



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

**MARCOS FRANCISCO DE OLIVEIRA**

**SINTOMATOLOGIA DA DEPRESSÃO E REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DE SER IDOSO E DEPRESSÃO**

**JOÃO PESSOA - PB**

**2011**

**MARCOS FRANCISCO DE OLIVEIRA**

**SINTOMATOLOGIA DA DEPRESSÃO E REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DE SER IDOSO E DEPRESSÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, vinculada à Linha de Pesquisa Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem na área de Concentração Enfermagem na Atenção à Saúde.

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Valéria Peixoto Bezerra  
CO-ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Antonia Oliveira Silva

**JOÃO PESSOA - PB**

**2011**

**Autorizo a reprodução e divulgação total e parcial desta dissertação, por qualquer meio convencional e eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada à fonte.**

O48s Oliveira, Marcos Francisco de.  
Sintomatologia da depressão e representações sociais de ser idoso e depressão / Marcos Francisco de Oliveira. João Pessoa, 2011.  
77 f.: il.  
Orientadora: Valéria Peixoto Bezerra  
Co-orientadora: Antonia Oliveira Silva  
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS  
1. Enfermagem. 2. Representações Sociais.  
3. Envelhecimento. 4. Depressão.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

**MARCOS FRANCISCO DE OLIVEIRA**

**SINTOMATOLOGIA DA DEPRESSÃO E REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DE SER IDOSO E DEPRESSÃO**

Aprovado em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2011

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Valéria Peixoto Bezerra – Orientadora (UFPB)  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves (UFRN)  
Membro

---

Prof. Dr<sup>ª</sup>. Alacoque Lorenzini Erdmann (UFSC)  
Membro

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Antonia Oliveira Silva (UFPB)  
Membro

*“Esforça-te e tem bom ânimo porque o Senhor teu Deus  
é contigo por onde quer que andares.”*

(Josué 1.9)

## AGRADECIMENTOS

A DEUS, por ter me dado sabedoria, força, determinação, garra, persistência, e por não me ter abandonado nos momentos mais difíceis.

À Profª Dra. Valéria Peixoto (orientadora) e à Profª Dra. Antonia Oliveira (co-orientadora), pela paciência e cooperação para a realização deste estudo.

À coordenação do Mestrado, na pessoa da Profª. Dra. Antônia Oliveira Silva, pela oportunidade de participar do GIEPERS, contribuição e incentivo no gosto pela pesquisa.

Aos Membros da Banca, por contribuírem com seus valiosos conhecimentos para a avaliação deste trabalho.

Aos idosos, participantes do estudo, que em muito colaboraram para o desenvolvimento dessa pesquisa, e pela confiança depositada em mim.

À Profª Dra. Miriam Nóbrega e à Profª Dra. Rosalina Partezani, coordenadoras do PROCAD, pelo apoio e cooperação para a realização deste estudo.

Aos colegas de curso e da turma, pelo incentivo, amizade e companheirismo.

Aos meus pais SEVERINO e MARIA DAS GRAÇAS, pelo amor, dedicação, alicerce e incentivo, nos momentos mais delicados de minha vida.

À minha querida esposa e companheira de todas as horas, DANIELLE, pelo carinho, compreensão, apoio, incentivo, força e amor.

Às minhas filhas ANNA BEATRIZ e MARIA VICTÓRIA que, com sua inocência, trouxeram paz e amor ao meu espírito, propiciando a tranqüilidade e a força necessárias a esta árdua caminhada.

Às minhas irmãs GLAUCE, SUELY e GLEICY, pelo fraterno apoio e presença constante, em mais uma longa e árdua conquista.

Aos meus avós, por todo o suporte, amor e carinho, oferecidos durante minha vida.

Aos meus sobrinhos, pela amizade e confiança.

À minha tia Maria Rita, pelo estímulo, horas de dedicação, e, enfim, por todo o suporte que me ofereceu para a realização de mais uma importante etapa.

Aos meus sogros, por todo o apoio, paciência e incentivo.

Aos meus amigos de trabalho, que me apoiaram e contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.

Ao professor Rodrigo Pinheiro, pelo seu apoio e ajuda nos momentos em que precisei.

À Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande-PB, representada por Márcio Rocha, diretor da Atenção à Saúde e Flávia Suassuna, gerente do IV Distrito Sanitário.

## RESUMO

OLIVEIRA, M. F. de. **Sintomatologia da depressão e representações sociais de ser idoso e depressão**. 2011. 77 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB.

**Introdução:** O envelhecimento, apesar de ser uma grande vitória, está causando uma ampla preocupação para os governantes, devido ao aumento populacional e ao risco de adoecimento, capaz de afetar a qualidade de vida das pessoas idosas. **Objetivos:** Avaliar a sintomatologia da depressão referida por idosos; conhecer as representações sociais sobre ser idoso e depressão; e identificar aspectos psicossociais associados a ser idoso e depressão. **Metodologia:** Estudo exploratório, realizado com 240 idosos do município de João Pessoa-PB. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada, Teste de Associação Livre de Palavras, e Escala de Depressão Geriátrica, analisados pelos softwares Alceste e SPSS, e interpretados no aporte teórico das representações sociais. **Resultados:** Os idosos apresentaram idade, variando entre 60 e 86 anos e mais, sendo a maioria do sexo feminino (69,6%); casados (52,9%); católicos (72,1%); sabem ler e escrever (80,0%), com um período mínimo de 5 anos de escolaridade (47,5%) e renda familiar de um a três salários mínimos (26,2%). Dos 240 idosos, 75,8% (182) foram classificados sem grau de sintomatologia de depressão; 19,6% (47) manifestam depressão leve, e 4,6% (11) como severa. Do total de 58 idosos, com grau depressivo leve e severo, destaca-se uma maior frequência na faixa etária de 71 a 76 anos (31,0%), no sexo feminino (86,0%), entre os casados (41,3%), e viúvos (34,5%), com renda familiar de menos de um salário mínimo (25,8%). Entre os 182 idosos que não evidenciaram grau de depressão, 154 (84,6%) sabem ler e escrever. Os dados analisados pelo Alceste constituíram um *corpus* de 170 UCE's e quatro categorias de análise. Na categoria Sentidos Associados a Ser Idoso e Depressão, apontam conteúdos significativos centrados em dimensões negativas, associadas a aspectos psicossociais como: *abandono, maus-tratos e pensamento ruim*. Na categoria Efeitos do Envelhecimento, ser idoso é ficar *calada, incapaz, cansada, sozinha e dependente*, representando os efeitos negativos do processo de envelhecimento. Na categoria Impacto de Ser Idoso e Depressão, para os idosos, a depressão é própria do *velho*, significa, *desgosto, remédio, doença e doente*, sendo uma etapa da vida que precisa de *boa alimentação, trabalho* e de *si mesmo*. Nas descrições sobre Sintomatologia da Depressão e Ser Idoso foi representada tanto pela vivência de *solidão, desprezo, angústia, depressão e desespero*; quanto por uma pessoa de *cabelos brancos* que tem *paz, experiência, acúmulo de conhecimentos, respeito* e *precisa de descanso*. **Considerações Finais:** Verificou-se que os idosos falam de *solidão*, como uma experiência vivenciada por ser idoso, fruto da ruptura familiar, com graves consequências sociais e psicológicas, presentes nas trajetórias de vida dos idosos do estudo. Com relação ao grupo familiar, os idosos apresentam desvinculação e/ou diminuição de laços familiares, representados por *desprezo e abandono*, configurando aspectos psicossociais mais salientados pelos idosos, fato que pode estar associado ao isolamento ou viver só. Dessa maneira, esta situação nos faz repensar os diferentes aspectos de desigualdades e banalização dos valores familiares, em particular, os idosos.

**Palavras – chaves:** Enfermagem; Representações Sociais; Envelhecimento; Depressão.

## ABSTRACT

OLIVEIRA, M. F. de. **Symptoms of depression and social representations to be elderly and depression.** 2011. 77 p. Dissertation (Masters). Center of Health Sciences, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB.

**Introduction:** The aging, although this is a major victory, is causing a large concern for the rulers, due to the population increase and the risk of illness, capable of affecting the quality of life of older people. **Objectives:** To evaluate the symptoms of depression referred to by the elderly; knowing the social representations on the elder and depression; and identify psychosocial aspects associated with being elderly and depression. **Methodology:** an exploratory study, carried out with 240 elderly people in the city of Joao Pessoa-PB. The data were collected by interview semi-structured interviews, Test of Free Association of Words, and Geriatric Depression Scale, were analyzed by software Alceste and SPSS, and interpreted as theoretical social representations. **Results:** elderly patients presented with age, ranging between 60 and 86 years and more, and most of the patients were female (69.6 % ), married (52.9 % ); Catholics (72.1 % ); can read and write (80.0 % ), with a minimum period of 5 years of schooling (47.5 %) and family income of one to three minimum wages (26.2 % ). Of the 240 elderly people, 75.8 % (182) were classified without degree of symptomatology of depression; 19.6 % (47) manifest light depression, and 4.6 % (11) as severe. From a total of 58 elderly people, with grade depressive mild and severe, it stands out a higher frequency in the age group of 71 to 76 years old (31.0 % ), female (86.0 % ), among the married (41.3 % ), and widowed (34.5 % ), with family income of less than the minimum wage (25.8 % ). Among the 182 elderly people who are not evidenced degree of depression, 154 (84.6 %) can read and write. The data were analyzed by Alceste constituted a corpus of 170 UEC's and four categories of analysis. In the category Meanings Associated With Being Elderly and Depression, suggest that meaningful content focused on negative dimensions, associated with psychosocial aspects such as: abandonment, abuse and bad thoughts. In the category Effects of Aging, the elderly and be silent, incapable, tired, alone and dependent, representing the negative effects of the aging process. In the category Impact to be Elderly and Depression, for the elderly, depression and own the old, mean, disgust, remedy, disgust, disease and ill health, being a stage of life which is in need of good food, work and of himself. In the descriptions on Symptoms of depression and Being an Elder was represented both by the experience of solitude, contempt, anguish, depression, and despair; and by a person of white hair that has peace, experience, accumulation of knowledge, respect and needs to rest. **Final Comments:** It was found that the older people speak of loneliness, as an experience of the elderly, and the result of the breakdown of the family, with serious social and psychological consequences, which are present in the trajectories of life of the elderly in the study. With respect to the family group, the elderly have untying and/or reduction of family ties, represented by contempt and abandonment, configuring psychosocial aspects more highlighted with the elderly, a fact which may be linked to the isolation or living alone. This way, this situation makes us rethink the different aspects of inequality and trivialization of family values, in particular, the elderly.

**Keywords:** Nursing; Social Representations; aging; Depression.

## RESUMEN

OLIVEIRA, M. F. de. **Los síntomas de la depresión y las representaciones sociales a ser ancianos y la depresión.** 2011. 77 f. Tesis (Master) - Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, Joao Pessoa/PB.

**Introducción:** El envejecimiento de la población, a pesar de que esta es una gran victoria, está causando una gran preocupación para los gobernantes, debido al aumento de la población y el riesgo de la enfermedad, pueden afectar negativamente a la calidad de vida de las personas mayores. **Metas:** evaluar los síntomas de la depresión a que se refiere a las personas de edad avanzada; conocer las representaciones sociales de las personas mayores y la depresión; e identificar aspectos psicosociales asociados a su edad avanzada y depresión. **Metodología:** un estudio exploratorio, llevado a cabo con 240 ancianos en la ciudad de Joao Pessoa-PB. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas, prueba de Libre Asociación de palabras, y escala de depresión geriátrica, fueron analizados por el software alceste y SPSS, e interpretado como teórico las representaciones sociales. **Resultados:** los pacientes ancianos presentan con la edad, que oscila entre 60 y 86 años y más, y la mayoría de los pacientes fueron de sexo femenino (69,6 %), casadas (52,9 %); católicos (72,1 %); pueden leer y escribir (80,0 %), con una duración mínima de 5 años de escolaridad (47,5%) y los ingresos de la familia de uno a tres salarios mínimos (26,2 %). De las 240 personas de edad, 75,8 % (182) se clasificaron sin grado de sintomatología de la depresión; 19,6% (47) manifiesta luz la depresión, y 4,6 % (11) como grave. De un total de 58 personas de la tercera edad, con el grado depresivos leves y graves, se destaca una mayor frecuencia en el grupo de edad de 71 a 76 años de edad (31,0 %), mujeres (86,0 %), entre las personas casadas (41,3 %), y viudas (34,5 %), con los ingresos de las familias de menos de un salario mínimo (25,8 %). Entre las 182 personas mayores, que no están acreditados grado de depresión, 154 (84,6 %) pueden leer y escribir. Los datos fueron analizados mediante alceste constituyen un corpus de 170 UEC y cuatro categorías de análisis. En la categoría significados asociados con el hecho de ser ancianos y la Depresión, sugieren que el significativo contenido centrado en aspectos negativos, relacionados con aspectos psicosociales tales como: abandono, abuso y malos pensamientos. En la categoría Efectos del envejecimiento, las personas de edad avanzada y permanecer en silencio, incapaz, cansado, solo y dependientes, lo que representa los efectos negativos del proceso de envejecimiento. En la categoría Impacto a ser ancianos y la depresión, por la edad avanzada, la depresión y son propietarias de la edad media, el asco, recurso, el asco, la enfermedad y la mala salud, por ser una etapa de la vida está en necesidad de una buena comida, trabajo y, por sí mismo. En las descripciones de los síntomas de la depresión y, de ser un anciano estuvo representado tanto por la experiencia de la soledad, el desprecio, la angustia, la depresión y desesperación; y por una persona de cabellos blancos que tiene la paz, la experiencia, la acumulación de conocimiento, respeto y necesita descansar. **Comentarios Finales:** se encontró que las personas de edad avanzada hablar de la soledad, como una experiencia de las personas de edad avanzada, y el resultado de la desintegración de la familia, con graves consecuencias sociales y psicológicas, que están presentes en las trayectorias de vida de las personas de edad avanzada en el estudio. Con respecto a la familia como grupo, las personas de edad avanzada tienen la desvinculación y/o la reducción de los vínculos familiares, representado por el desprecio y el abandono, configurar aspectos psicosociales más de relieve con los ancianos, un hecho que podría estar vinculado a las condiciones de aislamiento o viven solas. Así, esta situación nos hace reflexionar sobre los diferentes aspectos de la desigualdad y de la decadencia de los valores de la familia, en particular, las personas de edad avanzada.

