) do Experimental. Não houve diferença

significativa entre os grupos ( $p=0,265$ ; Teste de Qui-Quadrado com correção de Yates).

Considerando o tempo que permaneceram na pesquisa, dez foram excluídas antes do segundo encontro e três antes do terceiro encontro. DE acordo com o motivo de exclusão, no Grupo Placebo: três referiram sentir-se mal após iniciar uso do floral, duas desistiram de tomar o floral por motivos pessoais, três desistiram por esquecer muitas vezes de tomá-lo, uma iniciou uso de antidepressivo e em uma a história do paciente foi extraviada; no Grupo Experimental: uma sentiu-se mal após iniciar uso do floral, duas desistiram de tomar o floral por motivos pessoais e uma iniciou uso de antidepressivo.

### ***3.4. Coleta de dados***

#### **3.4.1. Instrumentos utilizados**

**Mini-Mental:** Para avaliar a capacidade cognitiva dos idosos sujeitos da pesquisa e certificar sua competência para responder aos questionários, fornecendo dados reais e fidedignos, foi utilizado o teste Mini-Mental, constituído de 19 itens direcionados a avaliar a capacidade cognitiva e a orientação em tempo e espaço.<sup>55</sup>

Tal instrumento, já validado para utilização no Brasil, foi aplicado pelo pesquisador, na ordem em que são dadas as questões. O escore total foi calculado pela soma da pontuação atribuída em cada questão respondida corretamente.

Os indivíduos que apresentaram no teste mini-mental escore correspondente à possível demência, ou seja, escore menor que 24, quando eram altamente escolarizados, menor que 18, quando tinham escolaridade até o ginásio, e menor que 14, quando eram analfabetos, foram excluídos do estudo por não apresentarem capacidade cognitiva necessária para responderem os questionários com autenticidade.

**Escala de auto-estima de Dela Coleta:** Para a classificação da auto-estima dos sujeitos da amostra utilizou-se um questionário elaborado e validado por Dela Coleta, constituído de quinze afirmações sobre as avaliações que o sujeito faz sobre si mesmo. Para cada afirmação, o sujeito escolheu uma dentre duas opções: concordo (C) ou discordo (D). O grau de auto-estima foi fornecido através de um gabarito, que atribuiu um ponto para cada resposta em acordo e zero ponto para cada resposta em desacordo nas questões 5, 6, 7 e 8 e vice-versa para as questões restantes. A pontuação máxima é de quinze pontos e a mínima é de zero ponto, considerando-se baixa auto-estima o escore entre 0 e 5, média auto-estima o escore entre 6 e 10 e alta auto-estima o escore entre 11 e 15.<sup>54</sup>

Essa escala foi escolhida para este estudo por ser mais abrangente, com boa confiabilidade (alfa de Cronbach) e por ter sido construída na língua portuguesa (não tendo, então, erros de tradução ou inadequação cultural). Ela foi construída a partir dos itens de outras escalas utilizadas na literatura da área. A qualidade discriminativa dos itens da escala foi considerada adequada, pois a maioria apresentou altos coeficientes de correlação com os escores obtidos na escala como um todo. Os quinze itens com maiores escores de correlação foram selecionados para compor o instrumento de medida.<sup>54</sup>

### **3.4.2. Procedimento para coleta de dados**

Os sujeitos foram abordados de acordo com o fluxo combinado com a instituição escolhida para coleta de dados (após o pré-atendimento de enfermagem, enquanto aguardavam a consulta). Após apresentar a finalidade da pesquisa, aqueles que concordaram em participar da pesquisa foram submetidos à avaliação do seu estado mental cognitivo (teste mini-mental). Os que apresentaram capacidade cognitiva aceitável

responderam, então, ao questionário de avaliação da auto-estima (instrumento de avaliação da auto-estima de Dela Coleta).

Primeiro atendimento: os sujeitos que apresentaram escore igual ou menor que oito pelo instrumento de auto-estima participaram de um atendimento em terapia floral com a pesquisadora que tem formação para esse tipo de atendimento. Neste atendimento foi realizada uma entrevista com o idoso de acordo com o instrumento elaborado (ANEXO 7) para colher informações referentes aos dados sócio-culturais-demográficos (sexo, idade, estado civil, número de filhos, com quem reside, se exerce alguma atividade profissional e que trabalho desenvolve, renda e religião), dados de morbidade (problemas de saúde, uso de medicamentos) e alguns hábitos de vida (atividade de lazer e ocupação diária). Após a entrevista, o pesquisador identificou as essências escolhidas pelos idosos para a fórmula e fez a prescrição.

O idoso após o atendimento foi encaminhado ao enfermeiro responsável pelo preparo da fórmula. O enfermeiro após o preparo da solução reteve a prescrição porque de posse da prescrição o idoso poderia comprar uma fórmula nas farmácias de manipulação, gerando um viés nos resultados.

Foram realizados três encontros no atendimento em terapia floral, um a cada 45 dias aproximadamente, tempo normalmente praticado por terapeutas florais, sendo necessários dois frascos de solução para cada um dos atendimentos.

Segundo atendimento: foi avaliada novamente a auto-estima, o cliente apresentou sua percepção sobre a utilização da solução, teceu comentários sobre sua vida após o último atendimento e foi feita nova escolha dos Florais de Bach dando continuidade ao tratamento.

Terceiro atendimento: repetiu-se o processo do segundo atendimento. Neste encontro, além de todos os idosos receberem dois frascos com a fórmula de essências florais escolhidas, a prescrição foi

liberada a eles para que pudessem, de acordo com seu interesse, comprar novos frascos posteriormente em farmácias de manipulação. Além disso foi participado ao idoso o significado das flores escolhidas.

**Escolha do buquê de essências:** Não foi estipulado um único floral para todos os pacientes, pois a auto-estima é influenciada por muitos fatores (auto-imagem, solidão, memórias e ensinamentos da infância, situação financeira e social) que são compreendidos e superados (ou não) de diferentes formas por cada indivíduo, como descrito anteriormente.

Para a escolha dos Florais de Bach que compuseram o tratamento de cada participante foi utilizado o método da escolha por *afinidade das flores* utilizando-se uma adaptação da técnica descrita por Barnao e Barnao. A pessoa separa as flores que mais gosta, as neutras e as que menos gosta ou detesta. A flor que gostamos traz o sentimento de ajuda nos processos de mudança ou uma sensação de positivismo, serenidade e despreocupação nas situações que conscientemente lutamos para solucionar, indicando que estamos abertos à cura desta flor, resultando assim, numa atração positiva. A reação neutra manifesta que os temas que esta flor aborda não tem ressonância importante para nós no momento, e desta forma, a flor não interage fortemente com nosso estado mental. Já a flor que não gostamos revela em seus temas pensamentos que a pessoa gostaria de silenciá-los dentro de si, por causa de uma memória dolorosa ou pela repulsão de encarar um estado negativo dentro de nós mesmos, a nossa “sombra”.<sup>56</sup>

Cartões com as fotos das flores do Dr. Bach foram entregues ao cliente para que ele escolhesse as imagens das flores uma a uma olhando-as num ritmo firme e razoavelmente rápido para que a escolha não fosse influenciada pelo intelecto. O cliente separou as flores que lhe agradaram (reação positiva) e as que lhe desagradaram (reação negativa) das neutras (que foram descartadas). As fotos das flores selecionadas pelo

cliente foram re-selecionadas até que se reduzissem a dez pela intensidade do efeito que a imagem lhe trouxesse quando foram mescladas e abertas sobre a mesa para que o cliente selecionasse as seis imagens que mais lhe causaram impacto, não importando se trouxessem uma sensação de agrado ou desagradado. As flores finais foram anotadas na mesma folha do roteiro de entrevista e em uma folha a parte para que o enfermeiro preparasse o frasco.

Neste método o sujeito escolhe intuitivamente as flores que necessita para superar sentimentos negativos, como a baixa auto-estima. Essa escolha intuitiva é possível, pois, como Bach descreveu quando formatou este tratamento, cada flor tem um gestual (forma, estrutura, formação da raiz, cor, número de pétalas, delineamento das flores entre outros) que corresponde a um estado de espírito ou tipo de temperamento humano<sup>††</sup>.

Este método diminui possíveis vícios de seleção provenientes da influência da pesquisadora sobre a escolha dos florais. Além disso, o significado do buquê de flores escolhido não foi comentado para evitar que o idoso se sugestionasse ou fizesse alguma relação das flores com seu estado emocional. A efetividade das essências florais é questionada por alguns profissionais que atribuem o efeito das essências à discussão do significado das flores que compõem o buquê da fórmula com o cliente e não às essências em si. Por isso, optou-se para utilizar apenas o método de escolha das flores pelas fotografias nos dois primeiros encontros para que não houvesse uma influência decorrente de um relacionamento terapêutico, embora a própria imagem da flor possa iniciar um processo de ressonância vibracional. No último encontro, o pesquisador realizou o

---

<sup>††</sup> Como exemplo dessa correlação: Larch (recomendado para quem não tem confiança em si mesmo) – é uma conífera, cujos galhos projetam-se para o chão, tendendo a pontear a árvore a se curvar, dando a impressão de que a árvore quer se pendurar, cheia de desânimo. A formação das folhas dá a árvore uma aparência de inacabada, empacada entre estágios. Quando as folhas caem, tem-se a impressão de que a árvore está morta. Larch é uma árvore muito mais forte do que aparenta ser, que se adapta e se recupera com rapidez das temperaturas extremas e da falta de água; resistente a avalanches, já que os galhos desnudos (folhas em forma de agulha) não são arrastados pelo peso da neve. As pessoas Larch têm muito mais força do que acreditam ter.

mesmo método de escolha, mas apresentou ao idoso o significado das essências escolhidas correlacionando-o com os dados obtidos na entrevista e nos atendimentos anteriores.

### 3.5. Análise dos dados

Os resultados obtidos no estudo foram expressos por frequências absolutas e relativas ou por médias e desvios padrão e ilustrados por gráficos e tabelas.

Os grupos foram comparados em relação às características sócio-econômico-culturais e clínicas utilizando-se o teste de associação pelo qui-quadrado (variáveis qualitativas) e Mann-Whitney (variáveis quantitativas).

Foram comparadas as médias dos escores obtidos pelo instrumento de avaliação da auto-estima entre os dois momentos – do 1º para o 2º atendimento e do 2º para o 3º atendimento, segundo o grupo de intervenção, utilizando-se a análise de variância com dois fatores, sendo um fator a medida independente (grupo de intervenção) e o outro a medida repetida (momento antes e depois). As comparações múltiplas forem realizadas pelo Teste de Tukey-HSD.

Para os testes estatísticos adotou-se um nível de significância de 5% ( $p \leq 0,005$ ).

Aplicou-se o teste de confiabilidade Alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna do instrumento de auto-estima obtendo-se um valor de 0,780.

Utilizou-se o software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para a maior parte da análise dos dados e o software ESTATÍSTICA para realização do Teste de Tukey-HSD.

Para avaliação dos dados históricos relatados pelos idosos durante cada atendimento optou-se pela categorização dos sentimentos e problemas apresentados e análise da frequência e intensidade que apareceram entre os idosos de cada grupo de estudo, em cada atendimento. A partir das frequências e intensidades dos sentimentos e problemas relatados pelos idosos entre o primeiro e o último atendimento, classificou-se de forma global, para cada idoso, a ocorrência de melhora ou não dessas condições em uma escala de quatro estágios, a saber: ***nenhuma melhora***, utilizada quando não se observou nenhuma alteração dos sentimentos e problemas relatados ou piora dos mesmos; ***pouca melhora***, quando houve alguma alteração positiva dos sentimentos e problemas; ***média melhora***, quando se observou a alteração positiva de aproximadamente metade dos problemas e sentimentos relatados; e ***muita melhora***, quando o idoso apresentou alteração positiva da maioria ou totalidade dos sentimentos e problemas apresentados inicialmente.

## **RESULTADOS**

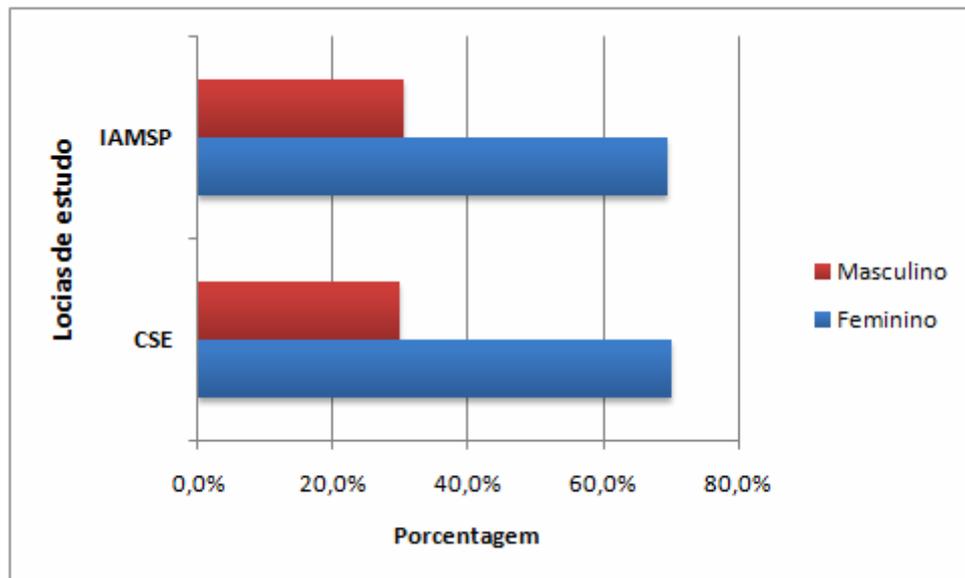
“Não importa o que fizeram de mim, o que importa é o que eu  
faço com o que fizeram de mim.”  
(Jean-Paul Sartre)

## 4. Resultados

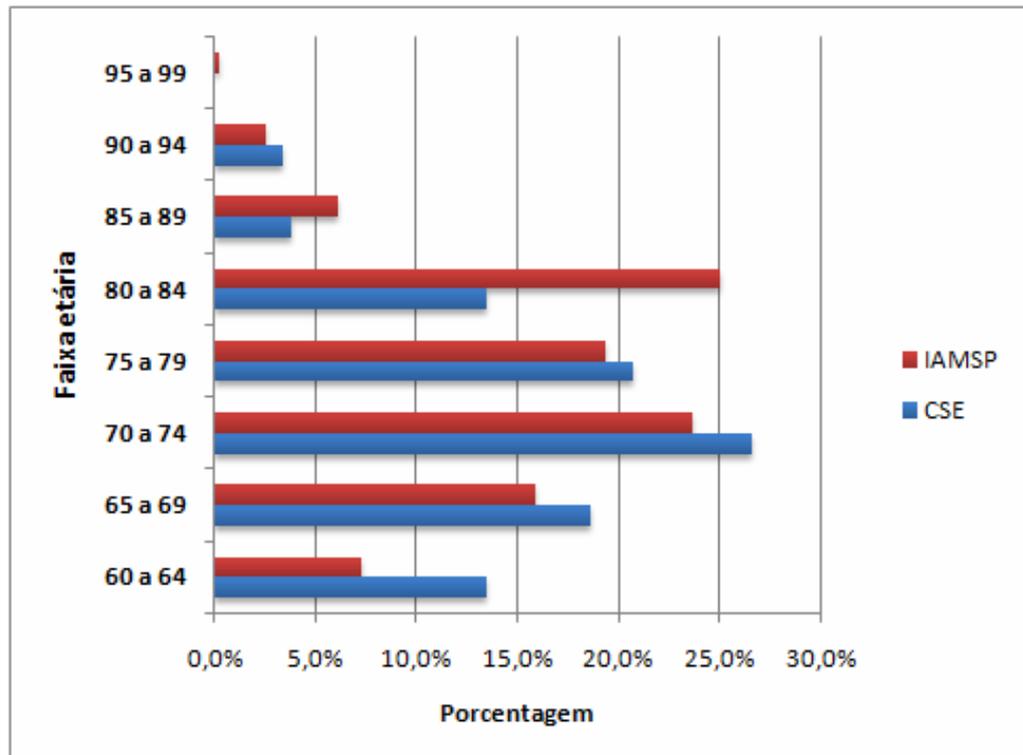
### 4.1. Características de auto-estima dos idosos avaliados

De Abril/2008 a Julho/2009 foram aplicados 665 instrumentos para avaliação da auto-estima em idosos que concordaram com a avaliação para identificar seu escore de auto-estima - 237 (35,6%) estavam inscritos no ambulatório de geriatria do CSE e 428 (64,4%) no ambulatório de geriatria do IAMSP. Os idosos que apresentaram escore menor ou igual a oito foram convidados a participar do estudo.

