



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
LAURA DE SOUSA GOMES VELOSO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DEPRESSÃO CONSTRUÍDAS POR
IDOSOS E SUAS RELAÇÕES COM A CAPACIDADE FUNCIONAL**

JOÃO PESSOA
2017

LAURA DE SOUSA GOMES VELOSO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DEPRESSÃO CONSTRUÍDAS POR
IDOSOS E SUAS RELAÇÕES COM A CAPACIDADE FUNCIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, do Centro de Ciências da Saúde como requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde na Atenção ao Adulto e Idoso.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira.

JOÃO PESSOA

2017

V443r Veloso, Laura de Sousa Gomes.
Representações sociais da depressão construídas por
idosos e suas relações com a capacidade funcional / Laura de
Sousa Gomes Veloso. - João Pessoa, 2017.
115 f.: il. -

Orientadora: Maria Adelaide Silva Paredes Moreira.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/ CCS

1. Enfermagem. 2. Idosos - Atividades. 3. Depressão na
velhice. I. Título.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

LAURA DE SOUSA GOMES VELOSO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DEPRESSÃO CONSTRUÍDAS POR
IDOSOS E SUAS RELAÇÕES COM A CAPACIDADE FUNCIONAL**

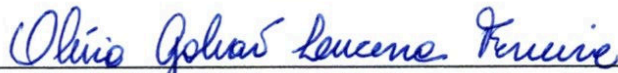
Dissertação apresentada e submetida à avaliação da banca examinadora como requisito para a obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba

Aprovada em: 28 / 04 / 2017


Banca Examinadora



Profa. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Orientadora



Profa. Dra. Olívia Galvão Lucena Ferreira
Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)
Membro Avaliador Externo



Profa. Dra. Antônia Oliveira Silva
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Membro Avaliador Interno

Prof. Dra. Maria do Socorro Costa Feitosa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Membro Suplente de Avaliador Externo

Profa. Dra. Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Membro Suplente de Avaliador Interno

Aos meus queridos velhos, Sônia (mãe) e João Pizzi (avô), fontes de inspiração ao longo de minha construção pessoal, acadêmica e profissional, que me apresentaram a educação como instrumento essencial para alcançar voos cada vez mais altos.

AGRADECIMENTOS

Abba Pai! Gratidão a Ti, Deus, por todo seu amor, cuidado, provisão e sustento. Conforme a Tua vontade, que é boa, perfeita e agradável, finalizo esse ciclo tão esperado em minha vida. Sei que não estive só ao longo dessa jornada; caminhei ao Teu lado, muitas vezes sustentada por Tuas mãos.

A minha orientadora, **Prof.^a Dr.^a Maria Adelaide Silva Paredes Moreira**, que com *expertise* integrada à humildade e generosidade, conduziu-me ao longo da construção desse trabalho. Muito mais do que o universo da pesquisa, suas orientações e diretrizes contribuíram para a reconstrução do meu olhar docente e humano. Gratidão pela confiança depositada, pelo apoio e companheirismo durante a jornada.

A **Professora Dr.^a Antonia Oliveira Silva**, referência internacional como pesquisadora e docente, que me estendeu seu olhar sereno e humanizado, creditando potencialidades que eu não mais reconhecia em mim mesma. Seus ensinamentos perpassam a sala de aula: ajudam a esculpir sonhos e possibilitam elaborar ferramentas sólidas para torná-los realidade. Apenas grandes mestres detém essa preciosa habilidade: instigar o aluno a “aprender a aprender”. Muito obrigada por todos os momentos!

As professoras **Dr.^a Greyce Kelly Gouveia Dias Bittencourt** e **Dr.^a Maria do Socorro Costa Feitosa Alves**, por aceitarem compor a comissão examinadora deste trabalho. Em especial, a professora **Dr.^a Olívia Galvão Lucena Ferreira**, não apenas pela colaboração em minha banca examinadora, mas por toda amizade, confiança e companheirismo.

Aos meus colegas de turma do **Mestrado 2015**, gratidão pelas construções e trocas de saberes durante aulas, que se tornaram pontes para o nosso amadurecimento e amizade.

Aos colegas do **Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade (LASES)** e do **Grupo Internacional de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento e Representações Sociais (GIEPRS)**, pela construção de um fértil ambiente para os diversos saberes compartilhados.

As amigas e companheiras **Karolinne Alves** e **Daniella Barbosa**, por todas as diretrizes, atenção, companheirismo e solidariedade que embasam nossa amizade; nossas boas conversas me inspiraram a perseverar.

A todos os professores e funcionários do PPGEnf, ressaltando as Professoras **Dr^a. Valéria Peixoto** e **Dr^a Maria das Graças Melo**, e os funcionários **Ivan** e **Nathaly**, sempre valorosos e prestimosos a colaborar em todas as fases dessa caminhada para obtenção do título de Mestre.

Ao meu melhor amigo e grande amor, **Artur Veloso**, por toda a generosidade, paciência, amor, carinho e respeito. Em seu olhar cúmplice e em seu sábio abraço, encontrei a segurança e a fortaleza necessárias para vencer essa tão sonhada etapa em minha vida.

Aos meus filhos, **Pedro Arthur** e **Sofia**, fontes inesgotáveis e inspiradoras para o meu viver. Vocês são as mais importantes obras de Deus em minha vida. Gratidão pela paciência e compreensão; pelo ânimo e amor, que me fortaleceram e me fizeram perseverar.