**Palabras claves:** Enfermería; representaciones sociales; envejecimiento; Depresión.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b> – Classificação Hierárquica Descendente.....	50
<b>GRÁFICO 2</b> – Imagens dos Sentidos associados a Ser Idoso e Depressão.....	53
<b>GRÁFICO 3</b> – Imagens do Envelhecimento.....	55
<b>GRÁFICO 4</b> – Imagens do Impacto de Ser Idoso e Depressão.....	57
<b>GRÁFICO 5</b> – Imagens de Ser Idoso e Depressão.....	59

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> – Distribuição percentual das variáveis sociodemográficas dos idosos João Pessoa-PB, 2011.....	41
<b>TABELA 2</b> – Classificação da sintomatologia da depressão de idosos, segundo Escala de Depressão Geriátrica-EDG, João Pessoa-PB. 2011.....	45
<b>TABELA 3</b> – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos idosos em relação ao grau de depressão, João Pessoa-PB, 2011.....	46
<b>TABELA 4</b> – Sentidos associados a Ser Idoso e Depressão, João Pessoa-PB, 2011.....	51
<b>TABELA 5</b> – Efeitos do Envelhecimento, João Pessoa-PB, 2011.....	53
<b>TABELA 6</b> – Impacto de Ser Idoso e Depressão, João Pessoa-PB, 2011.....	55
<b>TABELA 7</b> – Descrição sobre Ser Idoso e Sintomatologia da Depressão, João Pessoa-PB, 2011.....	57

## SUMÁRIO

### LISTA DE GRÁFICOS

### LISTA DE TABELA

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	13
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO</b> .....	17
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	22
2.1 Envelhecimento e Saúde.....	23
2.2 Depressão: aspectos biopsicossociais.....	25
2.3 Teoria das Representações Sociais.....	29
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>METODOLOGIA</b> .....	34
3.1 Sobre o estudo.....	35
3.2 Local do estudo.....	35
3.3 População e Amostra.....	35
3.4 Aspecto Ético.....	36
3.5 Instrumentos para Coleta de Dados.....	36
3.6 Procedimentos para Coleta de Dados.....	37
3.7 Análise dos Dados.....	38
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS DADOS</b> .....	40
4.1 Caracterização dos Idosos.....	41
4.2 Sintomatologia da Depressão em Idosos.....	45
4.3 Caracterização das Variáveis Sociodemográficas em Relação à Depressão.....	46
4.4 Representações Sociais sobre Ser Idoso e Depressão.....	50
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	60

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	63
<b>APÊNDICES</b> .....	69
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	70
Apêndice B – Teste de Associação Livre de Palavras.....	71
Apêndice C – Entrevista Semiestruturada.....	73
<b>ANEXOS</b> .....	75
Anexo A – Certidão do Comitê de Ética.....	76
Anexo B – Escala de Depressão Geriátrica.....	77

## **APRESENTAÇÃO**

---

O acelerado processo de envelhecimento da população mundial e brasileira tem sido ressaltado em fóruns sobre a temática, devido as suas implicações sociais e a necessidade de estruturação de um modelo assistencial que contemple a pessoa idosa integralmente, suplantando as dificuldades representadas pelas novas demandas sociais e de saúde específicas. Em nosso país, apenas recentemente, políticas de saúde públicas começaram a ser discutidas e elaboradas nesse sentido (FIGUEIREDO, 2008).

O envelhecimento populacional constitui um desafio à saúde pública contemporânea, e poderá causar uma modificação da pirâmide populacional triangular de 2002, para um formato cilíndrico em 2025 (WHO, 2005). Esse fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos e, atualmente, os países em desenvolvimento têm assistido a acentuado envelhecimento da população. Porém, nos países desenvolvidos, o aumento da expectativa de vida ocorreu acompanhado da melhoria da qualidade de vida e das condições gerais de vida. E, nos países em desenvolvimento, o envelhecimento vem ocorrendo em um ritmo crescente e sem tempo para uma reorganização social e na área da saúde (OHARA; RIBEIRO, 2008).

Tal fato pode ser observado através de projeções estatísticas que, segundo o Ministério da Saúde (MS), o número de pessoas com 60 anos ou mais de idade no mundo será, aproximadamente, de 2 bilhões em 2050. O aumento da expectativa de vida vem associado a uma grande preocupação mundial para o alcance do envelhecimento ativo e com qualidade de vida, em consequência do crescimento das doenças crônicas não-transmissíveis frequentes nos idosos, tais como: depressão e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2007a).

Diante da conjuntura que se desenha no mundo, em relação ao crescimento do número de pessoas idosas, observa-se um maior interesse por pesquisas, envolvendo temas relacionados com a depressão e o envelhecimento. Ressalta-se assim, a necessidade de compreender comportamentos preventivos frente à doença, com o passar dos anos, e as transformações ocorridas no estilo de vida, relacionado à doença, aliada ao conhecimento do senso comum.

Em nosso país, as pesquisas realizadas por estudiosos, acerca da depressão em idosos, têm se elevado, devido ao aumento do número de idosos e de casos de quadro depressivos nestes; bem como os fatores psicossociais, econômicos e políticos têm influenciado no envelhecer de cada um e como estão sendo enfrentados pelos idosos. O processo de envelhecimento provoca mudanças profundas das funções orgânicas, com redução das reservas funcionais e predisposição a muitas doenças e à morte (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006).

As mudanças experimentadas pelos idosos no processo de envelhecer são estabelecidas culturalmente nos diferentes grupos sociais, segundo a visão de mundo, partilhadas em práticas, crenças e valores, assim como as representações sociais sobre a depressão própria do ser idoso.

As representações sociais, apreendidas dos idosos sobre a depressão, e ser idoso poderão contribuir significativamente com a adoção de novas práticas assistenciais de saúde para essa população. Dessa forma, observa-se o quanto o tema é importante, principalmente para os profissionais de saúde que têm, como área de atuação, a Estratégia Saúde da Família – ESF, pois esses acompanham diariamente os idosos, a partir das suas expectativas e ansiedades. Do ponto de vista acadêmico, social e científico, poderá contribuir para a qualidade da formação e assistência prestada à saúde da pessoa idosa, como também para a elaboração de políticas públicas de saúde específicas para a população de idade avançada.

Diante desse contexto, fundamenta-se a necessidade da realização desse estudo sobre depressão e ser idoso, subsidiado na Teoria das Representações Sociais (TRS), pela sua relevância e importância no que se refere aos estudos individuais e sociais.

Dessa forma, esse estudo encontra-se estruturado da seguinte forma:

**Primeiro capítulo** – trata da *construção do objeto de estudo*, em que procura salientar a problemática do estudo, justificativa, os questionamentos que guiam o interesse pelo estudo, a relevância do fenômeno do envelhecimento e da depressão no olhar de idosos, e os objetivos do estudo;

**Segundo capítulo** – *abordagem teórica*, subdividido em três partes: a *primeira* menciona aspectos importantes sobre o envelhecimento; a *segunda parte* apresenta uma breve abordagem sobre depressão, em particular, nessa população; a *terceira parte* aborda conceitos, dimensões, funções e processos formadores das representações sociais como aporte teórico importantes nesse estudo.

**Terceiro capítulo** – *a metodologia* trata do delineamento metodológico do estudo, como: tipo de pesquisa, cenário, população e definição da amostra e aspectos éticos, instrumentos utilizados para coleta de dados, procedimento e análise dos dados coletados;

**Quarto capítulo** - apresenta os *resultados e discussão dos dados da pesquisa* apreendidos, em seguida, as *considerações finais*. Os resultados e discussões da pesquisa, evidenciados das entrevistas e do Teste da Associação Livre de Palavras, em que as representações sociais elaboradas pelos idosos sobre depressão e ser idoso, que são apresentadas e interpretadas, pontuando-se a relevância das informações apreendidas, centradas nos objetivos propostos. Por último, salientam-se as *considerações finais* do estudo,

apresentando o que pensam os idosos sobre depressão e ser idoso, acreditando-se que as informações acerca do comportamento socioafetivo dos idosos, frente à depressão e ser idoso, possam contribuir para novos estudos e para o dimensionamento de novas práticas em saúde, no campo do envelhecimento.

**CAPÍTULO I**  
**DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO**

---

O envelhecimento populacional se caracteriza por uma conquista, e é um dos grandes desafios tanto para os que estão vivenciando o processo de envelhecer como para os governantes. O envelhecimento global implicará no aumento do risco de adoecimento das pessoas idosas, e no aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo (WHO, 2005).

O aumento da longevidade tem promovido uma inversão da pirâmide etária populacional mundial e, segundo Papaléo Netto (2007), pode estar associado aos avanços da medicina preventiva, a uma melhor qualidade da assistência médica, à diminuição da mortalidade, à redução da fecundidade e ao prolongamento da esperança de vida.

O envelhecimento, para Neri (2008, p. 68), “compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual, e que implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência”.

Nesse sentido, o envelhecimento “ainda pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência – o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema” (BRASIL, 2007a, p. 08).

A realidade do envelhecimento populacional mundial se reflete em nosso país, uma vez que a população idosa vem aumentando significativamente a cada ano. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no censo populacional realizado em 2000, o Brasil registrava 14.536.029 idosos e, na contagem populacional de 2007, esse número aumentou para aproximadamente 19 milhões. Na Paraíba, na contagem do ano de 2007, a população idosa era composta de 402.143 habitantes e, destes, 61.281 residiam no município de João Pessoa-PB (IBGE, 2007).

O Brasil, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), tem a projeção de ser considerada a sexta nação mundial em número de idosos até 2025. A OMS também relata que os países desenvolvidos e em desenvolvimento podem custear o envelhecimento da população, se os governos, a sociedade civil e as organizações internacionais de saúde implementarem políticas e programas de envelhecimento ativo que contribuam com a saúde, a participação e a segurança das pessoas idosas (WHO, 2005).

Nesse enfoque, o governo brasileiro acena para o reconhecimento em atender às necessidades do idoso nos seus diversos contextos sociais, e a garantir os seus direitos fundamentais inerentes, quando criou o Estatuto do Idoso, a partir da aprovação da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, destinada a normatizar os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos (BRASIL, 2007b).

Um dado relevante, em relação às conquistas desse grupo populacional no Brasil, direcionadas à pessoa idosa, foi a aprovação da Portaria nº 2.528/06 do Ministério da Saúde, dentro das políticas públicas de saúde e dos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas idosas. Essa portaria dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2006).

Dentre as propostas elaboradas pelo Ministério da Saúde, para atenção à saúde do idoso, pode-se mencionar a oferta de um serviço de saúde mental que seja responsável por atender, desde a promoção de saúde mental, até os serviços de tratamento para doentes mentais. Esse serviço também deve buscar promover a reabilitação e reintegração do doente na comunidade, de acordo com a necessidade, dando especial atenção à depressão e à tendência suicida, devido à perda e ao isolamento social, entre outros.

A depressão, para Murphy e Cowan (2009, p.09), é caracterizada “por modificações emocionais, primariamente humor deprimido, e pelas denominadas modificações vegetativas, consistindo de alterações do sono, apetite e níveis de energia”. Essa morbidade é mais do que sentimentos emocionais normais de tristeza, perda ou um estado passageiro, tendo como uma de suas características a alteração profunda e duradoura, no estado de ânimo, que persiste por, pelo menos, duas semanas.

A depressão é ainda considerada o transtorno do humor ou afetivo mais comum nos idosos do que na população em geral, tendo uma prevalência variando de 25% a 50%, podendo estar associada à perda do cônjuge, status socioeconômico baixo, a uma doença física e/ou emocional concomitante e ao isolamento social. Este estudo revela que esta enfermidade vem sendo subdiagnosticada e subtratada, especialmente por médicos clínicos gerais. Tal situação decorre das queixas somáticas na terceira idade, ou porque a idade pode influenciar e levar o médico a aceitar sintomas depressivos como normais, em pessoas idosas (SADOCK, 2007). Portanto, a dificuldade de tratamento e diagnóstico dessa enfermidade talvez esteja contribuindo, de forma significativa, para o aumento da sua incidência em todo mundo.

Nos Estados Unidos e em outros países, a depressão é considerada a principal causa de incapacidade, afetando 01(uma) em cada 33 crianças e 01(um) em cada 08 adolescentes, atingindo também 10% das mães no pós-parto, e esse fato pode contribuir para comprometer adversamente o temperamento e o desenvolvimento cognitivo do bebê. Entre os idosos,

estima-se que esta morbidade acometa de 2% a 4% dos indivíduos nas comunidades, de 12% dos hospitalizados por razões médicas, e de 16% dos institucionalizados (WHARTON, 2007; HALES, 2006).

No Brasil, a depressão afeta cerca de 3% a 11% da população em geral, e entre os idosos a prevalência é de 4,7% a 36,8%, sendo as mulheres duas vezes mais acometidas do que os homens (2:1), e as pessoas idosas doentes ou que moram em uma Instituição de Longa Permanência – ILP apresentam prevalências maiores (BRASIL, 2007a).

Esse quadro reflete, de forma significativa, as pessoas idosas em todo o mundo, dificultando o envelhecimento ativo tão almejado por estes indivíduos. Além da depressão, outras Doenças Crônicas Não-transmissíveis – DNT's, a exemplo das doenças cardiovasculares, hipertensão, derrame, diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, condições músculo-esqueléticas (artrite e osteoporose) e também as condições de saúde mental, como demência, cegueira e diminuição da visão, podem prejudicar esse tipo de envelhecimento (WHO, 2005). Tal situação pode estar associada aos fatores biológicos, psicossociais, genéticos e da personalidade.

Considerando que a depressão vem ocorrendo com maior frequência entre as pessoas idosas, bem como é um relevante problema de Saúde Pública, é de fundamental importância que os profissionais de saúde, em especial os que exercem suas funções na Atenção Básica, na Estratégia Saúde da Família – ESF dispensem maior atenção ao atendimento e acompanhamento desse grupo, possibilitando, assim, o diagnóstico precoce, e início imediato do tratamento desta morbidade. Porém, é oportuno mencionar a necessidade do apoio dos gestores em saúde e dos órgãos competentes para o sucesso no tratamento destes indivíduos, contribuindo, dessa forma, para uma melhor qualidade de vida dos mesmos.

Desta forma, faz-se necessário uma reflexão sobre esta realidade, haja vista gerar um estado de insegurança e um sentimento de fragilidade diante das dificuldades rotineiras da vida, fato que pode fazer com que o idoso, de forma progressiva, envolva-se num ciclo vicioso de isolamento forçado/desejado, e de desconfiança em relação ao meio.

Entretanto, as tentativas em avaliar a sintomatologia da depressão em idosos, e conhecer as representações sociais sobre ser idoso e depressão, como **objetos de estudo**, tornam-se importantes, tanto do ponto de vista científico quanto social.

Para Moscovici (1978), as representações sociais são formas de conhecimentos, informações e imagens construídas por um grupo social sobre um determinado objeto, capazes de orientarem comportamentos ou condutas, e a comunicação entre os sujeitos.

Sendo assim, diante do contexto, este estudo nos permitirá aprofundar e ampliar conhecimentos em relação à sintomatologia da depressão em idosos, e as representações sociais sobre ser idoso e depressão, fato que poderá contribuir para o desenvolvimento de uma assistência adequada/qualificada para o referido grupo, bem como para elaboração de estratégias de ação específica para o combate à depressão, que poderá contribuir sobremaneira para nossas atividades profissionais.

Frente a tal problemática, **questiona-se**: qual a sintomatologia da depressão entre os idosos? Quais as representações sociais sobre ser idoso e depressão para os idosos residentes no município de João Pessoa-PB? Quais os aspectos psicossociais associados a ser idoso e depressão para os idosos?

Na busca em responder tais questionamentos, foram traçados os seguintes **objetivos**:

- Avaliar a sintomatologia da depressão referida por idosos;
- Conhecer as representações sociais sobre ser idoso e depressão;
- Identificar aspectos psicossociais associados a ser idoso e depressão.

**CAPÍTULO II**  
**REFERENCIAL TEÓRICO**

---

## 2.1 Envelhecimento e Saúde

O aumento da longevidade da população mundial é, certamente, um valioso trunfo da humanidade. Preocupada com a qualidade de vida das pessoas ao chegarem à fase idosa, a OMS recomenda para todos os países – desenvolvidos e em desenvolvimento – que busquem a promoção de um envelhecimento voltado para a manutenção da atividade funcional e da autonomia, acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida, ou seja, um *envelhecimento ativo* de suas populações (WHO, 2005).