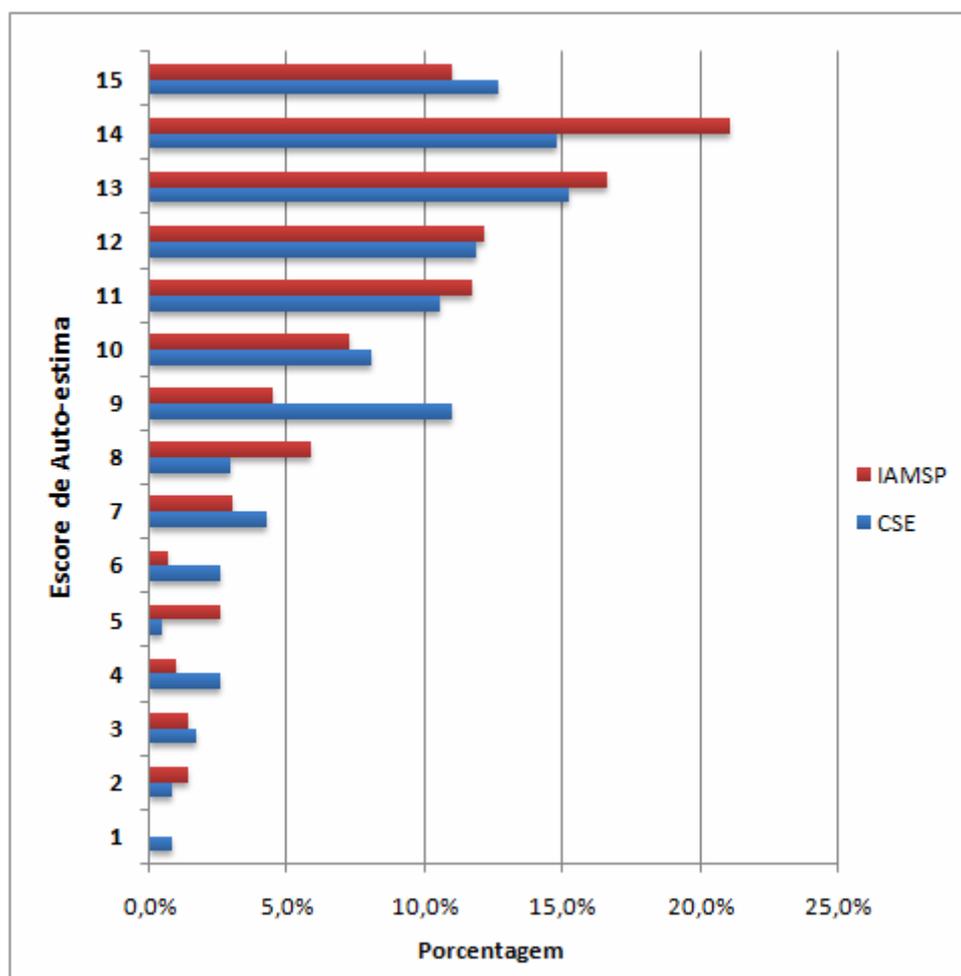
Entre os idosos avaliados no CSE, 70,0% era do sexo feminino e 30,0% do sexo masculino, e no IAMSP 69,4% era do sexo feminino e 30,6% do sexo masculino (Fig.3); de uma forma geral 82,3% apresentava idade entre 65 e 84 anos (Fig.4), com mediana em 74 anos, sendo que no CSE a média de idade dos idosos abordados foi menor que a encontrada entre os idosos do IAMSP (73,3 e 75,3 anos, respectivamente); dos 665 idosos abordados, 6,3% apresentou pelo instrumento de avaliação de auto-estima escore referente à baixa auto-estima (escore de 0 a 5), 23,9% escore referente à média auto-estima (escore de 6 a 10) e 69,8% escore referente à alta auto-estima (escore de 11 a 15), sendo que a média de auto-estima apresentada pelos idosos em ambos locais de estudo foi muito próxima (11,2 no CSE e 11,5 no IAMSP) (Fig.5).



**Figura 3.** Frequência relativa do sexo dos idosos avaliados inicialmente, segundo local de atendimento. São Paulo, 2009.



**Figura 4.** Frequência relativa da faixa etária dos idosos avaliados inicialmente, segundo local de atendimento. São Paulo, 2009.



**Figura 5.** Frequência relativa do escore de auto-estima dos idosos avaliados inicialmente, segundo local de atendimento. São Paulo, 2009.

Entre os 665 idosos avaliados, 15,9% (106) apresentou escore de auto-estima menor ou igual a 8, porém somente 80 (12,0%) idosos preencheram também os outros critérios de inclusão do estudo e concordaram em participar da pesquisa de intervenção. Os idosos que não concordaram em participar da pesquisa, em sua maioria, utilizavam medicação antidepressiva ou ansiolítica ou não dispunham de tempo para participar da intervenção.

## 4.2. Características sócio-demográficas dos grupos de estudo

Dentre os participantes da intervenção observou-se o predomínio de mulheres em ambos os grupos (Tabela 2). Essa desproporção ocorreu, porque o número de idosos do sexo masculino atendidos pelos serviços escolhidos para coleta de dados era menor que o de idosas, além de que dentre os 21 homens elegíveis pelo valor de auto-estima, apenas 52,4% (11) aceitou participar da intervenção contra 63,3% (56) dentre as 88 idosas avaliadas elegíveis. Também, uma parte dos homens abordados para avaliação da auto-estima recusava-se a realizar tal avaliação, diminuindo o número total de homens avaliados e, provavelmente, o número de homens elegíveis.

**Tabela 2.** Distribuição de idosos segundo sexo e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Sexo      | Grupo Placebo |       | Grupo Experimental |       | Total |       |
|-----------|---------------|-------|--------------------|-------|-------|-------|
|           | N             | %     | N                  | %     | N     | %     |
| Feminino  | 26            | 81,3  | 30                 | 85,7  | 56    | 83,6  |
| Masculino | 6             | 18,8  | 5                  | 14,3  | 11    | 16,4  |
| TOTAL     | 32            | 100,0 | 35                 | 100,0 | 67    | 100,0 |

Metade dos participantes tinha até 74 anos de idade (Tabela 3). No Grupo Placebo houve maior concentração de idosos de 75 a 84 anos e menor concentração de idosos entre 70 e 74 anos de idade quando comparado ao Grupo Experimental.

**Tabela 3.** Distribuição de idosos segundo faixa etária e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Faixa Etária | Grupo Placebo |              | Grupo Experimental |              | Total     |              |
|--------------|---------------|--------------|--------------------|--------------|-----------|--------------|
|              | N             | %            | N                  | %            | N         | %            |
| 60 a 64 anos | 6             | 18,8         | 5                  | 14,3         | 11        | 16,4         |
| 65 a 69 anos | 9             | 28,1         | 11                 | 31,4         | 20        | 29,9         |
| 70 a 74 anos | 6             | 18,8         | 11                 | 31,4         | 17        | 25,4         |
| 75 a 79 anos | 7             | 21,9         | 6                  | 17,1         | 13        | 19,4         |
| 80 a 84 anos | 4             | 12,5         | 1                  | 2,9          | 5         | 7,5          |
| 85 a 90 anos | -             | -            | 1                  | 2,9          | 1         | 1,5          |
| <b>TOTAL</b> | <b>32</b>     | <b>100,0</b> | <b>35</b>          | <b>100,0</b> | <b>67</b> | <b>100,0</b> |

Metade dos idosos apresentava até o primeiro grau completo de escolaridade, apesar da maior parte não ter completado o primeiro grau (Tabela 4). No Grupo Placebo encontrou-se idosos analfabetos, mas em pequeno número. A frequência de idosos que apresentavam o ensino superior completo ou incompleto foi baixa, principalmente entre os idosos do Grupo Experimental.

**Tabela 4.** Distribuição de idosos segundo escolaridade e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Escolaridade        | Grupo Placebo |              | Grupo Experimental |              | Total     |              |
|---------------------|---------------|--------------|--------------------|--------------|-----------|--------------|
|                     | N             | %            | N                  | %            | N         | %            |
| Analfabeto          | 2             | 6,3          | -                  | -            | 2         | 3,0          |
| 1º grau incompleto  | 12            | 37,5         | 12                 | 34,3         | 24        | 35,8         |
| 1º grau completo    | 6             | 18,8         | 10                 | 28,6         | 16        | 23,9         |
| 2º grau incompleto  | 1             | 3,1          | 2                  | 5,7          | 3         | 4,5          |
| 2º grau completo    | 4             | 12,5         | 9                  | 25,7         | 13        | 19,4         |
| Superior incompleto | 1             | 3,1          | -                  | -            | 1         | 1,5          |
| Superior completo   | 6             | 18,8         | 2                  | 5,7          | 8         | 11,9         |
| <b>TOTAL</b>        | <b>32</b>     | <b>100,0</b> | <b>35</b>          | <b>100,0</b> | <b>67</b> | <b>100,0</b> |

A proporção de idosos sem companheiro foi elevada (58,2%) e muito próxima entre os grupos, no entanto no Placebo houve predomínio de idosos viúvos (50,0%), enquanto no Grupo Experimental houve maior número de solteiros (20,0%) quando comparado ao Grupo Placebo (Tabela 5).

**Tabela 5.** Distribuição de idosos segundo estado civil e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Estado Civil | Grupo Placebo |       | Grupo Experimental |       | Total |       |
|--------------|---------------|-------|--------------------|-------|-------|-------|
|              | N             | %     | N                  | %     | N     | %     |
| Solteiro     | 1             | 3,1   | 7                  | 20,0  | 8     | 11,9  |
| Casado       | 14            | 43,8  | 14                 | 40,0  | 28    | 41,8  |
| Viúvo        | 16            | 50,0  | 13                 | 37,1  | 29    | 43,3  |
| Desquitado   | 1             | 3,1   | 1                  | 2,9   | 2     | 3,0   |
| TOTAL        | 32            | 100,0 | 35                 | 100,0 | 67    | 100,0 |

Todos os participantes referiram ter uma religião, sendo que a maioria dos idosos era da religião católica (Tabela 6). Entre as demais, a religião que se sobressaiu foi a protestante.

**Tabela 6.** Distribuição de idosos segundo religião e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Religião    | Grupo Placebo |       | Grupo Experimental |       | Total |       |
|-------------|---------------|-------|--------------------|-------|-------|-------|
|             | N             | %     | N                  | %     | N     | %     |
| Católica    | 21            | 65,6  | 19                 | 54,3  | 40    | 59,7  |
| Protestante | 9             | 28,1  | 9                  | 25,7  | 18    | 26,9  |
| Outras      | 2             | 6,3   | 7                  | 20,0  | 9     | 13,4  |
| TOTAL       | 32            | 100,0 | 35                 | 100,0 | 67    | 100,0 |

A proporção de idosos com prática religiosa foi elevada em ambos os grupos, tal que 81,3% dos idosos do Grupo Placebo e 71,4% dos idosos do Grupo Experimental afirmaram exercer a religião de alguma forma.

Em ambos os grupos de intervenção, a maioria dos idosos tinha até dois filhos, sendo que no Grupo Experimental houve maior porcentagem de idosos sem filhos (20,0%) (Tabela 7). O número de filhos observado entre os participantes variou entre nenhum e 10 filhos.

**Tabela 7.** Distribuição de idosos segundo número de filhos e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Número de Filhos | Grupo Placebo |       | Grupo Experimental |       | Total |       |
|------------------|---------------|-------|--------------------|-------|-------|-------|
|                  | N             | %     | N                  | %     | N     | %     |
| Nenhum           | 1             | 3,1   | 7                  | 20,0  | 8     | 11,9  |
| 1                | 4             | 12,5  | 3                  | 8,6   | 7     | 10,5  |
| 2                | 13            | 40,7  | 11                 | 31,4  | 24    | 35,9  |
| 3                | 4             | 12,5  | 8                  | 22,8  | 12    | 17,9  |
| 4                | 5             | 15,6  | 3                  | 8,6   | 8     | 11,9  |
| 5 a 10           | 5             | 15,6  | 3                  | 8,6   | 8     | 11,9  |
| TOTAL            | 32            | 100,0 | 35                 | 100,0 | 67    | 100,0 |

De modo geral, a maioria dos idosos reside com familiares de primeiro grau (Tabela 8), embora haja considerável proporção de idosos que vivam com pessoas de outros vínculos afetivos. Observou-se também que o número de idosos que vivem sozinhos foi maior no Grupo Placebo.

**Tabela 8.** Distribuição de idosos de acordo com quem reside e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Com quem Reside  | Grupo Placebo |       | Grupo Experimental |       | Total |       |
|------------------|---------------|-------|--------------------|-------|-------|-------|
|                  | N             | %     | N                  | %     | N     | %     |
| Cônjuge          | 7             | 21,9  | 8                  | 22,9  | 15    | 22,4  |
| Filhos           | 4             | 12,5  | 6                  | 17,1  | 10    | 14,9  |
| Cônjuge e filhos | 4             | 12,5  | 5                  | 14,3  | 9     | 13,4  |
| Sozinho          | 6             | 18,8  | 4                  | 11,4  | 10    | 14,9  |
| Irmãos           | -             | -     | 3                  | 8,6   | 3     | 4,5   |
| Outros           | 11            | 34,4  | 9                  | 25,7  | 20    | 29,9  |
| TOTAL            | 32            | 100,0 | 35                 | 100,0 | 67    | 100,0 |

A maioria dos idosos era aposentada (73,1%). Ao comparar os grupos, a proporção de idosos aposentados foi maior no Grupo Placebo, 78,1% contra 68,6% dentre os idosos do Grupo Experimental.

Cerca de um terço dos idosos ainda trabalhava (31,3%) (Tabela 9). No Grupo Placebo, 66,6% (6) dos que trabalham eram aposentados e no Grupo Experimental, 58,3% (7).

**Tabela 9.** Distribuição de idosos segundo condição de trabalho e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Estar Trabalhando | Grupo Placebo |       | Grupo Experimental |       | Total |       |
|-------------------|---------------|-------|--------------------|-------|-------|-------|
|                   | N             | %     | N                  | %     | N     | %     |
| Sim               | 9             | 28,1  | 12                 | 34,3  | 21    | 31,3  |
| Não               | 23            | 71,9  | 23                 | 65,7  | 46    | 68,7  |
| TOTAL             | 32            | 100,0 | 35                 | 100,0 | 67    | 100,0 |

Entre os idosos do Grupo Placebo que ainda trabalhavam, a principal atividade de trabalho era o emprego doméstico (66,6%), enquanto que no Grupo Experimental houve maior diversidade de atividades exercidas (Tabela 10).

**Tabela 10.** Distribuição de idosos segundo tipo de atividade e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Tipo de Atividade               | Grupo Placebo |       | Grupo Experimental |       | Total |       |
|---------------------------------|---------------|-------|--------------------|-------|-------|-------|
|                                 | N             | %     | N                  | %     | N     | %     |
| Atividades domésticas*          | 3             | 66,6  | 2                  | 16,6  | 5     | 23,7  |
| Auxiliar escritório/consultório | 1             | 11,1  | 2                  | 16,6  | 3     | 14,3  |
| Costureira                      | 1             | 11,1  | 2                  | 16,6  | 3     | 14,3  |
| Técnico de laboratório          | 2             | 22,2  | -                  | -     | 2     | 9,5   |
| Vendedora de roupas             | -             | -     | 2                  | 16,6  | 2     | 9,5   |
| Atividade de nível superior**   | -             | -     | 2                  | 16,6  | 2     | 9,5   |
| Topógrafo                       | -             | -     | 1                  | 8,5   | 1     | 4,8   |
| Manicure                        | 1             | 11,1  | -                  | -     | 1     | 4,8   |
| Secretário de esporte           | -             | -     | 1                  | 8,5   | 1     | 4,8   |
| Zelador                         | 1             | 11,1  | -                  | -     | 1     | 4,8   |
| TOTAL                           | 9             | 100,0 | 12                 | 100,0 | 21    | 100,0 |

\*Empregada, cozinheira, passadeira

\*\* Psicóloga, professora

Quando se observa a distribuição da renda entre os idosos participantes da pesquisa (Tabela 11), verifica-se que a metade dos idosos em ambos os grupos tinha uma renda de até R\$1.000,00, sendo que no Grupo Placebo houve maior concentração de idosos que recebiam até R\$500,00, enquanto que no Grupo Experimental 40,0% dos idosos apresentaram uma renda de R\$501,00 a R\$1.000,00. A proporção de idosos com renda superior a R\$2.000,00 em ambos os grupos foi semelhante. Ressalta-se ainda que 6,3% dos idosos do Grupo Placebo e 8,6% do Grupo Experimental não apresentavam renda alguma, dependendo financeiramente de outras pessoas.

