



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

AVALIAÇÃO PSICOSSOCIOLÓGICA EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS

KARÍNTHEA KERLLA GONÇALVES PEREIRA LUNA

JOÃO PESSOA – PB

2009

KARÍNTHEA KERLLA GONÇALVES PEREIRA LUNA

**AVALIAÇÃO PSICOSSOCIOLÓGICA EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação apresentada ao Mestrado de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba inserida na Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Antonia Oliveira Silva

João Pessoa - Pb

2009

L961a Luna, Karinthea Kerlla Gonçalves Pereira
Avaliação Psicossociológica em Idosos Institucionalizados/ Karinthea Kerlla
Gonçalves Pereira Luna - João Pessoa, 2008.
107p.:il
Orientadora: Antonia Oliveira Silva
Dissertação (Mestrado) – UFPB - CCS

1. Envelhecimento. 2. Depressão. 3. Enfermagem. 4. Idoso -Qualidade de
Vida.

UFPb/BC

CDU: 616-67(043)

KARÍNTHEA KERLLA GONÇALVES PEREIRA LUNA

**AVALIAÇÃO PSICOSSOCIOLÓGICA EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof^ª Dr^ª Antonia Oliveira Silva - (UFPB)
Orientadora

Prof^ª Dr^ª Clélia Albino Simpson - (UFRN)
Membro

Prof^ª Dr^ª Maria de Oliveira Filha - (UFPB)
Membro

Prof^ª Dr^ª Clélia Maria Nascimento-Schulze - (UFSC)
Membro

“Nossa busca de descobertas alimenta nossa criatividade em todos os campos, não apenas na ciência. Se chegássemos ao fim da linha, o espírito humano definharia e morreria. Mas não creio que um dia sossegaremos: aumentaremos em complexidade, senão em profundidade, e seremos sempre o centro de um horizonte de possibilidades em expansão.”

Stephen Hawking

Pesquisa Financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CNPq.

DEDICATÓRIA

A minha linda filha Enmilly por representar um amor sublime que preenche um lugar especial. Adoro te ver sorrir princesinha. Te amo porque tu és simplesmente um presente de Deus, uma bênção que brilha com luz própria.

Ao meu amor Josivaldo. Obrigada por fazer parte dos meus sonhos e me apoiar a cada conquista.

Aos meus queridos avós: Emídio, Alice, Antônio e Adalgiza pelas raras lições de vida. Vida esta permeada por honestidade, trabalho e amor. A vocês dedico este trabalho pelos exemplos que foram e são em minha vida e por fazerem parte das minhas melhores lembranças.

A minha orientadora, professora Antonia Oliveira Silva, dedico este trabalho, por tão valioso empenho na luta por uma velhice digna e com qualidade. Por realizar importantes trabalhos em nosso Estado, na busca incessante de mostrar à população que envelhecer é viver, pois os sonhos não páram, apenas amadurecem.

AGRADECIMENTOS

Manifesto gratidão

A Deus, a quem dedico minha vida e agradeço por todas as bênçãos. Obrigada, Senhor, pelo teu amor, tua misericórdia e por estar me guiando nos teus caminhos.

A minha orientadora, Profa. Antonia Oliveira Silva, pelas orientações, discussões enriquecedoras, paciência e a amizade construída durante a realização deste trabalho.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pelo apoio e dedicação para a realização desse trabalho;

Ao Prof. Jozemar P. Santos, pelos valiosos ensinamentos fundamentais na construção desse trabalho. A sua disponibilidade irrestrita, sua forma criativa de arguir as idéias apresentadas, creio que deram norte a este trabalho, facilitando o alcance dos objetivos.

Aos meus queridos pais, Pereira e Leneide por serem responsáveis em me fazer compreender que o importante para crescermos é o que nós conquistamos em conhecimento, verdadeiro tesouro que não se acaba.

Às minhas irmãs Kalina e Krísthea e ao meu irmão Gabriel, por serem tão presentes em todos os momentos, principalmente pelas belas lembranças da nossa infância.

As alunas de graduação em Enfermagem Aline, Danila, Karla, Cyntia e Luipa pela importante ajuda na construção desse objetivo.

As minhas amigas Deusaline, Fernanda e Juvandésia, companheiras sempre que preciso mesmo na ausência. Agradeço pelo amor e apoio dispensados em tantos momentos desta caminhada, fazendo-me acreditar na verdadeira amizade;

Aos Idosos que com muito carinho não colocaram obstáculos para participarem do estudo;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pelo apoio financeiro no percurso desta pesquisa;

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse trabalho, o meu especial agradecimento.

RESUMO

LUNA, K. K. G. P. **Avaliação Psicossociológica em Idosos Institucionalizados**. 2009. 107p. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

O processo de envelhecimento do ser humano a nível mundial configura-se um acontecimento relevante e inquietante do ponto de vista econômico, biológico, psicológico e social que tem despertado atenção de estudiosos do tema, refletindo-se na preocupação em subsidiar condições de promoção da qualidade de vida desse grupo, em diferentes áreas de conhecimento. Este estudo tem os objetivos de avaliar a depressão em idosos institucionalizados; medir a qualidade de vida em idosos; verificar a associação entre depressão e qualidade de vida em idosos institucionalizados com ênfase nas características sócio-demográficas e apreender as representações sociais sobre «ser idoso» e «ser idoso institucionalizado», enfatizando aspectos psicossociais. Trata-se de um estudo exploratório e epidemiológico descritivo, realizado em contextos sócio-culturais semelhantes, em que se priorizou a fala dos sujeitos e vivências, subsidiado no aporte teórico das representações sociais em uma abordagem quanti-qualitativa capaz de responder aos objetivos propostos. O estudo foi realizado em quatro instituições onde abrigam idosos, na grande João Pessoa, Paraíba, Brasil. Participaram do estudo setenta idosos, com idade entre 60 e 98 anos, de ambos os sexos. Para coleta de dados utilizou-se a técnica multi-método contemplando os instrumentos: Escala de Depressão Geriátrica Abreviada Geriatric Depression Scale (GDS), WHOQOL Bref, WHOQOL-OLD e uma entrevista semi-estruturada. Os dados apreendidos foram analisados estatisticamente e interpretados a luz da teoria das representações sociais. Os resultados acerca da depressão apontam a seguinte avaliação: 3,7% foram avaliados *normais*; 77,2% com *depressão leve* e um percentual de 17,1% com *depressão severa*. Com relação à qualidade de vida declarada pelos idosos institucionalizados, observa-se, que 55,7% (39) considera a qualidade de vida “Boa”, enquanto para 44,3% é “Ruim”. Observou-se com relação à situação de saúde dos idosos a existência de uma pequena predominância com declaração *satisfatória*: 52,9%, enquanto se encontravam *insatisfeitos* 47,1% dos idosos estudados. O teste de significância para o coeficiente de correlação linear r de Pearson entre as medidas das questões gerais do WHOQOL-Bref forneceu resultados: $N = 70$, $r = 0,401$ com p -valor = 0,001 (significante ao nível de 1%), indicando correlação linear positiva significativa entre: qualidade de vida dos idosos e satisfação com a saúde. As doenças mais citadas pelos idosos são: hipertensão arterial e diabetes. Os idosos representam a pessoa «idosa» a partir de um posicionamento desfavorável em igual resultado para o idoso institucionalizado. Sentem-se abandonados e associam «idoso» a «morte» e «abandono». Investigar os aspectos psicossociais dos idosos institucionalizados consiste numa possibilidade de conhecer como estes se posicionam frente a si mesmos, como eles se vêem diante de uma realidade muitas vezes ignorada pela sociedade a qual participam.

Palavras chaves: Envelhecimento. Qualidade de Vida. Depressão. Representações Sociais Enfermagem.

ABSTRACT

LUNA, K. K. G. P. **Assessment Psychosociological in Institutionalized Elderly**. 2009. 107p. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

The aging process of human beings the world has become an important and disturbing event from the economic, biological, psychological and social that has attracted attention of scholars of the subject, reflecting on the conditions of concern to subsidize the promotion of quality of life of this group in different areas of knowledge. This study has the objective of evaluating depression in the institutionalized elderly, measure the quality of life in elderly, finds the association between depression and quality of life in institutionalized elderly with emphasis on socio-demographic characteristics and apprehend the social representations of 'being old' and 'be institutionalized elderly, emphasizing the psychosocial aspects. This is an exploratory and descriptive epidemiological study, conducted in similar socio-cultural contexts, which prioritized the speech of subjects and experiences, subsidized the theoretical contribution of social representations in a quantity - qualitative approach capable of meeting the proposed objectives. The study was conducted in four institutions which house the elderly, in the great João Pessoa, Paraíba, Brazil. Study participants were seventy elderly, aged 60 to 98 years, both sexes. To collect data using the multi-technique approach including tools: Depression Scale Geriatric abbreviated Geriatric Depression Scale (GDS), WHOQOL Bref, WHOQOL-OLD and a semi-structured interview. The data were statistically analyzed perceived and interpreted in light of the theory of social representations. The results of the depression indicate the following assessment: 3.7% were normal, 77.2% with mild depression and a percentage of 17.1% with severe depression. With regard to the quality of life reported by the institutionalized elderly, it is observed that 55.7% (39) consider the quality of life "Good," while 44.3% is for "Bad". It was observed with respect to the health of the elderly there was a small predominance with satisfactory statement: 52.9%, while 47.1% were dissatisfied the elderly studied. The test of significance for the linear correlation coefficient r of Pearson between measures of general issues of the WHOQOL-Bref provided results: $N = 70$, $r = 0401$ with $p\text{-value} = 0001$ (significant at 1%), indicating correlation significant positive linear: quality of life of older people and satisfaction with health. The diseases most frequently mentioned by the elderly are hypertension and diabetes. The elderly represent a person "old" from a position adverse to the same result for the elderly institutionalized. They feel abandoned and senior associate to 'death' and 'abandonment'. To investigate the psychosocial aspects of the institutionalized elderly is a possibility of knowing how they are positioned opposite to themselves, as they are facing a reality often ignored by societies which participate.

Key words: Aging. Quality of Life. Depression. Social Representations. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Qualidade de vida dos idosos institucionalizados.....	67
Figura 2. Situação de saúde dos idosos institucionalizados.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Domínios e facetas do WHOQOL-Bref.....	51
Tabela 2. Domínios e facetas do WHOQOL-OLD.....	52
Tabela 3. Perfil sócio-demográfico/saúde dos idosos institucionalizados.....	56
Tabela 4. Avaliação do quadro de depressão dos idosos institucionalizados.....	58
Tabela 5. Avaliação do nível de depressão dos idosos institucionalizados (pela GDS) segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas.....	61
Tabela 6. Análise de variância do domínio em relação a eutimia x não-eutimia.....	63
Tabela 7. Regressão linear múltipla entre os diferentes domínios em relação à qualidade de vida geral – item Bref1.....	63
Tabela 8. Coeficientes de correlação entre os diferentes domínios na amostra total.....	64
Tabela 9. Coeficiente de correlação entre os escores dos domínios do WHOQOL-Bref e o escore total da Escala Geriátrica de Depressão (GDS).....	64
Tabela 10. Análise de Variância do domínio em relação a eutimia x não-eutimia.....	65
Tabela 11. Regressão linear múltipla das diferentes facetas em relação à qualidade de vida geral dos idosos – item Q1 do WHOQOL-Bref.....	66
Tabela 12. Coeficientes de correlação entre as diferentes facetas na amostra total.....	66
Tabela 13. Coeficiente de correlação entre os escores das facetas e o escore total da Escala Geriátrica de Depressão (GDS).....	67
Tabela 14. Correlações (r de Pearson) entre as variáveis relacionadas ao domínio psicológico e a questão geral sobre qualidade de vida (Q1) – WHOQOL-Bref.....	69
Tabela 15. Regressão linear múltipla (método <i>stepwise</i>) entre as questões do domínio psicológico (variáveis explicativas), e a questão geral Q1 do WHOQOL-Bref.....	69
Tabela 16. Correlações (r de Pearson) entre as variáveis relacionadas ao domínio psicológico e a questão geral sobre satisfação com a saúde (Q2) – WHOQOL-Bref.....	70
Tabela 17. Regressão linear múltipla (método <i>stepwise</i>) entre as questões do domínio psicológico (variáveis explicativas), e a questão geral Q2 do WHOQOL-Bref.....	70
Tabela 18. Correlações (r de Pearson) entre as variáveis relacionadas ao domínio social e a questão geral sobre qualidade de vida (Q1) – WHOQOL-Bref.....	71
Tabela 19. Regressão linear múltipla (método <i>stepwise</i>) entre as questões do domínio social (variáveis explicativas), e a questão geral Q1 do WHOQOL-Bref.....	71

Tabela 20. Correlações (r de Pearson) entre as variáveis relacionadas ao domínio social e a questão geral sobre satisfação com a saúde (Q2) – WHOQOL-Bref.....	72
Tabela 21. Regressão linear múltipla (método <i>stepwise</i>) entre as questões do domínio social (variáveis explicativas), e a questão geral Q2 do WHOQOL-Bref.....	72
Tabela 22. Correlações entre as variáveis relacionadas às facetas autonomia, participação social, morte e morrer e intimidade e a questão geral sobre qualidade de vida.....	73
Tabela 23. Regressão linear múltipla entre as questões correlacionadas entre autonomia e participação social e a questão geral (Q1) sobre qualidade de vida do WHOQOL-Bref.....	74
Tabela 24. Correlações entre as variáveis relacionadas às facetas autonomia, participação social, morte e morrer e intimidade e a questão geral satisfação com a saúde (Q2) do WHOQOL-Bref.....	74
Tabela 25. Regressão linear múltipla entre as questões correlacionadas do WHOQOL-OLD e a questão geral sobre satisfação com a saúde (Q2) do WHOQOL-Bref.....	75
Tabela 26. Avaliação geral da qualidade de vida (Q1) do WHOQOL-Bref dos idosos institucionalizados segundo questões referentes aos aspectos psicossociais da GDS.....	76
Tabela 27. Satisfação geral com a saúde (Q2) do WHOQOL-Bref dos idosos institucionalizados segundo questões referentes aos aspectos psicossociais da GDS.....	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Avaliação do quadro de depressão pelo GDS – Intervalo de confiança.....	61
Quadro 2. Coeficientes de fidedignidade de Cronbach dos domínios e questões.....	64
Quadro 3. Coeficientes de fidedignidade de Cronbach das facetas e questões.....	67
Quadro 4. Distribuição das categorias simbólicas sobre «ser idoso» e «ser idoso institucionalizado».....	80
Quadro 5. Sentidos atribuídos a ser idoso e ser idoso institucionalizado.....	80
Quadro 6. Unidades de análise da categoria um: realidade e imaginário.....	81
Quadro 7. Unidades de análise da categoria dois: ser idoso.....	83
Quadro 8. Unidades de análise da categoria três: ser idoso institucionalizado.....	84

LISTA DE SIGLAS

ACT - Análise de Conteúdo Temática

AMEM - Associação Metropolitana de Erradicação da Mendicância

ASPAN - Associação Promocional do Ancião Dr João Meira de Menezes

AUT - Autonomia

FS - Funcionamento do sensorio

GDS - Escala de Depressão Geriátrica Abreviada Geriatric Depression Scale

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES - Instituições de Ensino Superior

ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

INT - Intimidade

MEM - Morte e Morrer

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNI - Política Nacional do Idoso

PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso

PPF - Atividades Passadas, Presentes e Futuras

PSO - Participação social

QV - Qualidade de Vida

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

TRS - Teoria das Representações Sociais

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

CAPÍTULO I CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	18
CAPÍTULO II ABORDAGEM TEÓRICA GERAL	24
2.1 Políticas Públicas de Saúde do Idoso	25
2.2 Aspectos Biopsicossociais Sobre Envelhecimento.....	31
2.2.1. O Idoso Institucionalizado.....	32
2.2.2. Depressão em Idosos	33
2.2.3. Qualidade de Vida	38
2.3 Teoria das Representações Sociais	40
CAPÍTULO III ABORDAGEM METODOLÓGICA	48
3.1 Tipo de Estudo.....	49
3.2 Cenário da Pesquisa.....	49
3.3 Sujeitos da Pesquisa	49
3.3.1 Aspectos Éticos	49
3.4 Instrumentos de Coleta de Dados	50
3.4.1 Questionário 1	50
3.4.2 Questionário 2	50
3.4.3 Questionário 3.....	50
3.4.4 Entrevista Semi-estruturada.....	50
3.5 Procedimentos para Coleta dos Dados	52
3.6 Análise dos Dados	53
CAPÍTULO IV DEPRESSÃO, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	56
4.1 Os Idosos Institucionalizados da Pesquisa	56
4.2 Avaliação do Quadro de Depressão dos Idosos.....	58
4.3 Qualidade de Vida dos Idosos	62
4.4 Aspectos Psicossociais Associados ao Idoso	67
4.5 Representações Sociais sobre Ser Idoso Institucionalizado	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE	95
ANEXOS	97

APRESENTAÇÃO

Sabe-se que o processo de envelhecimento é marcado por profundas mudanças biológicas e de comportamento. Entretanto, esta fase não tem de estar, necessariamente, acompanhada de doenças, de limitações para o desempenho de atividades cotidianas e de incapacidades definitivas.