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo de acúmulo de experiências e enriquecimento, constituído de alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que alteram progressivamente o organismo (OHARA; RIBEIRO, 2008). Tais alterações podem ser benéficas, com independência a respeito de si mesmo; e maléficas, com o passar do tempo, podendo levar à perda da adaptabilidade e alteração funcional.

Contudo, é importante ressaltar que o envelhecimento ocorre de modo diferente para cada indivíduo. Sendo assim, é necessário que os profissionais da saúde tenham uma visão holística do idoso, quando no atendimento do mesmo, analisando-o de forma integral e levando em consideração a sua subjetividade. Este período da vida para o indivíduo não é constituído apenas de ganhos e realizações, mas também de perdas e/ou limitações, sofrendo influência constante de suas circunstâncias histórico-socioculturais, presença de patologias durante o processo de desenvolvimento e envelhecimento, de fatores genéticos e ambientais.

No intuito de que o idoso, realmente, possa alcançar um envelhecimento integral e ativo, é de suma importância que este compreenda o potencial desse tipo de envelhecimento para o bem-estar físico, social e mental, no decorrer da vida, bem como participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, propiciando proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. Este tipo de envelhecimento é definido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2005, p. 13).

Nesse sentido, no Brasil, o MS desenvolve e elabora ações direcionadas especificamente para a saúde do idoso, através das políticas públicas de saúde, para que, neste momento, o idoso traga consigo uma vida produtiva e com qualidade, além de preservar as capacidades funcionais essenciais e a manutenção das atividades diárias, pois a rotina diária pode representar uma grande batalha. Essas ações objetivam, sempre que possível, manter o

idoso na comunidade, próximo da família, evitando a sua transferência para Instituições de Longa Permanência. Tais ações foram motivadas pelo crescimento desses, pela modificação no perfil de adoecimento e morte da população, sendo pautada em avanços no sistema de atenção a saúde, ou seja, no Sistema Único de Saúde (FIGUEIREDO, 2008).

Na busca do envelhecimento ativo, o MS, no Brasil, desenvolve um programa denominado Brasil Saudável, que envolve uma ação nacional para elaboração de políticas públicas que gerem modos de viver mais saudáveis em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas habituais e lazer, acesso à alimentação saudável, com a redução do consumo de tabaco (BRASIL, 2007a).

Dessa maneira, o envelhecimento poderá significar um ganho considerável em qualidade de vida e saúde para o indivíduo. Nessa perspectiva, é fundamental que a saúde seja vista, a partir de uma ótica mais ampla, resultando em um trabalho intersetorial e transdisciplinar, de promoção de modos de vida saudável, em todas as idades. Cabe, portanto, aos profissionais da saúde a iniciativa do enfrentamento dos desafios do envelhecimento saudável e, assim, contribuir para que os idosos sejam um recurso cada vez mais valioso para suas famílias, comunidades e para a nação (WHO, 2005).

Porém, envelhecer implica em alterações físicas, psicológicas e sociais do ser humano que ocorrem espontaneamente ao longo de vida. Tais transformações, embora gerais, têm suas particularidades – características genéticas e o estilo de vida de cada um. É oportuno destacar que as alterações físicas não são suficientes, em geral, para impedir uma vida satisfatória. O segredo para viver bem é aprender a conviver com suas limitações, entendê-las, aceitá-las e lutar para que as dificuldades sejam reduzidas com atividades físicas, como dança e passeios, exercícios de memória, boa alimentação, bons hábitos, participação em grupos e outros cuidados, considerando as barreiras existentes (ZIMERMAN, 2000).

Entretanto, com os avanços tecnológicos e as políticas públicas de saúde, bem como com a adoção da Política Nacional de Humanização – PNH, é possível acreditar em um envelhecimento livre de doenças, a partir do acolhimento e valorização do idoso de forma integral e indivisível (BRASIL, 2007a).

É relevante mencionar a interação social da população idosa, que sofre um processo crescente de isolamento, na medida em que se aposenta e não desenvolve outra atividade, acompanhada da emancipação dos filhos. Tal situação faz com que o idoso, na maioria, sintase obrigado a deixar o convívio familiar e social, para morar sozinho ou viver em ILP.

No Brasil, com a implantação da política nacional do idoso, busca-se manter a sua capacidade funcional, tornando-o independente e preservando a sua autonomia, melhorando a

qualidade de vida. Nesse sentido, é fundamental que os profissionais da saúde envolvidos no processo do envelhecimento possam proporcionar diversos níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) e bem-estar biopsicossocial dos idosos, potencializando suas funções globais, a fim de obter uma maior independência, autonomia e melhor qualidade, pautados na PNH, e assim alcançar o envelhecimento ativo.

## **2.2 Depressão: aspectos biopsicossociais**

A depressão é considerada um transtorno psiquiátrico do humor que, desde a antiguidade, tem casos relatados em vários documentos, a exemplo do Velho Testamento. No século IV a.C., Hipócrates mencionou os termos “mania e melancolia” quando descreveu os transtornos mentais. Este referiu, ainda, que a etiologia do humor dependia do equilíbrio entre os humores corporais, bem como excesso da bile negra no baço era a causadora da depressão. Celsus, médico romano, em aproximadamente 30 d.C., também descreveu a melancolia como uma depressão causada pela bile negra (SADOCK, 2007).

No entanto, com o avanço tecnológico no séc. XX foram realizados estudos dos humores e sucos melancólicos, que possibilitaram a descoberta do envolvimento de vários fatores ou causas, que podem determinar ou contribuir, significativamente, para o aparecimento da depressão (HALES, 2006).

A partir desse período, tem-se observado que a depressão possui aspectos de saúde pública que necessitam do desenvolvimento e implantação de programas de cuidados mais específicos. Contudo, estes programas devem procurar atender o indivíduo de maneira integral, portador de qualquer transtorno do humor, incluindo o deprimido. Esses programas não devem visar apenas à distribuição de medicamentos ou internação destes doentes, mas a reinserção deles na sociedade. De acordo com a OMS, todas as nações devem atentar para a necessidade de elaboração e emprego de tais programas (WHO, 2005).

A elaboração de estratégias e programas é extremamente importante, pois tanto a prevalência quanto a incidência da depressão, tem aumentado significativamente no mundo, principalmente entre os países em desenvolvimento. O Chile é o país que apresenta a taxa de incidência mais elevada desta morbidade, com 29,0% da população, em geral, sendo acometida. Porém, a taxa mais baixa encontrada foi entre a população japonesa, representada

por 2,6% da população. No Brasil, a prevalência da depressão varia de 3% a 11%, na população em geral, com predominância nas mulheres (WHARTON, 2007; BRASIL, 2007a).

Na década de 90, a depressão foi considerada a quarta causa específica de incapacitação no mundo. E, numa escala global de comparação entre as doenças e projeções, indica que, em 2020, “será a segunda causa nos países desenvolvidos e a primeira nos países em desenvolvimento” (BRASIL, 2007a, p. 101).

O estado de humor deprimido é caracterizado por uma alteração profunda e duradoura do estado de ânimo do indivíduo, persistindo pelo menos por um período de duas semanas, em que as pessoas exibem perda de energia e interesse, sentimento de culpa, desempenho social e ocupacional prejudicados, dificuldade de concentração, perda de apetite e pensamentos de morte ou suicídio. Este estado de humor é denominado de depressão ou transtorno do humor depressivo. Tal transtorno pode afetar o ser humano em qualquer fase da vida – infância, adolescência, adulta e idosa (SMELTZER; BARE, 2008).

O transtorno do humor, segundo Louzã Neto e Elkis (2007), a quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR*, da American Psychiatric Association – APA, menciona que esses compõem um enorme grupo de estados emocionais persistentes, descritos como síndromes, pois podem durar semanas ou meses, constituídos por um conjunto de sinais e sintomas.

Vários são os fatores que podem determinar ou contribuir para o surgimento da depressão no indivíduo, tais como: biológicos (regulação neuroendócrina, anormalidades do sono); genéticos (herança genética); psicossociais (acontecimentos na vida e estresse ambiental, fatores da personalidade); teoria cognitiva (distorções cognitivas específicas presentes nas pessoas predispostas a desenvolvê-la); impotência apreendida, ligada à experiência de acontecimentos incontroláveis (SADOCK, 2007).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na sua 10ª Revisão (CID-10), denomina os episódios depressivos em leve, moderado e grave. A depressão leve se caracteriza quando o indivíduo ainda é capaz de realizar grande parte de suas atividades diárias; a depressão moderada refere-se quando o indivíduo começa a apresentar dificuldades no prosseguimento de sua vida cotidiana; e a depressão grave, quando há marcantes sentimentos de desvalia, baixa autoestima e idéias suicidas (OMS, 1995).

No entanto, para o diagnóstico da depressão, além da observação clínica, os médicos se utilizam de dados genéticos e escala de avaliação. Todavia, outros critérios devem ser analisados para o diagnóstico da depressão, no momento da avaliação clínica, que são: humor deprimido, diminuição do interesse ou do prazer nas atividades, redução do peso sem dieta,

alteração no padrão do sono, agitação ou retardo, fadiga ou falta de energia diária, sentimentos constantes de menos valia ou culpa excessiva ou inadequada, redução da capacidade de concentração ou indecisão, pensamentos recorrentes de morte, idéias e tentativas ou planos de suicídio recorrentes (FELTEN et al., 2005; HALES, 2006).

Mas, para a definição diagnóstica dessa morbidade, é necessária a presença de, pelos menos, cinco desses critérios, por um período de duas semanas, associada a prejuízo psicossocial ou sofrimento significativo do indivíduo. Algumas condições médicas podem contribuir para dificultar o diagnóstico, com precisão, por exemplo: pseudodemência, transtorno somatomórfico, distímia, dependência a substância psicoativa, alcoolismo, luto prolongado e complicado por situações diversas, a exemplo de luto patológico (DALGALARRONDO, 2008; NUNES FILHO; BUENO; NARDI, 2005).

No entanto, essa morbidade pode evoluir para cronicidade e apresentar recidivas, apesar de ser considerada benigna. Os pacientes hospitalizados têm 50% de possibilidade de se recuperar no primeiro ano e, aproximadamente, 25% destes experimentam uma recorrência nos primeiros seis meses; 30% a 50% nos primeiros dois anos; 50% a 75% em cinco anos após a alta. Em geral, à medida que a doença é conhecida e o seu diagnóstico é precoce, cada vez mais os episódios depressivos e o tempo entre eles são reduzidos (SADOCK, 2007).

Quanto ao tratamento da depressão, vários regimes farmacológicos, isolados ou associados à psicoterapia, estão sendo utilizados pelos profissionais da saúde. Se não tratada corretamente, esta pode perdurar por 06 a 15 meses. Mas, se a terapêutica for bem-sucedida, o tempo diminui para 08 a 12 meses. Porém o melhor julgamento clínico para a terapia é uma combinação da farmacoterapia e psicoterapia, e a escolha vai depender da disponibilidade e da preferência do paciente (NUNES FILHO; BUENO; NARDI, 2005). Outras terapias podem ser usadas no tratamento dessa enfermidade, tais como: terapias de grupos de apoio e autoajuda.

Para Stuart e Laraia (2002), a depressão pode ser tratada de forma bem-sucedida com medicamentos antidepressivos, em 65% dos casos, e o sucesso aumenta para 85% quando medicamentos alternativos ou auxiliares são usados, ou com a combinação da psicoterapia com os medicamentos.

É de suma importância atentar para o não tratamento da depressão, uma vez que possivelmente pode comprometer cada vez mais as condições funcionais e cognitivas do indivíduo, ou seja, não há um bom prognóstico (SAMUELS, 2007).

A finalidade do tratamento da depressão é a promoção da saúde, a reabilitação psicossocial, a prevenção de recorrências, minimizar a piora de outras doenças presentes,

prevenir a ocorrência do suicídio, a melhora cognitiva, e a ajuda para que o indivíduo, principalmente o idoso, a enfrentar e vivenciar suas dificuldades. Para isso, torna-se necessário um acompanhamento sistêmico para avaliar a evolução do quadro, e conhecer melhor o contexto no qual a pessoa está inserida, suas dificuldades e necessidades e, dessa forma, contribuir para um melhor tratamento (BRASIL, 2007a).

Quando nos referimos ao quadro depressivo nos idosos, é importante recordar que os mesmos vivenciam um período de grandes transformações nos planos biológico, psicológico, social, expectativas e dúvidas. Tal fase exige do ser humano um esforço constante de adaptação às suas novas condições de vida. As mudanças ocorrem, desde os aspectos pessoais até os aspectos familiares, perpassando pelos socioprofissionais e pelas relações pessoa-mundo. Assim, pode-se compreender o sentimento de incapacidade desses indivíduos em resolver problemas, que antes eram enfrentados sem angústia ou sofrimento. Isso poderá proporcionar e condicionar os mesmos a terem uma reação normal ou patológica frente ao envelhecimento (CORDEIRO, 2002).

Sendo assim, uma avaliação criteriosa desse grupo etário é de suma importância para o diagnóstico precoce e o tratamento desse transtorno. Nesse momento, é imprescindível diferenciar a depressão da tristeza vivenciada por eles, nesta fase da vida. Porém, diferente do jovem, essa psicopatologia pode não ser tão evidente no idoso (ALMEIDA; QUEVEDO; SABBI, 2008).

A depressão é considerada um dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre os idosos no Brasil, apresentando uma prevalência que varia de 4,7% a 36,8%. Tal fato é mais evidenciado entre os idosos doentes, ou institucionalizados, pois apresentam uma prevalência ainda maior. Aproximadamente 50% dos residentes das ILP possuem determinado tipo de transtorno psiquiátrico, principalmente os demenciais e depressivos. Destaca-se, ainda, a frequência da depressão, por ocasião dos anos que precedem à aposentadoria dos indivíduos, situação que diminui, na década seguinte, e aumenta, novamente, após os 75 anos (BRASIL, 2007a).

Embora seja um transtorno disseminado entre as pessoas, a depressão, em geral, permanece não sendo diagnosticada e não tratada, pois algumas psicopatologias podem confundir, no momento da análise diagnóstica, devido à semelhança dos sintomas com outras doenças (demência), como também a falta de conhecimento dos profissionais no atendimento à saúde do idoso. Tal fato torna-se mais evidente quando nos referimos às pessoas idosas. Assim, faz-se necessário observar algumas características específicas desse tipo de enfermidade nessas pessoas, tais como: início mais tardio, menos episódios, início mais

gradual e o acometimento predominante nas mulheres, entre outras (SMELTZER; BARE, 2008).

Dessa forma, pode-se observar que várias são as formas terapêuticas que podem ser utilizadas para o tratamento das pessoas idosas, tais como: o atendimento individual (orientação e acompanhamento, psicoterapia, farmacoterapia), atendimento em grupo, atividades comunitárias e o atendimento familiar, porém é necessário acompanhamento sistemático desses idosos portadores de depressão para que o tratamento adotado seja eficaz. É relevante mencionar que o tratamento não visa só à medicalização, mas a reabilitação e reinserção dessas pessoas na sociedade.

### **2.3 Teoria das Representações Sociais**

A representação social constitui um campo fértil para se explorar objetos, no âmbito psicossociocultural em saúde, para entender práticas, comportamentos e atitudes frente aos referidos fenômenos. Em relação ao velho/envelhecimento, constata-se uma significativa produção de conhecimento em que exploram diferentes aspectos dessa temática.