**Tabela 11.** Distribuição de idosos segundo renda e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Renda                       | Grupo Placebo |       | Grupo Experimental |       | Total |       |
|-----------------------------|---------------|-------|--------------------|-------|-------|-------|
|                             | N             | %     | N                  | %     | N     | %     |
| Sem renda                   | 2             | 6,3   | 3                  | 8,6   | 5     | 7,4   |
| Até R\$ 500,00              | 12            | 37,5  | 5                  | 14,3  | 17    | 25,4  |
| R\$ 501,00 a R\$ 1.000,00   | 5             | 15,6  | 14                 | 40,0  | 19    | 28,4  |
| R\$ 1.001,00 a R\$ 2.000,00 | 9             | 28,1  | 9                  | 25,7  | 18    | 26,9  |
| Acima de R\$ 2.000,00       | 4             | 12,5  | 4                  | 11,4  | 8     | 11,9  |
| TOTAL                       | 32            | 100,0 | 35                 | 100,0 | 67    | 100,0 |

#### 4.2. Condições de saúde nos grupos de estudo

Entre os participantes, 98,5% (66) referiram possuir pelo menos um problema de saúde, todos do Grupo Placebo (32) e 97,1% do Grupo Experimental (34).

O principal problema de saúde referido em ambos os grupos foi a Hipertensão Arterial, 62,5% e 71,4%, respectivamente nos grupos Placebo e Experimental (Tabela 12), seguida pela Dislipidemia. Ansiedade

e Depressão foram pouco mencionadas, provavelmente porque os idosos com auto-estima menor que oito que faziam uso de antidepressivos e ansiolíticos foram excluídos do estudo. Dentre as outras doenças apresentadas destaca-se a Artrite/Artrose, dado que, na maioria dos casos, interferia muito na vida diária do idoso pela dor que causava, segundo relato dos clientes.

**Tabela 12.** Distribuição de idosos segundo problemas de saúde e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Problemas de Saúde     | Grupo Placebo |      | Grupo Experimental |      | Total |      |
|------------------------|---------------|------|--------------------|------|-------|------|
|                        | N             | %    | N                  | %    | N     | %    |
| Hipertensão Arterial   | 20            | 62,5 | 25                 | 71,4 | 45    | 67,2 |
| Dislipidemia           | 14            | 43,8 | 16                 | 45,7 | 30    | 44,8 |
| Artrite/artrose        | 6             | 18,8 | 8                  | 22,9 | 14    | 20,9 |
| Alterações de tireóide | 5             | 15,6 | 8                  | 22,9 | 13    | 19,4 |
| Osteoporose            | 6             | 18,8 | 6                  | 17,1 | 12    | 17,9 |
| Diabetes               | 6             | 18,8 | 5                  | 14,3 | 11    | 16,4 |
| Ansiedade              | 1             | 3,1  | 4                  | 11,4 | 5     | 7,5  |
| Depressão              | 3             | 9,4  | 3                  | 8,6  | 6     | 9,0  |
| Asma                   | 2             | 6,2  | 2                  | 5,7  | 4     | 6,0  |
| Câncer                 | -             | -    | 1                  | 2,9  | 1     | 1,5  |
| Outras                 | 23            | 81,2 | 20                 | 57,1 | 43    | 64,2 |

Quase todos os participantes do estudo (95,5%) faziam uso de medicamentos para alguns dos problemas de saúde (Tabela 13). O número médio de medicamentos no Grupo Placebo foi de 2,9 ( $\pm 2,5$ ) com variação de 0 e 8 medicamentos diferentes, enquanto que no Grupo Experimental a média foi de 3,5 ( $\pm 2,6$ ) com variação de 0 e 12 medicamentos, diferença estatisticamente não significativa ( $p=0,415$ ).

Entre os participantes que usavam alguma medicação, 89,6% (60) referiram utilizá-los regularmente, sendo 81,3% (26) naqueles do Grupo Placebo e 97,1% (34) naqueles do Grupo Experimental. Entre os que não

utilizavam o medicamento regularmente, 85,7% (6) esqueciam de tomá-los e 14,3% (1) proferiram que, às vezes, não tinham o medicamento em casa (falta de condição financeira ou esqueciam de comprar).

**Tabela 13.** Distribuição de idosos segundo número de medicamentos e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Nº de Medicamentos | Grupo Placebo    |       | Grupo Experimental |       | Total            |       |
|--------------------|------------------|-------|--------------------|-------|------------------|-------|
|                    | N                | %     | N                  | %     | N                | %     |
| 0                  | 1                | 3,1   | 2                  | 5,7   | 3                | 4,5   |
| 1                  | 6                | 18,8  | 7                  | 20,0  | 13               | 19,4  |
| 2                  | 9                | 28,1  | 5                  | 14,4  | 14               | 20,9  |
| 3                  | 7                | 21,9  | 7                  | 20,0  | 14               | 20,9  |
| 4                  | 4                | 12,5  | 2                  | 5,7   | 6                | 9,0   |
| 5                  | 2                | 6,3   | 6                  | 17,1  | 8                | 11,9  |
| 6 a 12             | 3                | 9,3   | 6                  | 17,1  | 9                | 13,4  |
| TOTAL              | 32               | 100,0 | 35                 | 100,0 | 67               | 100,0 |
| Média (DP)         | 2,9 ( $\pm$ 1,9) |       | 3,5 ( $\pm$ 2,6)   |       | 3,2 ( $\pm$ 2,3) |       |
| Mediana            | 2,5              |       | 3                  |       | 3                |       |
| Variacoo         | 0 - 8            |       | 0 - 12             |       | 0 - 12           |       |

Mais da metade dos idosos (59,7%) não desenvolvia atividades de lazer, observando-se uma proporção maior no Grupo Experimental (62,9%) (Tabela 14).

**Tabela 14.** Distribuição de idosos segundo atividade de lazer e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Atividades de Lazer | Grupo Placebo |       | Grupo Experimental |       | Total |       |
|---------------------|---------------|-------|--------------------|-------|-------|-------|
|                     | N             | %     | N                  | %     | N     | %     |
| Sim                 | 14            | 43,8  | 13                 | 37,1  | 27    | 40,3  |
| Não                 | 18            | 56,3  | 22                 | 62,9  | 40    | 59,7  |
| TOTAL               | 32            | 100,0 | 35                 | 100,0 | 67    | 100,0 |

A proporção de quem não praticava qualquer atividade física foi ainda maior do que a observada na não-prática de atividade de lazer (70,1%), com certa homogeneidade comparando os dois grupos (Tabela 15).

**Tabela 15.** Distribuição de idosos segundo atividade física e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Atividade Física | Grupo Placebo |       | Grupo Experimental |       | Total |       |
|------------------|---------------|-------|--------------------|-------|-------|-------|
|                  | N             | %     | N                  | %     | N     | %     |
| Sim              | 9             | 28,1  | 11                 | 31,4  | 20    | 29,9  |
| Não              | 23            | 71,9  | 24                 | 68,6  | 47    | 70,1  |
| TOTAL            | 32            | 100,0 | 35                 | 100,0 | 67    | 100,0 |

Apenas 29,9% dos idosos mencionaram participar de atividades direcionadas à terceira idade, com uma proporção maior no Grupo Experimental (34,3%) (Tabela 16). A atividade física é uma prática habitual no conjunto de atividades da terceira idade, como observado no CSE onde se realizou a coleta de dados, no qual o grupo de terceira idade contava com atividades físicas e trabalhos manuais na programação. Dos idosos que desenvolviam atividades direcionadas à terceira idade, 55,0% (11) desenvolviam atividades físicas, 37,5% (3) no Grupo Placebo e 66,6% (8) no Grupo Experimental.

**Tabela 16.** Distribuição de idosos segundo atividade da terceira idade e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Atividade Terceira Idade | Grupo Placebo |       | Grupo Experimental |       | Total |       |
|--------------------------|---------------|-------|--------------------|-------|-------|-------|
|                          | N             | %     | N                  | %     | N     | %     |
| Sim                      | 8             | 25,0  | 12                 | 34,3  | 20    | 29,9  |
| Não                      | 24            | 75,0  | 23                 | 65,7  | 47    | 70,1  |
| TOTAL                    | 32            | 100,0 | 35                 | 100,0 | 67    | 100,0 |

Com relação às atividades realizadas para distração, 21,3% dos idosos participantes da intervenção realizavam trabalhos manuais, 19,4% assistiam televisão e 13,9% realizam atividades intelectuais, como ler, escrever, fazer palavras cruzadas. O restante dos idosos realizava outras atividades para se distrair, como relacionado na Tabela 17, destacando-se uma prática realizada como distração inesperada: “dormir”, realizada por

5,6% dos participantes com essa finalidade. Atividades de socialização em grupo como passear, visitas as amigas, ir à igreja foram mencionadas por poucos idosos em ambos os grupos.

**Tabela 17.** Distribuição de idosos segundo atividade realizada para distração e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Distração                          | Grupo Placebo |      | Grupo Experimental |      | Total |      |
|------------------------------------|---------------|------|--------------------|------|-------|------|
|                                    | N             | %    | N                  | %    | N     | %    |
| Trabalhos manuais/artesanato       | 10            | 31,3 | 13                 | 37,1 | 23    | 21,3 |
| Assistir TV                        | 11            | 34,4 | 10                 | 28,6 | 21    | 19,4 |
| Atividade intelectual <sup>1</sup> | 8             | 25,0 | 7                  | 20,0 | 15    | 13,9 |
| Passear/visitar amigas             | 8             | 25,0 | 3                  | 8,8  | 11    | 10,2 |
| Cuidar da casa                     | 3             | 9,4  | 3                  | 8,8  | 7     | 6,5  |
| Dormir                             | 2             | 6,3  | 4                  | 11,4 | 6     | 5,6  |
| Caminhar em casa/na rua            | 3             | 9,4  | 3                  | 8,8  | 5     | 4,6  |
| Nada                               | -             | -    | 5                  | 14,3 | 5     | 4,6  |
| Fazer compras                      | 3             | 9,4  | 1                  | 2,9  | 4     | 3,7  |
| Ir a igreja                        | 2             | 6,3  | 1                  | 2,9  | 3     | 2,8  |
| Cuidar das plantas                 | 3             | 9,4  | -                  | -    | 3     | 2,8  |
| Cantar                             | 2             | 6,3  | -                  | -    | 2     | 1,9  |
| Cuidar dos netos                   | -             | -    | 1                  | 2,9  | 1     | 0,9  |
| Cuidar do cão                      | -             | -    | 1                  | 2,9  | 1     | 0,9  |
| Navegar na internet                | 1             | 3,1  | -                  | -    | 1     | 0,9  |

<sup>1</sup> ler, escrever, fazer palavras cruzadas ou sudoku.

Para verificar possíveis causas de flutuação da condição da auto-estima dos participantes, foi perguntado a eles sobre a incidência de algum acontecimento nos 45 dias anteriores ao dia de cada um dos três atendimentos, dado que experiências do cotidiano também podem influenciar a auto-estima, e em torno de 62,0% dos casos, distribuídos de forma semelhante entre os dois grupos, houve a incidência de algum acontecimento marcante (Tabela 18), positivo ou negativo.

**Tabela 18.** Distribuição de idosos segundo menção de acontecimento marcante nos 45 dias que antecederam a consulta e grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Acontecimento extraordinário | Grupo Placebo |       | Grupo Experimental |       | Total |       |
|------------------------------|---------------|-------|--------------------|-------|-------|-------|
|                              | N             | %     | N                  | %     | N     | %     |
| Sim                          | 20            | 62,5  | 22                 | 62,9  | 42    | 62,7  |
| Não                          | 12            | 37,5  | 13                 | 37,1  | 25    | 37,3  |
| TOTAL                        | 32            | 100,0 | 35                 | 100,0 | 67    | 100,0 |

### 4.3. Comparação entre os grupos de estudo

Os grupos de estudo foram submetidos à comparação de suas variáveis para verificação da homogeneidade entre eles, garantindo, assim, uma análise estatística consistente dos resultados.

A comparação entre os grupos de estudo segundo local de realização da coleta de dados não mostrou diferença estatística ( $p=0,134$ ).

Houve também homogeneidade entre os grupos quanto às variáveis qualitativas, como observado na Tabela 19 ( $p>0,05$  em todos os casos).

**Tabela 19.** Comparação entre as variáveis qualitativas segundo grupo de intervenção. São Paulo, 2009.

| Variável                            | Categoria                  | Grupos        |       |                    |       | P*                 |
|-------------------------------------|----------------------------|---------------|-------|--------------------|-------|--------------------|
|                                     |                            | Grupo Placebo |       | Grupo Experimental |       |                    |
|                                     |                            | n             | %     | n                  | %     |                    |
| Sexo                                | Feminino                   | 26            | 81,3  | 30                 | 85,7  | 0,622              |
|                                     | Masculino                  | 6             | 18,8  | 5                  | 14,3  |                    |
| Escolaridade                        | Até o Ensino Fund. Comp.   | 20            | 62,5  | 22                 | 62,9  | 0,976              |
|                                     | Além do Ensino Fund. Comp. | 12            | 37,5  | 13                 | 37,1  |                    |
| Estado Cível                        | Não-Casados                | 18            | 56,3  | 21                 | 60,0  | 0,756              |
|                                     | Casados                    | 14            | 43,8  | 14                 | 40,0  |                    |
| Com quem reside                     | Sozinho                    | 6             | 18,8  | 4                  | 11,4  | 0,401 <sup>f</sup> |
|                                     | Acompanhado                | 26            | 81,3  | 31                 | 88,6  |                    |
| Religião                            | Católicos                  | 21            | 65,6  | 19                 | 54,3  | 0,345              |
|                                     | Não-Católicos              | 11            | 34,4  | 16                 | 45,7  |                    |
| Renda                               | Até R\$1000,00             | 19            | 59,4  | 22                 | 62,9  | 0,770              |
|                                     | Mais que R\$1000,00        | 13            | 40,6  | 13                 | 37,1  |                    |
| Presença de problemas de saúde      | Sim                        | 32            | 100,0 | 34                 | 97,1  | 0,335 <sup>f</sup> |
|                                     | Não                        |               |       | 1                  | 2,9   |                    |
| Aposentadoria                       | Sim                        | 25            | 78,1  | 24                 | 68,6  | 0,378              |
|                                     | Não                        | 7             | 21,9  | 11                 | 31,4  |                    |
| Execução de trabalho formal         | Sim                        | 9             | 28,1  | 12                 | 34,3  | 0,587              |
|                                     | Não                        | 23            | 71,9  | 23                 | 65,7  |                    |
| Aposentadoria                       | Sim                        | 23            | 76,7  | 24                 | 70,6  | 0,583              |
|                                     | Não                        | 7             | 23,3  | 10                 | 29,4  |                    |
| Uso de medicações                   | Sim                        | 31            | 96,9  | 33                 | 94,3  | 0,609 <sup>f</sup> |
|                                     | Não                        | 1             | 3,1   | 2                  | 3,7   |                    |
| Pratica lazer                       | Sim                        | 14            | 43,8  | 13                 | 37,1  | 0,582              |
|                                     | Não                        | 18            | 56,2  | 22                 | 62,9  |                    |
| Pratica Atividade Terceira Idade    | Sim                        | 8             | 25,0  | 12                 | 34,3  | 0,407              |
|                                     | Não                        | 24            | 75,0  | 23                 | 65,7  |                    |
| Pratica Atividade esportiva         | Sim                        | 9             | 28,1  | 11                 | 31,4  | 0,768              |
|                                     | Não                        | 23            | 71,9  | 24                 | 68,6  |                    |
| Sentiu melhora segundo atendimento  | Sim                        | 20            | 62,5  | 19                 | 54,3  | 0,496              |
|                                     | Não                        | 12            | 37,5  | 16                 | 45,7  |                    |
| Sentiu melhora terceiro atendimento | Sim                        | 21            | 65,6  | 19                 | 54,3  | 0,345              |
|                                     | Não                        | 11            | 34,4  | 16                 | 45,7  |                    |
| TOTAL                               |                            | 32            | 100,0 | 35                 | 100,0 |                    |

p\* = teste de qui-quadrado

f = Variável que sofreu teste de Fisher - n &lt; 5

Da mesma forma, a comparação das médias de idade, número de filhos e número de medicamentos utilizados mostrou que ambos os grupos eram semelhantes (Tabela 20). Observou-se que no Grupo Experimental havia idosos de idade mais avançada (0 – 90), assim como aqueles com maior número de medicações em uso (0 – 12). Por outro lado, no Grupo Placebo havia idosos com maior número de filhos (até 10 filhos). A partir dessas análises verificou-se que os grupos são comparáveis quanto às características sócio-econômicas-culturais.