As dificuldades, principalmente aquelas observadas na rotina diária dos grandes centros podem levar o idoso à solidão, ao isolamento social, à alienação, ao desespero, ao declínio da saúde física e mental e ao enfrentamento, cada vez mais concreto, da situação de morte.

O envelhecimento populacional é resultado de diminuições dos coeficientes de mortalidade e das taxas de fecundidade e natalidade. A queda da mortalidade em todas as faixas etárias, ocasionada, sobretudo pelas melhorias nas áreas de saúde, infra-estruturas e técnicas sanitárias, levou, inicialmente, ao aumento da expectativa de vida ao nascer e, a seguir, da expectativa de vida de 60 anos em diante (sobrevida). No Brasil, entre 1990 e 2000 a queda da fecundidade foi de 12% (CAMARANO, 2002). Conforme dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 44% das mulheres em idade fértil têm menos de dois filhos (IBGE, 2001). Conseqüentemente, há o aumento da proporção de idosos, caracterizando a “transição demográfica”

O incremento atual desta população vem sendo apontado como um problema com conseqüências individuais, econômicas e sociais ocasionando, ao longo do tempo, alterações nas políticas de atenção ao idoso e, conseqüentemente, nas representações sociais da velhice (PEIXOTO, 2003).

De acordo com Debert (2003), a velhice pode ser concebida, por um lado, como um fato universal e natural, baseada fundamentalmente no ciclo biológico do ser humano (nascimento, crescimento e morte) e, por outro, como um fato social e histórico que envolve as várias formas de conceber e viver o envelhecimento. As representações relacionadas aos idosos e o tratamento dado pela sociedade aos mesmos adquirem significados particulares em contextos históricos, sociais e culturais distintos. Significados diferenciados socialmente que, somados ao crescimento do número de idosos no mundo e, de forma mais específica no Brasil, justifica a importância de políticas públicas voltadas para esta população, assim como estudos que possam caracterizar suas necessidades.

Além das mudanças demográficas, a sociedade tem outros questionamentos a serem analisados a partir do crescimento de idosos no Brasil. É importante pensar em como se dará a organização social, cultural, política e econômica que irá acolher nossos idosos. O

idoso, assim como qualquer ser humano é caracterizado por dimensões: biológica, psicológica e social.

Assim sendo, este estudo encontra-se em quatro capítulos, onde *o primeiro*, trata da **construção do objeto de estudo** focalizando a temática, a importância do estudo, a problemática e os objetivos da pesquisa; o *segundo capítulo* pontua a **abordagem teórica geral**, centrando-se nas políticas públicas de saúde do idoso, aspectos relacionados com o idoso institucionalizado, depressão em idosos e qualidade de vida, salientando a teoria das representações sociais; no *terceiro capítulo* encontra-se a **abordagem metodológica** da pesquisa e suas etapas; o *quarto capítulo* diz respeito aos resultados definidos pelas dimensões de análise como: **depressão, qualidade de vida e representações sociais**, com os comentários e, por último, as **considerações finais** do estudo.

CAPÍTULO I

1. DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O envelhecimento do ser humano ao nível mundial configura-se um acontecimento relevante e inquietante do ponto de vista econômico, biológico, psicológico e social que tem despertado atenção de governantes e estudiosos do tema, refletindo-se na preocupação em subsidiar condições de promoção da qualidade de vida desse grupo, em diferentes áreas de conhecimento e uma política dirigida à pessoa idosa.

Como profissional Enfermeira, trabalhando em Unidade de Saúde da Família (USF) no interior do Estado da Paraíba, juntamente com outros profissionais, tais como agentes comunitários de saúde, técnicas de enfermagem, odontóloga e médicos, formamos um grupo de idosos com a participação efetiva da maioria dos idosos atendidos em USF da região.

Nesse grupo da terceira idade havia a realização de caminhadas educativas, palestras sobre temas diversos, tais como: alimentação adequada, exercícios físicos e doenças mais frequentes entre os idosos. Realizávamos lanches coletivos, além de brincadeiras divertidas onde eles demonstravam integração social.

A participação nesse grupo de idosos despertou-me um olhar especial sobre a pessoa idosa, ainda esquecida pela sociedade e às vezes pela família. Pude perceber a fragilidade dos idosos em meio a situações de perda de entes queridos, como cônjuge e filhos, em meio a doenças crônicas, como diabetes melitus e hipertensão arterial sistêmica, além de situações de ausência de afeto e falta de recursos financeiros mínimos para uma vida digna.

Investigar os aspectos psicossociais associados ao idoso institucionalizado consiste numa possibilidade de se conhecer como estes se posicionam frente a si mesmos, influenciam suas práticas e como eles se vêem diante de uma realidade muitas vezes ignorada pela sociedade a qual participam. Ter esse olhar voltado ao idoso consiste em uma tentativa de conhecer melhor como este vive e de certificar-se sobre o preparo que se tem para recebê-los, em meio a tantas desigualdades e injustiças sociais que permeiam nossos pensamentos e nossas atitudes frente a tais situações.

Este trabalho nos remete a pensar sobre a função do Estado como precursor de cidadania e tutor daqueles que vivendo mais anos tentam não sofrer, apenas buscando a realização pessoal. Tal reflexão contribui para o desenvolvimento da Saúde Pública no

Brasil, visto que a política de atenção ao idoso está relacionada ao desenvolvimento psicossocial do indivíduo no meio ao qual está inserido.

Para Néri (2005) os idosos são indivíduos categorizados em termos da duração do seu ciclo vital. Segundo convenções sócio-demográficas atuais, os idosos são pessoas de mais de sessenta anos de idade, nos países em desenvolvimento, e de mais de sessenta e cinco anos, nos países desenvolvidos.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que a expectativa de vida da população mundial, passará a ser de 73 anos em 2025. O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Este fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas, mais recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos). A cada ano, mais 650 mil idosos são incorporados à população brasileira (RAMOS, VERAS, KALACHE, 1987; LIMA-COSTA & VERAS, 2003).

De acordo com Carvalho Filho e Papaléo Netto (2005), estima-se que em 2025 ocuparemos a sexta posição mundial em números absolutos de idosos (32 milhões), perfazendo 15% de nossa população total.

Em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento adquirem maior expressão no conjunto da sociedade. Um dos resultados dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde. Aliás, este é um dos desafios atuais: escassez de recursos para uma demanda crescente.

O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.

Dentre os diversos transtornos que afetam os idosos, a depressão merece especial atenção, uma vez que apresenta frequência elevada e conseqüências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Apesar de sua relevância, a depressão é uma morbidade de difícil mensuração, especialmente em estudos epidemiológicos. Isso se deve ao fato de que o quadro depressivo é composto de sintomas que traduzem estados de sentimentos que diferem acentuadamente em grau e, algumas vezes, em espécie.

Um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar de uma melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que estas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos sócio-econômicos. O que era antes o privilégio de poucos, chegar à velhice, hoje passa a ser norma mesmo nos países mais pobres. Esta conquista maior do século XX se transforma, no entanto, em um grande desafio para o século XXI.

O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida. Dessa forma, surgem os seguintes desafios para a Saúde Pública, como reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde: (a) como manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento? (b) como fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para os idosos? (c) como manter e/ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento?

Na atenção ao idoso no Brasil torna-se necessário estabelecer estratégias capazes de detectar fatores relacionados ao adoecer físico e mental, particularmente a depressão e como consequência adotar medidas direcionadas à prevenção, cura e promoção da saúde.

Temos de encontrar os meios para: incorporar os idosos em nossa sociedade, mudar conceitos já enraizados e utilizar novas tecnologias, com inovação e sabedoria, a fim de alcançar de forma justa e democrática a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce em nosso país.

Tão importante quanto à preocupação com as consequências e o impacto sofrido pela sociedade advinda das questões relacionadas às transições demográfica e epidemiológica é a investigação da percepção individual do idoso acerca de seu bem-estar, no intuito de avaliar a qualidade dos anos adicionais de vida e sugerir condutas e políticas que favoreçam um envelhecimento bem-sucedido (FERRAZ & PEIXOTO, 1997).

Viver cada vez mais tem implicações importantes para a qualidade de vida; a longevidade pode ser um problema, com consequências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. Esses anos vividos a mais podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, anos marcados por doenças, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autônomos e independentes, a sobrevida aumentada poderá ser plena de significado (PASCHOAL, 1996).

O termo Qualidade de Vida (QV) é composto de múltiplas dimensões subjetivas que envolvem saúde, satisfação, realizações pessoais e perspectivas futuras de uma boa vida. Atualmente, sabe-se que ter saúde não é o suficiente para considerar-se feliz e realizado. Porém, a busca dessa felicidade é marcada por características e ideais próprios, inerentes a cada indivíduo.

As avaliações de qualidade de vida vêm sendo consideravelmente incorporadas às práticas da saúde, como importantes instrumentos de investigação clínica e formulação de políticas de saúde. Um exemplo é a expansão de seu uso em ensaios clínicos e na avaliação do impacto em intervenções terapêuticas. Na medicina tradicional os resultados eram avaliados através de indicadores objetivos como morbidade e mortalidade. Esse enfoque tem sido modificado nas últimas décadas quando a medicina passou a considerar aspectos subjetivos nas avaliações de resultados. Essas variáveis incorporam as percepções dos pacientes relacionadas a seu bem-estar e sua qualidade de vida.

A Qualidade de Vida tem sido preocupação constante do ser humano, desde o início de sua existência e, atualmente, constitui um compromisso pessoal à busca contínua de uma vida saudável, desenvolvida à luz de um bem-estar indissociável das condições do modo de viver, como: saúde, moradia, educação, lazer, transporte, liberdade, trabalho, auto-estima, entre outras.

Avaliar a qualidade de vida do idoso implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos.

Na tentativa de responder às aparentes contradições entre velhice e bem-estar, as investigações sobre QV revestem-se de grande importância científica e social para subsidiar ações capazes de fomentar políticas sociais, visando à promoção da saúde com maior dignidade e respeitabilidade da velhice (FLECK et al. 2003).

É importante destacar a valorização da percepção de idosos, em diferentes segmentos, com relação às suas próprias vidas. Ninguém melhor do que eles para avaliarem o que é bom e mais significativo em suas vidas frente à definição dos padrões de qualidade.

A importância de se avaliar os indivíduos deve-se ao interesse crescente em saber como alcançar a «vida com harmonia», capaz de refletir nas atitudes para um futuro mais

digno. A longevidade cada vez maior das populações de todo o mundo mostra que ações devem ser tomadas com o objetivo de se viver com qualidade.

Os motivos pessoais e profissionais que conduziram à realização desta investigação partem de abstrações de meu cotidiano que me permitem entender que geralmente o idoso torna-se excluído tanto das políticas públicas, em sentido prioritário, quanto das iniciativas privadas, com negligências no atendimento, acompanhamento e reabilitação da saúde dos mesmos.

Desta forma, para se conhecer melhor a influência subjetiva do que pensam os idosos sobre si assim como sua situação de institucionalizado é que se optou pelo aporte teórico da Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 1978) enquanto uma possibilidade de conhecimento de teorias do senso comum frente à problemática da institucionalização para o idoso do estudo, possibilitando apreendê-las tais representações não apenas como um sistema de cognições, mas destacar o contexto no qual elas são produzidas, em particular, no âmbito institucional e sua interface com a depressão e qualidade de vida no âmbito da Saúde Pública. A compreensão dessa realidade comum no grupo social estudado (idosos institucionalizados) configura-se uma via de apreensão de uma realidade social singular que poderão servir de base para a realização de futuras estratégias de ação que visem à melhoria da implementação da política institucional eficaz para o grupo estudado.

Neste sentido, questiona-se: os idosos institucionalizados apresentam depressão? Qual a qualidade de vida dos idosos institucionalizados? Existe uma associação entre depressão e qualidade de vida entre os idosos estudados? Quais as representações sociais de «ser idoso» e «ser idoso institucionalizado»?

Para responder tais questionamentos este estudo tem os seguintes objetivos:

- a) Avaliar a depressão em idosos institucionalizados;
- b) Medir a qualidade de vida em idosos;
- c) Verificar a associação entre depressão e qualidade de vida em idosos institucionalizados com ênfase nas características sócio-demográficas;
- d) Apreender as representações sociais sobre «ser idoso» e «ser idoso institucionalizado», enfatizando aspectos psicossociais.

CAPÍTULO II

2. ABORDAGEM TEÓRICA GERAL

2.1. Políticas Públicas de Saúde do Idoso

O direito universal e integral à saúde, no Brasil, foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da lei orgânica da Saúde nº 8.080/90 (BRASIL, 1990). A esse direito entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A regulamentação do SUS direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a equidade, a integralidade da atenção e o controle social (OLIVEIRA; BERMUDEZ; CASTRO; 2007).

Em paralelo à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder as crescentes demandas de sua população que envelhece. Promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, a Política Nacional do Idoso (PNI), assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948) (BRASIL, 1996).

Essa Política foi reivindicada pela sociedade, sendo resultado de inúmeras discussões e consultas ocorridas nos Estados brasileiros, nas quais participaram idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de Gerontologia e Geriatria e várias entidades representativas desse segmento, a exemplo da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2007).

A Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), em 1999. Esta determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, relacionados ao tema, promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 2003).

Os três primeiros artigos da Política Nacional do Idoso destacam a necessidade de assegurar os direitos sociais do idoso:

Artigo 1º - A política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Artigo 2º - Considera-se o idoso, para todos os efeitos desta lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade. Artigo 3º - A política nacional do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios: I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o

direito à vida; II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos; III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza; IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política; V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei.

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, construído a partir da intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. Esse Estatuto torna mais ampla a discussão das necessidades da pessoa idosa, porém não mostra recursos que financiem suas propostas. Isso demonstra uma prática insatisfatória na atenção ao idoso. Há destaque para os direitos sociais garantidos e apregoados. Contudo, estes somente serão assegurados se a sociedade assumir a responsabilidade de permitir o resgate da cidadania das pessoas que contribuíram para a construção de nosso País.

Houve um importante avanço no que diz respeito à saúde da população idosa, com a publicação do Pacto pela Vida, em 2006, por meio da Portaria nº 399/GM (BRASIL, 2006). Nesse documento a saúde do idoso surge como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo. Foram ainda apresentadas ações que visam a implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso.