Estudos realizados em nosso país, entre os anos de 2003 a 2009, nas bases de dados Lilacs e Scielo sobre representações sociais e envelhecimento, apontaram que vem ocorrendo uma maior amplitude, diversidade e divulgação entre a comunidade acadêmica, em relação ao tema.

A região Sudeste do país tem se destacado com uma maior produção de pesquisas envolvendo essa temática, principalmente entre os anos de 2007 e 2009, e a maioria dos estudos foi realizada por profissionais da área da saúde (especialistas clínicos ou pós-graduados), vinculados a universidades, hospitais e instituições de apoio, o que demonstra um maior interesse por parte desses em relação ao tema. As pesquisas realizadas abordaram os mais diversos temas, tais como: a visão dos cuidadores de idosos, visão do idoso sobre o cuidador, visões intergeracionais sobre o envelhecimento, e a visão do próprio idoso sobre esse processo. A produção de pesquisas da área ainda versa sobre diferentes temas, tais como: violência, institucionalização, saúde e doença, demonstrando a concepção de vários grupos e gerações sobre o processo de envelhecimento, contribuindo para conhecimento desse processo e suas implicações (CALIRI; OLIVEIRA; SILVA; SMITH, 2010).

No entanto, um fato de suma importância são as reduzidas publicações referentes à visão que os idosos têm do cuidador, e sobre a relação entre o cuidador, família e o idoso. Assim, essas poderiam contribuir significativamente para uma melhor compreensão e entendimento dessa dinâmica. Por outro lado, os artigos que se referem à visão dos cuidadores de idosos são mais vastos e completos, e envolvem as representações sociais desses cuidadores, frente às mais variadas temáticas em saúde do idoso (hipertensão, câncer, acidente vascular encefálico) com números heterogêneos de indivíduos (CALIRI; OLIVEIRA; SILVA; SMITH, 2010).

Em outras áreas, as representações sociais são consideradas formas de explicações sobre diferentes olhares, de origem tanto dos indivíduos quanto dos grupos, e o reconhecimento da sua importância na comunicação, como fenômeno que permite afluir os indivíduos em uma rede de interação, em que qualquer coisa de individual pode se tornar social e vice-versa. Num primeiro momento, Moscovici preocupou-se com as relações entre as representações sociais e a ciência (JESUÍNO; MOREIRA, 2003).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) é um tipo de pensamento social, chamada de senso comum, com uma finalidade prática que implica numa série de funções interligadas, dentre as quais temos: a comunicação, apreensão, controle do meio social, cognição, proteção e legitimação dos grupos sociais (MOSCOVICI, 2003).

O conceito da representação social emergiu a partir de duas problemáticas: uma específica e outra geral. A primeira se aborda como a teoria científica é apropriada, transformada e utilizada pelo homem comum. A outra problemática menciona como se constrói um mundo significativo. As representações podem ser fatores constituintes do estímulo e modeladores da resposta, não sendo apenas mediadores entre os estímulos e as respostas. Constituída a representação, os indivíduos procuram criar uma realidade que valide as previsões e explicações, decorrentes dessa representação (VALA; MONTEIRO, 2002).

Além de uma intenção mais integrativa, a TRS possui pressupostos que consideram o comportamento social como um comportamento simbólico. Esta teoria utiliza métodos sistemáticos para observar, analisar e compreender o fenômeno do conhecimento do senso comum (CAMARGO, 2005).

A teoria das representações sociais é composta de quatro funções: formação de condutas, orientação das comunicações sociais, identitária e justificadora, que permitem ao indivíduo apreender o que este entendeu do mundo, bem como possibilita interpretar as suas relações e reações frente às mais diversas situações, orientando e organizando as suas formas de comunicação e conduta. Dessa forma, pode-se dizer que as representações sociais

possibilitam a reconstrução da realidade, a partir da interpretação dos elementos constitutivos do meio ambiente (JESUÍNO; MOREIRA, 2003).

As representações sociais compõem configurações de conhecimentos socialmente preparados, produzidos por grupos de indivíduos para se comunicar e entender tudo o que lhe é estranho. Porém, nem todo tema se torna um elemento de representação social para os grupos, e nem todos os fenômenos do mundo que circundam o indivíduo são contribuintes de se transformar em problemas de investigação científica da representação social. A definição dessa teoria permite explicar o espaço ocupado pela representação nas sociedades pensantes (TEIXEIRA; SCHULZE; CAMARGO, 2002).

Nessa teoria, não há separação entre o universo externo e interno do sujeito. Ou seja, o indivíduo não reproduz passivamente um objeto dado, ele o reconstrói e, assim, estabelece-se como sujeito, situando-se no universo social e material. Neste sentido, busca-se ressaltar que as representações sociais não são meras opiniões sobre ou imagens, mas são teorias coletivas sobre o real que têm uma lógica e uma linguagem características, uma estrutura de implicações fundamentadas em valores e conceitos, determinando um campo de comunicações possíveis de valores, ou de opiniões repartidas pelos grupos, regendo as condutas desejáveis ou admitidas (ALVES-MAZZOTTI, 2008).

Dessa forma, procurava-se introduzir a noção de uma atividade organizadora, sobre o duplo plano cognitivo e simbólico de um grupo ou de um indivíduo como componente de um grupo, que orienta a resposta, pois ela estrutura o estímulo, dando-lhe um sentido coletivamente compartilhado (HERZLICH, 2005).

A partir desse contexto, a Teoria das Representações Sociais pode ser utilizada para identificar os vários aspectos psicossociológicos, biológicos e culturais do envelhecimento humano, levando em consideração as condições de vida, vivências psicossociais dos idosos, na comunidade e estado de saúde, como fenômenos de produção de conhecimentos de sujeitos sociais particulares.

Este estudo busca elencar as características e modos de expressão da experiência subjetiva dos idosos na comunidade, que permitem organizar e analisar as representações sociais sobre a depressão e o envelhecimento, como conhecimentos latentes, resultantes do modo e do atuar socialmente, em realidades singulares compartilhadas, assinalando-se aproximações ou afastamentos das definições científicas sobre solidão e depressão, na concepção do conhecimento prático.

É pertinente lembrar que a representação de um objeto, por um grupo social, gera duas situações: ao objeto é conferido o *status* de signo e, depois, este se torna significativo. Todavia,

representar não significa simplesmente repetir, reproduzir ou desdobrar o objeto, é tentar refazê-lo, melhorá-lo e substituir o texto (MOSCOVICI, 2003).

Para o referido autor a Representação Social (RS) pode ser compreendida como uma modalidade do conhecimento, tendo por finalidade elaborar comportamentos e comunicação entre indivíduos.

As Representações Sociais possibilitam converter conceitos em categoria de linhagem, traduzindo-se na *objetivação* e na *ancoragem*, processos responsáveis pela sua formação. O primeiro processo consegue integrar teorias abstratas de um determinado grupo específico, em elementos do meio ambiente geral; enquanto o segundo designa a firme inserção de uma ciência na escala de valores, e entre eventos realizados pela sociedade. Os dois processos possuem fins parecidos, os quais transformam a ciência num saber útil a todos.

Os processos de *ancoragem* e a *objetivação* encontram-se dialeticamente articulados, funcionando com o objetivo de interpretar e traduzir o entendimento necessário da informação para os sujeitos sociais, pois está moldada pelo sujeito, partindo-se de referências passadas, ou seja, situações vividas como positivas ou negativas, que serviram de ancoragem para uma nova situação (VALA; MONTEIRO, 2002).

A ancoragem transforma uma figura em um sentido, no intuito de tornar interpretável o objeto, enquanto a objetivação, ao contrário, transforma um sentido em uma figura, dando materialidade a algo abstrato (MOSCOVICI, 2003).

Tomando como partida o seu caráter coletivo, a RS capacita o indivíduo a comprometer-se com um novo arranjo em sua prática social, fazendo com que as modificações, nas relações sociais, antes produzidas, adquiram novos contextos, comunicações e também representações sociais (VALA; MONTEIRO, 2002), frente ao objeto representado, em particular, ser idoso e a depressão.

O uso das representações sociais, em estudo, nem sempre terá uma aplicação como intervenção, mas toda ela necessita das considerações levantadas por esta teoria (JODELET, 2007). Diante do contexto, podemos observar que a teoria das representações sociais é de grande valia e aplicabilidade no campo da Gerontologia, pois permite a identificação de modos comuns de pensar e de atuar, em relação ao processo de envelhecimento e adoecimento, vivenciado pelos idosos, ao caracterizar os conhecimentos, valores e crenças desse grupo social a respeito do mesmo. Parte desses aspectos, tais como: as percepções das perdas, das incapacidades e das doenças são relevantes das representações da velhice, e são construídas nas conversações diárias dos grupos (VELOZ; NASCIMENTO-SCHULZE; CAMARGO, 1999).

Sendo assim, podemos ressaltar o quão importante é conhecer a representação social da velhice para os idosos, bem como esta poderá contribuir para melhoria da qualidade de vida deles. O conhecimento da percepção do idoso, em relação a uma velhice livre das doenças crônicas não-transmissíveis, entre elas a depressão, é de fundamental importância, pois a partir do entendimento destes, o processo de promoção da saúde e prevenção das doenças, entre estes indivíduos, tornar-se-á mais fácil a construção do conhecimento em relação ao tema. Tal fato poderá contribuir para proporcionar um envelhecimento bem-sucedido e saudável, bem como uma melhoria da qualidade da coletividade dos idosos (VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006).

Diante do aumento da expectativa de vida, nos dias atuais, e das doenças que podem advir a partir deste fato, tais como a depressão, é de fundamental importância compreender como os idosos estão vivenciando esta fase da vida. A partir do reconhecimento da representação social da depressão para os idosos, poderemos compreender quais os sentimentos, crenças, pensamentos, percepções, experiências vivenciadas e compartilhadas por estes, em relação a tal morbidade (MOSCOVICI, 2003).

**CAPÍTULO III**  
**METODOLOGIA**

---

### **3.1 Sobre o Estudo**

Trata-se de um estudo exploratório, em uma abordagem de natureza quantitativa e qualitativa, realizada na cidade de João Pessoa-Paraíba/Brasil, do Convênio: Universidade Federal da Paraíba – UFPB/Ministério da Saúde – MS: Projeto - TECNOLOGIAS ASSISTIVAS PARA IDOSOS ATENDIDOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (0598/2008), como um subprojeto: Condições de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais de Idosos nas Unidades de Saúde da Família (261/09) do convênio entre UFPB/Fundo Nacional de Saúde – FNS/MS.

### **3.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no município de João Pessoa, situado na região leste do Estado, sendo a capital da Paraíba. O município possui uma extensão territorial de 211,47 km<sup>2</sup> e uma população composta por 674.762 habitantes (IBGE, 2007).

O estado da Paraíba está localizado na região Nordeste do Brasil, fazendo divisa com os estados do Rio Grande do Norte, Ceará e Pernambuco.

### **3.3 População e Amostra**

A população estudo foi composta por um total de 61.281 idosos, residentes no município de João Pessoa-PB, de acordo com a contagem censitária realizada em 2007, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2007).

Para inclusão dos participantes no estudo, foram considerados os seguintes critérios:

- estar na faixa etária igual aos 60 anos ou mais de idade;
- residir no setor censitário do município, há mais de seis meses;
- possuir condições cognitivas (encontrar-se em condições de responder as questões sem ajuda) no momento da aplicação dos instrumentos;
- concordarem em participar do estudo;

A amostra foi constituída por 240 idosos, do tipo probabilístico por conglomerados, de duplo estágio, garantindo um erro máximo de 6,3% com 95% de probabilidade, em que se considerou o setor censitário como Unidade Primária da Amostragem (UPA). Em seguida foram sorteados 20 setores censitários, com probabilidade proporcional ao número de domicílios, composto por 617 setores censitários (IBGE, 2007).

Para ainda compor a amostra, procedeu-se a sua localização no mapa municipal de João Pessoa-PB, visualizando os bairros correspondentes a cada setor, para realização do arrolamento, considerando 32 idosos em cada setor, todos definidos, a partir de visitas domiciliares através de sorteio desses setores, em que foram listadas as suas ruas. Em seguida, foi realizado um segundo sorteio, determinando as quadras e ruas a serem visitadas pelo entrevistador. Para prevenção em caso de recusas ou não-respostas dos idosos, arrolou-se 640 pessoas, número que resulta de correção para taxa de resposta prevista em 80%.

### **3.4 Aspecto Ético**

A participação dos idosos (n=240) na pesquisa foi voluntária e atendeu à Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e as Diretrizes e Normas, que regem a pesquisa, envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). A presente proposta do estudo inicialmente foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley-UFPB, sob o número do protocolo 261/2009 (ANEXO A).

### **3.5 Instrumentos para Coleta de Dados**

Na coleta de dados, utilizou-se a técnica de multimétodo, a partir dos seguintes instrumentos:

- **Teste da Associação Livre de Palavras – TALP (APÊNDICE B)**, contendo questões subsidiadas pela Teoria das Representações Sociais. Esse teste permite a evocação de respostas, a partir de estímulos indutores, sendo utilizado, neste teste, as expressões sobre: «ser idoso» e «depressão», permitindo se evidenciar grupos semânticos de palavras.

- **Entrevista Semiestruturada** (APÊNDICE C) constituída por duas seções. A primeira seção contempla variáveis sobre Informações Pessoais; a segunda parte trata de questões sobre o Perfil Social.

- **Questionário - Escala de Depressão Geriátrica Abreviada – EDG** (ANEXO B), com a versão de 15 questões, consistindo em 15 grupos de afirmações ou questões dicotômicas – alternativas: 1- Sim; 0- Não. Trata-se de um dos mais adequados modelos de abordagem da depressão no idoso, que congrega os aspectos biopsicossociais para produzir e avaliar a sintomatologia da depressão (BRASIL, 2007a).

### **3.6 Procedimentos para coleta de dados**

Após a divisão dos setores, em quadras e ruas, foi realizada a seleção, identificação e treinamento dos pesquisadores (em dupla) por especialistas da UFPB e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP, dando-se início ao desenvolvimento da pesquisa pelo arrolamento dos idosos e o agendamento de uma visita, de acordo com a disponibilidade dos participantes, para proceder a aplicação dos instrumentos estabelecidos para a coleta de dados.

Durante o período de outubro a dezembro de 2010, na data previamente agendada com o participante, o pesquisador compareceu ao seu domicílio, localizado no setor censitário sorteado. Nesse momento, houve a apresentação do pesquisador aos sujeitos do estudo, dos objetivos da pesquisa, sendo esclarecido quanto ao respeito a seu anonimato e privacidade, bem como sua desistência em qualquer momento da pesquisa, conforme preconiza a Resolução 196/1996. Após os devidos esclarecimentos, houve o convite à participação, sendo concretizada pela assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

No caso de o participante não ser alfabetizado, a leitura do referido Termo foi realizado pelo acompanhante. Os demais instrumentos foram aplicados numa entrevista única, com um tempo médio de duração de, aproximadamente, 120 minutos.

### 3.7 Análise e discussão de dados

Os dados coletados na Entrevista Semiestruturada constituíram em banco de dados para utilização do *software* Excel – 2003. As informações contidas no banco de dados foram transferidas para o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) – versão 11.0, e 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 social dos idosos em relação às variáveis inerentes ao objeto de estudo, procedeu-se a análise estatística, através da construção de tabelas de frequências simples, medidas descritivas, cruzamentos de variáveis, sendo apresentadas em tabelas de frequências conjuntas e gráficos estatísticos pertinentes.