**Tabela 20.** Comparação dos grupos com relação à média das variáveis quantitativas. São Paulo, 2009.

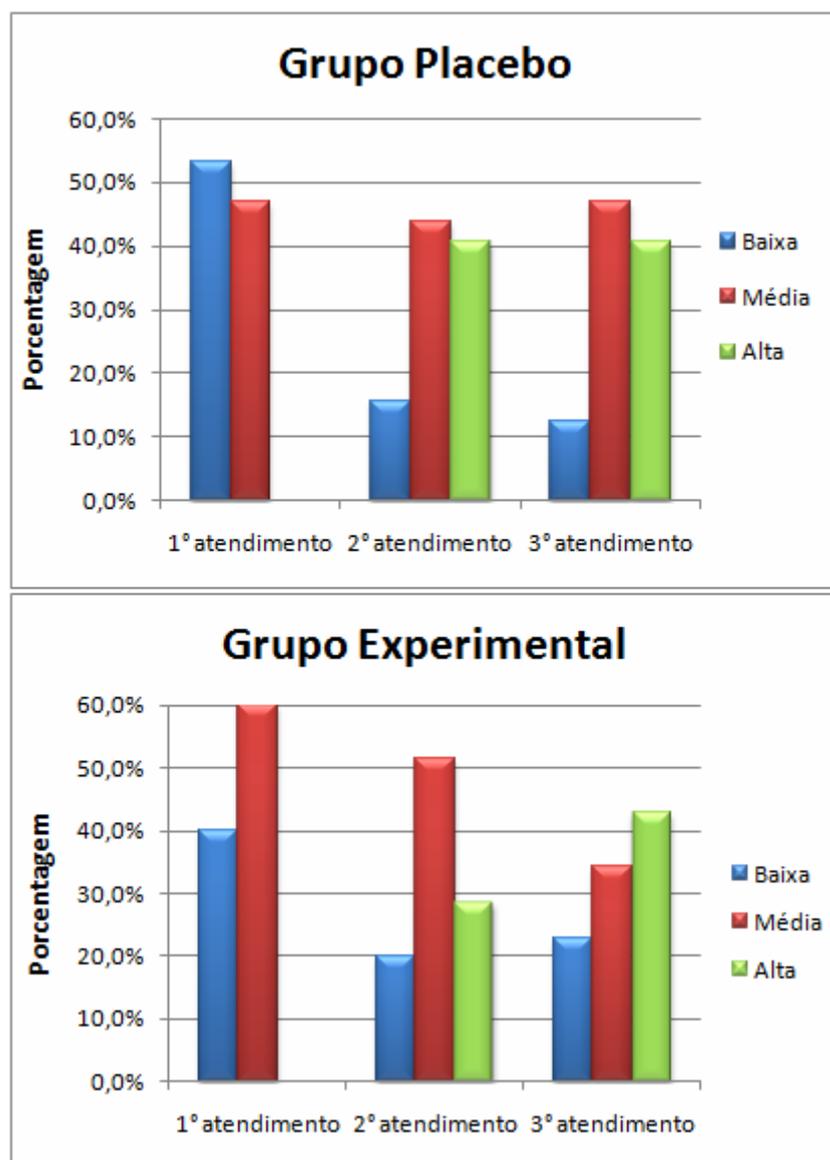
| Variável                  | Grupos                 |                        | p*    |
|---------------------------|------------------------|------------------------|-------|
|                           | Grupo Placebo          | Grupo Experimental     |       |
| <b>Idade</b>              |                        |                        |       |
| Média (DP)                | 71,2anos ( $\pm 6,6$ ) | 70,7anos ( $\pm 6,4$ ) | 0,855 |
| Variação                  | 60 – 84                | 60 – 90                |       |
| Mediana                   | 70 anos                | 70 anos                |       |
| <b>Nº de filhos</b>       |                        |                        |       |
| Média (DP)                | 2,9 ( $\pm 2,0$ )      | 2,3 ( $\pm 1,7$ )      | 0,203 |
| Variação                  | 0 – 10                 | 0 – 7                  |       |
| Mediana                   | 2                      | 2                      |       |
| <b>Nº de medicamentos</b> |                        |                        |       |
| Média (DP)                | 2,9 ( $\pm 1,9$ )      | 3,5 ( $\pm 2,6$ )      | 0,415 |
| Variação                  | 0 – 8                  | 0 – 12                 |       |
| Mediana                   | 2                      | 3                      |       |

\* Teste Mann-Whitney bi-caudal

#### 4.4. A Auto-Estima dos idosos participantes

Dentre os idosos que foram incluídos no estudo, 31 (46,3%) apresentaram inicialmente escore de auto-estima entre 0 e 5 referente à baixa auto-estima, e 36 (53,7%) apresentaram escore entre 6 e 8 dentro da faixa de média auto-estima, considerando ainda que no Grupo Experimental a proporção de idosos com média auto-estima foi maior que no Grupo Placebo (60,0% e 46,9%, respectivamente).

No segundo atendimento realizado, os escores obtidos pelo instrumento de Dela Coleta indicaram melhora da auto-estima em ambos os grupos, sendo que no Grupo Placebo observou-se que a proporção de idosos com média e alta auto-estima foi muito próxima, enquanto que no Grupo Experimental a proporção de idosos com média auto-estima superou a de idosos com alta auto-estima (51,5% e 28,6%, respectivamente) (Figura 6).



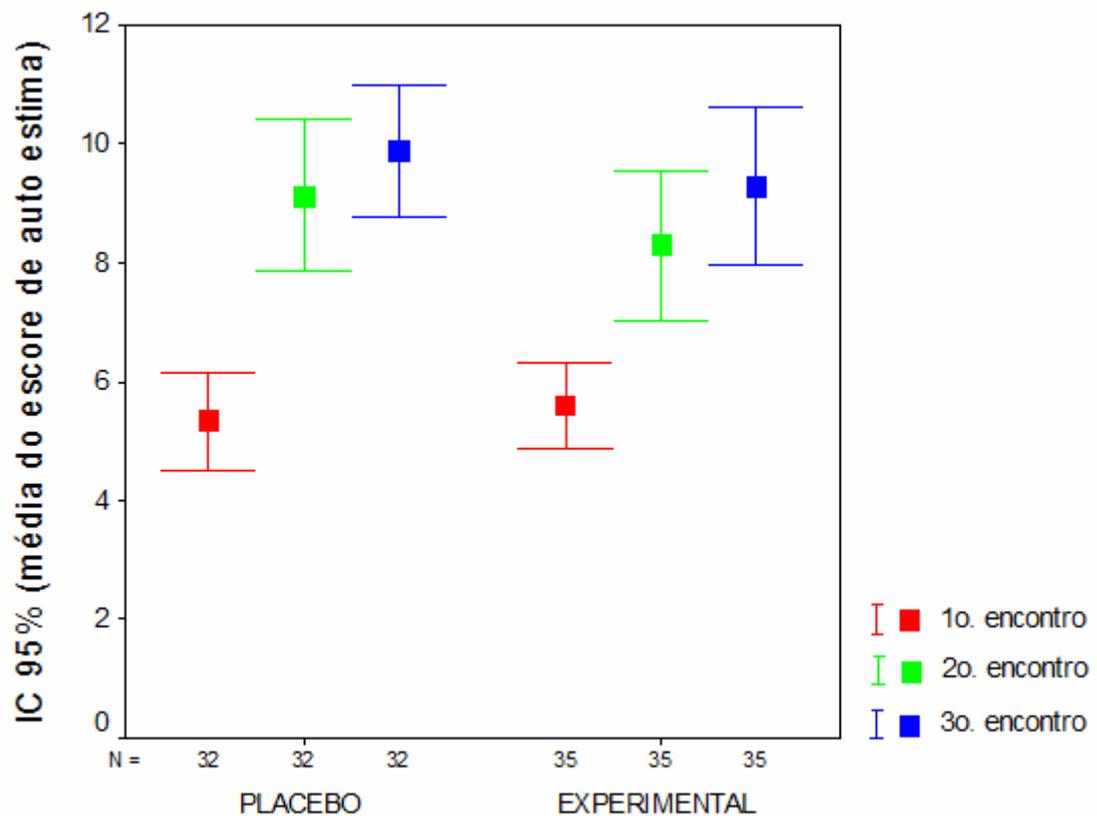
**Figura 6.** Frequência relativa da condição de auto-estima, segundo classificação de Dela Coleta, segundo grupo de estudo em cada atendimento realizado. São Paulo, 2009.

No Grupo Experimental observou-se no terceiro atendimento que 22,9% dos idosos apresentavam baixa auto-estima, 34,3% apresentavam média auto-estima e 42,9% dos idosos apresentavam auto-estima elevada. Desta forma, efetivamente 2,9% dos participantes desse grupo apresentaram piora da auto-estima e 14,3% apresentou melhora da auto-estima.

Também neste momento referido observa-se que os idosos do Grupo Placebo quase não apresentaram nenhuma alteração na auto-estima, já que somente 3,1% dos participantes apresentaram elevação da auto-estima do nível baixo para o médio.

A imagem gráfica dos dados observados na figura 6 mostra que no Grupo Experimental houve uma redução na proporção de sujeitos com média auto-estima ao longo do acompanhamento, bem como uma tendência ao aumento de indivíduos com elevada auto-estima. Por outro lado, visualmente a distribuição de idosos por grau de auto-estima no Grupo Placebo não aponta qualquer tendência de melhora gradativa para a elevação da auto-estima.

Ao se observar graficamente (figura 7) os escores médios de auto-estima para cada grupo de estudo em cada atendimento nota-se uma semelhança entre os grupos, com valores médios um pouco superiores no segundo e terceiro atendimento para o Grupo Placebo.



**Figura 7.** Escores médios de auto-estima segundo grupo de intervenção, obtidos em cada um dos três atendimentos. São Paulo, 2009.

Mesmo com essa diferença gráfica entre os grupos, apontando para a efetiva melhora da auto-estima com o uso dos Florais de Bach, quando foi realizada a comparação múltipla para avaliação da diferença entre os grupos com relação às médias de auto-estima obtidas em cada atendimento pelo teste de Tukey, cujo poder de análise é maior que os outros testes possíveis, obteve-se diferença estatisticamente significativa somente do primeiro para o segundo atendimento, porém em ambos os grupos, equiparando estatisticamente o uso ou não do Floral para a melhora da auto-estima, ainda que o valor de p tenha sido menor no Grupo Experimental entre o segundo e o terceiro atendimento (Tabela 21).

**Tabela 21.** Comparações múltiplas pelo teste de Tukey para avaliação da diferença entre os grupos segundo a média da auto-estima obtida para cada momento do estudo. São Paulo, 2009.

| Momento                    | Grupo                 |                            | P*    |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|-------|
|                            | Placebo<br>média (dp) | Experimental<br>média (dp) |       |
| 1 <sup>o</sup> atendimento | 5,3                   | 5,6                        | 0,988 |
| 2 <sup>o</sup> atendimento | 9,1                   | 8,2                        | 0,707 |
| <b>p</b>                   | <0,001                | <0,001                     |       |
| 2 <sup>o</sup> atendimento | 9,1                   | 8,2                        | 0,880 |
| 3 <sup>o</sup> atendimento | 9,7                   | 9,2                        | 0,954 |
| <b>p</b>                   | 0,373                 | 0,117                      |       |

P\*= Teste de Tukey

Ao analisar as repostas obtidas separadamente em cada uma das 15 questões do instrumento de auto-estima, obteve-se que as questões "Gostaria de encontrar uma pessoa que pudesse resolver meus problemas" e "No todo, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso" obtiveram uma melhora diferenciada no Grupo Experimental entre o primeiro e o terceiro atendimento, comparada ao obtido no Grupo Placebo.

Já as questões "Eu costumo ter a sensação de que não há nada que eu possa fazer direito", "Eu desisto muito fácil das coisas que estou fazendo" e "Geralmente estou satisfeito comigo mesmo" foram as questões que obtiveram no Grupo Placebo uma melhora diferente da encontrada no Grupo Experimental entre o primeiro e o terceiro atendimento.

#### 4.5. Os Florais de Bach escolhidos

Para melhor elucidação e discussão agruparam-se as Flores de Bach escolhidas pelos idosos, segundo as categorias de estado emocional definidas pelo Dr. Eduard Bach e o grupo de estudo (Tabela 22 e 23).

**Tabela 22.** Distribuição das Flores de Bach escolhidas pelos idosos do Grupo Placebo. São Paulo, 2009.

| Estado  | Floral            | Grupo Placebo |     |             |     |             |     |
|---|-------------------|---------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|
|   |                   | 1°<br>atend   | %   | 2°<br>atend | %   | 3°<br>atend | %   |
| Medo  | Aspen             | 8             | 4,2 | 3           | 1,6 | 8           | 4,2 |
|   | Cherry Plum       | 2             | 1,0 | 6           | 3,1 | 3           | 1,6 |
|   | Mimulus           | 0             | 0,0 | 1           | 0,5 | 1           | 0,5 |
|   | Red Chestnut      | 11            | 5,7 | 13          | 6,8 | 13          | 6,8 |
|   | Rock Rose         | 4             | 2,1 | 7           | 3,6 | 7           | 3,6 |
| Indecisão/<br>Insegurança                         | Cerato            | 15            | 7,8 | 12          | 6,3 | 12          | 6,3 |
|   | Gentian           | 0             | 0,0 | 3           | 1,6 | 1           | 0,5 |
|   | Gorse             | 13            | 6,8 | 7           | 3,6 | 7           | 3,6 |
|   | Hornbeam          | 1             | 0,5 | 1           | 0,5 | 1           | 0,5 |
|   | Scleranthus       | 2             | 1,0 | 0           | 0,0 | 0           | 0,0 |
|   | Wild Oat          | 0             | 0,0 | 2           | 1,0 | 0           | 0,0 |
| Desinteresse                                      | Chestnut Bud      | 2             | 1,0 | 2           | 1,0 | 1           | 0,5 |
|   | Clematis          | 3             | 1,6 | 2           | 1,0 | 4           | 2,1 |
|   | Honeysuckle       | 10            | 5,2 | 7           | 3,6 | 6           | 3,1 |
|   | Mustard           | 7             | 3,6 | 8           | 4,2 | 7           | 3,6 |
|   | Olive             | 0             | 0,0 | 3           | 1,6 | 1           | 0,5 |
|   | White Chestnut    | 7             | 3,6 | 5           | 2,6 | 12          | 6,3 |
|   | Wild Rose         | 13            | 6,8 | 13          | 6,8 | 9           | 4,7 |
| Solidão/<br>Isolamento                            | Heather           | 9             | 4,7 | 7           | 3,6 | 10          | 5,2 |
|   | Impatiens         | 3             | 1,6 | 3           | 1,6 | 4           | 2,1 |
|   | Water Violet      | 5             | 2,6 | 4           | 2,1 | 7           | 3,6 |
| Hipersensibilidade<br>a influências e<br>opiniões | Agrimony          | 4             | 2,1 | 10          | 5,2 | 2           | 1,0 |
|   | Centauray         | 1             | 0,5 | 3           | 1,6 | 0           | 0,0 |
|   | Holly             | 8             | 4,2 | 8           | 4,2 | 10          | 5,2 |
|   | Walnut            | 2             | 1,0 | 0           | 0,0 | 2           | 1,0 |
| Desespero   | Crab Apple        | 14            | 7,3 | 8           | 4,2 | 12          | 6,3 |
|   | Elm               | 6             | 3,1 | 7           | 3,6 | 4           | 2,1 |
|   | Larch             | 5             | 2,6 | 6           | 3,1 | 8           | 4,2 |
|   | Oak               | 7             | 3,6 | 9           | 4,7 | 10          | 5,2 |
|   | Pine              | 2             | 1,0 | 4           | 2,1 | 3           | 1,6 |
|   | Star of Bethlehem | 5             | 2,6 | 6           | 3,1 | 7           | 3,6 |
|   | Sweet Chestnut    | 0             | 0,0 | 0           | 0,0 | 1           | 0,5 |
|   | Willow            | 1             | 0,5 | 3           | 1,6 | 1           | 0,5 |
| Preocupação<br>excessiva com os<br>outros         | Beech             | 4             | 2,1 | 4           | 2,1 | 2           | 1,0 |
|   | Chicory           | 7             | 3,6 | 4           | 2,1 | 6           | 3,1 |
|   | Rock Water        | 5             | 2,6 | 6           | 3,1 | 3           | 1,6 |
|   | Vervain           | 4             | 2,1 | 3           | 1,6 | 5           | 2,6 |
|   | Vine              | 2             | 1,0 | 2           | 1,0 | 2           | 1,0 |