Segundo Gordilho (2000), são definidas as seguintes diretrizes na PNSI:

a) Promoção do envelhecimento saudável voltado ao desenvolvimento de ações que orientem os idosos e as pessoas que estão envelhecendo em relação à importância da melhoria de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida, a eliminação de comportamentos nocivos à saúde, além de orientação aos idosos e seus familiares quanto aos riscos ambientais favoráveis a quedas;

b) Manutenção da capacidade funcional referente às ações com vistas à prevenção de perdas funcionais em dois níveis específicos: 1) prevenção de agravos à saúde, que determinam ações voltadas para a imunização dos idosos; 2) reforço de ações dirigidas para a detecção precoce de enfermidades não-transmissíveis, com a introdução de novas medidas, como a antecipação de danos sensoriais, utilização de protocolos para situações de risco de quedas, alteração de humor e perdas cognitivas, prevenção de perdas dentárias e outras afecções da cavidade bucal, prevenção de deficiências nutricionais, avaliação das capacidades e perdas funcionais no ambiente domiciliar e prevenção do isolamento social;

c) Assistência às necessidades de saúde do idoso, extensiva aos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar. No âmbito ambulatorial a assistência será embasada na consulta geriátrica fundamentada na coleta e no registro de informações. Para tanto, serão utilizadas escalas de rastreamento para a depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional, assim como o encaminhamento correto para a equipe multiprofissional e interdisciplinar. Dessa forma, espera-se alcançar um impacto expressivo na assistência, em particular na redução das taxas de internação hospitalar e em clínicas de repouso, bem como a diminuição da demanda aos serviços de emergência e aos ambulatórios de especialidades.

Na assistência hospitalar, a idade será considerada um indicador na determinação da assistência ao idoso enfermo, e o estado funcional será o parâmetro mais adequado no estabelecimento de critérios específicos de atendimento. Idosos classificados como totalmente dependentes constituirão o grupo enquadrado no conceito de vulnerabilidade. Os serviços de saúde deverão estar preparados para identificá-los e promover-lhes assistência diferenciada e pautada na participação de diferentes profissionais da área da saúde. A tentativa de reabilitação desses pacientes deve ser privilegiada antes e durante a hospitalização, para evitar internações prolongadas que aumentam a carga de sofrimento do idoso, bem como oneram os custos dos serviços de saúde.

A assistência domiciliar constituirá estratégia importante para diminuir o custo da internação, pois é menos onerosa do que a internação hospitalar. O atendimento ao idoso enfermo, residente em instituições, terá as mesmas características da assistência domiciliar. A implantação do hospital-dia geriátrico deverá ser estimulada, e terá como objetivo viabilizar a assistência técnica adequada para pacientes cuja necessidade terapêutica e de orientação para cuidadores não justifique a permanência em hospital.

Ainda como diretrizes da PNSI mencionam-se as seguintes:

a) Reabilitação da capacidade funcional comprometida com foco especial na reabilitação precoce, ou seja, prevenir a evolução e recuperar a perda funcional incipiente, de forma a evitar que as limitações da capacidade funcional avancem e diminuam estas limitações sejam amenizadas. Para tanto, será necessário o envolvimento de uma equipe multiprofissional;

b) Capacitação de recursos humanos especializados, os quais constituem diretrizes que passarão todas as demais definidas nesta política, configurando mecanismos de articulação intersetorial, de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em qualidade e

quantidade adequadas, e cujo provimento é de responsabilidade das três esferas de governo. O trabalho articulado com o Ministério da Educação e as Instituições de Ensino Superior (IES) deverá ser viabilizado por intermédio dos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, tendo em vista a capacitação de recursos humanos em saúde, de acordo com as diretrizes aqui fixadas. Estes Centros serão, preferencialmente, localizados em IES e terão atribuições específicas, conforme as características de cada instituição.

A indicação dos centros deverá ser estabelecida pelo Ministério da Saúde de acordo com as necessidades identificadas no processo de implantação desta política nacional. A capacitação tentará preparar os recursos humanos para a operacionalização de um conjunto básico de atividades, tais como a prevenção de perdas, a manutenção e a recuperação da capacidade funcional e o controle dos fatores que interferem no estado de saúde da população idosa, entre outras;

c) Apoio do desenvolvimento de cuidados informais, que busca o desenvolvimento de parcerias entre os profissionais da saúde e as pessoas próximas aos idosos responsáveis pelos cuidados diretos, necessários à manutenção das atividades da vida diária e pelo seguimento das orientações emitidas pelos profissionais. Tal parceria, apontada nos estudos e pesquisas sobre o envelhecimento com dependência, configura a estratégia mais atual e menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional dos idosos.

Para o desempenho das atividades de cuidado ao idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônico-degenerativa com a qual está eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito. Neste sentido, o modelo de cuidados domiciliares, antes restrito à esfera privada e à intimidade das famílias, não poderá ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades, mas, também, atender às demandas de orientação, informação e assessoria de especialistas;

d) Apoio a estudos e pesquisa, que será de responsabilidade dos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, assegurando-se as áreas de conhecimento de suas especialidades. Com apoio financeiro das agências de Ciência e Tecnologia regionais e/ou federais, estes centros deverão organizar seu corpo de pesquisadores e atuar em uma ou mais linha de pesquisa com o objetivo de gerar informações para subsidiar as ações de saúde dirigidas à população de mais de 60 anos de idade. Os Ministérios da Saúde e da

Ciência e Tecnologia serão os articuladores, com vistas a garantir a efetividade de ações programadas de estudos e pesquisas desta PNSI.

A promoção do envelhecimento ativo, com a manutenção da atividade funcional e da autonomia, é sem dúvidas a principal meta de qualquer ação de saúde, que permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. Essa ação baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização.

O envelhecimento ocorre de maneira diferente para cada pessoa, possuidora de uma subjetividade que deve ser considerada ao analisarmos o idoso de modo integral, não se caracterizando um período só de perdas e limitações, e sim, um estado de espírito decorrente da maneira como a sociedade e o próprio idoso concebem esta etapa da vida. Há uma influência constante e interativa de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes patologias durante o processo de desenvolvimento e envelhecimento, de fatores genéticos e do ambiente ecológico.

Sobre o envelhecimento integral tem-se que:

Há, portanto, nessa referida concepção, um conceito sistêmico de envelhecimento que subentende atividades e mudanças contínuas, que refletem a resposta criativa do organismo aos desafios ambientais. Por isso, como a condição de um indivíduo depende, costumeiramente, em alto grau, de seu ambiente natural e social, não existirá um nível absoluto de envelhecimento que seja independentemente desse meio. (VARGAS, 1994).

Morhy (1999) considera que envelhecer pode ser conceituado como:

O processo de acumular experiências e enriquecer a vida por meios de conhecimento e habilidades físicas. Essa sabedoria adquirida proporciona o potencial para tomar decisões razoáveis e benéficas a respeito de nós mesmos. O grau de independência que dispomos na vida está diretamente relacionado à atividade maior ou menor em nosso corpo, mente e espírito [...] o envelhecimento pode ser definido como uma série de processos que ocorrem nos organismos vivos, e com o passar do tempo, leva a perda da adaptabilidade, a alteração funcional e, eventualmente a extinção.

A Lei n. 10.048/2000 estabeleceu prioridade ao atendimento para aqueles com idade superior a sessenta e cinco anos em todos os órgãos públicos, bancos e concessionárias de serviço público e, no campo processual, a Lei n. 10.173/2001 alterou o Código de Processo Civil Brasileiro estabelecendo prioridade de tramitação nos processos judiciais de idosos.

Somente em 2003, foi alcançada a redução de idade para o idoso, sendo considerado assim àquela pessoa que alcançasse idade igual ou superior a sessenta anos, com

preservação da sua saúde física e mental, através do Estatuto do Idoso, pela Lei n. 10.741. Amparando os mais diferentes aspectos da vida cotidiana, a referida Lei destaca o papel da família reforçando e enfatizando a obrigação da família, da sociedade e do Poder Público assegurarem o direito à saúde, alimentação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar.

Dentre os tópicos destacados na Lei n. 10.741/2003 encontram-se às medidas de proteção ao idoso em estado de risco pessoal, a política de atendimento por meio da regulação e do controle das entidades de atendimento ao idoso.

Há destaque ainda o acesso à justiça com a determinação de prioridade ao idoso e atribuição de competência ao Ministério Público para intervir na defesa do idoso, qualificando, nos crimes em espécie, novos tipos penais para condutas lesivas aos direitos dos idosos e, principalmente, ressaltando os direitos fundamentais previstos na Carta Magna, como, por exemplo, os direitos à vida, a liberdade, respeito e à dignidade, bem como aos alimentos, saúde, educação, cultura, esporte, lazer, profissionalização, trabalho, previdência social, assistência social, habilitação e transporte.

O Artigo 8º da Lei 10.741/2003 menciona que o envelhecimento é um direito personalíssimo e sua proteção, por conseguinte, constitui um direito social. Prosseguindo, o Artigo 9º atribui ao Estado a obrigação de "garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade". A colaboração para uma melhor qualidade de vida para as pessoas idosas tende a ser uma forma de compreensão da dignidade humana (BRASIL, 2003).

É importante destacar que a lei por si só não é capaz de modificar realidades. O seu cumprimento deve ser reivindicado nos diversos setores sociais, por todos os cidadãos, mas principalmente pelo idoso, verdadeiro conhecedor de sua realidade, pois o ser humano é capaz de modificar-se, imprimindo novos valores e transformando-os em novas leis.

Para Galinsky (1993), todas as ações em saúde do idoso, como o previsto na referida Política, devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência, seja ele um hospital de longa estadia, asilo, casa de repouso ou similar, pode ser considerada uma alternativa, somente quando falharem todos os esforços anteriores.

2.2. Aspectos Biopsicossociais sobre Envelhecimento

Envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais do ser humano. São mudanças naturais decorrentes do próprio processo de vida que tem como ciclo: nascimento, crescimento, amadurecimento, envelhecimento e morte. É importante lembrar que estas transformações são gerais, porém têm suas peculiaridades em concordância com características genéticas e com o estilo de vida de cada um. Na velhice, as pessoas adoecem mais, mais rapidamente e, quando adoecem, demoram mais tempo para se recuperar.

Torna-se evidente que o passar do tempo gera uma série de mudanças biológicas, com limitações e reduções da capacidade funcional quando relacionadas às outras etapas da vida. O corpo humano não mais responde a situações diversas como antes, no início do ciclo vital, com suas células em constante processo de formação. É importante ressaltar que as mudanças físicas não são suficientes, na maioria das vezes, para impedir uma vida satisfatória.

Para Zimerman (2000), o segredo do bem-viver é aprender a conviver com suas limitações. É entender, aceitar e lutar para que esses problemas sejam diminuídos com exercícios físicos, como caminhadas, natação, dança e passeios, exercícios de memória, boa alimentação, bons hábitos, participação em grupos e outros cuidados, dependendo do tipo de problema.

Com os avanços médicos e farmacológicos torna-se mais possível acreditar em um envelhecimento isento de doenças consideradas graves, como as doenças depressoras do sistema nervoso e que condicionem a autonomia dos sujeitos em idade avançada.

Além das alterações no corpo, o envelhecimento traz uma série de mudanças psicológicas como: dificuldades para interagir com a sociedade; hostilidade diante as adaptações a novos papéis; alterações psíquicas; auto-estima prejudicada; sentimentos de inutilidade; depressão, somatização, paranóia e suicídio; entre outras. É importante destacar que o envelhecimento não ocorre de modo semelhante em todos os indivíduos, visto que estes possuem singularidades próprias.

No contexto social tornam-se evidentes de modo intenso as alterações de papéis e funções dos grupos etários. Segundo Caldas (1998) do ponto de vista social, a velhice é caracterizada por uma progressiva redefinição de identidade e do papel de cidadão, que pode ser marcada por impactos negativos ocasionados pela má qualidade de vida.

2.2.1. O Idoso Institucionalizado

O idoso tem de enfrentar as perdas emocionais que se intensificam com o passar dos anos. São os filhos que se casam, parentes que morrem, vizinhos que se mudam e principalmente, o afastamento ou a perda do cônjuge, companheiro(a) de uma vida a dois, que muitas vezes morre de forma gradativa, ocasionando sequelas emocionais. Em contrapartida, a família não se mostra receptiva ao idoso que agora sozinho, necessita de apoio. Torna-se então necessária a existência da Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), também denominada asilo, casa de apoio ou abrigo.

A ILPI é um estabelecimento para atendimento integral institucional, acolhendo pessoas de sessenta anos e mais, dependentes ou não, que não dispõem de condições para permanecer com a família e/ou em seu domicílio (SBGG, 2007).

Segundo Fernandes (2000): “na medida em que as incapacidades físicas e psicológicas da pessoa idosa aumentam e as capacidades do meio ambiente diminuem, torna-se necessário, encarar a hipótese de internamento numa instituição”.

Hoje no Brasil não se sabe o número exato de instituições para idosos, devido à existência de instituições clandestinas e instituições que não estão cadastradas. O problema em não saber o número de instituições existentes é não saber quantos idosos residem nessas, dificultando as fiscalizações em relação à higiene, alimentação, saúde, e a todos os cuidados que os idosos necessitam.

De acordo com Rodrigues (2001), do ponto de vista do relacionamento social, a população idosa sofre um processo crescente de isolamento social, na medida em que se desliga do trabalho, reduzido pela emancipação dos filhos, sendo muitas vezes obrigada a sair do seu convívio familiar e social para viver em instituições assistenciais de atendimento exclusivo ao idoso.

Os idosos institucionalizados apresentam um perfil diferenciado, grande nível de sedentarismo, carência afetiva, perda de autonomia causada por incapacidades físicas e mentais, ausência de familiares para ajudar no autocuidado e insuficiência de suporte financeiro. Estes fatores contribuem para a grande prevalência de limitações físicas e comorbidades refletindo em sua independência e autonomia.

O novo paradigma de saúde do idoso brasileiro é como manter a sua capacidade funcional mantendo-o independente e preservando a sua autonomia, proporcionando assim, melhor qualidade de vida. O idoso institucionalizado e a entidade que o abriga, geralmente,

não conseguem arcar sozinhos com a complexidade e as dificuldades da senescência e/ou senilidade. Como se pode ver, o prolongamento da vida não é uma atitude isolada.

Profissionais que trabalham com o processo do envelhecimento nas diferentes áreas de saber (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas e outros), tentam proporcionar, nos níveis de atenção à saúde primário, secundário e terciário, o bem estar bio-psico-social dos idosos institucionalizados, potencializando suas funções globais, a fim de obter uma maior independência, autonomia e uma melhor qualidade para essa fase de vida.

O idoso institucionalizado é obrigado a adaptar-se a uma rotina de horários, a dividir seu ambiente com desconhecidos e a permanecer distante da família. A individualidade e o poder de escolha são, muitas vezes, substituídos pelo sentimento de ser apenas mais um dentro daquela coletividade.

Os serviços institucionais representam um recurso importante para os idosos mas é necessário conhecer alguns fatores negativos como: a despersonalização (pouca privacidade); a desinserção familiar e comunitária; o tratamento massificado e a vida monótona e rotineira que trata todos os idosos de igual forma. Considera-se portanto que a institucionalização tem riscos e perigos que podem causar danos graves à auto-estima e integração do idoso na sociedade.

2.2.2. Depressão em Idosos

De acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde, depressão é um transtorno mental caracterizado por menor disposição para atividades cotidianas, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou de baixa auto-estima, perturbação do sono ou do apetite e baixa concentração.

Atualmente, a doença é a quarta causa de incapacitação para o trabalho. Em 2020, ainda segundo dados da OMS, a depressão será o principal distúrbio mental nos países em desenvolvimento, chegando a ocupar a segunda posição. A previsão foi feita baseada nas estatísticas reais: no ano de 2000, cerca de um milhão de pessoas cometeram suicídio em todo o mundo, e a principal causa desta incidência é a depressão. Anualmente, o número de suicídios pode chegar a 850 mil em todo o mundo (OMS, 2007).

De acordo com a OMS, a depressão atinge 121 milhões de pessoas ao redor do mundo e está entre as principais causas que contribuem para incapacitar um indivíduo. A OMS prevê que até o ano de 2020 a depressão passe a ser a segunda maior causa de

incapacidade e perda de qualidade de vida. Estima-se que cerca de 17 milhões de brasileiros tenham a doença. De acordo com um levantamento feito pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), 74.418 trabalhadores foram afastados de suas atividades em 2007 em decorrência de depressão.