Os resultados aprendidos das questões abertas, referentes às representações sociais, foram analisados, **Testes da Associação Livre de Palavras**, constituído de questões abertas sobre ser idoso e depressão, das 240 *entrevistas*, correspondendo ao *corpus* que, após constituição do banco de dados, foi submetido ao *software* Alceste 2010.

O Alceste constitui um programa informático importante para auxiliar a análise de dados, principalmente quando se trata de analisar grande quantidade de material textual, proveniente de entrevistas, questionário e de diferentes documentos escritos. Esse ainda faz análise acerca da classificação hierárquica descendente, além de permitir uma análise lexicográfica do material textual, e oferece contextos (classes lexicais) que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário.

O referido programa toma, como base, um único arquivo (txt) ou unidades de contexto iniciais (UCI's), que são definidos pelo pesquisador e pela natureza da pesquisa. O processo de análise segue as seguintes etapas: identificação das palavras e suas formas reduzidas (raízes), e a constituição de um dicionário: segmentação do material discursivo em Unidades de Contexto Elementares (UCE's); delimitação de classes semânticas, seguida de sua descrição através da quantificação das formas reduzidas e função das UCE's, bem como das ligações estabelecidas entre elas; análise da associação e correlação das variáveis informadas às classes obtidas; e a análise das ligações estabelecidas entre as palavras típicas em função das classes - dendograma (CAMARGO, 2005).

Para análise do **Questionário - Escala de Depressão Geriátrica Abreviada** (EDG), foram utilizadas técnicas da estatística inferencial bivariada e multivariada, com uso do pacote

estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) por Windows: 11.0, tendo sido aplicados testes estatísticos, ao nível de 5% de significância.

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS DADOS**

---

#### 4.1 Caracterização dos Idosos

**TABELA 1** - Distribuição percentual das variáveis sociodemográficas dos idosos, João Pessoa-PB, 2011.

Variável	Categoria	Idosos pesquisados	
		N	%
Idade (anos)	60 a 65	58	24,2
	66 a 70	58	24,2
	71 a 76	52	21,7
	77 a 80	41	17,1
	81 a 85	21	8,7
	86 e +	10	4,1
	Total	240	100,0
Sexo	Masculino	73	30,4
	Feminino	167	69,6
	Total	240	100,0
Estado civil	Solteiro (a)	20	8,3
	Casado (a)	127	52,9
	Divorciado (a) /desquitado (a)	6	2,5
	Separado (a)	6	2,5
	Viúvo (a)	81	33,8
	Total	240	100,0
Religião	Católica	173	72,1
	Protestante	54	22,5
	Espírita	1	0,4
	Outra religião	12	5,0
	Total	240	100,0
Renda Familiar (salário mínimo)	<1	31	12,9
	1 - 3	63	26,2
	3 - 5	34	14,2
	5 - 7	34	14,2
	7 - 9	22	9,2
	> 9	09	3,7
	Não informou	47	19,6
	Total	240	100,0
	Sabe ler e escrever	Sim	192
Não		48	20,0
Total		240	100,0
Escolaridade (anos)	0 a 5	114	47,5
	6 a 10	59	24,6
	11 a 15	40	16,7
	15 e +	27	11,2
	Total	240	100,0

FONTE: Dados da pesquisa direta realizada em João Pessoa-PB.

A tabela 1 informa que, dos 240 idosos do estudo, a idade variou dos 60 aos 86 anos e mais, perfazendo uma média de 71,8 anos. Contudo, as faixas etárias que apresentaram um maior número de idosos, foram entre 60 a 65 anos e de 66 a 70 anos, com 58 (24,2%) idosos respectivamente, perfazendo uma frequência total de 116 (48,4%) dos participantes. A faixa etária de 86 anos e mais, obteve a menor frequência com 10 (4,2%) participantes.

No que se refere ao gênero, o feminino apresentou um número significativo em relação ao masculino, com 167 participantes (69,4%) e apenas 73 (30,4%) de homens. Tal fato pode estar associado ao processo de feminização da velhice no país, pois um elevado número de mulheres atinge a idade superior aos sessenta anos, segundo dados coletados no censo do ano 2000, e na contagem realizada em 2007 pelo IBGE (IBGE, 2010).

Segundo Neri (2007), o processo de feminização da velhice, do ponto de vista sociodemográfico, está relacionado a alguns fenômenos, tais como: a longevidade maior nas mulheres do que nos homens, a presença relativa maior de mulheres na população idosa, crescimento do número de mulheres idosas que integram a população economicamente ativa, e maior número de mulheres que são chefes de família. Tal processo também pode ser associado ao fato de as mulheres se cuidarem mais do que os homens, quando têm alguma enfermidade, expõem-se menos aos riscos, principalmente na idade adulta, mudanças nos padrões de sobrevivência das mulheres até a meia-idade, entre outros. Porém, outro fator vem contribuindo, no Brasil, que é o aumento da expectativa de vida ao nascer, e as idades na velhice, uma maior exposição dos homens às doenças cardiovasculares e às taxas elevadas de óbitos por câncer nesse sexo.

De acordo com Papaléo Netto, Yuaso e Kitadai (2005), apesar de as mulheres participarem mais do mercado de trabalho, estas recebem salários inferiores aos dos homens. No entanto, os homens sofrem mais de solidão, decorrente do maior tempo de sobrevivência e falta de emprego/renda, e apresentam uma maior incidência de doenças nas fases avançadas da vida. Tais fatos compõem essa tríade que pode justificar a expressão "feminização" da velhice.

Em relação ao estado civil dos participantes da pesquisa, exposto na tabela 1, a maioria (52,9%) dos idosos é casado, seguindo a condição de viúvos com 33,8% (81) e de solteiros por 8,3% (20). O estado civil de divorciado e separado apresentou uma menor frequência, com 2,5% (06 idosos) respectivamente.

A condição de a maioria apresentar o estado civil de casado, que implica na presença de uma companheira/um companheiro para compartilhar o cotidiano de estar idoso, pode contribuir para minimizar os sentimentos de solidão que permeiam essa fase da vida. Vale

salientar outro aspecto considerado positivo com a presença dessa companhia, o fato de que os idosos casados apresentam uma menor chance de limitação funcional (MACIEL; GUERRA, 2007).

Contudo, o estado civil da viuvez é enfrentado de forma diferente entre os gêneros, uma vez que o gênero feminino tende a permanecer só, enquanto o gênero masculino, em geral, casa-se novamente (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006).

Quanto à religião, foi verificado que 173 (72,1%) dos 240 idosos pertencem à religião católica, seguindo 54 (22,5%) idosos como protestantes e 12 (5,0%) se classificaram como de outras religiões.

O fato de a religião católica ser praticada pela maioria dos idosos da pesquisa se justifica por ser a religião predominante no país, e presente desde o período pré-colonial, quando foi introduzida pelos missionários. A religião católica desempenha uma enorme influência nos aspectos políticos, social e cultural dos brasileiros. No mundo, o Brasil é considerado o país com maior número de católicos, quando aponta que 61% dos brasileiros pertencem à mesma referida. A Paraíba registra que 84% da sua população são católicos. Mas, apesar disso, no transcorrer do século passado, foi verificado uma redução no interesse pela religião (WIKIPÉDIA, 2011).

Ainda analisando a tabela 1, observa-se que a maioria (26,2%) dos 240 idosos possui uma renda familiar que varia de 01 a 03 salários mínimos. Vale salientar que o salário vigente à época da pesquisa era de R\$ 510,00 (quinhentos e dez reais).

Em estudos realizados por Lebrão e Laurenti (2005), foi revelado que a maioria dos idosos recebia em média 2,1 salários mínimos, são os provedores da família, e dividem o seu salário para atender as despesas da sua casa, tais como: alimentação, moradia, transporte, entre outros.

Na tabela 1, no que se refere à escolaridade, os dados revelam que a maioria (80%) dos participantes informou saber ler e escrever, e que 20% referiram não saber ler e escrever. Todavia, quando analisada a escolaridade desse grupo em relação ao tempo de estudo, verifica-se que a maioria (47,5%) dos idosos frequentou a escola por um período mínimo de 05 anos, seguida de 24,6% (59) que estudaram de 06 a 10 anos; 16,7% (40) têm de 11 a 15 anos de estudo e 11,2% (27) referiram 15 e mais de estudo.

Diante do exposto, observa-se a necessidade de políticas públicas do Ministério da Educação e Cultura (MEC), voltadas para a inclusão dos idosos no sistema educacional de ensino, principalmente para aqueles que deixaram de estudar ou não foram alfabetizados.

Programas como da Educação de Jovens e Adultos (EJA) e Brasil Alfabetizado (PBA) foram criados e implementados por aquele ministério, com essa finalidade (BRASIL, 2011).

Porém, essas políticas não vêm a respaldar a garantia dos idosos quanto ao direito à educação, respeitando a sua peculiaridade de idade, estabelecida no Título II, Cap. V, artigo 20 do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2007b).

Desde 2003, o MEC realiza o Programa Brasil Alfabetizado (PBA), voltado para a alfabetização de jovens, adultos e idosos, permitindo o acesso à cidadania e despertando o interesse pela elevação do nível de escolaridade. Desenvolvido em todo o território nacional, o programa atende, prioritariamente, a 1.928 municípios que apresentam taxa de analfabetismo igual ou superior a 25%, com destaque de sua implementação, na região Nordeste do país, sendo aproximadamente 90% dos municípios contemplados, desta região. Dados referentes ao ano base 2010 mencionam que o programa atende, nesta região, a aproximadamente 943.609 alfabetizandos, dos quais 252.013 são idosos, com idade, variando de 60 a 80 anos ou mais. A Paraíba registra 72.613 alfabetizandos, dos quais 15.938 são idosos (BRASIL, 2011).

Entretanto, essa iniciativa do governo nos chama a atenção para o fato de o país não estabelecer um programa de educação específico e direcionado para a pessoa idosa, desconsiderando que essa faixa etária pode apresentar interesses e realidades distintos entre si, refletindo uma inserção da pessoa idosa aos programas existentes e não à sua inclusão (ANDRADE, 2007).

Porém, esse fato apresenta certa incoerência com a Lei nº 10.741/03, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, no Título II, Cap. V, artigo 21, ao estabelecer que “o poder público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material de didático aos programas educacionais a ele destinados” (BRASIL, 2007b, p.13). Sendo assim, os cursos especiais para os idosos devem abordar as técnicas de comunicação, computação e outros avanços tecnológicos, integrando-os às necessidades que a vida moderna exige. Neste sentido, os currículos mínimos dos diversos níveis, de ensino formal, deverão ser inseridos e voltados ao processo de envelhecimento.

## 4.2 Sintomatologia da Depressão em Idosos

A Tabela 2 apresenta sintomatologia da depressão de 240 idosos segundo a **ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG)**.

**TABELA 2** - Classificação da sintomatologia da depressão de idosos, segundo Escala de Depressão Geriátrica (EDG) - João Pessoa-PB, 2011.

Classificação da depressão	Idosos	
	N	%
Normal (0-5 pontos)	182	75,8
Depressão Leve (6-10 pontos)	47	19,6
Depressão Severa (11-15 pontos)	11	4,6
<b>TOTAL</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Dados da pesquisa...

Analisando a tabela 2, verifica-se que 75,8% (182) dos idosos foram considerados na classificação da referida escala como normais; 19,6% (47) dos idosos se encontram na depressão leve, e apenas 4,6% (11) dos idosos se enquadram na depressão severa. Ou seja, 24,2% (58) dos idosos participantes do estudo apresentaram sintomatologia depressiva.

Em nosso país, a presença da depressão entre os idosos vem aumentando significativamente nos últimos anos, com uma prevalência variando nesse grupo de 4,7% a 36,8%. Esse distúrbio é considerado como um dos problemas psiquiátricos mais comuns encontrados nas pessoas idosas (BRASIL, 2007a).

A depressão, de acordo com grau de gravidade, pode ser classificada em leve, moderada e grave. Porém, para o diagnóstico do episódio depressivo, dois dos três principais sintomas (humor deprimido, energia reduzida ou perda de interesse e prazer) e dois dos demais sintomas (autoestima diminuída, ideação suicida) devem estar presentes, sendo acompanhados de interferência funcional ou social (CORDIOLI et al., 2008).

O quadro da depressão leve caracteriza-se por vários sintomas de menor intensidade que podem ser encontrados na depressão severa. Porém, na depressão severa, o indivíduo pode apresentar uma maior exacerbação da paranóia de desilusão e falta de objetivo (BRASIL, 2007a; McINTYRE; ATWAL, 2007).

### 4.3 Caracterização das variáveis sociodemográficas em relação à depressão

Nesta etapa foi realizada a análise e discussão dos dados sociodemográficos em relação à classificação do grau de depressão dos idosos participantes do estudo.

**TABELA 3** - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos idosos em relação ao grau de depressão - João Pessoa-PB, 2011.

Variável	Grau de depressão							
	Normal		Leve		Severa		Total	
	N	%	N	%	n	%	N	%
<b>Idade (anos)</b>								
60 a 65	47	25,8	09	19,1	02	18,2	58	24,2
66 a 70	45	24,7	12	25,5	01	9,1	58	24,2
71 a 76	34	18,7	14	29,8	04	36,3	52	21,6
77 a 80	33	18,1	06	12,8	02	18,2	41	17,1
81 a 85	18	10,0	03	6,4	-	-	21	8,7
86 e +	05	2,7	03	6,4	02	18,2	10	4,2
Total	182	100,0	47	100,0	11	100,0	240	100,0
<b>Sexo</b>								
Masculino	65	35,7	04	8,5	04	36,4	73	30,4
Feminino	117	64,3	43	91,5	07	63,6	167	69,6
Total	182	100,0	47	100,0	11	100,0	240	100,0
<b>Estado civil</b>								
Solteiro (a)	14	7,7	08	17,0	01	9,0	23	9,6
Casado (a)	102	56,0	20	42,6	04	36,5	126	52,5
Divorciado (a)	05	2,8	-	-	01	9,0	06	2,5
Separado (a)	01	0,5	03	6,4	01	9,0	05	2,1
Viúvo (a)	59	32,5	16	34,0	04	36,5	79	32,9
Outros (NS/NR)	01	0,5	-	-	-	-	01	0,4
Total	182	100,0	47	100,0	11	100,0	240	100,0
<b>Religião</b>								
Nenhuma	02	1,2	01	2,1	01	9,1	04	1,7
Católica	132	72,5	33	70,2	08	72,7	173	72,1
Protestante	42	23,1	10	21,3	02	18,2	54	22,5
Espírita	-	-	01	2,1	-	-	01	0,4
Judaica	01	0,5	-	-	-	-	01	0,4
Outra religião	05	2,7	02	4,3	-	-	07	2,9
Total	182	100,0	47	100,0	11	100,0	240	100,0
<b>Renda</b>								
<1	16	8,8	14	29,8	01	9,1	31	12,9
1 - 3	49	26,9	12	25,5	02	18,2	63	26,2
3 - 5	31	17,0	02	4,3	01	9,1	34	14,2
5 - 7	28	15,4	03	6,4	03	27,2	34	14,2
7 - 9	16	8,8	04	8,5	02	18,2	22	9,2
> 9	04	2,2	04	8,5	01	9,1	09	3,7
Não informou	38	20,9	08	17,0	01	9,1	47	19,6
Total	182	100,0	47	100,0	11	100,0	240	100,0
<b>Saber ler e escrever</b>								
Sim	154	84,6	30	63,8	08	72,7	192	80,0
Não	28	15,4	17	36,2	03	27,3	48	20,0
Total	182	100,0	47	100,0	11	100,0	240	100,0
<b>Escolaridade (anos)</b>								
0 a 5	82	45,1	27	57,4	05	45,4	114	47,5
6 a 10	45	24,7	11	23,5	03	27,3	59	24,6
11 a 15	29	15,9	08	17,0	03	27,3	40	16,7
15 e +	26	14,3	01	2,1	-	-	27	11,2
Total	182	100,0	47	100,0	11	100,0	240	100,0

FONTE: Dados da pesquisa...