**Tabela 23.** Distribuição das Flores de Bach escolhidas pelos idosos do Grupo Experimental. São Paulo, 2009.

| Estado  | Floral            | Grupo Experimental |     |             |     |             |     |
|---|-------------------|--------------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|
|   |                   | 1°<br>atend        | %   | 2°<br>atend | %   | 3°<br>atend | %   |
| Medo  | Aspen             | 6                  | 2,9 | 5           | 2,4 | 3           | 1,4 |
|   | Cherry Plum       | 10                 | 4,8 | 7           | 3,3 | 4           | 1,9 |
|   | Mimulus           | 4                  | 1,9 | 3           | 1,4 | 2           | 1,0 |
|   | Red Chestnut      | 12                 | 5,7 | 15          | 7,1 | 16          | 7,6 |
|   | Rock Rose         | 7                  | 3,3 | 6           | 2,9 | 8           | 3,8 |
| Indecisão/<br>Insegurança                         | Cerato            | 11                 | 5,2 | 7           | 3,3 | 10          | 4,8 |
|   | Gentian           | 2                  | 1,0 | 1           | 0,5 | 1           | 0,5 |
|   | Gorse             | 12                 | 5,7 | 13          | 6,2 | 11          | 5,2 |
|   | Hornbeam          | 0                  | 0,0 | 3           | 1,4 | 3           | 1,4 |
|   | Scleranthus       | 1                  | 0,5 | 1           | 0,5 | 2           | 1,0 |
|   | Wild Oat          | 1                  | 0,5 | 3           | 1,4 | 2           | 1,0 |
| Desinteresse                                      | Chestnut Bud      | 1                  | 0,5 | 2           | 1,0 | 2           | 1,0 |
|   | Clematis          | 3                  | 1,4 | 4           | 1,9 | 2           | 1,0 |
|   | Honeysuckle       | 15                 | 7,1 | 17          | 8,1 | 14          | 6,7 |
|   | Mustard           | 9                  | 4,3 | 5           | 2,4 | 8           | 3,8 |
|   | Olive             | 1                  | 0,5 | 3           | 1,4 | 2           | 1,0 |
|   | White Chestnut    | 5                  | 2,4 | 13          | 6,2 | 14          | 6,7 |
|   | Wild Rose         | 9                  | 4,3 | 6           | 2,9 | 10          | 4,8 |
| Solidão/<br>Isolamento                            | Heather           | 11                 | 5,2 | 7           | 3,3 | 8           | 3,8 |
|   | Impatiens         | 3                  | 1,4 | 3           | 1,4 | 6           | 2,9 |
|   | Water Violet      | 4                  | 1,9 | 5           | 2,4 | 1           | 0,5 |
| Hipersensibilidade<br>a influências e<br>opiniões | Agrimony          | 2                  | 1,0 | 8           | 3,8 | 5           | 2,4 |
|   | Centaury          | 2                  | 1,0 | 3           | 1,4 | 1           | 0,5 |
|   | Holly             | 8                  | 3,8 | 6           | 2,9 | 5           | 2,4 |
|   | Walnut            | 1                  | 0,5 | 2           | 1,0 | 3           | 1,4 |
| Desespero   | Crab Apple        | 9                  | 4,3 | 7           | 3,3 | 11          | 5,2 |
|   | Elm               | 3                  | 1,4 | 3           | 1,4 | 4           | 1,9 |
|   | Larch             | 6                  | 2,9 | 8           | 3,8 | 3           | 1,4 |
|   | Oak               | 10                 | 4,8 | 13          | 6,2 | 11          | 5,2 |
|   | Pine              | 5                  | 2,4 | 3           | 1,4 | 3           | 1,4 |
|   | Star of Bethlehem | 4                  | 1,9 | 2           | 1,0 | 7           | 3,3 |
|   | Sweet Chestnut    | 0                  | 0,0 | 0           | 0,0 | 1           | 0,5 |
|   | Willow            | 3                  | 1,4 | 2           | 1,0 | 3           | 1,4 |
| Preocupação<br>excessiva com os<br>outros         | Beech             | 4                  | 1,9 | 3           | 1,4 | 5           | 2,4 |
|   | Chicory           | 11                 | 5,2 | 8           | 3,8 | 6           | 2,9 |
|   | Rock Water        | 7                  | 3,3 | 5           | 2,4 | 5           | 2,4 |
|   | Vervain           | 4                  | 1,9 | 3           | 1,4 | 2           | 1,0 |
|   | Vine              | 4                  | 1,9 | 5           | 2,4 | 6           | 2,9 |

A partir daí observou-se que as essências mais escolhidas no primeiro atendimento pelos idosos do Grupo Placebo foram *Cerato, Crab Apple, Gorse, Wild Rose, Red Chestnut, Honeysuckle* e *Heather* e no Grupo Experimental, *Honeysuckle, Gorse, Red Chestnut, Cerato, Chicory* e *Heather*.

No segundo atendimento, as Flores de Bach mais escolhidas pelo Grupo Placebo foram *Agrimony, Oak* e, novamente, *Red Chestnut, Wild Rose, Cerato* e *Crab Apple*. Para o Grupo Experimental, as Flores com maior frequência neste atendimento foram *Oak, White Chestnut, Agrimony* e, novamente, *Honeysuckle, Red Chestnut* e *Gorse*.

E finalmente, no terceiro atendimento, as Flores de Bach mais escolhidas pelos idosos do Grupo Placebo foram, de forma repetida, *Red Chestnut, Cerato, Crab Apple, White Chestnut, Oak* e *Heather*. Para o Grupo Experimental, as Flores com maior frequência neste último atendimento foram *Crab Apple* e, igualmente aos atendimentos anteriores, *Red Chestnut, Honeysuckle, White Chestnut, Oak* e *Gorse*.

Percebe-se por esta análise que as Flores de Bach *Honeysuckle, Gorse, Red Chestnut* e *Cerato* foram as mais escolhidas no primeiro atendimento por ambos os grupos. No segundo atendimento, seguindo essa mesma observação, destacam-se *Red Chestnut, Oak* e *Agrimony* e, por fim, no terceiro atendimento, *Red Chestnut, White Chestnut, Oak* e *Crab Apple*. A Flor de Bach que mais se destaca nesta observação é o *Red Chestnut*, que foi a única Flor que esteve entre as mais escolhidas por ambos os grupos nos três atendimentos.

Ainda avaliando a Tabela 23, observou-se no grupo experimental redução de escolha das essências *Aspen, Cherry Plum, Mimulus, Heather, Water Violet, Holly, Larch, Pine, Chicory, Rock Water* e *Vervain* no terceiro atendimento.

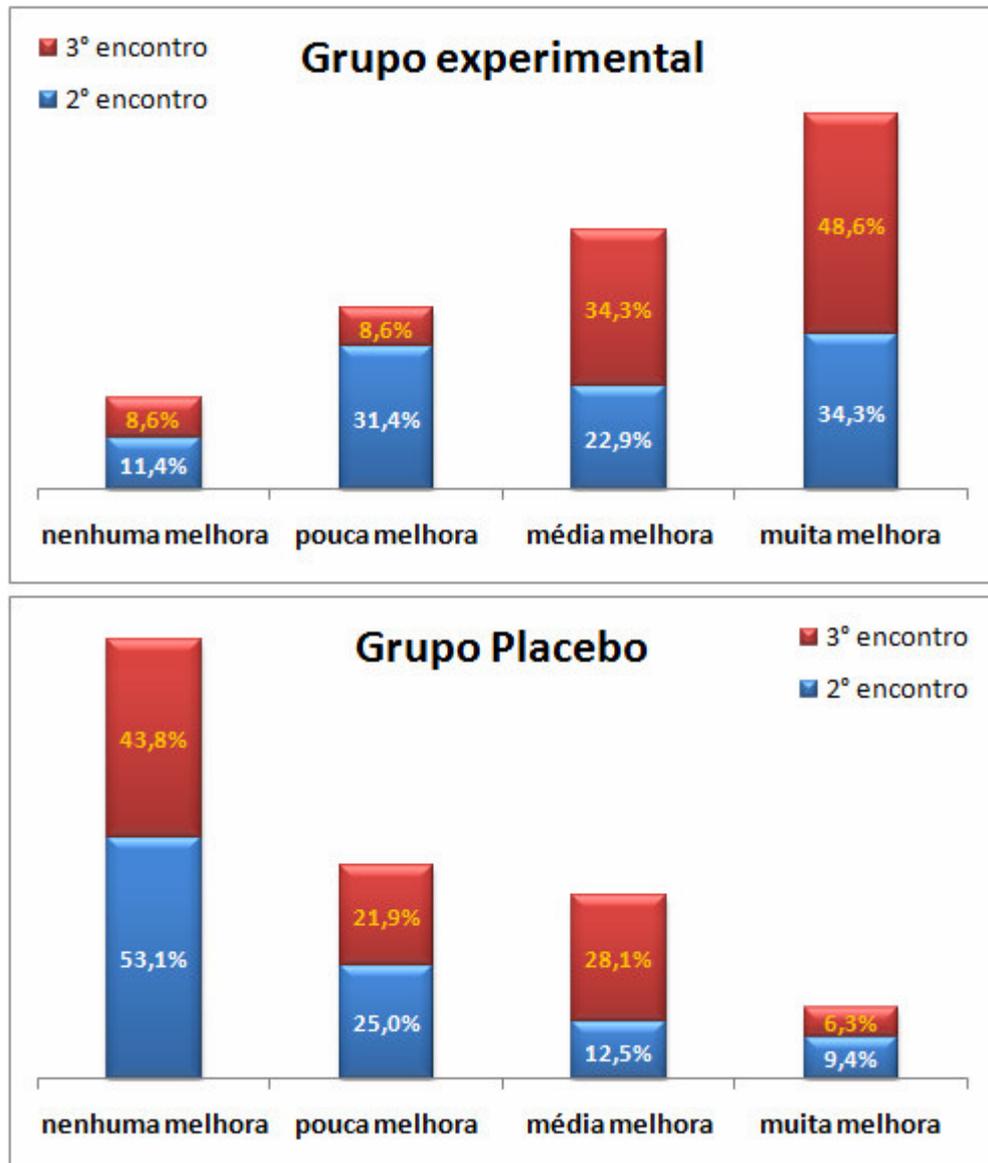
No Grupo Placebo, as essências que tiveram sua escolha reduzida foram *Gorse, Scleranthus, Honeysuckle, Wild Rose, Agrimony, Elm, Beech* e *Rock Water* (Tabela 22).

Além disso, percebe-se pela frequência das flores escolhidas que no Grupo Experimental as flores tendem a serem trocadas por outras pelos idosos, observando-se composições florais diversificadas a cada atendimento neste grupo. Diferentemente, no Grupo Placebo, os idosos compunham suas fórmulas com menos alterações a cada atendimento.

#### **4.6. Sentimentos relatados**

Além do sentimento de auto-estima, os idosos que participaram da pesquisa expuseram durante os atendimentos realizados várias questões e sentimentos vivenciados no período que estavam sendo acompanhados e em períodos remotos que ainda interferiam diretamente e indiretamente em suas vidas e, conseqüentemente, no sentimento de auto-estima. Desta forma, estes sentimentos não poderiam excluir-se da análise dos dados obtidos.

Através da categorização das histórias dos pacientes colhidas durante os atendimentos, foi possível verificar se houve melhora da condição geral do idoso entre o primeiro e o último atendimento. Assim, observou-se que no Grupo Experimental os idosos, já no segundo atendimento, apresentaram resolução de questões que os incomodavam e prejudicavam e no terceiro atendimento a melhora foi ainda maior (Figura 8). Já no Grupo Placebo, mais da metade (53,1%) dos idosos não apresentaram melhora relatada e observada das questões percebidas como negativas para si no segundo atendimento e a auto-estima permaneceu negativamente elevada no terceiro atendimento (43,8%), observando-se melhora pouca expressiva dentre esses idosos ao longo do estudo do ponto de vista de sua própria percepção, apesar do escore de auto-estima mensurado pelo instrumento de Dela Coleta indicar melhora desse sentimento tanto do Grupo Experimental quanto do Grupo Placebo no segundo e terceiro atendimento.



**Figura 8.** Frequência de melhora observada no histórico relatado pelos idosos entre o primeiro e último atendimento segundo intensidade da melhora e grupo de estudo. São Paulo, 2009.

Ao categorizar as questões apresentadas nos históricos também foi possível elencar as sensações e sentimentos mais frequentes entre os idosos de ambos os grupos e quantificar a melhora observada e percebida pelo próprio idoso ao fim do estudo (Tabela 24). Dentre essas sensações e sentimentos observados, a “satisfação consigo mesmo” e a “satisfação com o sono” foram as que obtiveram maior melhora (43,8% e 42,9%, respectivamente) entre os idosos do Grupo Placebo que apresentaram

tais questões desajustadas no início do estudo. No Grupo Experimental, a “sensação de respeito por parte dos parentes e amigos” e a “satisfação com a saúde” foram as questões com maior melhora (58,3% e 46,7%, respectivamente).

**Tabela 24.** Algumas sensações e sentimentos que sofreram alteração durante o estudo. São Paulo, 2009.

| Sensações e sentimentos                              | Nº melhoras no Grupo Placebo (n)* |      | Nº melhoras no Grupo Experimental (n)* |      |
|--|-----------------------------------|------|--|------|
|  |                                   | %    |  | %    |
| Satisfação com a sua saúde                           | 8 (24)                            | 33,3 | 14 (30)                                | 46,7 |
| Aproveitamento/desfrute da vida                      | 3 (24)                            | 12,5 | 5 (24)                                 | 20,8 |
| Valorização da própria vida                          | 1 (8)                             | 12,5 | 3 (13)                                 | 23,1 |
| Disposição no dia-a-dia                              | 6 (15)                            | 40,0 | 4 (23)                                 | 17,4 |
| Aceitação da aparência física                        | 6 (17)                            | 35,3 | 2 (20)                                 | 10,0 |
| Satisfação com o sono                                | 9 (21)                            | 42,9 | 1 (17)                                 | 5,9  |
| Satisfação consigo mesmo                             | 7 (16)                            | 43,8 | 9 (21)                                 | 42,9 |
| Satisfação com suas relações com parentes e amigos   | 6 (15)                            | 40,0 | 6 (15)                                 | 40,0 |
| Sensação de respeito por parte dos parentes e amigos | - (11)                            | -    | 7 (12)                                 | 58,3 |

\*n= número de idosos que apresentaram no primeiro atendimento queixa das sensações e sentimentos citados.

Percebeu-se dentre as questões expostas nos históricos colhidos dos idosos durante os atendimentos que a preocupação excessiva com os familiares e parentes estava presente na maior parte dos casos, porém não foi observada até o terceiro encontro a resolução desse sentimento por parte da maioria dos idosos que apresentaram tal desajuste no início do estudo.

## **DISCUSSÃO**

“Nenhuma soma de experiência pode provar que se tem razão,  
mas basta uma só experiência para mostrar que se está errado.”  
(Albert Einstein)

## 5. Discussão

Ao contrário do que a literatura aponta sobre a auto-estima em idosos,<sup>21,25,26,27,28</sup> observou-se neste estudo, através da avaliação da auto-estima de 665 idosos realizada pelo instrumento de Dela Coleta, que, apesar da idade avançada e das condições sociais e de saúde insatisfatórias, somente 6,3% apresentou baixa auto-estima pelo instrumento utilizado.