Com o avanço da idade, o ser humano pode desenvolver o sentimento de que se inicia a última etapa da sua vida, desencadeando um estado depressivo com a percepção do envelhecimento, valorizando negativamente, se estiverem presentes, a sensação de inutilidade, insuficiência, ansiedade e irritabilidade.

No idoso, é comum que a depressão esteja associada à diminuição da autonomia, da capacidade funcional, ao isolamento, e à perda de familiares e amigos. Conforme a Associação Brasileira de Psiquiatria, cerca de 15% da população de idosos apresentam os sintomas clínicos da doença.

Do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas; a diminuição sócio-familiar, a perda do status ocupacional e econômico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente, bem como o aparecimento de fenômenos degenerativos ou doenças físicas incapacitantes, compõem o elenco de perdas suficientes para desenvolver um quadro de sintomatologia depressiva. Nesse contexto, ao perceber que não pode mais agir como antes sobre o mundo, a pessoa idosa ao que parece, não vê outra escolha senão retirar-se do mundo, mergulhando pouco a pouco em um profundo estado de depressão (RUSCHEL, 2001).

Outro aspecto a enfatizar é a depressão no idoso institucionalizado. Este se encontra separado do ambiente familiar e habitacional, com sensação de abandono, inutilidade e dependência, muitas vezes isolado da atualidade cultural.

A expectativa da doença mental eleva-se de 34% aos 61 anos para 67% aos 81 anos, tornando-se um dos fatores preocupantes quanto à repercussão em saúde pública. E entre estas, ocupando lugar de destaque, está a depressão, com suas nuances e características atípicas que pode apresentar nesta população, e suas conseqüentes dificuldades diagnósticas (BOECHAT, 2002).

Essa situação exige uma abordagem criteriosa do universo do idoso que devido ao estigma enraizado da depressão, relutam em admitir sintomas psicológicos, mascarando as queixas de sintomas depressivos. Muitas vezes, por acharem que estão acometidos de patologias apenas clínicas os idosos não procuram atendimentos especializados como psiquiátricos ou geriátricos.

A depressão é muito mais do que um sentimento ou uma emoção. Tem potencialidade para ser uma doença mental grave e incapacitante, podendo interferir em todos os aspectos do dia-a-dia de uma pessoa. Significa coisas diferentes para pessoas diferentes. Uma sensação de depressão pode ser a reação a coisas que ocorrem no dia-a-dia.

Em algumas pessoas a sensação de depressão pode ser um indício de doença. Manifestam mudanças cognitivas e comportamentais características. Tornam-se apáticas, desmotivadas e sensíveis unicamente aos fatos negativos da vida. Esta situação lhes cria um *feed-back* de reforço do seu estado, tendo frequentemente ideias suicidas.

A perturbação causada pela depressão torna-se maior quando o estado perdura durante diversas semanas. A perturbação depressiva maior pode ter início em qualquer idade, com uma idade média de início no meio da década dos vinte anos. A característica essencial da perturbação é a evolução clínica que é caracterizada por um ou mais episódios depressivos. Pessoas com baixa auto-estima, que veem o mundo e a si mesmas com pessimismo ou que são facilmente arrebatadas pelo estresse, estão mais propensas ao desenvolvimento de depressão.

Os fatores etiológicos da depressão no idoso podem ser divididos em biológicos e psicossociais, onde é classificado como biológico a perda neuronal e diminuição de neurotransmissores; o genético; a doença física e as medicações. E classificado como fatores psicossociais a diminuição de renda; as modificações no papel social; o luto/perdas e a doença física incapacitante e/ou dolorosa.

A depressão no idoso apresenta-se de forma mais habitual com os quadros pouco sintomáticos e de evolução lenta, que se associam com alterações hormonais, consumo de medicamentos por iniciativa própria, como anti-hipertensivos, ansiolíticos e hipnóticos, e com situações de solidão e perda, como a morte do parceiro, a falta de apoio social ou familiar, uma mudança ou uma internação em uma instituição (RUIPÉREZ & LLORENT, 1996).

Segundo Guimarães (1993), Calcula-se que, em um dado momento, de 13 a 20% da população, apresentem algum sintoma depressivo, e que de 2 a 3% tenham suas atividades diárias seriamente afetadas pelo distúrbio afetivo.

Os sintomas entre idosos e adultos jovens são os mesmos, o que difere no idoso é o relato de sintomas somáticos como alteração no sono e no apetite, muito mais do que os sintomas psicológicos como alteração do humor e anedonia, considerados os sintomas

primários da depressão. Outra queixa é a alteração cognitiva, onde o idoso reclama das alterações de memória.

A sintomatologia surge a nível emocional, físico e cognitivo. Os sintomas emocionais causam ansiedade, preocupação, nervosismo e hipervigilância. Palavras e frases como, por exemplo, «triste», «angustiado», «péssimo», «na fossa», «em baixo» são utilizadas para descrever os sintomas emocionais. Predomina o desinteresse pelas atividades e a perda de desejo sexual. Os sintomas físicos têm origem no aumento de atividade do sistema nervoso autônomo, que controla as atividades involuntárias de órgãos e de outras partes do corpo humano.

A OMS calcula que 450 milhões das pessoas que procuram serviços de saúde tenham problemas mentais e psicossociais não corretamente diagnosticados e tratados. Apesar de não haver estudos observacionais que avaliem o manejo de rotina dos quadros depressivos, os resultados costumeiros sugerem que os cuidados não são consistentes com diretrizes baseadas em evidências.

É bem verdade que o idoso convive com limitações da própria idade, as quais podem prejudicar sua independência e autonomia para desenvolver determinadas atividades. Mas, é preciso que ele seja estimulado a, inicialmente, organizar seu tempo fazendo projetos de vida com criatividade, energia e iniciativa isto é, dando significados à vida para que esta não caia no vazio (LIMA, 1999).

São considerados fatores de risco psicossocial da depressão no Idoso:

- Morte do cônjuge ou ser querido (risco: maior no primeiro ano);
- Enfermidade médica ou cirúrgica;
- Baixa autopercepção da saúde;
- Incapacidade e perda de funcionalidade;
- Escasso suporte social;
- Isolamento social;
- Solidão;
- Baixa qualidade de vida;
- Incremento do uso dos serviços de saúde;
- Risco de cronicidade;
- Maior risco de evento vascular e de mortalidade;
- Risco da perda funcional e de incapacidade;
- Alto risco de suicídio.

Na avaliação da sintomatologia da depressão do idoso é importante fazer referência ao seu contexto de vida e às respostas do seu ambiente. Um estado depressivo consecutivo a uma viuvez num idoso, não é comparável a um estado depressivo não associado com fatos de vida identificáveis.

É fundamental, portanto, que os profissionais de saúde busquem conhecer as características da depressão no idoso e estejam preparados para investigar a presença de sintomas depressivos entre aqueles em contato com eles. Nesse sentido, o uso sistemático de escalas de depressão pode facilitar a detecção desses casos na prática clínica. A escolha da escala vai depender de uma série de fatores como sua capacidade para detectar casos, sua sensibilidade para monitorar mudanças ao longo do tempo, a consistência de suas medidas e a facilidade com a qual ela pode ser administrada.

Utilizam-se questionários da depressão ou escalas de bem-estar subjetivo que o idoso preenche. O bem-estar subjetivo é o nível de prazer que a pessoa conservou. Os fatores determinantes do bem-estar compreendem a congruência sentida pelo indivíduo entre os projetos que realizou e os projetos que desejou realizar. Quanto mais fraca a congruência, mais forte é o estado depressivo. Uma avaliação adequada, da seqüência temporal dos sintomas depressivos e cognitivos, evolução da doença e resposta ao tratamento ajudam a efetuar esta determinação.

Relativamente à duração dos sintomas, segundo as escalas de diagnóstico internacionalmente aceitas, é necessária uma duração mínima de duas semanas antes que se possa avançar para um diagnóstico de depressão. O suicídio nos idosos está muitas vezes associado a um estado depressivo, consecutivo à morte do cônjuge. Surge na maioria dos casos como um ato de vontade de acabar com a vida e pôr fim ao estado o qual se encontra.

O tratamento da depressão no idoso passa pela farmacologia e psicoterapia. Sabendo-se que a depressão está ligada, do ponto de vista neurofisiológico, a uma anomalia no funcionamento dos neurotransmissores, a serotonina e a noradrenalina, utilizam-se dois tipos de medicamentos, os antidepressivos e os inibidores. Na psicoterapia o terapeuta, na sua interação ativa com o paciente, ajuda-o a construir novas representações e a reencontrar um nível funcional de atividade, de igual modo, atua na sua relação com o mundo.

Nesta perspectiva torna-se necessário que as instituições promotoras de saúde e a sociedade organizem-se no sentido, de responder adequadamente às necessidades da população idosa.

2.2.3. Qualidade de Vida

Após a Segunda Guerra Mundial o tema Qualidade de Vida (QV) foi ampliado, significando melhoria do padrão de vida, com desenvolvimento sócio-econômico e humano. A QV tem sido preocupação constante do ser humano, desde o início de sua existência e, atualmente, constitui um compromisso pessoal a busca contínua de uma vida saudável, desenvolvida à luz de um bem-estar indissociável das condições do modo de viver, como: saúde, moradia, educação, lazer, transporte, liberdade, trabalho, auto-estima, entre outras.

Não há consenso sobre seu significado, existindo várias correntes de pensamentos e várias tendências de pesquisa. No decorrer do tempo as avaliações da QV também sofreram mudanças, considerando-se parâmetros subjetivos. O conceito de QV está submetido a múltiplos pontos de vista, variando entre épocas, países, culturas, classes sociais, indivíduos e inclusive, para um mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo, seu estado de espírito ou humor (PASCHOAL, 2000).

A Organização Mundial de Saúde refere à QV como sendo a “percepção individual de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHQOL, 1995).

A QV pode se basear em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível sócio-econômico e satisfação. Na realidade, o conceito de QV varia de acordo com a visão de cada indivíduo. Para alguns, ela é considerada como unidimensional, enquanto, para outros, é conceituada como multidimensional.

Os problemas do envelhecimento estão diretamente associados a condições e a qualidade de vida dos indivíduos. Avaliar a qualidade de vida do idoso implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice como: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos (NERI, 1993).

Segundo Veras (1994), tal avaliação reveste-se de grande importância científica e social por permitir a implementação de alternativas válidas de intervenção, tanto em

programas geronto-geriátricos, quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar das pessoas maduras, particularmente, no nosso contexto, onde os atuais idosos são aqueles que conseguiram sobreviver às condições adversas.

Dentre as razões para se avaliar a QV destacam-se: a importância de se medir o impacto de doenças crônicas sobre os indivíduos; a necessidade de se criar critérios mais subjetivos para medir a diferença de resultados entre pacientes com gravidades clínicas semelhantes; monitorizar o atendimento à saúde de uma população; diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico das doenças; avaliar os efeitos dos tratamentos; avaliar os efeitos das políticas de saúde e políticas sociais e alocar recursos de acordo com as necessidades (DIOGO et al. 2006).

Medir QV é bastante complexo pelo fato de não encontrar definição consensual sobre o que ela realmente significa. Por isso o pesquisador deverá definir o que está considerando como QV em seu estudo ou estabelecer em qual definição esse conceito se operacionaliza em seu trabalho de investigação.

Atualmente existem duas formas de mensurar QV, através de instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Como os dois instrumentos fornecem informações diferentes, eles podem ser empregados concomitantemente.

Os genéricos abordam o perfil de saúde, procurando englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Podem ser usados para estudar indivíduos da população geral ou de grupos específicos, como portadores de doenças crônicas. Assim, permitem comparar a QV de indivíduos sadios com doentes ou de portadores da mesma doença, vivendo em diferentes contextos sociais e culturais. Como desvantagem não são sensíveis na detecção de aspectos particulares e específicos da QV de uma determinada doença.

Os instrumentos específicos têm como vantagem a capacidade de detectar particularidades da QV em determinadas situações. Eles avaliam de maneira individual e específica, determinados aspectos de QV como, as funções: física, sexual, o sono e a fadiga. Têm como desvantagem a dificuldade de compreensão do fenômeno e dificuldade de validar as características psicométricas do instrumento (HORNQUIST, 1990).

Neste trabalho optamos por utilizar instrumentos específicos já validados no Brasil de consistência, caracterizados por domínios e facetas que relacionam o indivíduo a aspectos físicos, psicológicos, sociais e de meio ambiente.

2.3. Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) abriu um novo campo de investigação, na sua tentativa de compreensão e explicação quer da apropriação quer difusão do conhecimento científico por parte do homem comum. Esta teoria considera as representações sociais como uma forma particular de adquirir, representar e comunicar o conhecimento relativo a aspectos diversos da vida da sociedade, sendo esse conhecimento partilhado pelos membros de uma sociedade sob forma de teorias que se baseiam no estudo de fatores relativos ao senso comum (MOSCOVICI, 1981; HEWSTONE, 1986).

A noção de representação coletiva introduzida por Émile Durkheim em 1974, que se refere às produções mentais sociais invariantes provenientes da ideação coletiva (JODELET, 2001; DURKHEIM, 1974), criadas para compreender, explicar e justificar a realidade social tem uma considerável influência na concepção desta teoria.

Contudo a noção de representações sociais demarca-se desta sua ancestralidade científica, numa visão crítica e construtiva que visa dotar a psicologia social de objetos e instrumentos que permitam um conhecimento cumulativo (JODELET, 2001). Esta noção surge como mais adaptada à diversidade e pluralidade de representações organizadoras das relações simbólicas nas sociedades modernas (DOISE, 1990), do que a representação coletiva, que será um instrumento de estudo mais apropriado para as sociedades simples (FARR, 1999).

Moscovici ao entender as representações como sendo alvo de uma gênese, partilha e fonte de criação de novas representações, considerando-as como estando na origem das (re)construções da realidade (MOSCOVICI, 1981; 1984), retira-lhes a visão pré-estabelecida e estática enunciada por Durkheim e introduz uma visão dinâmica, móvel e plástica. Por outro lado, as representações sociais são ainda encaradas como fenômenos a ser explicados por oposição às representações coletivas, em si próprias entidades explicativas, tornando desnecessária qualquer análise posterior (SÁ, 2000).

A realidade das representações sociais é, em geral, fácil de apreender e perceber, porém seu conceito é considerado de difícil entendimento, com diversas definições. Essa dificuldade assenta em razões históricas. Mas também é explicada por razões não históricas, ou seja, segundo Moscovici (1978) estes motivos não históricos reduzem-se a um só, isto é, a sua posição mista, na encruzilhada de uma série de conceitos sociológicos e de uma série de conceitos psicológicos.

Segundo Moscovici (1978), as representações sociais contribuem para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais. As representações sociais compreendem um sistema de valores, de noções e de práticas relativas a objetos sociais, permitindo a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e dos grupos, constituindo um instrumento de orientação da percepção de elaboração das respostas, e contribuindo para a comunicação dos membros de um grupo ou de uma comunidade.

Para Jodelet (1984), as representações sociais são: “formas de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, tendo um alcance prático e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um dado conjunto social”.

A idéia de que os indivíduos pensam, e de que as instituições e as sociedades são ambientes pensantes, representa uma nova forma de olhar para a constituição das instituições sociais e para os comportamentos individuais e coletivos. Os indivíduos são construtores de significados e teorizam a realidade social, além de receber e processar informações.

Dessa forma, e para enquadrar a abordagem a que nos propomos, é importante ressaltar que as representações sociais são teorias implícitas acerca de objetos sociais relevantes (no presente trabalho os objetos sociais em questão são os idosos e aqueles institucionalizados) e como tais constituem uma modalidade de conhecimento que serve a apreensão, avaliação e explicação da realidade (VALA, 2004).

As representações sociais estão na base da elaboração das tomadas de posição do sujeito em função da sua inserção em um dado campo social. Para Doise (1990; p.125), elas compreendem “os princípios geradores de tomada de posição ligados a inserções específicas num conjunto de relações sociais e que organizam os processos simbólicos que intervém nessas relações”.