A tabela 3 nos revela que há significância na associação entre as variáveis sociodemográficas e os níveis de depressão apresentados pelos participantes. Esses dados tornam-se importantes, pois demonstram que os níveis de classificação da depressão podem atingir, de forma desigual, os idosos no que se refere ao gênero e saber ler e escrever, por apresentar um Qui-quadrado de 13,3 e 10,468, segundo a análise dos dados pelo *software SPSS*.

Na análise dos dados, em relação ao gênero, pode-se visualizar a predominância do quadro depressivo no gênero feminino, ou seja, das 167 mulheres participantes do estudo, das quais um total de 29,9% (50) apresentou uma classificação de depressão grau leve ou severo. No gênero masculino, composto por 73 participantes, apenas um total de 11,0% (08) apresentou a mesma classificação do sexo feminino.

Estudos confirmam que a depressão, quando diagnosticada nos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, em relação ao gênero, é mais prevalente nas mulheres do que nos homens, ou seja, são 02 (duas) mulheres acometidas para cada homem. Porém, no presente estudo, ao aplicar a proporcionalidade em relação à depressão entre ambos os sexos (50 mulheres e 08 homens), verifica-se que, para cada sujeito do sexo masculino, aproximadamente corresponde 6,3 sujeitos do sexo feminino, que apresentam alguma classificação de quadro depressivo. Tal fato confirma uma maior prevalência de sintomas da depressão no sexo feminino (BRASIL, 2007a).

Quanto à idade dos participantes do estudo, verificou-se uma maior frequência da sintomatologia depressiva na faixa etária de 71 a 76 anos. Ou seja, 7,5% (18) dos idosos apresentaram sintomas de quadro depressivo, distribuídos, respectivamente, em 5,8% (14) com grau leve e 1,7% (04) por grau severo.

Ainda que a maioria dos idosos possa ser considerada saudável psiquicamente, estes são muito mais vulneráveis aos distúrbios psiquiátricos do que as pessoas mais jovens. A depressão nos idosos é mais comumente presente a partir dos 70 anos, pois a sua prevalência aumenta significativamente após os 75 anos de idade. Nas pessoas que ainda não chegaram aos 60 anos, mas que estão próximas da aposentadoria, a prevalência dessa morbidade tende a aumentar nos anos que a antecedem, diminuindo na década subsequente, e torna a se elevar após os 70 anos (BRASIL, 2007a).

No que se refere ao estado civil, pôde-se observar que, dos 126 idosos casados, 81,0% (102) não apresentaram sintomatologia que classificassem um grau depressivo. Apenas 16,0% (20) dos 126 casados apresentaram sintomatologia de graus de depressão leve e 3,0% (04) na depressão severa. Entre os idosos considerados viúvos o quadro depressivo foi mais

evidenciado, uma vez que 79 (32,9%) de idosos viúvos, 20,3% (16) apresentaram grau de depressão leve e 5,1% (04) com o grau severo.

No que se refere ao estado civil, os dados demonstram uma diferença significativa entre os idosos que residem com um companheiro/casados (126 idosos), em relação àqueles que residiam sozinhos (viúvos, solteiros). Essa realidade identificada ergue a hipótese de que os idosos que vivem só possam referenciar, com maior frequência, sintomas depressivos.

O fato de morar só e/ou não ter um companheiro (a) poderá determinar a presença de um quadro depressivo, que pode estar associado ao processo de solidão vivenciado pelo idoso. Os outros fatores que, às vezes, contribuem para o surgimento de sintomas depressivos em um indivíduo são as causas externas, como perda de entes queridos e a perda de status social (PARADELA; LORENÇO; VERAS, 2005; ZIMERMAN, 2000).

Porém, é pertinente mencionar que os fatores que podem aumentar em até 05 (cinco) vezes a incidência de depressão nos idosos institucionalizados são: a presença de comorbidades, história prévia da doença e não ter um companheiro (FERRARI; DALACORTE, 2007).

Ao analisar o grau de depressão em relação à religião, os dados indicam que os idosos, sem qualquer tipo de religião, apresentaram grau depressivo que merece atenção, quando dos 04 idosos que afirmaram não possuir nenhum tipo de religião, 50% (02) apresenta grau de depressão leve e severo.

A realidade da classificação da depressão encontrada entre esses idosos, quando nos referimos à situação de não possuírem religião, explica-se pelo fato de poderem estar vivenciando um processo de solidão. A partir do momento em que os idosos participam, ou não, de algum grupo ou atividades religiosas que são oferecidas à comunidade, podem contribuir para o não aparecimento de sintomas depressivos e para uma melhor qualidade de vida. Segundo Paradela, Lourenço e Veras (2005) em estudo realizado, a solidão pode ser um fator determinante para o aparecimento de quadro depressivo.

Em relação à renda familiar, associada ao grau de depressão, verificou-se que, dos 240 idosos, que recebem menos de um salário, a mais de nove salários mínimo ou sem informar a renda, a maioria (182) não apresentou grau de depressão (normal). Dos 47 idosos que se encontram com grau de classificação leve, destacam-se aqueles (26) que recebem menos de um salário, até três salários mínimos. Entre os 11 idosos com grau de depressão severa, os dados nos chamam atenção para 3(três), ou seja, 27,2% de idosos que recebem de 5(cinco) a 7(sete) salários mínimos.

Um dado relevante de ser observado foi a presença de sintomatologia depressiva, entre o total de 09 (3,8%) idosos, que informaram ter renda familiar superior a 09 salários mínimos, 04 (44,4%) se apresenta com grau de depressão leve e 01 (11,2%) severo.

A baixa renda familiar dos idosos pode estar associada à baixa escolaridade, pois as restrições impostas, principalmente ao meio rural, dificultavam e dificultam o acesso desses aos meios de alfabetização (MACIEL; GUERRA, 2007). Além de ser uma questão de cidadania, a educação pode propiciar maiores possibilidades e oportunidades de trabalho, em especial para os idosos. E, dessa forma, a partir de uma melhor qualificação e renda, teriam melhores condições de moradia, acesso aos serviços sociais e saúde.

Em relação ao nível de escolaridade, observou-se que, do total de 182 idosos que evidenciam grau de depressão (normal), 154 (84,6%) sabem ler e escrever, e 28 (15,4%) não possuem essa qualificação. Dos 58 idosos que apresentam grau de depressão, a maioria, que se destaca no grau leve (63,8%) e severo (72,7%), sabem ler e escrever.

E, no que se refere ao nível de escolaridade, considerando anos estudados, associado ao grau de depressão, um total 32 (13,3%) dos 82 idosos da amostra, com zero a 5 anos de estudo, possuem sintomatologia depressiva, sendo 84,4% (27) com grau de depressão leve e 15,6% (05) severo.

No Brasil, em relação ao analfabetismo, os idosos que estudaram no máximo 03(três) anos, e têm idade de 75 anos ou mais, foram considerados analfabetos funcionais. Porém, a proporção de idosos que completaram pelo menos o ensino médio subiu de 7,5% para 10,5% ou seja, 40% de aumento. As pesquisas apontam que 59,4% dos idosos são responsáveis pelo domicílio (IBGE, 2011).

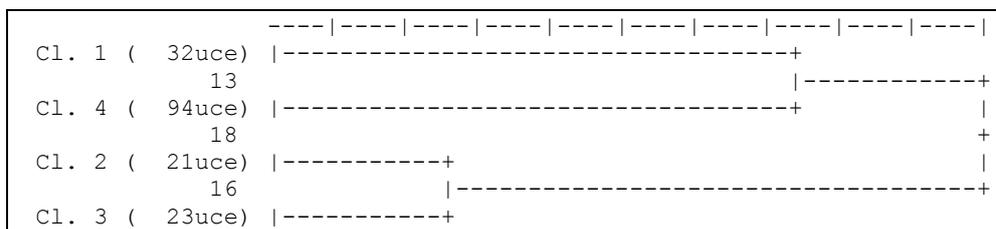
Segundo Maciel e Guerra (2007), o grande número de pessoas analfabetas em nosso país ratifica a ideia de uma rede de serviços sociais ineficiente durante a vida. Tal ineficiência pode ser observada ainda em outros aspectos, tais como: habitação, cultura, renda e saúde. O que preocupa é que a saúde mantém íntima relação com a escolaridade. Relacionado a isso, ressalta-se o fato de as pessoas menos favorecidas, em termos educacionais, não terem maiores preocupações com sua saúde e capacidade de recuperação, além de possuírem hábitos higiênicos pouco saudáveis.

#### 4.4 Representações Sociais sobre Ser Idoso e Depressão

O resultado obtido das entrevistas constitui o *corpus* formado pelas 240 entrevistas, e 240 testes de associação livre de palavras, definidas como Unidades de Contexto Iniciais (UCI's), que foram analisadas com o auxílio do programa informático *Alceste 2010*, que teve, por base, a distribuição de vocabulários, seguindo as etapas, realizadas a partir de uma classificação hierárquica de palavras, em etapas distintas.

Os resultados obtidos indicam que, na análise hierárquica realizada, 316 UCE's foram selecionadas, com 100% das UCE's utilizadas, correspondendo a 232 palavras aproveitadas, correspondendo a 83,8% do *corpus*.

A análise hierárquica descendente, realizada em seguida, reteve 170 UCE's, das 316 presentes no *corpus*, originaram 04(quatro) classes de segmentos (UCE's) de texto diferentes entre si, sobre as representações sociais de idoso e depressão (Gráfico 1).



**GRÁFICO 1** - Classificação Hierárquica Descendente

**FONTE:** Dados da pesquisa...

Segundo demonstra o gráfico 1, sob a forma de dendograma, com a distribuição das classes e seus respectivos percentuais, no primeiro momento, o *corpus* foi dividido em dois subgrupos que se opõem; de um lado, têm-se as classes 2 e 3; do outro lado, essas classes se associam nas classes 1 e 4.

O perfil característico de cada classe, tal como sugerido pelo *Alceste*, é feito a partir do vocabulário específico, variáveis e sujeitos que corroboraram para a construção das UCE's, de cada classe. Estes são escolhidos de acordo com o valor das suas frequências e *qui-quadrados* ( $\lambda^2$ ) (COSTA; CAMINO; MOREIRA, 2007).

As classes mencionadas podem ser responsáveis por indicar RS ou campos de imagens sobre um determinado objeto, ou apenas aspectos de uma só representação. O que indicará se elas são as representações sociais, os seus conteúdos e a sua relação com os fatores ligados ao plano geral de cada pesquisa (CAMARGO, 2005).

A análise dinâmica dos textos das UCE's, mais características de cada classe, apresentadas pelo *software*, proporcionou condições de inferência acerca do que geriu a constituição das classes e, com isso, sua contextualização.

A classe um - **Sentidos associados a ser Idoso e Depressão**, detém 32 UCE's, o que corresponde a 18,82% das UCE's, com 582 palavras selecionadas, e uma média de 11,56 palavras por UCE, exemplificadas na tabela 4.

**TABELA 4** – Sentidos associados a ser Idoso e Depressão, João Pessoa-PB, 2011.

Palavras	Frequência	$x^2$
Abandono	12	4.41
Ajuda	15	24.64
Assistência	3	4.57
Carinho	3	13.17
Criança	6	3.96
Família	26	7.75
Feliz	6	9.32
Filho	14	20.64
Mãe	8	5.34
Maus tratos	5	5.72
Negativo	3	4.57
Pai	8	5.34
Pensamento_ruim	3	4.57
Precisa	11	22.36
Saúde	16	4.03
Sufrimento	32	12.35
Suicídio	9	14.24

**FONTE:** Dados da pesquisa...

Para os entrevistados, o idoso vivencia *abandono* e, na depressão, *precisa* de *ajuda*, *assistência* e *carinho* da *família*. Lembra, ao mesmo tempo, *maus-tratos* que acarretam *sofrimento*. A depressão traz *pensamento ruim*, pois o idoso precisa ter boa *saúde* para não cometer *suicídio*, conforme atestam as falas dos idosos:

[...] *querer ajudar a pessoa e não poder, consolar, dar carinho, dar amor, vizinha. Idoso lembra minha mãe, uma tia que cuidou de mim, meu pai, família, morte [...] ruim, sofrido, doença, esposa, sofrer, positivo, benção,*

*família, filho, moradia, bom, graças a Deus. Mais feliz do que a mocidade. Sofri quando pequeno, hoje estou bem. Tempo de pequeno tomando leite de cabra, era difícil arrancar os dentes quando criança [...] os idosos atualmente criam os filhos e netos em casa, precisam de uma condição financeira favorável, fazer parte da família, porque o idoso tem sido excluído [...] depressão significa tristeza, lástima, ajuda, abandono, médico, abrigo, saúde, ajuda, família, abandono. Quando a pessoa é idosa, feliz, com a família é muito bom, é uma felicidade; mas eu perdi o meu filho, eu não tenho mais nada, nem felicidade, não tenho mais vida [...] sofrimento, superação, solidão, morte, suicídio. Idoso lembra mãe, velho, dependência, incapacidade, cuidado. Idoso se sente uma pessoa feliz, os filhos cuidam e amam [...] dormir, remédio, terrível, nossa senhora, vida, família, limitação, cuidado, saúde. Ser idoso nos dias de hoje está tudo perdido, só querem o dinheiro do idoso [...] morte, agitação, choro, suicídio. Idoso significa sofrimento, família, maus tratos, abandono, desprezo [...] abandono, abrigo, maus-tratos [...]*

Para os idosos, as relações afetivas vivenciadas na realidade são importantes no processo de envelhecimento dos indivíduos, e podem contribuir com aspectos negativos e /ou positivos, formando as representações sociais que estes têm diante desse processo, nessa fase da vida. Dessa forma, podemos citar Crepaldi (2005, p.196), quando relata que representação social “é uma noção prática que nos permite teorizar e apreender os eventos da nossa vida cotidiana, a partir das informações que circulam através dela”.

As falas dos idosos revelam a importância e a influência da afetividade, na sua vida diária como indivíduo inserido em uma sociedade. Bem como os idosos necessitam desse tipo de relacionamento, com suporte em suas vidas, para viver bem, principalmente no que diz respeito às relações afetivas familiares.



Paciência	18	5.36
Sozinha	6	10.80
Tenho	7	8.14
Velha	3	23.53
Em-cima-de	3	21.67

FONTE: Dados da pesquisa...