Mesmo considerando que alguns dos idosos aparentemente não responderam sinceramente as questões do instrumento de avaliação da auto-estima, segundo a percepção do pesquisador sobre os comentários feitos pelos idosos, na tentativa de mostrarem-se melhor do que realmente encontravam-se (esforço na tentativa de proteger o seu EU<sup>24</sup>), este dado também pode apontar para uma condição de vida distinta vivenciada pelos idosos de São Paulo, que dispõem de instrumentos públicos e privados de saúde, transporte e lazer diferenciados aos de outras cidades, com adaptações específicas, que de certa forma garantem, ainda que minimamente, a diminuição de algumas insatisfações e obstáculos colocados pelos idosos como degradantes de seu bem-estar, a saber: dificuldade de deslocamento, falta de opções de lazer, inclusão em eventos culturais, ineficiência ou ausência de atendimento médico especializado, entre outros.

Em um estudo publicado em 2007, realizado com 501 idosos, entre 60 e 93 anos de idade, participantes do projeto “Processo do Envelhecimento Saudável (PENSA)” em Juiz de Fora/MG, obteve-se dos próprios participantes que a saúde social, a presença de uma estrutura familiar coerente e a estabilidade financeira contribuem para o envelhecimento saudável,<sup>57</sup> e, logo, garantem uma auto-estima positiva.

O ser humano precisa ter suas necessidades básicas de sobrevivência, como alimentar-se, descansar, divertir-se, passear e cuidar de sua saúde satisfeitas, para sentir-se incitado a procurar saciar as outras

necessidades – segurança, afetos sociais, auto-estima e auto-realização, que, junto à primeira, mantém o ciclo de motivação da existência.<sup>58</sup> A satisfação dessas necessidades incentiva o indivíduo a ter iniciativas mais ousadas no sentido de seu bem-estar.<sup>59</sup>

Por outro lado, entre os idosos que participaram efetivamente da intervenção proposta, encontraram-se condições que provavelmente contribuíram para a diminuição da auto-estima e que induzem à auto-desvalorização, sentimento prejudicial para a manutenção de uma boa auto-estima, como: o baixo nível de instrução, que foi apontado por muitos como uma das decepções pessoais; sentir-se só pela ausência de uma companhia matrimonial; ser aposentado e já não exercer nenhuma ocupação; apresentar uma renda baixa, tendo que se expor a uma dependência indesejada; além de não praticarem atividades físicas, ocupacionais ou de lazer e ainda apresentarem problemas de saúde crônicos, que exigem atendimento médico freqüente e envolvem gastos monetários por vezes maiores do que a própria condição financeira.

Estas condições sócio-econômicas podem ter contribuído para a forma de evolução do sentimento de auto-estima incidente nos grupos de estudo, nos quais se observou melhora da auto-estima, mas sem atingir, na maioria dos casos, a auto-estima plena. A compreensão e superação de muitos fatores degradantes da auto-estima, principalmente os originários de questões externas ao idoso, é dificultada, por não dependerem exclusivamente de um movimento interno do indivíduo.<sup>16,17,18</sup>

No Grupo Experimental observou-se uma melhora relativamente lenta da auto-estima, mas com uma tendência progressiva de melhora. Tal comportamento pode ser atribuído à intervenção utilizada. Os Florais agem sobre o inconsciente, estimulando o indivíduo a acessar seus problemas e sentimentos negativos, promovendo o enfrentamento dos mesmos, porém de forma organizada e tranqüila, uma vez que a

frequência vibracional proveniente do Floral que atua no indivíduo é harmônica.<sup>43,44,47</sup>

Dessa forma, acredita-se que os idosos do Grupo Experimental vivenciaram por cerca de 90 dias o enfrentamento de seus problemas e sentimentos negativos, do passado e do presente, internos e externos a ele, passando a avaliar estes aspectos no seu dia-a-dia. Em um primeiro momento pode ter ocorrido uma situação de desconforto (impedindo uma maior e imediata melhora da auto-estima), mas que com o passar dos dias foi capaz de incitar nos idosos atitudes mais autônomas, pensamentos e escolhas próprias e confiantes. Isto pode ser observado nas respostas obtidas em cada questão do instrumento de avaliação da auto-estima, no qual os idosos demonstraram que não necessariamente passaram a gostar de sua situação, mas passaram de expectadores para atores de sua própria vida, retomando a resolução de seus problemas para si, não se sentindo mais como indivíduos fracassados.

Esta conscientização dos problemas e sentimentos que lhe prejudicavam por si só é capaz de atuar sobre a melhora da auto-estima. Este sentimento é estabelecido de forma positiva a partir do momento que o indivíduo percebe como reais suas condições, aceitando as qualidades boas com a finalidade de poder cultivá-las ou criticando-se realisticamente sobre suas limitações e defeitos, tentando superá-los.<sup>60</sup> A partir disso, sabe-se que o indivíduo passa a estabelecer para si os pilares mantenedores de uma auto-estima positiva,<sup>30</sup> como a **prática do viver consciente**, elucidando para si seus sentimentos e limitações, a **auto-aceitação**, acolhendo essas condições, mesmo que elas não o agradem, a **auto-responsabilidade e a vida com propósito**, a partir do momento que o indivíduo passa a guiar sua própria vida do jeito que acredita e não para agradar os outros, a **auto-afirmação**, quando o indivíduo liberta-se da submissão e acredita em seu potencial para resolver seus problemas e

a **prática da integridade**, já que o indivíduo conduz suas ações por acreditar ser capaz.

Esta nova percepção de auto-respeito e auto-confiança adquirida pelo idoso do Grupo Experimental garantiu pelo menos o início do processo de melhora de sua auto-estima no período avaliado e foi responsável pelo estabelecimento da sensação de bem-estar geral na maioria dos casos, evidente nos relatos feitos por eles mesmos durante os atendimentos, em que 82,8% dos idosos apresentaram média ou muita melhora da satisfação com a vida e consigo. Estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro, já expressam a melhora da auto-estima, significando um ajustamento pessoal e social que proporcionam uma “boa vida” na velhice.<sup>13</sup>

Confere-se ainda para este grupo que, pelo estímulo de conscientização das questões antes prejudiciais aos idosos provocado pelo Floral, estabeleceram-se condições mais estáveis para a manutenção de uma boa auto-estima mesmo após o fim do tratamento. A intervenção modificou o entendimento do indivíduo sobre o que pensava de si mesmo com relação à sua capacidade e a auto-estima positiva, neste caso, foi adquirida aos poucos, de forma realista e sustentável. Dessa forma, é garantido ao idoso maior resistência à tendência de ceder ao desespero e a desvalorização após o fim do tratamento, já que a auto-estima estabelecida é saudável e suficiente para o bem-estar do mesmo.<sup>35</sup>

Diferentemente, no Grupo Placebo observou-se uma melhora do escore de auto-estima mais rápida e imediata do que no Grupo Experimental, em que 40,6% dos idosos deste grupo apresentaram elevada auto-estima no segundo atendimento, porém não houve do segundo para o terceiro atendimento um movimento continuado de melhora da auto-estima, Tal ocorrido pode ser atribuído ao relacionamento terapêutico que se estabelece normalmente em qualquer

relação terapeuta-cliente, mas que no Grupo Placebo, estabeleceu-se como única intervenção sofrida durante o estudo.

O relacionamento terapêutico, previsto para todos os atendimentos em saúde quando se pretende uma intervenção holística no ser humano,<sup>61</sup> é um instrumento capaz de habilitar o terapeuta a entender o ser humano na sua totalidade, permitindo ao paciente a reflexão, o acolhimento e até o desenvolvimento de habilidades para lidar com o sofrimento.<sup>62</sup> Desta forma, os idosos do Grupo Placebo podem ter sido capazes de melhorar sua percepção sobre sua auto-estima por experimentarem o acolhimento, a atenção, o respeito e a aceitação de seus limites durante os atendimentos, sentimentos socialmente pouco vivenciados por idosos brasileiros,<sup>2,17,21</sup> mas que se estabelecem como experiências concretas contribuintes à melhora da auto-estima.<sup>28</sup>

Apesar disso, o idoso do Grupo Placebo não experimentou necessariamente a conscientização dos problemas e sentimentos que comprometeram sua auto-estima, podendo isso ter ocorrido para os problemas mais superficiais, já que 65,7% dos idosos ao fim do estudo relataram perceber pouca ou nenhuma melhora ou satisfação com a vida e consigo.

Neste caso, os idosos, apesar de apresentarem melhora do escore de auto-estima durante o acompanhamento, não apresentarão necessariamente subsídios internos para superarem ou modificarem os problemas e sentimentos envolvidos na degradação de sua auto-estima, tanto que estas condições permaneceram imutáveis para a maioria dos idosos no terceiro atendimento. Por isso, provavelmente, os idosos do Grupo Placebo não serão capazes de manter seu nível de auto-estima positivo após o fim do estudo, já que o único estímulo que tinham para manterem sua auto-estima alta era externo a eles e limitou-se ao fim do acompanhamento.

Todavia, mesmo observando-se qualitativamente no fim do estudo diferenças emocionais e comportamentais positivas nos idosos do Grupo Experimental e uma tendência de melhora do escore de auto-estima, diverso do apresentado pelos idosos do Grupo Placebo, não se obteve pela análise estatística diferença significativa entre o uso ou não do Floral de Bach na melhora do escore de auto-estima tido pelo instrumento de Dela Coleta.

Em um estudo realizado na Universidade de Freiburg, Alemanha, com o objetivo de controlar a ansiedade dos estudantes prévia aos exames e testes através do uso dos Florais de Bach, concluiu-se sua eficácia como um placebo, sem efeito específico. Ao analisar o artigo, observa-se a realização de crossing over após 15 dias e delimitação de dez essências para tratar a ansiedade, não considerando a variabilidade individual. Considera-se que o tempo do estudo para o desenvolvimento de crossing over foi pequeno para mudanças, já que nesta pesquisa em discussão vislumbrou-se a interferência progressiva do Floral sobre o sentimento de auto-estima ao longo de 90 dias. Além do que, se o Floral age sobre o inconsciente e promove mudanças internas nos sujeitos, inviabiliza-se a realização deste tipo de metodologia, pois mesmo após o fim do tratamento experimental, as alterações no indivíduo permanecem.<sup>63</sup>

Apesar dos resultados obtidos no presente ensaio clínico, outros estudos obtiveram dados favoráveis à utilização dos Florais de Bach em diversas situações psicoemocionais.

Um estudo realizado em Cuba com Florais da Califórnia, no qual 25 pacientes com diagnóstico de estresse foram submetidos por 60 dias ao tratamento com floral e outros 25 ao tratamento alopático recomendado, obteve para o grupo que utilizou o floral 80% de cura do estresse e 20% de melhora, contra 40% de cura e 60% de melhora apresentado pelos participantes que utilizaram o tratamento medicamentoso.<sup>50</sup>

Algumas suposições poderiam explicar este resultado:

- ✓ **o tempo de exposição dos idosos do Grupo Experimental ao Floral para melhora da auto-estima pode ter sido muito pequeno**, dado que o valor de  $p$  obtido na diferença de média do escore de auto-estima do segundo para o terceiro atendimento no Grupo Experimental foi baixo, apesar de estatisticamente não ser significativo, e menor do que o encontrado para o mesmo momento no Grupo Placebo. Supõe-se, então, que se o tempo de exposição fosse maior e a tendência de melhora verificada no Grupo Experimental se mantivesse, obter-se-ia provavelmente um valor de  $p < 0,05$  para a comparação do escore de auto-estima entre os grupos. Outro argumento relevante para esta justificativa é o resultado alcançado em um estudo realizado com 13 idosas que apresentavam diagnóstico de depressão severa assistidas em um centro de reabilitação de idosos em João Pessoa/PB no período de julho de 2002 a fevereiro de 2003. A fim de investigar a relevância do cuidado de Enfermagem com visão holográfica na melhora da depressão severa utilizando-se o Floral de Bach, obteve-se após cinco atendimentos realizados mensalmente a melhora total da depressão de 12 participantes e a diminuição ao estado de depressão leve da 13ª idosa. Observa-se ainda neste estudo que a melhora da depressão com o passar dos atendimentos também seguiu uma tendência progressiva positiva, visualizando-se que no terceiro atendimento ainda havia idosas com depressão média e severa, no quarto atendimento somente 50% das idosas tinham obtido melhora total da depressão e no quinto e último atendimento somente uma idosa não havia melhorado totalmente da depressão.<sup>64</sup>
- ✓ **o instrumento de auto-estima utilizado não foi adequado**, visto que alguns idosos avaliados para identificação daqueles com escore menor ou igual a oito para a intervenção não responderam

sinceramente as questões do instrumento, dificultando a obtenção do número de indivíduos estipulados para a amostra. Esta percepção decorreu de comentários do tipo “não posso dizer que não gosto de mim”, bem como risadas tensas na leitura de determinadas afirmações ou no preenchimento do questionário com ajuda dos filhos. Além disso, apesar do teste de confiabilidade Alfa de Cronbach ter indicado consistência interna para o instrumento utilizado, os resultados obtidos na avaliação quantitativa da auto-estima nos atendimentos de seguimento foram diferentes dos obtidos na avaliação qualitativa obtida na interação com o terapeuta. Relatos de melhora do bem-estar geral e superação de problemas e sentimentos negativos relacionados com a degradação da auto-estima foram diferentes nos dois grupos de estudo, evidenciando o efeito positivo da utilização do Floral na melhora do bem-estar do idoso.

Ainda neste sentido, o autor de outra escala de avaliação de auto-estima menciona que a mensuração de qualquer impacto sobre tal sentimento, causado ou não por alguma intervenção, será muito difícil, uma vez que o indivíduo ao responder o instrumento avaliará não somente o momento, mas todos os aspectos que construíram sua auto-estima ao longo da vida.<sup>65</sup>

Sobre os Florais escolhidos, destaca-se primeiramente que no Grupo Experimental os idosos compuseram fórmulas mais diversificadas a cada atendimento, enquanto que no Grupo Placebo observou-se maior repetição de flores. Isto sugere que os idosos do Grupo Placebo podem não ter tido contato com os sentimentos e questões internas presentes no período que os incomodavam, não se sentindo instigados a vivenciar o processo de superação dos mesmos, posto que mantinham a afinidade pela maioria das flores que já haviam escolhido na atendimento anterior. Ao contrário, para os idosos do Grupo Experimental acredita-se que os Florais agiram como esperado, sendo eficazes na indução do indivíduo a

superação dos sentimentos apresentados inicialmente, já que a identificação com outras flores indica, mesmo que implícita e inconscientemente, a evidenciação de outros sentimentos – o contato com sentimentos e conflitos antes guardados ou ignorados pelo indivíduo.

De acordo com as conclusões do Dr. Bach sobre os sentimentos e personalidades humanas, somos como uma cebola, formada por muitas camadas, sendo cada camada a representação de um sentimento diferente formatado cronologicamente pelo indivíduo do nascimento ao momento atual, de acordo com as experiências vivenciadas em seus diversos papéis sociais.<sup>44</sup> As camadas/sentimentos mais recentes são os mais externos e por isso os que incitam a identificação com as flores escolhidas pelo método de escolha dos florais utilizado neste estudo.<sup>56</sup> Tal método prevê que ao olhar as fotos das flores utilizadas na obtenção dos florais o indivíduo será atraído visualmente por uma ou algumas em especial, como se inconscientemente notasse na planta a expressão de seus sentimentos.<sup>56</sup>

Há descrições de Paracelso sobre este processo em seus tratados sobre medicina, quando se referia à escolha das plantas adequadas ao tratamento de cada doença. Dizia ele que assim como a casa reflete os gostos e personalidade de quem a habita ou como os gestos de um indivíduo expressam seus sentimentos por si só, cada planta expõe em suas qualidades botânicas externas (cor, forma, tamanho, tipo de raiz) – que nomeou “*signatura*” - suas virtudes curativas, como se demonstrasse através de sua “*signatura*” aspectos similares à doença que trataria.<sup>66</sup>

Observou-se também sobre as flores escolhidas pelos participantes do estudo que no primeiro atendimento realizado as Flores de Bach *Cerato*, *Gorse*, *Red Chestnut*, *Honeysuckle* e *Heather* estiveram entre as preferidas em ambos os grupos, flores cujo significado indicam a auto-estima desvalorizada sob vários aspectos.