Existem ainda autores que encaram as representações sociais como grelhas de leitura e decodificação da realidade, como Abric (1994; p.13), para quem a representação social compreende “o produto e o processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com que se confronta e lhe atribui uma significância”.

O ser humano é um produto histórico e cultural, não se podendo concebê-lo fora de um contexto sem interferir em sua maneira de ser, agir, ver o mundo e comportar-se diante dele. Ele relaciona-se com o mundo exterior mediante toda a sua natureza composta de complexidades.

Considerar as representações sociais como um processo destaca o seu papel na tentativa de tornar o mundo inteligível para o sujeito. Enquanto produto, a representação não se limita a ser uma mera reprodução do real, pois há todo um processo interpretativo e constitutivo, de modelização, simbolização e expressão dos diversos objetos sociais associados às representações sociais, em que intervem o processo de cognição dos indivíduos a par de fatores como o sistema de valores, fatores afetivos, imagens e motivações internas (ABRIC, 1999). A pertinência da componente social é melhor entendida se pensarmos que a elaboração das representações se reporta a objetos sociais e ocorre a partir de processos de troca e interação social, visando a construção de um saber comum (MOLINER, 2001).

Apesar disso, a representação social não se esgota nesta elaboração cognitiva e psíquica, nem na comunicação ou na complexidade de relações que mantém com o sistema social. Simultaneamente expressiva e (re) construtiva do real, ela é tanto um meio de conhecimento como um instrumento de ação (LAPLANTINE, 1999) sobre a realidade. Situada na origem do comportamento, orienta-o e justifica as ações desenvolvidas pelos indivíduos relativamente aos objetos da representação (ABRIC, 1999) e direciona a comunicação, a interação e a ação do sujeito para atribuir à representação (VALA, 2004). O funcionamento operatório está dependente deste funcionamento simbólico, embora os indivíduos procurem ir além da relação de simbolização e interpretação estabelecida face ao objeto (SÁ, 2000) utilizando a representação para criar, organizar e transformar a realidade (HEWSTONE, 1986; MOLINER, 1996; SPINK, 1996).

As representações sociais são marcadas por uma componente funcional significativa, na medida em que, por um lado interferem nos processos cognitivos do sujeito orientam a forma como este processa a informação e, por outro lado, influenciam o sujeito a agir de determinada forma em relação ao objeto em questão (ABRIC, 1996). As representações deste modo permitem orientar os processos comunicacionais, condicionando as relações sociais. Segundo Vala (2004), de fato, as representações sociais possuem determinadas funções: função de organização significativa do real, função de explicação, função de orientação dos comportamentos, função de diferenciação intergrupar e função de identificação social.

Moscovici (1978) afirma que as representações sociais caracterizadas como fenômenos psicossociais, têm duas funções: a primeira função é a de contribuir com os processos de formação de condutas e a segunda, de orientação das comunicações sociais.

Abric (1994) destaca quatro grupos de funções das representações sociais:

a) Função do *saber*: permite compreender e explicar a realidade em que os sujeitos sociais adquirem conhecimentos e os integram de modo assimilável para eles em ocorrência. As funções de saber remetem para a atribuição de significado conseguida através das representações sociais, uma vez que é por intermédio das representações sociais que o indivíduo analisa e procura compreender e explicar a realidade que o cerca, para atribuir um significado às suas experiências sociais e ao meio envolvente. Para Vala (2004) esta atribuição de sentido é incorporada e objetivada na própria estrutura social, em que as representações sociais contribuem para constituir o objeto do qual formam uma representação. As representações sociais funcionam igualmente como pontos de referência (SEMIN, 1999) situando-nos no mundo e facilitando o processo comunicacional;

b) Função de *orientação*: guia os comportamentos e práticas por ser prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias, definindo o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um contexto social, modelando o comportamento individual e coletivo. Precedendo e predeterminando a ação as representações sociais são ainda prescritivas de comportamentos e de práticas (ABRIC, 1994);

c) Função *identitária*: define a identidade e permite a proteção da especificidade dos grupos em que se situam os sujeitos sociais e os grupos dentro do campo social e pessoal satisfatório, compatível com as normas e valores historicamente determinados. Jodelet (2001) afirma que as representações sociais permitem também a elaboração e manutenção de uma identidade pessoal e social, articulada com o equilíbrio sócio cognitivo individual;

d) Função *justificadora*: permite a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos, permitindo aos sujeitos explicar e justificar suas condutas em uma situação ou face de seus pares. A função justificadora decorre da sua utilização para justificar retrospectivamente as tomadas de posição e as decisões tomadas individualmente ou em grupo, concretizadas numa conduta que pode igualmente ser explicada, compreendida e justificada como recurso às representações.

Os processos envolvidos nas representações sociais são de caráter sociocognitivo, isto é, são processos em que as regulações sociais normativas são inerentes ao funcionamento cognitivo. Moscovici identificou dois processos que contribuem para a formação das representações sociais – a objetivação e a ancoragem (MOSCOVICI, 1984).

A objetivação vai tornar concreto o que é abstrato (MOSCOVICI, 1981; JODELET, 1984), isto é, mostrar como os elementos da representação se organizam e ao mesmo tempo

como adquirem a imagem de algo que é visto como natural. É descrita como a transformação do conhecimento abstrato em algo de concreto (ABRIC, 1996; DOISE, 1993; LASZLO, 1997) e consiste num conjunto de operações de ordem analógica (VIAUD, 2000) pela qual se atribui uma forma, imagem ou figura específica ao conhecimento sobre o objeto, tornando quase tangível o conceito abstrato (JODELET, 1984).

Enquanto processo, a *objetivação* ocorre a partir de três etapas: a primeira diz respeito à descontextualização da informação através de critérios normativos e culturais; a na segunda ocorre à formação de um núcleo figurativo, compondo uma estrutura que reproduz de maneira figurativa uma estrutura conceitual; e a última etapa, a naturalização, ou seja, a transformação destas imagens em elementos da realidade, onde o sujeito constrói a realidade anulando as discrepâncias verificadas entre essa realidade e a representação, com uma substituição do concebido pelo percebido (MOSCOVICI, 1978). Este processo permite compreender como, no senso comum, as palavras e os conceitos são transformados em coisas, em realidades exteriores aos indivíduos, isto é, como um conceito é objetivado, compreende a materialização do objeto, fenômeno e se torna expressão de uma realidade vista como natural.

A ancoragem consiste na integração cognitiva do objeto representado no sistema de pensamento pré-existente e nas transformações que se desenvolvem em função dela. Consiste na maneira pela qual as informações novas são integradas e transformadas em um conjunto de conhecimentos socialmente estabelecidos e em redes de significações socialmente disponíveis, para interpretar o real e, em seguida, são reincorporadas na qualidade de categorias servindo de guia à compreensão e ação (JODELET, 1989) ou de forma mais clara na incorporação de novos elementos de saber numa rede de categorias mais familiares (DOISE, 1990).

Moscovici (2003) ressalta que ancorar é classificar e dar nome a algo estranho; é comparado a um paradigma de uma categoria pensada como apropriada de forma a permitir que o estranho seja interpretado e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele. Afirma ainda que este processo constitui a inserção orgânica do que é estranho no pensamento já constituído, ou seja, ancora o desconhecido em representações já existentes.

Para Jodelet (1989), a ancoragem fixa a representação e o seu objeto numa relação que os permite se adequarem aos valores sociais, dando-lhes coerência. Enquanto Moscovici (1978) a concebe como um processo de domesticação da novidade sob a pressão dos valores do grupo, transformando o objeto representado em um saber capaz de

influenciar. A mesma é feita na realidade social vivida, não sendo, portanto, concebida como processo cognitivo intra-individual.

No momento que o indivíduo se defronta com um objeto social não muito familiar porém importante necessita de o enquadrar num corpo de conhecimento já constituído, para o tornar compreensível e compatível com o sistema simbólico próprio. O processamento da nova informação implica a utilização de processos cognitivos (como o sistema de categorização e os processos mnésicos) para enquadrar os novos dados em pontos de referência familiares. Esta característica está na base da definição da ancoragem como consistindo na incorporação de novos elementos de conhecimento num conjunto de categorias pré-existentes (ABRIC, 1996; DOISE, 1990; VIAUD, 2000).

A não neutralidade do processo de ancoragem, que atribui uma valência à nova informação, permite estimar o seu desvio ou conformidade em relação à categoria em causa (JODELET, 1984). Caso haja um desvio, a informação, entretanto adquirida pode estar na base da constituição de novas categorias e novas significações (VIAUD, 2000) ou induzir a transformações das representações existentes.

È importante que ocorra mais dois processos, a classificação e a denominação, para que ocorra o processo de ancoragem. A classificação é possível ao nomear e a partir dela diminui-se o grau de estranheza do novo elemento. O sujeito ao classificar e nomear estabelece uma relação entre as categorias, às representações e as imagens do dia-a-dia, tornando as representações coerentes, na medida em que são envolvidas em significados relacionados como seu saber prévio.

A construção da representação faz apelo a processos de carácter cognitivo, afetivo, normativo e de jugamento social, marcados pelas dinâmicas das divisões sociais que introduzem diferentes categorias. Quer o produto quer a natureza do processo de ancoragem está em definitivo ligado a processos de inserção social, o que nos leva à segunda acepção em que a relação entre ancoragem e objetivação pode ser entendida. Nesta, a ancoragem é utilizada para compreender a forma como os elementos representados contribuem para exprimir e constituir as relações sociais (MOSCOVICI, 1961/1978).

É a partir da rede de significação das representações sociais que é feita a ancoragem da ação dos indivíduos e atribuído um sentido aos acontecimentos, às pessoas e aos fatos sociais. Nesse sentido a ancoragem tem um valor funcional para a interpretação e gestão da envolvente (JODELET, 2001).

A ancoragem é responsável por dotar a representação de uma instrumentalidade de conhecimento voltada para a compreensão da envolvente do objeto, cabendo-lhe a função de investir os novos elementos da representação de uma significação específica e permitir sua integração num corpo pré-existente de saber.

A TRS é perpassada por três correntes de investigação: uma centrada na complexidade das representações, outra que parte dos processos cognitivos para compreender a estrutura das representações e a terceira, de teor sociológico, que enfatiza as condições de produção e circulação das representações sociais enquanto modos de funcionamento sociocognitivo. A primeira corrente é defendida por Denise Jodelet e Serge Moscovici e é denominada processual. A segunda corrente é estruturalista e tem sido desenvolvida, entre outros, por Jean-Claude Abric, denominada de teoria do núcleo central. A última é conhecida como genética ou sóciodinâmica e tem como principal representante Willem Doise com a teoria dos princípios geradores de tomadas de posição. Estas correntes pressupõem diferentes modos de apropriação da teoria das representações sociais, alterando-se a ênfase, em termos de processos e conteúdos, em função da perspectiva adotada. Neste trabalho será apresentada em maior detalhe a corrente estruturalista, desenvolvida por Abric.

A abordagem estrutural das representações sociais, também chamada de teoria complementar foi utilizada neste estudo para possibilitar um diagnóstico social sobre o idoso para os idosos ao se basear na premissa de que “a organização de uma representação social apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central, constituindo-se em um ou mais elementos que dão significado à representação”. (ABRIC, 2000).

Segundo Silva et al. (2005), a utilização da TRS pelos profissionais da saúde justifica-se pela necessidade de um rompimento com o paradigma biomédico predominante, de um modo diferente de leitura sobre os grupos humanos, o qual tem se preocupado apenas com a dimensão biológica. Nesse contexto, a utilização da TRS no campo da saúde seria uma forma moderna de pensar saúde dentro de um espaço que focalize as mudanças sociais que ocorrem em virtude das relações inter e intragrúpicas, estruturadas dialeticamente.

CAPÍTULO III

3. ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório e epidemiológico descritivo, realizado em contextos sócio-culturais semelhantes, em que se priorizou a fala dos sujeitos e vivências, subsidiado no aporte teórico das representações sociais em uma abordagem quanti-qualitativa capaz de responder aos objetivos propostos.

3.2. Cenário do Estudo

O estudo foi realizado em instituições onde abrigam idosos: Vila Vicentina Júlia Freire, Lar da Providência Carneiro da Cunha e Associação Promocional do Ancião Dr João Meira de Menezes (ASPAN), localizados em João Pessoa - Paraíba, Brasil, e a Associação Metropolitana de Erradicação da Mendicância (AMEM), localizada em Cabedelo-Pb.

3.3. Sujeitos da Pesquisa

Para este estudo, contou-se com a colaboração de setenta idosos, com idade entre 60 e 98 anos, de ambos os sexos em que a definição da amostra aconteceu a partir do procedimento de «saturação de idéias» preconizado por Sá (2000), adotado para os estudos que utiliza como subsídio a teoria das representações sociais, juntamente com questionário e escalas, que atenderam aos seguintes critérios:

- Idoso a partir de sessenta anos de idade, como preconiza a OMS;
- Que aceite participar do estudo;
- Tenha condições física e psíquica para responder aos instrumentos;

Foi considerada uma amostra por conveniência de $n = 70$ idosos institucionalizados residentes em João Pessoa.

3.3.1 Questões Éticas

A participação dos idosos ($n=70$) foi voluntária e atendeu a Resolução 196/1996 – Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e as Diretrizes e Normas que regem pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Por ocasião das entrevistas os voluntários preencheram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE I).

3.4. Instrumentos Para Coleta de Dados

Utilizou-se a técnica multi-método para este estudo a partir dos seguintes instrumentos:

3.4.1. Questionário 1 - Escala de Depressão Geriátrica Abreviada Geriatric Depression Scale (GDS), versão 15 questões, consistindo em 15 grupos de afirmações ou questões dicotômicas (alternativas: 1- Sim, 0- Não), adotada pelo Ministério da Saúde (2006). Um dos mais adequados modelos de abordagem da depressão no idoso é o modelo bio-psico-social, o qual congrega os aspectos sociais, psicológicos e orgânicos para produzir e manter o quadro depressivo (ANEXO I).

3.4.2. Questionário 2 - WHOQOL-Bref (Anexo), para obtenção dos dados referentes à medida da Qualidade de Vida, já testado em outros estudos, constando de 26 questões medidas em uma escala do tipo Likert de 5 pontos. (FLECK et al. 2003) (ANEXO II).

3.4.3. Questionário 3 - WHOQOL-OLD: adotada pelo Ministério da Saúde (2006), constando de 24 questões medidas em uma escala do tipo Likert de 5 pontos. Este questionário é direcionado aos idosos apresentando questionamentos a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, estimulando esperanças, valores, prazeres e preocupações Ministério da Saúde (ANEXO III).

3.4.4. Entrevista Semi-Estruturada, para apreensão de representações sociais, sendo compreendida por três partes: a) Parte 1: contempla dados sócio-demográficos, contendo as seguintes variáveis: Idade; Sexo; Escolaridade; Procedência; Tempo de permanência; Situação de saúde; Grau de Dependência; Recebe visitas. b) Parte 2: compreende as questões referentes ao Teste de Associação Livre de Palavras, com as seguintes palavras indutoras: «ser idoso» e «ser idoso institucionalizado» e, c) Parte 3: contendo as seguintes questões: Fale sobre sua experiência como idoso morando aqui; Como é viver aqui com outros idosos; O que é ser idoso para você; O que é ser idoso para seus companheiros?

O WHOQOL-Bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-Bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídas do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes.

Tabela 1. Domínios e facetas do WHOQOL-Bref.