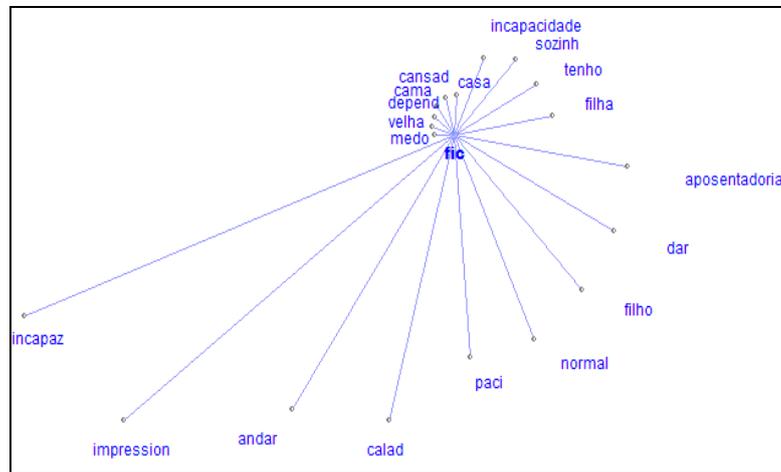
Para as idosas divorciadas que se encontram nas faixas etárias entre 77 a 80 anos e 86 anos e mais, ser idoso é ficar *calada, incapaz, cansada, sozinha e dependente*, representando os **efeitos negativos** do processo de envelhecimento. A *aposentadoria* é associada a *cama, medo e incapaz*; ser idoso é *normal, andar, filho, filha e casa*, caracterizando os **efeitos positivos**.

Tais conteúdos são exemplificados nas falas:

*[...] tenho medo de ficar em cima de uma cama [...] eu tenho medo, egoísmo de ficar muito enrugada [...] triste, ruim, cama, louca, calada. Idoso lembra tristeza, queda, dependência, aposentadoria, casa. Ser idoso é ruim, fica dependente [...] ruim, calado, casa, impressionar. Idoso significa cansado, andar, jogar, doença, normal. Ser idoso é ficar uma pessoa mais experiente [...] horrível, doença, sofrimento, pior, grave. Idoso é inválido, medo, dependência, doente, ficar na cama. Tem medo de ficar dependente da família, dar trabalho em cima de uma cama [...] enlouquecer, internação, não poder andar sozinha, dependência. Idoso é mau trato, tristeza, internamento, hospitalização, mudança, diferente. Ser idoso é uma vida muito ruim. Quando a pessoa fica velha só pode ser mais triste [...] triste, calado, trancado, cama. Idoso é ruim, feia, desrespeitada, incapaz, dor. Ser idoso é bom, normal [...] triste, incomoda, acaba a saúde da pessoa, acaba a vida da pessoa. Idoso é triste, não poder fazer mais nada, ficar em casa, dependência, filhos [...] antes poderia fazer as coisas e hoje não pode fazer mais nada. Antes a pessoa brincava e agora só fico em casa, a minha filha quem cuida de mim coitada, dependo dela para tudo [...] tem que se divertir praticar esporte, sair e se divertir, andar sozinha [...]*

O envelhecimento, para alguns estudiosos, compreende um componente biológico com prolongamento do programa da vida que termina com a morte, podendo também ser relacionado a algo que existiu, ou a unidades de tempo, passadas desde o nascimento, e o

período final de uma observação (CARVALHO FILHO; ALENCAR, 2004; SPIRDUSO, 2005). Neste sentido, o gráfico 3 abaixo, reflete a imagem dos idosos sobre envelhecimento.



**GRÁFICO 3** - Imagens do Envelhecimento.

Os seres humanos vivenciam este período de várias maneiras, sendo diferente para cada indivíduo, fato que pode determinar se alguns vão viver mais e/ou possuem uma melhor qualidade de vida melhor que outros (SPIRDUSO, 2005).

Alguns indivíduos enfrentam o envelhecimento como um processo da vida negativo, associando-o à dependência, ou à necessidade de uma melhor renda para sua sobrevivência (McINTYRE; ATWAL, 2007).

A *classe três* – **Impacto de Ser Idoso e Depressão** com 23 UCE's, equivalente a 13,53% das UCE's analisadas, das 430 palavras selecionadas, com uma média de 14,83 palavras analisadas por UCE's, com as mais significativas, representadas abaixo.

**TABELA 6** – Impacto de Ser Idoso e Depressão, João Pessoa-PB, 2011

Palavras	Frequência	$\lambda^2$
Alimentação	3	7.37
Boa	4	4.66
Calma	3	7.37
Coisa	14	17.35
Desgosto	4	26.18
Doença	43	4.65
Doente	6	7.07
Envelhece	4	13.23

Lembra	56	4.45
Normal	4	4.66
Pensamento	6	15.01
Raiva	4	26.18
Remédio	6	15.01
Trabalho	10	19.61
Velhice	4	4.66
Velho	21	38.96

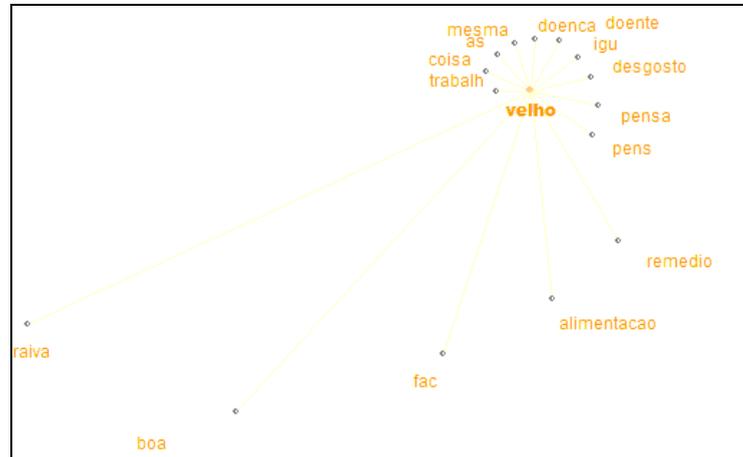
FONTE: Dados da pesquisa...

Para os idosos, situados na faixa etária de 77 a 80 anos, a depressão é própria do *velho* e significa, por um lado, *desgosto, remédio, desgosto, doença e doente*, com **conteúdos negativos**. Para os demais idosos, ser idoso é uma etapa da vida que precisa de *boa alimentação, trabalho* e de *si mesmo*.

Pode-se inferir que os idosos demonstram sentimento de *raiva*, ao falarem sobre o envelhecimento. Esses conteúdos são exemplificados nas seguintes falas:

*[...] depressão mata, morte, penso no pior. Idoso lembro de velho, não serve para nada, ainda pode contar para alguma coisa, trabalho, discriminação[...]alguém que está sempre esperando o tempo vir. A gente fica sempre esperando isso. Mas, a gente fica pensando que quando envelhecer vai ser de um jeito[...]triste, sem gosto, morrer, pensamento, vazio; discriminação, velhice, doença, ruim, estabilidade; ser forte, se movimentar, ter autonomia sobre as coisas [...]depressão lembra ruim, pensamento, libertação, suicidar, DEUS. Idoso lembra valor, pouco, bem, disposição, inútil. Ser idoso é me sinto nova, faço as mesmas coisas de quando era jovem [...] nunca pensei que ia enfrentar tantos problemas. A gente quando fica velho as pessoas se separam, não tem quem dê a mão, a família abandona e não procura nem ter notícia da gente [...] depressão significa estímulo, pensamento, horrível, doença, mundo. Idoso lembra anos, bom, não sei, dependente, locomoção. É uma pessoa que vai perdendo as capacidades, locomoção[...] fica avexado, agoniado, vontade de fazer as coisas, falar besteira, minha saúde. Idoso significa fim da vida, morte, ficando mais velho, mais de cem anos, viver mais [...] choro a toa, remédio, insônia, desgosto, raiva. Idoso sofre muito, abuso, desobediência, castigo, maus-tratos. Ser idoso não tem vantagem, é dependente [...]*

Nessa classe semântica, tais conteúdos têm dimensões positivas e negativas que são associadas, tanto ao impacto da depressão, quanto do envelhecimento, e se encontram como imagens apresentadas no gráfico 4 a seguir .



**GRÁFICO 4** – Imagens do Impacto de ser Idoso e Depressão.

As imagens, associadas ao impacto de ser idoso e depressão, retratam a responsabilidade da família com o idoso em que é expresso o sentimento de abandono, ao deixarem seus familiares para ficarem em instituições de longa permanência, ou em suas próprias casas e sem cuidados dos mesmos.

Nesse sentido, Chaimowicz e Greco (1999) afirmam que, no mundo capitalista, não há mais quem fique em casa cuidando daquele que envelheceu. Há a necessidade de se buscar uma alternativa viável, daí a institucionalização.

A classe quatro – **Descrições sobre Sintomatologia da Depressão e Ser Idoso**, com 1554 palavras retidas, formadas por 94 UCE's, ou seja, correspondendo 55,29% das UCE's selecionadas, com uma média de 53,60 palavras analisáveis por UCE's.

**TABELA 7** – Descrições sobre Ser Idoso e Sintomatologia da Depressão, João Pessoa-PB, 2011.

Palavras	Frequência	$\lambda^2$
Acumula	5	4.17
Angústia	12	10.44
Cabelos brancos	5	4.17
Conhecimentos	5	4.17
Depressão	139	10.58
Descanso	7	5.90

Desespero	5	4.17
Desprezo	14	23.58
Experiências	32	5.68
Idoso	156	7.08
Isolamento	23	3.73
Paz	9	7.68
Respeito	21	15.46
Ruim	52	7.62
Sabedoria	14	3.34
Solidão	29	24.08
Tranquilidade	7	5.90
Triste	84	12.71
Vivida	9	7.68
Vivo	21	4.23

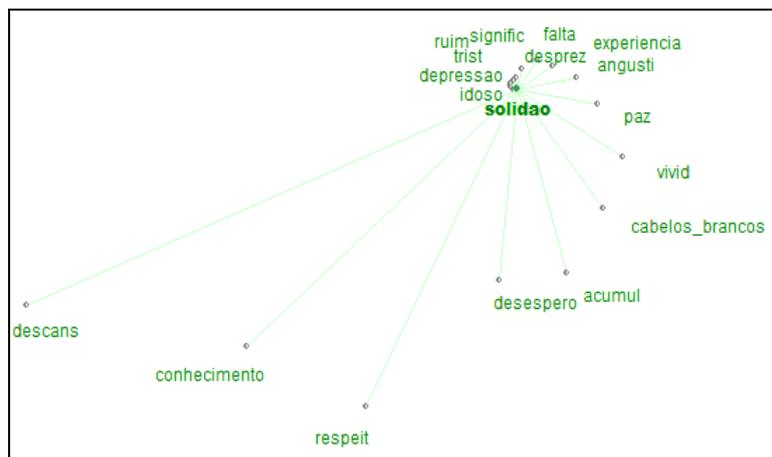
FONTE: Dados da pesquisa...

Ser idoso foi associado à *solidão* para os idosos solteiros, na faixa etária de 66 a 70 anos, e sendo os que mais contribuíram para a formação dessa classe. Nesse sentido, por um lado, ser idoso é representado pela vivência de *solidão*, *desprezo*, *angústia*, *depressão* e *desespero*; por outro, descreve o ser idoso como uma pessoa de *cabelos brancos* que tem *paz*, *experiência*, *acúmulo de conhecimentos*, *respeito* e *precisa de descanso*.

Com relação à depressão, podem-se apresentar dimensões significativas expressas nas falas abaixo e também demonstradas no gráfico 5 a seguir:

*[...]angústia, tristeza, decepção, desespero, ruim. Idoso é descartável, falta de respeito, ultrapassado, violência, agressão; experiências e lutas ganhas, vencidas. Os cabelos brancos significando coroa da glória [...] escuridão, solidão, tristeza, desespero, horrível; idade avançada, cabelos brancos, ruga; ter experiência [...] braba, triste, não presta, ruim, solidão; cabelos brancos, ruga, feio, permissão de DEUS, vaidade; pessoa que viveu muito [...] solidão, tristeza, falta de fé, angustia, chorar. Idoso é idade, solidão, vivência, experiência, aposentadoria; ter vivido bastante, ter experiência e ser sozinho [...] doença, sentimentos, morte, problemas de família, solidão; experiência, conhecimentos, piora, doença, inutilidade; ter acima de sessenta anos e perder a vivacidade [...] pior, ruim, problema, solidão, não se sente bem consigo mesmo; falta de locomoção, depressão, esperança, debilidade, fim de tudo [...] acúmulo, problemas, solidão, dedicação,*

*isolamento; esperado, vida, idade, aproximação, espírito jovem; vê a vida passar e juntar experiência [...] ruim, triste, solidão, pensamento ruim, ficar sozinho; experiência, sabedoria, esperado, vida, nada muda; viver muito [...] perda de amor, tristeza, falta de brilho nos olhos, vontade de viver, doença; criança, lembranças, insegurança, amor, solidão[...]*



**GRÁFICO 5** – Imagens de ser Idoso e Depressão.

A depressão é considerada pelos idosos uma consequência do tipo de vida do idoso, ao longo da sua existência. Verificam-se aspectos psicossociais, associados a ser idoso, e a depressão, tanto de conteúdos positivos quanto negativos.

Nas falas dos idosos, a depressão é atribuída a uma pessoa que foi, ao longo da vida, perdendo o sentido de viver e se sentindo excluída socialmente (DUARTE, 2004). Para a sociedade, a idade serve para atribuir diferentes papéis aos indivíduos, sendo um dos mecanismos básicos. Ou seja, papéis são conferidos não em função dos direitos e responsabilidades, mas da idade social. Esta é designada pelos papéis que se pode, deve-se, pretende-se, deseja-se ou se tem de desempenhar em sociedade, e que determinam o modelo de comportamento que se espera dos idosos. Para Zimmerman (2000), esta situação é agravada pela falta de um suporte familiar adequado, em que as famílias não se preparam para o envelhecimento de seus membros.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Esse estudo procurou avaliar a sintomatologia da depressão referida por idosos, conhecer as representações sociais sobre ser idoso e depressão, e identificar aspectos psicossociais associados a ser idoso e depressão.

Considerando os aspectos sociodemográficos do grupo (240 idosos) analisado, na faixa etária de 60 anos e mais, em média de 71,8 anos, sendo na sua maioria composto pelo gênero feminino (167 idosas), casados, participantes da religião católica, com renda familiar variando de menos de 01 a 05 salários mínimos, sendo que 80% (192) dos idosos sabem ler e escrever e possuem escolaridade em até 5 anos de estudo.

No que se refere ao grau mais significativo da classificação da sintomatologia da depressão (leve e severa), entre os idosos participantes do estudo, comparando às características sociodemográficas, observa-se que estes se encontravam na faixa etária entre 71 e 76 anos, predominando o gênero feminino, nos casados ou viúvos, com religião, renda familiar variando de menos de 01 a 03 salários mínimos, que sabem ler e escrever, e com menos de 05 anos de estudo. Outro dado significativo refere-se à sintomatologia depressiva, compatível com grau severo em idosos com um maior grau de escolaridade e renda familiar.

Dessa forma, salienta-se que o aparecimento da sintomatologia da depressão em idosos poderá estar relacionado às condições socioeconômicas, culturais e aos aspectos biológicos, em especial dos participantes deste estudo.

Tal situação ratifica a necessidade da elaboração de políticas públicas de saúde, bem como da sua efetiva implantação e implementação, para atender as desigualdades socioculturais que se apresentam no grupo, com a finalidade de viabilizar e facilitar os benefícios oferecidos aos idosos, e que, certamente, possam garantir um atendimento integral, capaz de minimizar os riscos à sua saúde. Dessa forma, o alcance do envelhecimento ativo, referenciado pela Organização Mundial da Saúde, tanto para países desenvolvidos quanto para países em desenvolvimento, seria uma possibilidade de concretização.