A elevada frequência de *Gorse* indica a desesperança e o desinteresse pelo presente e futuro<sup>46</sup>, sentimentos presentes entre os idosos, que muitas vezes consideram que o tempo que ainda permaneceram vivos é muito curto para realizarem desejos e sonhos. Quando o indivíduo não se sente merecedor de felicidade e realizações, desrespeitando e ignorando suas vontades e interesses, estabelece-se o sentimento a baixa auto-estima.<sup>30</sup>

A essência *Red Chestnut*, assinala os idosos participantes deste estudo, que apesar da idade avançada, ainda temem a liberdade dos filhos e outros familiares, talvez pela insegurança agregada à baixa auto-estima e à situação de violência presente em São Paulo, e preocupam-se com as limitações dadas pelas dificuldades financeiras próprias e dos filhos (que em muitos casos ainda moravam e eram sustentados pelos pais idosos e, por vezes, mantinham, suas famílias ou somente filhos, sob a mesma situação de dependência).

Em muitos casos observou-se a indecisão dos idosos sob muitos aspectos, o que poderia explicar a elevada escolha de *Cerato*: dúvida em continuar a residir com os filhos ou a servi-los como se ainda fossem passíveis de dependência; dúvida sobre sua capacidade em ainda conseguir realizar alguma atividade ou ocupação (grupo de terceira idade, trabalho remunerado, trabalhos artesanais/manuais). Este Floral direciona-se a indivíduos com pouca força de convicção, que mesmo possuindo uma opinião própria sobre algo, não confia nela.<sup>46</sup> Nos casos relatados pelos idosos acima observou-se a insatisfação com as situações de dúvida, como se aspirassem que elas não fossem como são, mas não demonstravam a convicção de efetivamente modificar tais situações para o que desejava, talvez pelo medo de fazer a escolha que lhe agradaria e se arrepender.

A preocupação impede o idoso de tomar atitudes positivas em benefício próprio e a dúvida pode diminuir sua auto-confiança,

elucidando em ambos os casos a percepção de fragilizada e a tristeza pelo idoso que mantém uma baixa auto-estima.<sup>16,17,18</sup>

Saudades do passado expresso pela escolha do *Honeysuckle* também se fez bastante presente em ambos os grupos. Esse estado emocional conduz à perda de interesse pelas coisas presentes, como se não houvesse nada mais que trouxesse alegria ou que fosse tão bom quanto o passado jovem dos idosos, onde eram valorizados pelas suas capacidades e habilidades.

E, finalmente, o *Heather*, exprimindo o sentimento de solidão por não ser capaz de compartilhar o que sente verdadeiramente com ninguém ou simplesmente por ser ignorado pelos que lhe rodeiam, que o declinam pelos valores estabelecidos pela sociedade brasileira.<sup>46</sup>

No segundo atendimento destacam-se as Flores de Bach *Agrimony*, *Oak* e *Red Chestnut*, que coincidiram dentre as mais escolhidas por ambos os grupos. A *Agrimony* indicando a necessidade dos idosos de se esconder sob máscaras ideais ao ponto de vista dos outros, na tentativa de protegerem seu EU, evitando a dor e o medo.<sup>24,46</sup> O *Oak* caracterizando o esforço demasiado que o idoso mantém em continuar a tentar executar atividades e responsabilizar-se por tudo mesmo sem condições físicas e mentais para tal para não sentir-se improdutivo ou inútil. E o *Red Chestnut* demonstrando, mais uma vez, o excesso de preocupação do idoso com a condição financeira restrita e com a organização familiar (ainda sustentar os filhos ou residir com eles).<sup>17,46</sup>

Por outro lado, também no segundo atendimento, observa-se novamente a ocorrência elevada das Flores *Honeysuckle*, *Red Chestnut* e *Gorse* no Grupo Experimental, indicando a necessidade dos idosos, incitados a resolver seus conflitos internos, a se desvincularem do passado e dos outros, para centrar-se no futuro e em si mesmo – vislumbrando uma auto-estima mais positiva.

Já no terceiro atendimento, as Flores de Bach *Crab Apple* e *White Chestnut*, destacam-se como novidades entre as preferidas pelos idosos de ambos os grupos. *Crab Apple* escolhida pelos que sentem o princípio da ordem interior perturbado, e querem reconstruí-lo o mais depressa possível,<sup>46</sup> indicando a conscientização de muitos idosos sobre suas limitações e conflitos, impostos, antes de qualquer um, por eles mesmos. E o *White Chestnut* pela perturbação mental experimentada pelo excesso de pensamentos dos quais não é possível se livrar<sup>46</sup>, como, por exemplo, a referência de vários idosos sobre as preocupações do dia-a-dia que, em muitos casos, causavam-lhe até insônia.

## **CONCLUSÃO**

“Aquele que conhece os outros é sábio, aquele que se conhece a si próprio é iluminado.”  
(Lao-Tsé)

## 6. Conclusão

Novas investigações da condição de auto-estima dos idosos do Brasil se fazem necessárias, uma vez que os dados encontrados no estudo apontam para uma tendência diferente da observada em outros estudos que avaliaram a auto-estima na mesma população. Acredita-se que esta avaliação seja mais efetiva se realizada com instrumento de perguntas abertas, na tentativa de evitar o direcionamento dos dados a somente alguns aspectos da auto-estima, sendo, portanto, mais fidedigno a condição total desse sentimento nos sujeitos avaliados, e driblar a indução do idoso em distorcer os dados como último esforço de proteger-se de sua própria avaliação negativa.

A melhora da auto-estima observada em ambos os grupos foi positiva mesmo que não confirmada estatisticamente a atuação diferenciada dos Florais de Bach sobre tal sentimento, considerando que o relacionamento terapêutico, provavelmente responsável pela melhora do Grupo Placebo, é parte integrante da Terapia Floral, sendo, portanto, muito importante a constatação de sua contribuição ao tratamento holístico do ser humano proposto por esta vertente da medicina. Além disso, os Florais, aparentemente, foram capazes de instigar nos idosos a construção de uma autonomia funcional que garante, não somente a melhora da auto-estima, mas a manutenção deste sentimento em seu nível mais saudável.

Verificou-se também que os idosos participantes deste estudo apresentavam condições sócio-econômicas e ocupacionais aquém do que é necessário para a manutenção da auto-estima, dificultando o alcance da plenitude deste sentimento, mesmo quando se forneceu subsídios para isso, haja vista que tais condições dificilmente serão controladas pelos idosos ao ponto de serem irrelevantes.

As características sócio-econômicas destes idosos também determinaram a afinidade dos mesmos por certas Flores de Bach, destacando-se a *Red Chestnut*, atribuída a indivíduos que vivenciam a preocupação excessiva e a insegurança com relação a pessoas queridas, sentimentos muito comuns a indivíduos que residem em locais violentos e apresentam muitas restrições financeiras.

Acredita-se que para a observação efetiva da influência dos Florais de Bach sobre a auto-estima seja necessária a extensão do tempo de exposição dos indivíduos da pesquisa ao tratamento. Isto também permitiria constatar se a interferência do relacionamento terapêutico é momentânea ou duradoura, sendo, portanto tão efetiva quanto os Florais na melhora da auto-estima.

Conclui-se, então, que este estudo foi relevante para a busca do restabelecimento da auto-estima pelos idosos, oferecendo-lhes uma alternativa de tratamento capaz de proporcionar o contato com sua realidade de limitações por um ângulo que o instiga à mobilização, estando apto a resgatar seu sentimento de competência, autonomia, dignidade e felicidade, que garantirão o bem-estar, mesmo que ainda perpetuem algumas limitações inerentes a esta fase da vida e as ditadas pela sociedade.

## **REFERÊNCIAS**

“A parte mais importante do progresso é o desejo de progredir.”  
(Sêneca)

## Referências Bibliográficas

- 1 Schoueri Jr R, Ramos, LR, Papaléo Neto M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Neto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2000.
- 2 Lorda CR, Sanchez CD. Recreação na 3ª Idade. 3ªed. Rio de Janeiro: Sprint; 2001.
- 3 Monteiro PP. Envelhecer: histórias, encontros , transformações. Belo Horizonte: Autêntica; 2001.
- 4 Fonseca V. Psicomotricidade: filogênese, ortogênese e retrogênese. 2ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
- 5 Okuma SS. O idoso e a atividade física. São Paulo: Papyrus; 1998.
- 6 Ramos AT. Atividade física: diabéticos, gestantes, 3ª idade, criança e obeso. 2ªed. Rio de Janeiro: Sprint; 1999.
- 7 Silva OJ. Exercícios em situações especiais I. Florianópolis : UFSC; 1997.
- 8 Mascaro SA. O que é velhice. São Paulo: Brasiliense; 1997.
- 9 Ponte JR. Aspectos psicanalíticos do envelhecimento normal. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996; p. 114-123.
- 10 Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. São Paulo: Hucitec; 1998.
- 11 Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996; p. 26-43.

- 12 Carvalho Filho ET, Alencar YMG. Teorias do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaleo Neto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2000; Cap. 1.
- 13 Neri AL. Qualidade de Vida e Idade Madura. Campinas: Papirus; 1993.
- 14 Messy J. A pessoa idosa não existe. São Paulo: ALEPH; 1992.
- 15 Papalia DE, Olds SW. Desenvolvimento Humano. Trad. de Daniel Bueno. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
- 16 Geis PP. Atividade física e saúde na 3ª Idade. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- 17 Papaléo Netto M. Gerontologia, São Paulo: Atheneu, 1996.
- 18 Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. Cad Saúde Pública. 2003; 19(3):793-79.
- 19 Bianchi H. O Eu e o Tempo: psicanálise do tempo e do envelhecimento. Trad. de Jean MJ Briant. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1993.
- 20 Moreira WW. Qualidade de vida: complexidade e educação. Campinas: Papirus; 2001.
- 21 Veras R P. Terceira idade: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume-Dumará – UnATI; 1997.
- 22 Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.
- 23 Rocha FL, Cunha UGV. Aspectos psicológicos e psiquiátricos das quedas do idoso. Arq Brasileiros de Medicina. 1994; 68(1):9-12.
- 24 Branden N. O poder da auto-estima. 5ªed. São Paulo: Saraiva; 1996.

- 25 Davis C. Body Image, Exercise and Eating Behaviors. In: Fox KR. The physical self-from motivation to well-being. EUA: Human Kinetics; 1997; p.143-174.
- 26 Fox KR. The Physical Self and Processes in Self-Esteem Development. In: Fox KR. The physical self: from motivation to well-being. EUA: Human Kinetics; 1997; Cap. 11.
- 27 Hasse M. O corpo e o envelhecimento: imagens, conceitos e representações. In: Envelhecer Melhor com a Actividade Física. Lisboa: FMH; 2000; p.161-174.
- 28 Coopersmith S. The Antecedents of self-esteem. São Francisco: Freeman & Co; 1967.
- 29 Johnson M. On the dynamics of self-esteem: empirical validation of basic self-esteem and earning self-esteem [tese]. Estocolmo: Department of Psychology, Stockholm University; 1997.
- 30 Branden N. The psychology of self-esteem: a revolucionary approach to self-understanding that launched a new era in modern psicology. 32ªed. São Francisco: Jossey-Bass; 1996.
- 31 Branden N. Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo. 40ªed. São Paulo: Saraiva; 2003.
- 32 Norris J. Nursing intervention for self-esteem disturbances. Nurs Diagn. 1992; 3(2): p.48-53.
- 33 Bednar R, Peterson S. Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice. 2ªed. Washington: American Psychological Association; 1995.
- 34 Vitoreli E, Pessini S, Silva MJP. A auto-estima de idosos e as doenças crônicas-degenerativas. Rev Brasileira Ciências do Envelhecimento Humano. 2005; Jan/Jun: p.102-114.

- 35 Izzo H. Convivendo com a velhice: efeitos da atividade física e grupal no bem-estar físico e psicológico dos idosos [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1992.
- 36 Hirata MC. Crescer na adversidade: um toque na auto-estima dos adolescentes - a poética das flores. Salvador: Ultragraph; 1999.
- 37 Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch. *British Medical Journal*. 2001; 322: p.1233-6.
- 38 Marmot M. Status Syndrome: how our position on the social gradient affects longevity and health. Bloomsbury: Bloomsbury Publishing; 2004.
- 39 Simonton SM. A família e a cura. São Paulo: Summus; 1990.
- 40 Nogueira EJ. Como a velhice é apresentada às crianças em textos de literatura infantil brasileira. *Pro-Posições*. 1994; 5(1): p. 45-71.
- 41 Scheffer M. Terapia floral do Dr. Bach: teoria e prática. São Paulo: Pensamento; 1990.
- 42 Barnard J. Um guia para os remédios florais do doutor Bach. São Paulo: Pensamentos; 1990.
- 43 Kaminski P, Katz R. Repertório das essências florais: um guia abrangente das essências florais norte-americanas e inglesas, para o bem-estar emocional e espiritual. São Paulo: TRIOM; 1997.
- 44 Bach E. Os remédios florais do Dr. Bach. Trad. de Alípio Correa de França Neto. São Paulo: Pensamento; 1995.
- 45 Gerber M, Johnson A. Your self-confident baby: how to encourage your child's natural abilities from the very start. New York: John Wiley; 1998.

- 46 Scheffer, M. A terapia original com as essências Florais de Bach: um guia para médicos e terapeutas, dentro dos conceitos originais do Dr. Bach. São Paulo: Pensamento. (1995)
- 47 Pastorino ML. La medicina floral de Edward Bach. Buenos Aires: Club de Estúdio; 1989.
- 48 Capra F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 1982.
- 49 Ortiz CIR; Balladares CVO. Eficacia de terapia floral en pacientes que sufren estrés en la clinica clu de alérgicos y asmáticos Dr. Wilse Varona, durante el período comprendido mayo-octubre, 2004 [dissertação]. Nicarágua: Facultad Ciencia y Tecnologia en Farmacia, Universidad Centroamericana de Ciencias Empresariais; 2004.
- 50 Zamora ED, et al. Efectividad de la terapia floral de California en pacientes con diagnóstico de estrés. Rev Cub Med Mil. 2006; 35(4).
- 51 Gimenes MPV. Essências florais: intervenção vibracional de possibilidades diagnósticas e terapêuticas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
- 52 Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
- 53 Jekel JF, Katz DL, Elmore JG. Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. Trad. de Jair Ferreira. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- 54 Dela Coleta JA, Dela Coleta MF. Escalas para medida de atitude e outras variáveis psicossociais. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1996.
- 55 Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Minimental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research. 1975; 12 (3): p. 189-198.

- <sup>56</sup> Barnao V, Barnao K. Essências florais Australianas para o século XXI: living essences. São Paulo: Triom; 2000.
- <sup>57</sup> Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2007; 20(1): p. 81-86.
- <sup>58</sup> Maslow AH. *Motivation and personality*. New York: Harper & Row publishers; 1959.
- <sup>59</sup> Santos PN. Terceira idade, aposentadoria, auto-imagem e auto-estima [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
- <sup>60</sup> Mosquera JJM. *Vida Adulta: Personalidade e desenvolvimento*. 2ªed. Porto Alegre: Sulina; 1983.
- <sup>61</sup> Kohlrausch E. O modelo assistencial clínico e algumas possibilidades de fazer diferente. *Rev Gaúcha Enferm.* 1999; 20(n. esp): p. 70-85.
- <sup>62</sup> Kantorski LP, Pinho LB, Saeki T, Souza MCBM. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(3): p. 317-24.
- <sup>63</sup> Walach H, Rilling C, Engelke U. Efficacy of Bach-Flower Remedies in test anxiety: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial with partial crossover. *Jour Anxiety Disorders.* 2001; 15: p. 359-66.
- <sup>64</sup> Vasconcelos EMR. *Cuidado de enfermagem, com visão holográfica, na abordagem de idosas com depressão, utilizando a terapia Floral de Bach* [Tese]. Florianópolis: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
- <sup>65</sup> Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Revised edition. Middletown: Wesleyan University Press; 1989.
- <sup>66</sup> Crollius O. *Tratado de las Signaturas*. Trad. de Dolores Lucía. Barcelona: Obelisco; 1982.

## Referências Consultadas

Almanza-Muñoz JJ. Psico-oncologia: el abordaje psicosocial integral del paciente com câncer. Rev. Neurologia, neurocirugía e psiquiatria. 2001; (Número especial): p. 35-43.

Bell BS, Saif AJR. Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. Rev. Cubana Enfermagem. 2002; 18(2): p. 116-21.