Domínios	Questões
	Q03 Dor e desconforto
	Q04 Dependência de medicação ou de tratamento
	Q10 Energia e fadiga
Domínio 1: Físico	Q15 Mobilidade
	Q16 Sono e repouso
	Q17 Atividades da vida cotidiana
	Q18 Capacidade de trabalho
	Q05 Sentimentos positivos
	Q06 Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 2: Psicológico	Q07 Pensar, aprender, memória e concentração
	Q11 Imagem corporal e aparência
	Q19 Auto-estima
	Q26 Sentimentos negativos
	Q20 Relações pessoais
Domínio 3: Social	Q21 Atividade sexual
	Q22 Suporte (apoio) social
	Q08 Segurança física e proteção
	Q09 Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)
	Q12 Recursos financeiros
Domínio 4: Meio Ambiente	Q13 Oportunidades de adquirir novas informações e
	Q14 Oportunidades de recreação/lazer
	Q23 Ambiente no lar
	Q24 Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e
	Q25 Transporte

O WHOQOL-OLD consiste em 24 itens da escala do tipo Likert atribuídas a seis facetas: “Funcionamento do sensorio” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Cada uma das facetas possui 4 itens; portanto, para todas as facetas o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidas. Os escores destas seis facetas ou dos valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-OLD podem ser combinados para produzir um escore geral (“global”) para a qualidade de vida em adultos idosos, denotado o “escore total” do módulo WHOQOL-OLD.

Tabela 2. Domínios e facetas do WHOQOL-OLD.

Faceta ou (Domínio)	Questões
	Qo01. Perda nos sentidos (audição, visão, etc.)
Habilidades Sensoriais (FS)	Qo02. Capacidade de trabalho
	Qo10. Capacidade de interação c/ outras pessoas
	Qo20. Auto-avaliação dos sentidos (audição, visão, etc.)
	Qo03. Liberdade p/ tomadas de decisão
Autonomia (AUT)	Qo04. Controle do futuro
	Qo05. Respeito à sua liberdade
	Qo11. Limite de autonomia
	Qo12. Satisfação c/ futuras realizações
Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF)	Qo13. Reconhecimento por outros
	Qo15. Satisfação c/ realizações passadas
	Qo19. Felicidade futura
	Qo14. Estimulo suficiente de vida
Participação Social (PSO)	Qo16. Preenchimento do tempo
	Qo17. Nível de atividade
	Qo18. Participação na comunidade
	Qo06. Preocupação com a morte
Morte e Morrer (MEM)	Qo07. Falta de controle da morte
	Qo08. Medo da morte
	Qo09. Sofrimento de dor antes da morte
	Qo21. Sentimento de companheirismo
Intimidade (INT)	Qo22. Amor pela vida
	Qo23. Oportunidade para amar
	Qo24. Oportunidade para ser amado

3.5. Procedimentos para Coleta dos Dados

Após o contato com os sujeitos do estudo e apresentação dos objetivos da pesquisa foram agendadas as entrevistas conforme disponibilidades dos sujeitos. Os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participarem das entrevistas, respeitando-se o anonimato e a privacidade, bem como sua desistência em qualquer momento da pesquisa, conforme preconiza a Resolução 196/1996.

Os instrumentos foram aplicados numa entrevista única, com um tempo aproximado de 50 minutos.

3.6. Análise dos Dados

Utilizou-se o *software* Excel - 2003 para construção de um banco de dados apreendidos das questões contidas nos instrumentos. As informações contidas no banco de dados foram transferidas para o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social

Sciences) – versão 13.0. As variáveis estudadas foram mensuradas nos níveis das escalas: nominal, ordinal e intervalar. Inicialmente, efetuou-se a codificação das variáveis pertinentes, e procedeu-se a consistência dos dados. A seguir, para o levantamento do perfil sócio-demográfico dos pacientes em relação às variáveis inerentes ao objeto de estudo, procedeu-se à análise estatística através da construção de tabelas de frequências simples, medidas descritivas, cruzamentos de variáveis (tabelas de frequências conjuntas) e gráficos estatísticos pertinentes.

Na seqüência, e de acordo com objetivos específicos propostos, foram utilizadas técnicas da estatística inferencial bivariada e multivariada, com uso do pacote estatístico SPSS-ver 13.0, tendo sido aplicados testes estatísticos, ao nível de 5% de significância.

As informações obtidas das entrevistas compreendidas por um *corpus* de 70 entrevistas foram submetidas à Técnica da Análise de Conteúdo Categórica Temática (BARDIN, 2004), seguindo as seguintes etapas: 1) *Pré-Análise*: leitura flutuante; escolha dos documentos: constituição do corpus; preparação do material; escolha do tipo de análise: ACT (Análise de Conteúdo Temática); seleção das Unidades de Contexto: parágrafos; Seleção das Unidades de Registros: temas; recortes; processo categorial *a posteriori*: definido por *três categorias simbólicas*; decodificação e *Texting* da técnica selecionada; 2) Exploração do Material: administração da técnica sobre o *corpus* (número de entrevistas a serem analisadas), e 3) Tratamento dos Resultados e Interpretações: dimensão estatística; síntese e seleção dos resultados (validação); inferências e interpretação.

Para Bardin (2004) a análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas que requer procedimentos metodológicos utilizados especificamente, para cada técnica. A análise de conteúdo tem o objetivo de compreender o sentido das comunicações e suas significações explícitas e/ou ocultas. Seu procedimento visa, ainda, a obter a sistematização e descrição do conteúdo das mensagens que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (variáveis inferidas), interpretados quantitativamente por meio da análise das frequências e percentuais.

Os resultados após processamento e análise de todos os dados foram interpretados a partir do referencial teórico das representações sociais e apresentados em figuras, quadros e temas.

CAPÍTULO IV

4. DEPRESSÃO, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.

Os dados obtidos a partir da análise dos instrumentos serão apresentados inicialmente com o perfil dos idosos participantes do estudo.

4.1 Os Idosos Institucionalizados da Pesquisa

Tabela 3 – Perfil sócio-demográfico/saúde dos idosos institucionalizados (n=70)

Variável	Categoria	Idosos pesquisados	
		Nº de idosos (n)	Percentual (%)
Idade (anos)	60 a 69	31	44,3
	70 a 79	18	25,7
	80 a 89	16	22,9
	90 a 99	05	07,1
Sexo	Feminino	45	64,3
	Masculino	25	35,7
Grau de Escolaridade	Sem escolaridade	42	60,0
	Fundamental incompleto	15	21,4
	Fundamental completo	08	11,5
	Médio incompleto	01	01,4
Procedência	Médio completo	04	05,7
	João Pessoa	26	37,1
	Interior	32	45,8
	Outro estado	12	17,1
Tempo de Permanência (em meses)	0 a 11	18	25,7
	12 a 23	13	18,6
	24 a 35	09	12,8
	36 e mais	30	42,9
Situação de Saúde	Saudável	41	58,6
	Não-saudável	29	41,4
Dependência	Não	35	50,0
	Sim	35	50,0
Recebe visitas?	Não	20	28,6
	Sim	50	71,4
	Total	70	100,0

Fonte: Pesquisa do autor, dezembro/ 2008.

A tabela 3 mostra as características sociodemográficas da amostra em estudo. Dos 70 indivíduos avaliados, 65,7% eram mulheres. A idade variou de 60 a 98 anos, com média em 71 anos e desvio-padrão 9,8 anos. Quanto à escolaridade, 60% não frequentaram a escola assiduamente, 11,5% da amostra concluiu o ensino fundamental e 5,7 dos idosos estudou até o ensino médio completo. Dos entrevistados a maioria (45,8%) declarou ser procedente do interior do Estado da Paraíba, outros disseram vir da capital do Estado (37,1%) e alguns (17,1%) são procedentes de outro Estado, como Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, entre outros. Quando questionados sobre o tempo de permanência, 42,9% disseram morar 36 meses ou mais na instituição, com tempo médio de 33,7 meses e desvio padrão 12,2 meses. Quanto à situação de saúde 58,6% não relatam qualquer doença, porém, 41,4 % dos idosos referem pelo menos um tipo de doença. As doenças mais citadas foram: hipertensão arterial, diabetes melitos.

Estima-se que a hipertensão arterial atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhões de internações por ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Segundo Cade (2001), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônico-degenerativa, cujo controle tem se tornado um desafio para os profissionais, visto que seu tratamento exige a participação ativa do hipertenso, no sentido de modificar alguns hábitos de vida prejudiciais à saúde e assimilar outros benéficos à condição de saúde.

A presença de doenças que levam a incapacidade física, como por exemplo, a hipertensão arterial e a diabetes melitus pode ser um dos fatores que facilitam a ocorrência da depressão. A perda da saúde é um fator de risco associado à depressão no idoso e numa importante porcentagem de casos os sintomas depressivos aparecem depois de uma doença grave. Outros exemplos clássicos são as doenças de Parkinson e de Alzheimer onde os idosos podem desenvolver depressão clínica em algum momento. É possível que a incapacidade física associada à dependência de terceiros, agravada pela falta de suporte social é fator de risco demonstrado pela claudicação emocional e início da sintomatologia depressiva.

É importante destacar que ao serem questionados sobre o estado saúde/doença nenhum dos entrevistados declarou ter problemas de humor, como tristeza e depressão. Isso mostra que a doença, muitas vezes não é reconhecida pelo paciente, família ou mesmo

pelos profissionais de saúde, causando sofrimento àquele que não recebe tratamento adequado, acarretando dificuldades para seus familiares e elevado custo socioeconômico à sociedade.

Quanto à questão dependência 50% dos entrevistados relatou situação de dependência nos serviços pesquisados. Em maioria com o uso de bengalas, como também de cadeira de rodas para locomoção. A questão das visitas, apenas 28,6% dos idosos não recebe visitas, enquanto 71,4% recebe visitas de parentes, amigos, patrões e vizinhos, geralmente uma vez por semana. Alguns idosos relataram que costumam passar os fins de semana com seus filhos ou amigos e até mesmo têm férias com os mesmos.

Alguns idosos relataram que moram nas instituições por falta de condições econômicas, por abandono dos familiares, problemas de saúde que necessitam de cuidados de profissionais, assim como por motivos de solidão. Alguns, dizem ainda, que foram obrigados a viverem nos lares. Porém, tem aqueles que demonstram interesse na instituição, referem gostar dos profissionais e dos companheiros e não aceitam voltar para suas casas onde se sentiam sozinhos e como um peso a ser carregado pelos filhos, sobrinhos e outros parentes.

4.2 Avaliação do Quadro de Depressão dos Idosos Institucionalizados em Abrigos de João Pessoa e Cabedelo, Pb.

GDS (Geriatric Depression Scale) - Questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (1: Sim ou 0: Não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. A Escala de Depressão Geriátrica não é um substituto para uma entrevista diagnóstica realizada por profissionais da área de saúde mental. É uma ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. A cada resposta afirmativa soma-se 1 ponto. As perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento.

Tabela 4 - Avaliação do quadro de Depressão dos Idosos Institucionalizados

GDS - Avaliação da Depressão	Idosos (n)	Percent (%)
Normal (0 a 5)	04	05,7
Depressão leve (6 a 10)	54	77,2
Depressão severa (11 a 15)	12	17,1
Total	70	100,0

Como mostrado na Tabela 4: o quadro de depressão vivido pelos 70 idosos institucionalizados teve a seguinte avaliação: 3,7% (4 idosos) foram avaliados *normais*; 77,2% (54 idosos) com *depressão leve* e um percentual de 17,1% (12) apresentou *depressão severa*. A maioria dos idosos entrevistados apresentou depressão leve. Os sintomas de Distímia (depressão leve e persistente) são: mau humor, irritação, impaciência e negativismo suaves, porém constantes; tristeza, angústia e/ou mal estar, mas que não impedem a pessoa de ter relacionamentos ou trabalhar; dificuldade em encontrar prazer nas pequenas coisas do dia-a-dia; perceber a vida como um fardo, onde coisas simples parecem complexas, atrapalhando a tomada de decisão e a realização das coisas; desinteresse em enfrentar as dificuldades da vida. Os processos relacionados podem não ser diários, oscilando entre o normal e o humor distímico.

Geralmente a depressão traz alguns efeitos prejudiciais à vida do idoso. A diferença entre depressão nas diferentes faixas etárias reside no fato de que talvez o idoso não tenha tanto apoio e motivação para sair dela, pois muitas vezes esta, é quase sempre motivada por perdas, doenças, carência e aspectos sócio-econômico (ZIMERMAN, 2000). Na área social ocorreu o rompimento com o seu grupo social e no aspecto econômico é comum parte da sua aposentadoria ser destinada para custear a sua permanência na instituição.

Quadro 1. Avaliação do quadro de depressão pelo GDS – Intervalo de confiança

Avaliação da depressão	Prevalência da depressão (P)	I.C.95% para P
Depressão (leve)	$\hat{P}_{leve} = 54/70 = 0,772$ ou 77,2%	0,674 – 0,870
Depressão (severa)	$\hat{P}_{severa} = 12/70 = 0,171$ ou 17,1%	0,083 – 0,259
Depressão (global)	$\hat{P}_{global} = 66/70 = 0,943$ ou 94,3%	0,889 – 0,997

O fato do idoso está acostumado com o lugar onde mora (e, muitas vezes morou a vida inteira), ao mudar-se para a instituição, terá que se habituar a um novo esquema, a rotina diferente, com pessoas diferentes, com horários pré-estabelecidos para comer, dormir, tomar banho, entre outras atividades, geralmente de acordo com as conveniências da instituição e não as do idoso. Associada a mudança de casa tem que conviver, as perdas, muitas vezes a falta de convivência com o sexo oposto e o sentimento de abandono relatado pelos entrevistados.

Tais situações favorecem o aparecimento da sintomatologia da depressão que nem sempre é considerada como uma doença pelos idosos pesquisados, mas é identificada nas suas falas como, por exemplo: sentimento de morte, vontade de morrer entre outras. Para

Spar e La Rue (2005), a consequência da depressão no idoso agrava-se e já é considerado um problema de saúde pública motivado pelo subdiagnóstico e o subtratamento.

A Tabela 5 fornece a avaliação do nível de depressão dos idosos institucionalizados (pelo GDS) segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas, sendo informado a significância **p-valor**, o Odds Ratio (Razão de chances) e o intervalo de confiança de 95% para OR.

É importante destacar que saúde neste questionamento refere-se apenas a ausência ou não de alguma patologia. Não é considerado o fator saúde como o bem estar físico, mental e psicossocial do idoso entrevistado. Na avaliação do instrumento GDS a depressão é considerada severa com 11 a 15 respostas afirmativas, ou seja, na maioria ou totalidade das questões perguntadas.

Sugere-se que os idosos considerados com depressão severa não consigam expressar seus problemas de saúde, o que aumenta ainda mais a necessidade de diagnosticar precocemente a depressão entre os idosos institucionalizados, a fim de que sejam tratados. Idosos que residem em instituições de apoio que antes tinham uma vida preenchida por atividades, como os cuidados com os netos, com a casa e seus cônjuges vêm-se ociosos, sem mais aquelas tarefas domésticas e demonstram sentimentos de insatisfação e desesperança, o que aumenta ainda mais o estado depressivo.

Na Tabela 5, observamos que o Nível de *Depressão* está associado significativamente com a **situação de saúde** (não-saudável, saudável) dos idosos, apresentando maior prevalência em *nível de depressão severa* para os idosos saudáveis, em comparação ao grupo de referência portadores de doenças ou não-saudável: (33,3% x 7,7%, sig. p-valor = 0,011 < 0,05, OR=6,00 e IC[1,45 ; 24,92].

As demais variáveis do perfil sócio-demográfico e todas as demais referentes às características clínicas não apresentaram diferenças significativas em relação à categoria de referência considerada, p-valor > 0,05, respectivamente.

Ressalta-se os valores comparativos da variável **dependência** em relação à categoria de referência *Não* versus *Sim* (9,4% x 26,5%), que embora tenha resultado uma significância p-valor = 0,073 > 0,05, fornece OR = 3,48 (I.C95%: 0,85 – 14,28).