Os idosos do estudo representaram ser idoso e depressão, associando-os a *angústia, depressão, desespero, desprezo, isolamento, ruim, solidão e tristeza*. Esses conteúdos demonstram as dificuldades enfrentadas pelo idoso, nesta fase da vida, bem como o lado negativo associado à depressão, denotando pouco conhecimento dessa sintomatologia.

Verificou-se que os idosos falam de *solidão*, como uma experiência vivenciada por ser idoso, fruto da ruptura familiar, com graves consequências sociais e psicológicas presentes nas suas trajetórias de vida.

No grupo familiar, estes apresentam desvinculação e/ou diminuição de laços familiares, representados por *desprezo e abandono*, configurando uma ênfase dada nos

aspectos psicossociais, fato que pode estar associado ao isolamento social ou viver só. Dessa maneira, esta situação nos faz repensar as diferentes situações de desigualdades e banalização dos valores familiares, em particular, no contexto dos idosos.

Salienta-se a relevância social, cultural e acadêmica deste estudo, que tratou apenas de aspectos pontuais do envelhecimento, com destaque para ser idoso e a depressão, uma vez que, no âmbito social, pode-se evidenciar que o grau de sintomatologia dessa morbidade se apresenta significativa. Essa realidade identificada poderá corroborar para uma demanda maior de vontade e empenho, na elaboração de políticas de saúde para a pessoa idosa, ao mesmo tempo em que sugere um maior aprofundamento entre a avaliação da depressão, em relação aos aspectos sociodemográficos e as representações sociais de ser idoso. A relevância acadêmica, pela produção de conhecimento na área do envelhecimento, em João Pessoa – PB, poderá delinear um atendimento integral aos idosos, de acordo com suas necessidades.

Acredita-se, ainda, que este estudo poderá agregar valor à produção do conhecimento na Enfermagem, principalmente, introduzindo novos modos de pensar no atendimento integral à pessoa idosa contextualizada socialmente, viabilizada pela teoria das representações sociais, por apontar diferentes modalidades de conhecimentos responsáveis pela tomada de posicionamento dos profissionais, frente à pessoa idosa.

---

## **REFERÊNCIAS**

---

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras**, São Paulo, v.1, n. 1, p. 18-43, jan. / jun. 2008. Disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: 23/03/2011.

ANDRADE, M. A. R. A (des)construção social e a educação dos idosos: reflexões e paradigmas. **Artigo publicado em anais do I Congresso Internacional da Cátedra UNESCO de Educação de Jovens e Adultos**. João Pessoa – PB. Brasil. Realizado de 20 a 23 de julho de 2007.

ALMEIDA, J. T. A. de; QUEVEDO, J.; SABBI, E. H. Emergências psiquiátricas no idoso. In.: QUEVEDO, J.; SCHMIT, R.; KAPCZINSKI, F. **Emergências psiquiátricas**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BRASIL. Ministério da educação e cultura – MEC, **Programas de Educação**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br>. Acesso em: 23/03/2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**, 1 ed. 1 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. 4 ed. Brasília, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96. **Informe epidemiológico do S.U.S.**, Brasília, v.5, n.2, p.12-41, abr./jun.1996.

CALIRI, M. H.; COSTA, L. S. da; OLIVEIRA, M. F. de; SILVA, A. O.; SMITH, A. de A. F. **TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO ÂMBITO DO ENVELHECIMENTO: uma revisão integrativa**, 2010.

CAMARGO, B. V. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. In.: MOREIRA, A. S. P. et al. – João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2005.

CARVALHO FILHO, E. T.; ALENCAR, Y. M. G. Teorias do envelhecimento. In.: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Editora Atheneu, 2004, p. 01-08.

CARVALHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em belo horizonte, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, out. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 23/03/2011.

CORDEIRO, J. C. D. **Manual de psiquiatria clínica**. 2 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

CORDIOLI, A. V. et al. **Psicoterapias**: abordagens atuais. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

COSTA, G. P. O.; CAMINO, L.; MOREIRA, A. S. P. Sexualidade na juventude: representações sociais. In.: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V. **Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2007.

CREPALDI, M. A. Representações sociais da equipe de saúde sobre a família usuária dos serviços de uma unidade pediátrica de patologia geral. In.: TURA, L. F. R.; MOREIRA, A. S. P. **Saúde e representações sociais**. cap. 8. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2005, p. 191-221.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUARTE, V. Morte Social. In.: LEMOS, M. T. T. B.; ZAGAGLIA, R. A. **A arte de envelhecer**: saúde, trabalho, afetividade, estatuto do idoso. Rio de Janeiro: UERJ, 2004, p. 199-211.

FELTEN, B. S. et al. **Geriatría e gerontologia** – tradução Carlos Henrique Consendey. Rio de Janeiro: Reichmann & Autores Editores, 2005, 2 v.

FERRARI, J. F.; DALACORTE, R. R. Uso da escala de depressão geriátrica de yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: 23/03/2011.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. 1 ed. São Caetano do Sul: Yendis editora, 2008.

HALES, R. E. **Tratado de psiquiatria clínica** – tradução Cláudia Dornelles, Cristina Monteiro, Ronaldo Cataldo Costa. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HERZLICH, C. A Problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 57-70, 2005. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 23/03/2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. **Censo populacional de 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23/03/2011.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. **Contagem da população 2007**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23/03/2011.

JESUÍNO, J. C; MOREIRA, A. S. P. **Representações sociais: teoria e prática**. 2 ed. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003.

JODELET, D. Imbricações entre representações sociais e intervenções. In.: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V. (Ogs.). **Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais**. cap. 2. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2007, p.45-74.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Rev. Bras. de Epidemiol.**, São Paulo, v.8, n.2, p. 127-141, 2005. Disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: 23/03/2011.

LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MACIEL, Á. C. C.; GUERRA, R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. **Rev. Bras. de Epidemiol.**, São Paulo, v.10, n.2, p.178-189, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 23/03/2011.

McINTYRE, A.; ATWAL, A. **Terapia ocupacional e a terceira idade** – tradução Maria Cecília Brandão. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda., 2007.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978.

MOSCOVICI, S. A. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

MURPHY, M. J.; COWAN, R. L. **Psiquiatria – série Blueprints** – tradução Ismar Emanuel D'Oliveira Bastos e Lúcia Helena Dias de Oliveira Bastos. 4 ed. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 2009.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. 3 ed. Campinas: Alínea, 2008.

NERI, A. L. **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e experiências na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC-SP, 2007.

NUNES FILHO, E. P.; BUENO, J. R.; NARDI, A. E. **Psiquiatria e saúde mental**: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais. São Paulo: Atheneu, 2005.

OHARA, E. C. C.; RIBEIRO, M. P. Saúde do idoso. In.: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. De S. **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, 10ª revisão**. v. 1. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1995.

PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

PAPALÉO NETTO, M.; YUASO, D. R.; KITADAI, F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. **Revista Mundo saúde**. São Paulo, v. 29, n. 4, p. 549-607, out-dez. 2005. Disponível em: <<http://www.google.com.br/academico>>. Acesso em: 23/03/2011.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.6, dez. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 04 01 11.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L. dos; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.3, jul/set. 2006. Disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: 23/03/2011.

TEIXEIRA, M. C. T. V.; SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de saúde. **Estudos de**

**Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 351-359, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 23/03/2011.

SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica** – tradução Cláudia Dornelles et al. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SAMUELS, M. A. **Manual de neurologia: diagnóstica e tratamento** – tradução Vilma Ribeiro de Souza Varga et al. 7 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2008, v.1.

SPIRDUSO, W. W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Barueri: Manole, 2005.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

VALA, J.; MONTEIRO, M. B. **Psicologia social**. 5 ed. Lisboa: Fundação Calauste Gulbenkian, 2002.

VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, vol. 12, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 23/03/2011.

VILELA, A. B. A.; CARVALHO, P. A. L. de; ARAÚJO, R. T. de. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. **Rev. Saúde.com**, Jequié, v. 2, n. 2, p. 101-114, 2006. Disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: 23/03/2011.

WHARTON, R. N. Transtornos afetivos. In.: **Merritt, tratado de neurologia** – tradução Fernando Diniz Mundim. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. **Catolicismo no Brasil**. Disponível em: <<http://www.google.com.br/academico>>. Acesso em: 23/03/2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** – tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.



## APÊNDICE A



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa sobre “**SITUAÇÃO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**”, financiada pelo Ministério da Saúde e o Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD/MS) em parceria do PPGENF/UFPB com a EERP/USP. É importante mencionar que não buscamos respostas certas ou erradas, mas sim a sua opinião sobre o assunto. Obrigado (a) pela sua participação como voluntário (a) em nossa pesquisa.

- a) Objetivo e justificativa da pesquisa:** O objetivo é compreender o que as pessoas pensam sobre os idosos na sociedade e o que pensam sobre essa etapa da vida.
- b) Procedimentos:** Realizaremos o teste de evocação livre de palavras seguida de uma entrevista. Posteriormente, faremos uma coleta dos dados de identificação e aplicação de questionários.
- c) Acesso às informações:** As informações obtidas de cada participante são confidenciais e somente serão usadas com o propósito científico. Os pesquisadores, o Comitê de Ética e Atividades reguladoras, terão acesso aos arquivos dos participantes, sem violar a confidencialidade. A pesquisa foi aprovada previamente pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba sob protocolo número 0598 e financiada pelo MS – 25000.174.897/2008-01. A assinatura desse consentimento formaliza a autorização para o desenvolvimento da pesquisa.

**d) Termo de Consentimento:** Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar do estudo. Através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo a professora Dr<sup>a</sup> Antonia Oliveira Silva e demais pesquisadores vinculados ao PROCAD/MS a utilizar as informações obtidas através do que for falado e escrito com a finalidade de desenvolver trabalho científico. Autorizo a publicação do referido trabalho, de forma escrita, podendo utilizar as respostas e os depoimentos. Concedo o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente que nada tendo a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação na pesquisa. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa pesquisa. Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclarecesse conosco através dos telefones: (83) 321607109 – Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

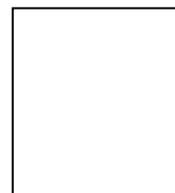
João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

De acordo,

\_\_\_\_\_



## **APÊNDICE B – TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS**

Estamos realizando uma investigação sobre: tecnologias assistivas, representações sociais e envelhecimento, e gostaríamos de contar com sua participação respondendo a este questionário. As respostas são anônimas e confidenciais e destinam-se exclusivamente para fins de investigação científica. Não há respostas certas ou erradas. Interessa-nos a sua opinião e resposta espontânea e individual.

**Muito Obrigada pela sua Colaboração.**

### **INSTRUÇÕES PARA RESPONDER AS PRIMEIRAS QUESTÕES**

Este questionário é constituído por uma questão em forma de “palavra estímulo”, que visa obter expressões ou palavras associadas à mesma. Assim, para ele você deverá escrever até cinco respostas que siga o critério estabelecido, isto é, considere pela ordem de evocação, ou seja, as primeiras que vêm a sua cabeça. Como sabe, não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda rapidamente a questão, a resposta solicitada e marque com um X a mais importante para si.

Tome como exemplo o seguinte estímulo: quando penso em «férias» lembro-me de:

Calor ( )

Mar ( )

Sol ( )

Céu Limpo ( )

Artesanato ( )

1 – Quando penso em «**Idoso**», lembro-me de:

---

---

---

---

---

Assinale com um X a palavra que considera mais importante

2 – Quando penso em «**Depressão**», lembro-me de:

---

---

---

---

---

Assinale com um X a palavra que considera mais importante

3 – O que é ser idoso (a) para o Sr (a)?

## APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### SEÇÃO A: INFORMAÇÕES PESSOAIS

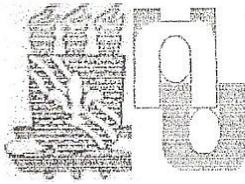
<p>A1) Idade _____(anos completos)          Data de nascimento ____/____/____</p>	<p><i>AIDADE</i> ____ ____  <i>ADATA</i> ____          /____/____</p>
<p>A2) Sexo          (1) Masculino           (2) Feminino</p>	<p><i>ASEXO</i> _____</p>
<p>A4) Qual seu estado civil?          (1) Solteiro (a)          (2) Casado (a)          (3) Divorciado (a)/desquitado(a)          (4) Separado (a)          (5) Viúvo (a)          (99) NS/NR</p>	<p><i>AESTCIV</i>          _____</p>
<p>A14) Qual é a sua religião?          (0) Nenhuma          (1) Católica          (2) Protestante ou Evangélica          (3) Espírita          (4) Judaica          (05) Outra (especifique) _____          (99) NS/NR</p>	<p><i>ARELIG</i>          _____</p>

**SEÇÃO B: PERFIL SOCIAL**

<p>B1a) O Sr(a) sabe ler e escrever?          (1) Sim                    (2) Não                    (99) NS/NR</p> <p>B1b) Escolaridade: Quantos anos você frequentou a escola? _____          ANOS (Se nenhum, colocar "0")</p>	<p><i>BLERES</i> _____</p> <p><i>BESCOL</i> _____</p>
<p>B2) Qual é a renda mensal em reais:</p> <p>Idoso: _____</p> <p>Família (incluir idoso): _____</p> <p>(99) NS/NR</p>	<p><i>BRENDI</i> _____</p> <p><i>BRENDF</i> _____</p>



## ANEXO A – CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP

### CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 29/09/2009, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** Protocolo CEP/HULW nº 261/09, FR: 294027, da pesquisadora responsável prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **ANTONIA OLIVEIRA SILVA.**

Solicitamos enviar ao CEP/HULW um resumo sucinto dos resultados, em CD, no final da pesquisa.

João Pessoa, 27 de abril de 2009.

  
Iaponira Cortez Costa de Oliveira  
Coordenadora do Comitê de Ética  
em Pesquisa - CEP

**Iaponira Cortez Costa de Oliveira**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

## ANEXO B – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

### SEÇÃO G: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS (Abreviada)

				COD
G1	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	(0) Sim	(1) NÃO	<i>GSATIS</i> __
G2	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	(1) SIM	(0) Não	<i>GABAND</i> __
G3	Você sente que sua vida está vazia?	(1) SIM	(0) Não	<i>GVAZIA</i> __
G4	Você se aborrece com frequência?	(1) SIM	(0) Não	<i>GABORR</i> __
G5	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0) Sim	(1) NÃO	<i>GHUMOR</i> _
G6	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(1) SIM	(0) Não	<i>GMEDO</i> __
G7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) Sim	(1) NÃO	<i>GFELIZ</i> __
G8	Você sente que sua situação não tem saída?	(1) SIM	(0) Não	<i>GSSAIDA</i> __
G9	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1) SIM	(0) Não	<i>GFICAR</i> __
G10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(1) SIM	(0) Não	<i>GMEMO</i> __
G11	Você acha maravilhoso estar vivo?	(0) Sim	(1) NÃO	<i>GVIVO</i> _____
G12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(1) SIM	(0) Não	<i>GINUT</i> _____
G13	Você se sente cheio de energia?	(0) Sim	(1) NÃO	<i>GENER</i> _____
G14	Você acha que sua situação é sem esperanças?	(1) SIM	(0) Não	<i>GSESP</i> _____
G15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(1) SIM	(0) Não	<i>GME LH</i> _____