Born T. Cuidado ao Idoso em Instituição. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996; p. 403-414.

Cancian TA. O enfermeiro e a terapia floral na promoção de saúde mental: do conhecimento à aplicação [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.

Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. Cad de Saúde Pública. 2004; 20(4).

Drewnowski A, Monsen E, Birkett D, et al. Health Screening and Health Promotion Programs for the Elderly. Managed Health Outcomes. 2003; 11(5): p. 299-309.

Fayers PM, Machini D. Quality of life: assessment, analysis and interpretation. England: John Wiley & sons; 1998; Cap. 1.

Ferolla EC. A auto-estima de mulheres portadoras de incontinência urinária de esforço [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

Fillenbaum GG. The well-being of the elderly: approaches to multidimensional assessment. Geneva: World Health Organization; 1984.

Fox BH. Psychosocial Factors and the Immune System in Human Cancer, In: Ader R. Psychoneuroimmunologie. New York: Academic Press; 1981.

Gavião ACD. Envelhecimento e psicoterapia psicanalítica: um estudo piloto através do método de Rorschach [Dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1996.

Hirata MC. Florais de Bach: uma abordagem na enfermagem segundo Martha Rogers. Rev Baiana de Enfermagem. 1993; 6(1): p. 28-46.

Jacob Filho W, Souza W. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaleo Neto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2000; Cap. 1.

Kane RA, Kane RL. Assessing the elderly: a practical guide to measurement. Lexington: Lexington Books; 1981.

Lawton MP. Environment and other determinants of well-being in older people. Gerontologist. 1983; 23(4): p. 349-57.

Leshan L. Brigando pela vida: aspectos emocionais do câncer. São Paulo: Summus; 1994.

Madel TL. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Rev Saúde Coletiva. 1997; 7(1): p. 13-43.

Maia MCMT. Auto-estima da mulher idosa: uma proposta de intervenção de enfermagem à luz da Teoria de Roy [Dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

Michelone APC, Santos VLGG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004; 12(6): p. 875-83.

Mosqueira JJM. Auto-imagem e auto-estima: sentido para a vida humana. Porto Alegre: Estudos Leopoldenses; 1976.

Muthny FA, Koch U, Stump S. Quality of life in oncology patients. Psychother Psychosom. 1990; 54: p. 145-60.

Oliveira ACB. Estudo comparativo dos efeitos da atividade física com os da terapêutica medicamentosa em idosos com depressão maior [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.

Ramos LR, Perracini M, Rosa TEC, Kalache A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 1993; (8): p. 313-323.

Robalo L, Silva MG. A promoção e a proteção da saúde em fisioterapia. *EssfisiOnline*. 2005; 1(3). Disponível em:

<http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol1n3/pdfs/A%20promocao%20e%20a%20proteccao%20da%20saude%20em%20fisioterapia.pdf>

SILVA AL. Experienciando o cuidar do cliente com imunodeficiência adquirida como base do sistema conceitual de Rogers [Dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 1990.

Trentini M, Silva DMGV, Pacheco MAB, Martins ML. Ajuda: uma fonte de forças na vida das pessoas ostomizadas. *Cogitare Enfermagem*. 1997; 2(1): p. 3-8.

## **ANEXO 1 – Carta de aprovação do Comitê de Ética da EEUSP**



### **UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone: 3061-7548 - Fax: 3061-7548

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 18 de janeiro de 2008.

Il.<sup>ma</sup> Sr.<sup>a</sup>  
Sheila Kátia Cozin

Ref.: Processo nº 700/2007/CEP-EEUSP

Prezada Senhora:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Idosos e Florais de Bach: a busca pela qualidade de vida através do restabelecimento da auto-estima”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

*Maria Fatima Prado Fernandes*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Prado Fernandes  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

**ANEXO 2 – Declaração de Concordância do Centro de Saúde  
escolhido para coleta de dados**



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP: 01246-904 – Cerqueira César – São Paulo  
Tel/fax: 3066-7721

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA**

Eu, Ana Cristina d' Andretta Tanaka Diretora do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, que pertencente à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo(CSGPS/FSP/USP), declaro estar de acordo com a realização da pesquisa intitulada **“Idosos e florais de Bach: a busca pela qualidade de vida através do restabelecimento da auto-estima”**, nesta instituição, desde que a pesquisa seja aprovada por comitê de ética.

Sem mais, atenciosamente.

  
Prof Dra Ana Cristina d' Andretta Tanaka  
Diretora do CSGPS/FSP/USP

São Paulo, 17 de janeiro de 2008

**ANEXO 3 – Carta de aprovação do Comitê de Ética do Hospital  
escolhido para coleta de dados**



**SECRETARIA DE GESTÃO PÚBLICA**  
**INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL**  
Comitê de Ética em Pesquisa – Rua Pedro de Toledo, 1800 – 3º andar – Sl. 343 – SP  
Fones: 5088-8175 / 5088-8747 — FAX: 5088-8175 – E-mail= [cepiamspe@ig.com.br](mailto:cepiamspe@ig.com.br)

**CARTA DE APROVAÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa aprova sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como o Termo Consentimento Livre e Esclarecido, que se encontra registrado e arquivado junto ao CEP/IAMSPE sob o nº **139/08**.

Ref.: “**Idosos e Florais de Bach: A busca pela qualidade de vida através do restabelecimento**”.

Pesquisador responsável: Sheila Kátia Cozin

Serviço: Geriatria

Folha de Rosto: 229683

CAAE: 0140.0.338.338-08

São Paulo, 16 de dezembro de 2008.

**Ana Maria Moraes de Andrade**  
**Presidente**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**  
**IAMSPE**

## **ANEXO 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido**

**Projeto:** “Idosos e Florais de Bach: a busca pela qualidade de vida através do restabelecimento da auto-estima”.

Os Florais de Bach são líquidos obtidos pela imersão de flores específicas em água mineral e expostas ao sol, que posteriormente são conservados em soluções de conhaque. As essências ao serem ingeridas, entram em contato com nosso padrão vibracional restabelecendo a harmonia de nossas emoções pela consciência, no caso da baixa auto-estima melhoraria esse sentimento.

Assim, por meio desta carta, venho esclarecer e requisitar sua participação na pesquisa “Idosos e Florais de Bach: a busca pela qualidade de vida através do restabelecimento da auto-estima”, para analisar a efetividade das essências florais na melhora da baixa auto-estima. Trata-se de uma pesquisa experimental, onde dois grupos de participantes serão formados (um que receberá o frasco com o líquido e as essências florais e outro que receberá o frasco com o líquido sem as essências florais) e em que a pesquisadora e os participantes não terão conhecimento de quem integra cada um dos grupos.

Esta pesquisa envolverá 3 encontros, um a cada 45 dias. No primeiro encontro será aplicado o teste de avaliação cognitiva, será avaliada a sua auto-estima e percepção de qualidade de vida, será feita uma entrevista e um atendimento em terapia floral para a prescrição da fórmula de essências florais. No segundo encontro serão reaplicados os questionários de auto-estima e de qualidade de vida, além do atendimento em terapia floral. No terceiro encontro repetir-se-á a avaliação da sua auto-estima e da percepção da qualidade de vida e atendimento em terapia floral.

Após cada atendimento, um enfermeiro preparará a fórmula e no primeiro encontro sorteará quem receberá as essências e quem receberá o frasco sem as essências. No primeiro e segundo encontros você receberá frascos identificados genericamente como “Essência floral”, contendo uma solução de conhaque a 30% ou glicerinada, acompanhada ou não das essências escolhidas (dependendo do grupo de estudo que você estará). No terceiro encontro todos receberão a fórmula com as essências florais, a prescrição da fórmula e conhecerá o significado das flores escolhidas.

Informamos que todo o atendimento em terapia floral e os frascos contendo as essências florais serão gratuitos. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins científicos, não sendo veiculados nomes ou dados que possam identificá-lo publicamente, mantendo, assim, o anonimato dos participantes. A sua participação nessa pesquisa é voluntária, podendo recusar-se a participar da mesma e interromper sua participação em qualquer momento da pesquisa. A participação na pesquisa também não interferirá no atendimento já recebido neste Centro de Saúde/Hospital.

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, recebi informações sobre o projeto e a minha participação na pesquisa. Estou ciente de que nenhuma remuneração ou compensação será oferecida por essa participação, bem como não será cobrado de mim nenhum valor, e que minha assinatura nesse termo, por livre e espontânea vontade, manifesta minha concordância em participar desse estudo, estando-me assegurado o direito de sigilo da minha identidade, o direito de liberdade para interromper a participação em qualquer fase que eu julgar necessário e o de conhecer os resultados obtidos. Declaro ainda estar informado que os resultados serão utilizados exclusivamente para os relatórios de divulgação da pesquisa e que o atendimento que recebo neste serviço não será prejudicado.

São Paulo, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Assinatura do participante

Contato: **Autora do projeto:** Sheila Katia Cozin  
**Orientadora:** Profª Drª Ruth Turrini  
Tel. 3061-7558 / 3061-8842  
Dúvidas: Entre em contato com o Comitê de Ética  
da EEUSP – Tel. 3061-7548

\_\_\_\_\_  
Sheila Katia Cozin  
RG: 33.912.452-0

## **ANEXO 5 – Instrumento de avaliação da auto-estima de Dela Coleta**

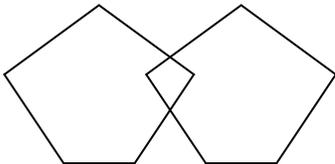
A seguir encontra-se uma série de afirmações referentes a acontecimentos da vida diária. Leia cada item e, seguindo sua opinião, decida se você **CONCORDA** ou **DISCORDA** da afirmativa. Escreva dentro dos parênteses á frente de cada item a letra (C) no caso de concordar com a afirmação e (D) no caso de discordar da afirmativa.

- **Não existem respostas certas nem erradas. É a sua opinião que nos interessa.**
- **Responda a todos os itens, mesmo aqueles onde você tem dúvidas.**

- ( ) Eu costumo ter a sensação de que não há nada que eu possa fazer direito.
- ( ) Freqüentemente eu penso que sou um sujeito sem valor.
- ( ) Eu constantemente desejaria ser outra pessoa.
- ( ) Eu desisto muito facilmente das coisas que estou fazendo.
- ( ) Sinto-me feliz como sou.
- ( ) Minha família me compreende.
- ( ) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas.
- ( ) Geralmente, eu estou satisfeito comigo mesmo.
- ( ) Gostaria de encontrar uma pessoa que pudesse resolver meus problemas para mim.
- ( ) Até hoje pouco consegui realizar do que havia planejado para mim.
- ( ) Há coisas em mim que eu gostaria de mudar se fosse possível.
- ( ) Sinto necessidade de reconhecimento e aprovação dos meus atos.
- ( ) No todo, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso.
- ( ) Eu, certamente, me sinto inútil às vezes.
- ( ) Gostaria de ser uma pessoa diferente.

**ANEXO 6 - Teste Mini-mental**

|                          |  |                     |  |
|--------------------------|--|---------------------|--|
| <b>Orientação</b>        | 1. Dia da Semana   | 1 ponto             |  |
|                          | 2. Dia do Mês  | 1 ponto             |  |
|                          | 3. Mês   | 1 ponto             |  |
|                          | 4. Ano   | 1 ponto             |  |
|                          | 5. Hora aproximada   | 1 ponto             |  |
|                          | 6. Local específico (sala, quarto)   | 1 ponto             |  |
|                          | 7. Instituição (residência, hospital, clínica)   | 1 ponto             |  |
|                          | 8. Bairro ou rua próxima   | 1 ponto             |  |
|                          | 9. Cidade  | 1 ponto             |  |
|                          | 10. Estado   | 1 ponto             |  |
| <b>Memória Imediata</b>  | Fale três palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras.                           | 1 ponto/palavra     |  |
|                          | Repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente. |                     |  |
| <b>Atenção e Cálculo</b> | Pedir para falar a palavra MUNDO ao contrário ou calcular (100-7) sucessivos, 5 vezes (93,86,79,72,65)               | 1 ponto/letra ou nº |  |
| <b>Evocação</b>          | Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente   | 1 ponto/palavra     |  |
| <b>Linguagem</b>         | 1. Nomear um relógio e uma caneta  | 2 pontos            |  |
|                          | 2. Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá"   | 1 ponto             |  |
|                          | 3. Comando: "pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão"                                    | 3 pontos            |  |
|                          | 4. Ler e obedecer: "feche os olhos"  | 1 ponto             |  |
|                          | 5. Escrever uma frase  | 1 ponto             |  |
|                          | 6. Copiar um desenho   | 1 ponto             |  |

**COPIE O DESENHO****ESCREVA UMA FRASE**

Score total<sup>##</sup>

<sup>##</sup> INTERPRETAÇÃO DO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MMSE)

**Pontuação**

< 24  
< 18  
< 14

**Escolaridade**

Altamente escolarizado  
Ginásio  
Analfabeto

**Diagnóstico**

Possível demência  
Possível demência  
Possível demência

**ANEXO 7 – Questionário para levantamento de dados pessoais****Dados demográficos**

|                         |  |  |   |   |  |                                       |                                    |
|-------------------------|--|--|---|---|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nome</b>             |  |  |   |   |  |                                       |                                    |
| <b>Sexo</b>             | <input type="checkbox"/> F             | <input type="checkbox"/> M               | <b>Idade</b>                              |   | <b>Estado civil</b>                    | <input type="checkbox"/> Solteiro(a)  |                                    |
| <b>Escolaridade</b>     | <input type="checkbox"/> Analfabeto    | <input type="checkbox"/> 1º grau inc.    | <input type="checkbox"/> 1º grau com.     | <input type="checkbox"/> 2º grau inc.     |  | <input type="checkbox"/> 2º grau com. | <input type="checkbox"/> Casado(a) |
|                         | <input type="checkbox"/> Superior inc. | <input type="checkbox"/> Superior com.   |   |   |  | <input type="checkbox"/> Viúvo(a)     |                                    |
| <b>Com quem Reside?</b> |  |  | <b>Religião/crença</b>                    | <input type="checkbox"/> Não              | Qual?                                  | <b>Nº filhos</b>                      |                                    |
| <b>Aposentado?</b>      | <input type="checkbox"/> Não           | <input type="checkbox"/> Sim             |   | <input type="checkbox"/> Sim              |  |                                       | Praticante?                        |
| <b>Trabalha?</b>        | <input type="checkbox"/> Não           | <input type="checkbox"/> Sim             | Atividade?                                |   |  |                                       |                                    |
| <b>Renda</b>            | <input type="checkbox"/> Até R\$500    | <input type="checkbox"/> R\$500- R\$1000 | <input type="checkbox"/> R\$1000- R\$2000 | <input type="checkbox"/> R\$2000- R\$3000 | <input type="checkbox"/> Acima R\$3000 | <input type="checkbox"/> Nenhuma      |                                    |
| <b>Tel. contato</b>     |  |  |   |   |  |                                       |                                    |

**Dados de morbidade**

|   |   |                              |                                    |                                       |
|---|---|------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Você apresenta algum problema de saúde?</b>          | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | <input type="radio"/> HAS    | <input type="radio"/> Dislipidemia | <input type="radio"/> Hipotonia       |
|   |   | <input type="radio"/> DM     | <input type="radio"/> Ansiedade    | <input type="radio"/> Artrite/Artrose |
|   |   | <input type="radio"/> Asma   | <input type="radio"/> Depressão    | <input type="radio"/> Osteoporose     |
|   |   | <input type="radio"/> Câncer | _____                              | <input type="radio"/> Outras          |
| <b>Medicamento em uso?</b>                              | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | Quantos?                     |                                    |                                       |
| <b>Utiliza os medicamentos prescritos corretamente?</b> | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | Se NÃO, por quê?             |                                    |                                       |

**Hábitos de vida**

|   |   |  |
|---|---|--|
| Pratica atividades de lazer?                                  | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |  |
| Pratica atividades esportivas?                                | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |  |
| Pratica atividades p/ 3ª idade?                               | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |  |
| O que você faz quando não está trabalhando ou em lazer?       |   |  |
| Nos últimos 45 dias houve algum acontecimento extraordinário? |   |  |

**Floras escolhidos**

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Como você avalia sua auto-estima?**

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Pior possível      Melhor possível

1º enc: \_\_\_\_\_ / 2º enc: \_\_\_\_\_ / 3º enc: \_\_\_\_\_