Tabela 5 – Avaliação do nível de depressão dos idosos institucionalizados (pelo GDS) segundo as variáveis sócio-demográficas e características clínicas. (n = 66 idosos)

Variável	Total		Nível de Depressão				Teste de associação	
			Leve		Severa		Sig. p-valor	OR (IC. 95%)
	n	%	n	%	n	%		
• Sexo							0,193	
Feminino	44	100,0	38	86,4	06	13,6	p ⁽¹⁾ = 0,193	2,38 (0,67 – 8,49)
Masculino	22	100,0	16	72,7	06	27,3	-	1,00
• Faixa etária							0,877	
60 a 69	28	100,0	21	75,0	07	25,0	p ⁽³⁾ = 0,727	1,46 (0,18 – 11,94)
70 a 79	17	100,0	14	82,4	03	17,6	p ⁽³⁾ = 0,613	1,60 (0,26 – 9,88)
80 a 89	16	100,0	14	87,5	02	12,5	-	1,00
90 a 99	05	100,0	05	100,0	-	-	-	-
• Escolaridade							0,422	
Não-alfabetizado	40	100,0	31	77,5	09	22,5	-	1,00
Fundamental	22	100,0	20	90,9	02	09,1	p ⁽³⁾ = 0,201	0,34 (0,07 – 1,76)
Médio	04	100,0	03	75,0	01	25,0	p ⁽³⁾ = 0,909	1,15 (0,11 – 12,43)
• Procedência							0,158	
Capital	24	100,0	19	79,2	05	20,8	-	1,00
Interior	31	100,0	28	90,3	03	9,7	p ⁽³⁾ = 0,254	0,41 (0,09 – 1,91)
Outro Estado	11	100,0	07	63,6	04	36,4	p ⁽³⁾ = 0,334	2,17 (0,45 – 10,47)
• Tempo de permanência (meses)							0,394	
0 a 11	17	100,0	15	88,2	02	11,8	-	1,00
12 a 23	11	100,0	07	63,6	04	36,4	p ⁽³⁾ = 0,137	4,27 (0,63 – 29,23)
24 a 35	09	100,0	08	88,9	01	11,1	p ⁽³⁾ = 0,960	0,94 (0,07 – 12,00)
36 ou +	29	100,0	24	82,8	05	17,2	p ⁽³⁾ = 0,620	1,56 (0,27 – 9,104)
• Situação de Saúde							0,011*	
Não-saudável	39	100,0	36	92,3	03	07,7	-	1,00
Saudável	27	100,0	18	66,7	09	33,3	p ⁽¹⁾ = 0,011*	6,00 (1,45 a 24,92)
• Dependência							0,072	
Não	32	100,0	29	90,6	03	09,4	-	1,00
Sim	34	100,0	25	73,5	09	26,5	p ⁽²⁾ = 0,072	3,48 (0,85 – 14,28)
• Recebe visitas							1,000	
Não	19	100,0	16	84,2	03	15,8	-	1,00
Sim	47	100,0	38	80,9	09	19,1	p ⁽¹⁾ = 1,000	1,26 (0,30 a 5,28)
Grupo Total	66	100,0	54	85,5	12	14,5	-	-

(*): Associação significativa a 0,05 ou 5%

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência nula.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3): Através da regressão logística binária (variável com mais de 2 categorias).

4.3 Qualidade de Vida dos Idosos

4.3.1 Propriedades Psicométricas do WHOQOL- Bref.

4.3.1.1 Consistência Interna – WHOQOL-Bref

Consistência interna ou medida de fidedignidade - ALFA DE CRONBACH, para as questões do WHOQOL-Bref (26 itens), Domínios (4 itens), Domínio1: Físico (7 itens),

Domínio2: Psicológico (6 itens), Domínio3: Social (3 itens) e Domínio4: Meio Ambiente (8 itens).

Quadro 2 – Coeficientes de fidedignidade de Cronbach dos domínios e questões (N=70)

Indicadores	Alfa de Cronbach (α)	Número de casos	Número de itens
Questões do WHOQOL - Bref	0,909	70	26
Domínios	0,858	70	04
Domínio1: Físico	0,779	70	07
Domínio2: Psicológico	0,721	70	06
Domínio3: Relações Sociais	0,570	70	03
Domínio4: Meio Ambiente	0,771	70	08

Classificação do coeficiente Alpha de Cronbach: Valores de 0,80 a 1,0 (satisfatório a excelente), de 0,70 a 0,80 (bom) e de 0,60 a 0,70 (aceitável). Considerando valores abaixo de 0,60, insatisfatório ou insuficiente, verifica-se que o quadro mostra que o **domínio 3, relações sociais**, foi o único considerado insatisfatório.

Os valores obtidos do coeficiente Alpha de Cronbach para as questões do WHOQOL-Bref (26 questões) ou para os domínios indicam uma consistência interna satisfatória.

O domínio 3 (Relações Sociais) tomado individualmente apresentou valor insuficiente para a medida do coeficiente Alpha de Cronbach. ($\alpha = 0,570 < 0,60$). O que pode justificar esse acontecido é o fato de que o domínio relações sociais possui o menor número de itens com apenas três, que são as questões que envolvem as relações pessoais, atividade sexual e suporte social.

4.3.1.2 Validade Discriminante - WHOQOL-Bref

Os indivíduos-controles (pontuação pelo GDS ≤ 5 – normal) apresentaram escores superiores apenas nos domínios Físico e Psicológico. Todos os domínios 1 (Físico), 2 (Psicológico), 3 (Relações Sociais) e 4 (Meio Ambiente) não discriminaram de forma estatisticamente significativa os idosos do controle. (Tabela 4), não se verificando a validade discriminante.

Tabela 6. Análise de Variância do domínio em relação à eutimia x não-eutimia (n = 70)

Domínio	Média (DP)		Estatística t	Sig p-valor [#]
	GDS ≤ 5	GDS > 5		
1. Físico	15,9 (2,30)	13,2 (3,05)	1,718	0,090
2. Psicológico	14,8 (2,40)	13,6 (2,48)	0,930	0,356
3. Social	13,0 (2,75)	13,2 (2,81)	-0,147	0,884
4. Meio ambiente	11,4 (4,39)	12,6 (2,46)	-0,940	0,351

([#]) resultados não-significativos, p > 0,05

4.3.1.3 Validade de Critério – WHOQOL-Bref

Somente os domínios 1 (Físico) e 2 (Psicológico) apresentaram coeficientes de regressão significativos no modelo linear que explica $R^2 = 48,5\%$ da variância da qualidade de vida, utilizando regressão linear múltipla, através do método *enter* (Tabela 5).

Tabela 7. Regressão linear múltipla entre os diferentes domínios em relação à qualidade de vida geral – item Bref 1 (n = 70)

Variável	Coef. B	Estatística t	Sig p-valor
Domínio 1 (Físico)	0,112	2,815	0,006**
Domínio 2 (Psicológico)	0,111	2,211	0,031*
Domínio 3 (Relações sociais)	-0,033	-0,765	0,447
Domínio 4 (Meio ambiente)	0,078	1,632	0,108
Constante	-0,150	-0,296	0,768

(*) Sig. p-valor < 0,001; (**) **Sig. p-valor < 0,05**

Quando os domínios foram correlacionados entre si (Tabela 6), todos eles apresentaram coeficientes de correlação significativos. O coeficiente mais alto encontra-se entre os domínios Físico e Psicológico. O coeficiente mais baixo ocorreu entre os domínios 1 e 3: Físico e Relações Sociais, respectivamente.

Tabela 8. Coeficientes de correlação entre os diferentes domínios na amostra total (n = 70)

Domínios	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Rel. sociais)	Domínio 4 (Meio ambiente)
1. Físico	-	0,689*	0,535*	0,583*
2. Psicológico	0,000	-	0,578*	0,583*
3. Rel. sociais	0,000	0,000	-	0,678*
4. M. ambiente	0,000	0,000	0,000	-

Matriz triangular → Superior = correlação; (*) **Inferior = Sig p-valor < 0,001**

4.3.1.4 Validade Concorrente – WHOQOL-Bref

O GDS não apresentou coeficientes de correlação significativos com todos os domínios do WHOQOL-Bref (Tabela 7), não ocorrendo, então, a validade concorrente. Portanto, não foi verificada correlação significativa entre os escores total do GDS e os domínios do WHOQOL-Bref.

Tabela 9. Coeficiente de correlação entre os escores dos domínios do WHOQOL-Bref e o escore total da Escala Geriátrica de Depressão (GDS), (n = 70)

Instrumento	Domínio 1	Domínio 2	Domínio 3	Domínio 4
	(Físico)	(Psicológico)	(Rel. sociais)	(M. ambiente)
Escala Geriátrica de Depressão (GDS)	-0,113 (p=0,353)	-0,118 (p=0,332)	-0,062 (p=0,610)	-0,061 (p=0,617)

(p-valor: resultado não significativo)

4.3.2 Propriedades Psicométricas do WHOQOL-OLD

4.3.2.1 Consistência Interna – WHOQOL-OLD

Consistência interna ou medida de fidedignidade - ALFA DE CRONBACH, para as questões do WHOQOL-OLD (24 itens), Facetas (6 itens): “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT).

Classificação do coeficiente Alpha de Cronbach (α): Valores de 0,80 a 1,0 (satisfatório a excelente), de 0,70 a 0,80 (bom) e de 0,60 a 0,70 (aceitável).

Os valores obtidos do coeficiente Alpha de Cronbach para as questões do WHOQOL-OLD (24 questões) ou para quatro das facetas indicam uma consistência interna “aceitável”.

As facetas *Atividades Passadas, Presentes e Futuras* (PPF) e *Morte e Morrer* (MEM) apresentaram valores insuficientes para o coeficiente α : 0,445 e 0,418 (< 0,60). A faceta *Intimidade* (INT) apresentou consistência interna “satisfatória”, $\alpha = 0,915$.

Quadro 3 – Coeficientes de fidedignidade de Cronbach das facetas e questões (N=70)

Indicadores	Alfa de Cronbach (α)	Número de casos	Número de itens
Questões do WHOQOL -OLD	0,725	70	24
Facetas	0,448	70	06
Funcionamento do Sensório (FS)	0,600	70	04
Autonomia (AUT)	0,678	70	04
Ativ. Passadas, Presentes e Futuras (PPF)	0,445	70	04
Participação Social (PSO)	0,627	70	04
Morte e Morrer (MEM)	0,418	70	04
Intimidade (INT)	0,915	70	04

4.3.2.2 Validade Discriminante – WHOQOL-OLD

Os indivíduos-controles (pontuação pelo GDS ≤ 5 – normal) apresentaram escores superiores em cinco das facetas, porém, não apresentando diferença significativa. Todas as seis facetas não discriminaram de forma estatisticamente significativa os indivíduos do controle. (Tabela 10), não se verificando a validade discriminante.

Tabela 10. Análise de Variância do domínio em relação à eutimia x não-eutimia (n = 70)

Facetas	Média (DP)		Teste “t” ou ANOVA	
	GDS ≤ 5	GDS > 5	Estatística t	Sig p-valor
1. FS	16,3 (1,71)	13,5 (3,00)	1,815	0,074
2. AUT	12,0(5,60)	11,7 (2,87)	0,113	0,917
3. PPF	13,5 (1,73)	12,4 (2,69)	0,842	0,403
4. PSO	9,5 (4,20)	10,7 (2,93)	-0,745	0,459
5. MEM	14,3 (4,03)	14,1 (2,82)	0,087	0,931
6. INT	14,0 (4,00)	9,7 (4,67)	1,801	0,076

(*) resultado significativo, $p < 0,001$

4.3.2.3 Validade de Critério – WHOQOL-OLD

Somente a faceta “Autonomia” (AUT) apresentou coeficiente de regressão significativo no modelo linear que explica $R^2 = 22,2\%$ da variância da qualidade de vida, utilizando regressão linear múltipla, através do método *enter* (Tabela 11)

Tabela 11. Regressão linear múltipla das diferentes facetas em relação à qualidade de vida geral dos idosos- item Q1 do WHOQOL-Bref (n = 70)

Variável	Coef. B	Estatística t	Sig p-valor
1. FS	0,035	0,972	0,335
2. AUT	0,094	2,399	0,019**
3. PPF	0,088	1,791	0,078
4. PSO	0,014	0,349	0,728
5. MEM	0,003	0,084	0,933
6. INT	-0,039	-1,586	0,118
Constante	-0,150	0,953	0,768

(*) Sig p-valor < 0,001; (**) Sig p-valor < 0,05

Quando os domínios foram correlacionados entre si (Tabela 12), todos eles apresentaram coeficientes de correlação significativos. O coeficiente mais alto encontra-se entre os domínios Físico e Psicológico. O coeficiente mais baixo ocorreu entre os domínios 1 e 3: Físico e Relações Sociais, respectivamente.

Tabela 12. Coeficientes de correlação entre as diferentes facetas na amostra total (n = 70)

Correlação	FS	AUT	PPF	PSO	MEM	INT
FS	-	0,090	0,193	0,196	-0,119	0,064
AUT	<i>0,458</i>	-	0,427*	0,312*	-0,158	0,292*
PPF	<i>0,109</i>	0,000	-	0,450*	- 0,255*	0,396*
PSO	<i>0,104</i>	0,009	0,000	-	-0,280	0,321*
MEM	<i>0,326</i>	<i>0,191</i>	0,033	0,019	-	-0,186
INT	<i>0,599</i>	0,014	0,001	0,007	<i>0,123</i>	-

Matriz triangular → Superior = correlação; (*) Inferior = Sig p-valor < 0,05

4.3.2.4 Validade Concorrente – WHOQOL-OLD

O GDS apresentou coeficiente de correlação significativo apenas com a faceta “Morte e Morrer” (MEM) do WHOQOL-OLD (Tabela 13), não ocorrendo então a validade concorrente. Portanto, não foi verificada correlação significativa entre o escore total do GDS e as facetas do WHOQOL-OLD.

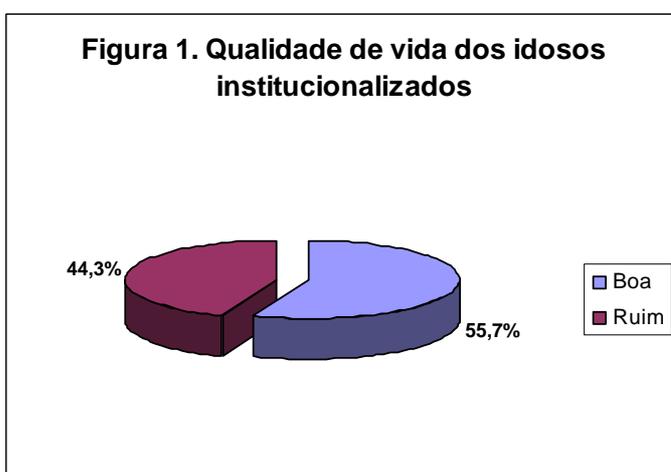
Tabela 13. Coeficiente de correlação entre os escores das facetas e o escore total da Escala Geriátrica de Depressão (GDS), (n = 70)

Instrumento	FS	AUT	PPF	PSO	MEM	INT
Escala Geriátrica de Depressão (GDS)	-0,138 (p=0,254)	-0,001 (p=0,991)	0,036 (p=0,770)	0,207 (p=0,085)	-0,244* (p=0,042)	-0,014 (p=0,908)

- Significância p-valor < 0,05

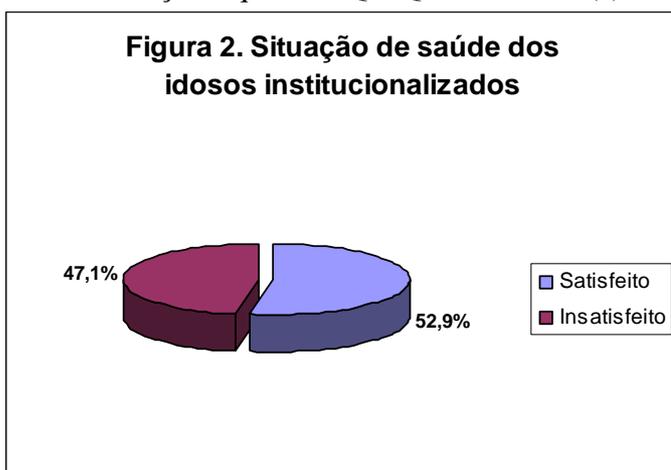
4.4 Aspectos Psicossociais Associados ao Idoso Institucionalizado

4.4.1 Para as Questões: Q1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?



Em relação à **qualidade de vida declarada** pelos idosos institucionalizados, observa-se, na **Figura 1**, que 55,7% (39) consideraram como “*Boa*”, enquanto que, 44,3% (31) responderam “*Ruim*”.

Com relação à questão: Q2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?



Na **Figura 2**, referente à **situação de saúde** dos idosos institucionalizados, observa-se pequena predominância em a declaração *satisfatória*: 52,9% (37 idosos), enquanto que, encontravam-se *insatisfeitos* 47,1% (33 idosos).

As questões consideradas gerais sobre QV e Saúde têm como respostas cinco itens que variam da resposta «muito ruim» a «muito boa» à «muito insatisfeito» a «muito

satisfeito». Na análise estatística essas questões foram diferenciadas em ruim ou boa e, insatisfeito ou satisfeito.

O teste de significância para o coeficiente de correlação linear r de Pearson entre as medidas (escala de Likert – 5 pontos) das questões gerais $Q1$ e $Q2$ do WHOQOL-Bref forneceu os seguintes resultados: $N = 70$, $r = 0,401$ com $p\text{-valor} = 0,001$ (significante ao nível de 1%), indicando correlação linear positiva significativa entre: $Q1$ - qualidade de vida dos idosos e $Q2$ - satisfação com a saúde.

O aspecto essencial da qualidade de vida e do bem-estar subjetivo é a avaliação feita pelo indivíduo com base em critérios pessoais e referenciada aos padrões e às expectativas sociais. O que as pessoas idosas dizem sobre sua qualidade de vida ou a pontuação que lhe atribuem em escalas numéricas reflete a discrepância percebida entre as suas expectativas e o que conseguem ser, ter ou fazer.

No caso do bem-estar subjetivo, as comparações são feitas com base em valores pessoais e socioculturais, no bem-estar desfrutado no passado e no bem-estar desfrutado por pessoas da mesma idade. Quando há congruência entre o real e o esperado, tendem a ocorrer emoções positivas como satisfação, felicidade, prazer e entusiasmo e a diminuir emoções negativas, como insatisfação, infelicidade, desgosto, raiva, inveja, tristeza e ansiedade. Quando há incongruência entre o real e o esperado, podem diminuir os afetos positivos e aumentar os negativos. Percepção de congruência entre o real e o esperado conduz a senso de controle sobre o ambiente, a senso de auto-eficácia e a auto-estima elevados. O senso de ajustamento pessoal é, assim, um elemento que interage com a satisfação e com as emoções. Em conjunto, eles interagem com o senso de qualidade de vida (NERI, 2007).

É importante destacar que 41,4% dos entrevistados declararam ser acometidos por pelo menos um tipo de doença. E aproximadamente a mesma porcentagem declarou insatisfação com a saúde.

4.4.2 Aspectos Psicossociais Sobre O Envelhecimento

4.4.2.1 Associados ao Instrumento WHOQOL-Bref

Neste aspecto destacam-se as seguintes questões:

4.4.2.1.1 Questões Relacionadas ao Domínio Psicológico:

Q05. O quanto você aproveita a vida?

Q06. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

Q07. O quanto você consegue se concentrar?

Q11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Q19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

Q26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Os resultados encontram-se apresentados a seguir.

Tabela 14 – Correlações (*r* de Pearson) entre as variáveis relacionadas ao domínio Psicológico e a questão geral sobre qualidade de vida (Q1) – WHOQOL-Bref (N=70)

Variáveis	Q1	Q5	Q6	Q7	Q11	Q19	Q26
Q01		-	-	-	-	-	-
Q05	0,454**		-	-	-	-	-
Q06	0,454**	0,671**		-	-	-	-
Q07	0,338**	0,340**	0,331**		-	-	-
Q11	0,315**	0,172	0,118	0,432**		-	-
Q19	0,420**	0,283*	0,249*	0,313**	0,483**		-
Q26	0,383**	0,492**	0,392**	0,063	-0,024	0,142	

** Correlação significativa ao nível de 0.01 (p-valor < 0,01)

* Correlação significativa ao nível de 0.05 (p-valor < 0,05)

Considerando o total de idosos institucionalizados amostrados, os resultados indicam que as correlações entre as questões do domínio Psicológico (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19 e Q26) e questão geral sobre qualidade de vida, Q1, foram significativas, como era de se esperar (Tabela 14). Observa-se, também, que na sua maioria as questões do domínio Psicológico são correlacionadas significativamente.

Tabela 15 – Regressão linear múltipla (método *stepwise*) entre as questões do domínio Psicológico (variáveis explicativas), e a questão geral Q1 do WHOQOL-Bref (N=70)

VARIÁVEIS*	R	R ²	F	Sig(F)	BETA	t	p-valor
Q06 - Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	0,454	0,207	17,701	0,000	0,287	2,599	0,012
Q19 - Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	0,554	0,307	14,855	0,000	0,317	3,090	0,003
Q26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos?	0,592	0,350	11,858	0,000	0,226	2,091	0,040

Variável Dependente: Q1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida? * Q5 – excluída do modelo.

Considerando a totalidade dos idosos institucionalizados amostrados, a análise de regressão múltipla evidenciou que três dentre as seis variáveis independentes, Q6, Q19 e

Q26, contribuíram de forma significativa para a explicação da variabilidade da avaliação geral dos idosos sobre sua qualidade de vida. A variável *Q6*, isoladamente, explicou 20,7%, e todas as três variáveis do modelo explicaram, em conjunto, 35,0% da variância total na avaliação geral da qualidade de vida dos idosos institucionalizados (Tabela 15).

Tabela 16 – Correlações (*r* de Pearson) entre as variáveis relacionadas ao Domínio Psicológico e a questão geral sobre satisfação com a saúde (*Q2*) – WHOQOL-Bref (N=70)

Variáveis	Q2	Q5	Q6	Q7	Q11	Q19	Q26
Q02		-	-	-	-	-	-
Q05	0,370**		-	-	-	-	-
Q06	0,385**	0,671**		-	-	-	-
Q07	0,177	0,340**	0,331**		-	-	-
Q11	0,122	0,172	0,118	0,432**		-	-
Q19	0,243*	0,283*	0,249*	0,313**	0,483**		-
Q26	0,366**	0,492**	0,392**	0,063	-0,024	0,142	

** Correlação significativa ao nível de 0.01 (p-valor < 0,01)

* Correlação significativa ao nível de 0.05 (p-valor < 0,05)

Considerando o total de idosos institucionalizados amostrados, os resultados indicam que as correlações entre as questões do domínio Psicológico (*Q5*, *Q6*, *Q7*, *Q11*, *Q19* e *Q26*) e questão geral sobre satisfação com a saúde, *Q2*, foram significativas, a exceção de *Q7* e *Q11* (Tabela 16).

Tabela 17 – Regressão linear múltipla (método *stepwise*) entre as questões do domínio Psicológico (variáveis explicativas), e a questão geral *Q2* do WHOQOL-Bref (N=70)

VARIÁVEIS*	R	R ²	F	Sig(F)	BETA	T	p-valor
<i>Q6</i> - Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	0,385	0,149	11,861	0,001	0,286	2,410	0,019
<i>Q26</i> - Com que frequência você tem sentimentos negativos?	0,451	0,203	8,538	0,000	0,254	2,142	0,036

Variável Dependente: *Q2*. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? * *Q5* e *Q19* – excluídas do modelo.

Considerando a totalidade dos idosos institucionalizados amostrados, a análise de regressão múltipla evidenciou que duas dentre as seis variáveis independentes, *Q6* e *Q26*, contribuíram de forma significativa para a explicação da variabilidade da avaliação geral dos idosos sobre sua qualidade de vida. A variável *Q6*, isoladamente, explicou 14,9% e,

ambas as variáveis do modelo explicaram, em conjunto, 20,3% da variância total na avaliação geral da satisfação com a saúde dos idosos institucionalizados (Tabela 17).

4.4.2.1.2 Questões Relacionadas ao Domínio Relações Sociais:

Q20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Q21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Q22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe de seus amigos?

Tabela 18 – Correlações (*r* de Pearson) entre as variáveis relacionadas ao domínio Social e a questão geral sobre qualidade de vida (Q1) – WHOQOL-Bref (N=70)

Variáveis	Q1	Q20	Q21	Q22
Q1		-	-	-
Q20	0,353**		-	-
Q21	0,189	0,124		-
Q22	0,346**	0,635**	0,095	

** Correlação significativa ao nível de 0.01 (p-valor < 0,01)

* Correlação significativa ao nível de 0.05 (p-valor < 0,05)

Considerando o total de idosos institucionalizados amostrados, os resultados indicam que as correlações entre as questões do domínio Social (Q20, Q21 e Q22) e questão geral sobre qualidade de vida, Q1, foram significativas, exceto para a variável Q21 (Tabela 18). Observa-se, também, que Q20 e Q22 são correlacionadas significativamente.

Tabela 19 – Regressão linear múltipla (método *stepwise*) entre as questões do domínio Social (variáveis explicativas), e a questão geral Q1 do WHOQOL-Bref (N=70)

VARIÁVEIS*	R	R ²	F	Sig(F)	BETA	t	p-valor
Q20 - Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	0,353	0,124	9,657	0,003	0,353	3,108	0,003

Variável Dependente: Q1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida? * Q22 – excluída do modelo.

Considerando a totalidade dos idosos institucionalizados amostrados, a análise de regressão múltipla evidenciou que a variável independente Q20, contribuiu de forma significativa para a explicação da variabilidade da avaliação geral dos idosos sobre sua qualidade de vida, explicando 12,4% da variância total na avaliação geral da qualidade de vida desses idosos (Tabela 19).

Tabela 20 – Correlações (*r* de Pearson) entre as variáveis relacionadas ao domínio Social e a questão geral sobre satisfação com a saúde (Q2) – WHOQOL-Bref (N=70)

Variáveis	Q2	Q20	Q21	Q22
Q02		-	-	-
Q20	0,185		-	-
Q21	0,263*	0,124		-
Q22	0,456**	0,635**	0,095	

** Correlação significativa ao nível de 0.01 (p-valor < 0,01)

* Correlação significativa ao nível de 0.05 (p-valor < 0,05)

Considerando o total de idosos institucionalizados amostrados, os resultados indicam que as correlações entre as questões do domínio Social (Q20, Q21 e Q22) e questão geral sobre satisfação com a saúde, Q02, foram significativas, exceto para a variável Q20 (Tabela 20). Observa-se, também, que Q20 e Q22 são correlacionadas significativamente.

Tabela 21 – Regressão linear múltipla (método *stepwise*) entre as questões do domínio Social (variáveis explicativas), e a questão geral Q02 do WHOQOL-Bref (N=70)

VARIÁVEIS	R	R ²	F	Sig(F)	BETA	t	p-valor
Q22 - Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe de seus amigos?	0,456	0,208	17,872	0,000	0,435	4,114	0,000
Q21 - Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	0,507	0,257	11,574	0,000	0,222	2,095	0,040

Variável Dependente: Q2 - Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Considerando a totalidade dos idosos institucionalizados amostrados, a análise de regressão múltipla evidenciou que as variáveis independentes, Q21 e Q22, contribuiriam de forma significativa para a explicação da variabilidade da avaliação geral dos idosos sobre sua satisfação com a saúde. A variável Q22, isoladamente, explicou 20,8% e, ambas as variáveis do modelo explicaram, em conjunto, 25,7% da variância total na avaliação geral da satisfação com a saúde desses idosos (Tabela 21).

4.4.2.2 Associados ao Instrumento WHOQOL-OLD

1. Questões relacionadas à faceta **Autonomia**:

Old05. O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

2. Questões relacionadas à faceta **Participação Social**:

Old14. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Old16. Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Old17. Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Old18. Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades na comunidade?

3. Questões relacionadas à faceta Morte e Morrer:

Old08. O quanto você tem medo de morrer?

4. Questões relacionadas à faceta Intimidade:

Old22. Até que ponto você sente amor em sua vida?

Tabela 22 – Correlações (*r* de Pearson) entre as variáveis relacionadas às facetas Autonomia (Old05), Participação Social (Old14, Old16, Old17, Old18), Morte e Morrer (Old08) e Intimidade (Old22) e a questão geral sobre qualidade de vida (Q1) – WHOQOL-Bref (N=70)

Variáveis	Q1	Old5	Old14	Old16	Old17	Old18	Old8	Old22
Q1		-	-	-	-	-	-	-
Old5	0,336**		-	-	-	-	-	-
Old14	-0,092	0,078		-	-	-	-	-
Old16	-0,123	-0,026	0,447**		-	-	-	-
Old17	0,422**	0,473**	0,255*	0,172		-	-	-
Old18	0,423**	-0,367**	0,316**	0,161	0,431**		-	-
Old8	-0,137	-0,098	0,172	0,188	0,098	-0,144		-
Old22	0,077	0,062	0,135	0,001	0,229	0,285*	-0,045	

** Correlação significativa ao nível de 0.01 (p-valor < 0,01)

* Correlação significativa ao nível de 0.05 (p-valor < 0,05)

Os resultados na Tabela 22 acima indicam que apenas as questões *Old5* - **faceta Autonomia** e *Old17*, *Old18* - **faceta Participação Social** estão correlacionadas significativamente com a questão geral sobre qualidade de vida, *Q1* do WHOQOL-Bref. Observa-se, ainda, que as questões *Old05*, *Old17* e *Old18* são correlacionadas significativamente entre elas.

Tabela 23 – Regressão linear múltipla (método stepwise) entre as questões correlacionadas *Old5*-Autonomia e *Old17*, *Old18* - Participação Social (variáveis explicativas), e a questão geral sobre qualidade de vida (*Q1*), WHOQOL-Bref (N=70)

VARIÁVEIS*	R	R ²	F	Sig(F)	BETA	t	p-valor
<i>Old17</i> - Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	0,423	0,179	14,794	0,000	0,296	2,522	0,014
<i>Old18</i> - Quão satisfeito você está com as oportunidades que tem para participar de atividades na comunidade?	0,500	0,250	11,138	0,000	0,295	2,515	0,014

Variável Dependente: Q1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida? **Old5*: excluída do modelo de regressão

Considerando a totalidade dos idosos institucionalizados amostrados, a análise de regressão múltipla evidenciou que as variáveis independentes, *Old17* e *Old18* **faceta Participação Social**, contribuíram de forma significativa para a explicação da variabilidade da avaliação geral dos idosos sobre sua qualidade de vida, *Q01*. A variável *Old17*, isoladamente, explicou 17,9%, e todas as duas variáveis do modelo explicaram, em conjunto, 25,0% da variância total na avaliação geral da qualidade de vida dos idosos institucionalizados (Tabela 23).

Tabela 24 – Correlações (*r* de Pearson) entre as variáveis relacionadas às facetas Autonomia (*Old5*), Participação Social (*Old14*, *Old16*, *Old17*, *Old18*), Morte e Morrer (*Old8*) e Intimidade (*Old22*) e a questão geral satisfação com a saúde (*Q2*) – WHOQOL-Bref (N=70)

Variáveis	Q2	Old5	Old14	Old16	Old17	Old18	Old8	Old22
Q2		-	-	-	-	-	-	-
<i>Old5</i>	0,256*		-	-	-	-	-	-
<i>Old14</i>	0,018	0,078		-	-	-	-	-
<i>Old16</i>	0,055	-0,026	0,447**		-	-	-	-
<i>Old17</i>	0,280*	0,473**	0,255*	0,172		-	-	-
<i>Old18</i>	0,299*	-0,367**	0,316**	0,161	0,431**		-	-
<i>Old8</i>	-0,338**	-0,098	0,172	0,188	0,098	-0,144		-
<i>Old22</i>	0,101	0,062	0,135	0,001	0,229	0,285*	-0,045	

** Correlação significativa ao nível de 0.01 (p-valor < 0,01)

* Correlação significativa ao nível de 0.05 (p-valor < 0,05)

Considerando o total de idosos institucionalizados amostrados, os resultados indicam que as questões das **facetas Autonomia (*Old5*), Participação Social (*Old17* e *Old18*) e Morte e Morrer (*Old8*)** se correlacionam significativamente com a questão geral sobre satisfação com a saúde, *Q2* do WHOQOL-Bref. (ver Tabela 24).