Aos meus alunos, colegas docentes e coordenadora do curso de Fisioterapia da Faculdade Maurício de Nassau, representados pela Prof^a Dr^a Giane Dantas, gratidão pelo altruísmo, injeções de ânimo e paciência durante essa minha fase de qualificação profissional. Em especial aos meus queridos orientandos de Trabalho de Conclusão de Curso, bem como aos meus monitores, aqui representados por **Anna Lygia Tavares**, **Yasmin Cavalcanti**, **Anna Letícia Fernandes**, **Paulo Henrique Duarte**, **Bárbara** e **Bruno Freire**.

A todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho, o minha sincera gratidão!



Fonte: OMS, 2017.

[...] ¹⁹Eu lembro da minha tristeza e solidão, das amarguras e dos sofrimentos. ²⁰Penso nisso e fico abatido. ²¹Todavia, também penso no que pode me dar esperança: ²²Graças ao grande amor do Senhor é que não somos consumidos, pois as suas misericórdias são inesgotáveis. ²³Renovam-se a cada manhã; grande é a sua felicidade [...](Lm 3:19-23, Bíblia Sagrada, versão NVI)

RESUMO

VELOSO, Laura de Sousa Gomes. **Representações Sociais da Depressão Construídas por Idosos e suas Relações com a Capacidade Funcional**. 2017. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, 2017.

Pesquisas atuais indicam que a cada ano, cerca de 650 mil de pessoas com mais de 60 anos ingressam na sociedade brasileira, sendo a maior parte com doenças crônicas e limitações funcionais. Entre as patologias crônicas, destaca-se a depressão, elevando ainda mais o ciclo de fragilidade e de deterioração progressiva da capacidade funcional. Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivos verificar as representações sociais construídas por idosos sobre a depressão na velhice e suas relações com a capacidade funcional, bem como investigar a associação entre os sintomas depressivos e a capacidade funcional. Trata-se, portanto, de um estudo exploratório, de abordagem mista, e de base de dados secundária, que incluiu 234 pessoas com mais de 60 anos, de ambos os sexos, assistidos pelas equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família Grotão I, II e III, e a Comunidade Maria de Nazaré, no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Os dados foram coletados nas respectivas unidades de saúde, através de uma entrevista semiestruturada, composta por três partes, sendo a primeira o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), com o termo indutor <depressão>; seguida pela caracterização sociodemográfica; a última parte foi contemplada pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) e análise do desempenho funcional, por meio do Índice de Katz e da Escala de Lawton e Brody. Os dados coletados foram processados pelos softwares *SPSS versão 21.0* e *IRaMuTeQ* e, posteriormente interpretados de acordo com o aporte teórico das Representações Sociais. Verificou-se que 38% (n=88) dos idosos participantes apresentaram sintomas sugestivos de depressão, com prevalência entre as mulheres, na faixa etária entre 60 a 69 anos. Foi possível observar que uma significativa parcela da população (43,6%) se identifica como pessoas independentes e sem sintomas de depressão, embora, 13,7% se classificam como sendo independentes pelo índice de Katz e dependentes parcialmente pela escala de Lawton. Cabe destacar que, 9,83% dos participantes que apresentavam sintomas depressivos já demonstravam também perdas funcionais para atividades mais complexas, que requerem habilidades cognitivas e motoras associadas, como se observa nas Atividades Instrumentais de Vida Diária. A análise do *corpus* textual referente à representações sociais da depressão resultou na formação de quatro classes semânticas, com aproveitamento de 77,68%, apresentadas pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD): classe 1 - **Sentidos e experiências associadas à depressão**; classe 2 - **Aspectos relacionados à depressão**; classe 3 - **Aspectos clínicos da depressão**; classe 4 - **Dimensões psicoafetivas da depressão**. Os idosos considerados funcionalmente dependentes representam a depressão como um processo patológico grave de repercussão psicoafetiva, que necessita de assistência clínica e medicamentosa, mas que o cuidado se torna mais ampliado e efetivo com a presença da família e de amigos. Os dados do presente estudo correlacionam-se entre si, e indicam que a presença dos sintomas depressivos está associada significativamente ao declínio progressivo das Atividades Instrumentais de Vida Diária, assim como, com a perda progressiva do desempenho cognitivo, sugerindo atualizações aos profissionais de saúde através das práticas e dos norteamentos direcionados aos idosos, com e sem sintomas depressivos.

Palavras-chaves: Atividades de Vida Diária; Depressão; Velhice; Representações Sociais.

ABSTRACT

VELOSO, Laura de Sousa Gomes. **Social Representations of Depression Built by Elders and their Relation to Functional Capacity**. 2017. 115f. Dissertation (Master in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2017.

Current researches indicate that, every year, around 650,000 people over 60 are entering Brazilian society, most of them with chronic diseases and functional limitations. Among the chronic pathologies, depression stands out, further increasing the cycle of fragility and progressive deterioration of functional capacity. Therefore, the present study aims to verify the social representations built by the elders on depression in old age and its relation with functional capacity, as well as to investigate the association between depressive symptoms and functional capacity. This is an exploratory study, with mixed approach, and secondary database, which included 234 people over 60 years old, of both sexes, assisted by the health teams of the Family Health Strategy Grotão I, II and III, and the Maria de Nazaré Community, in the municipality of João Pessoa, Paraíba, Brazil. The data were collected in the respective health units, through a semi-structured interview, composed by three parts, the first being the Free Word Association Test (TALP), with the inductor term <depression>; followed by sociodemographic characterization; the last part was contemplated by the Geriatric Depression Scale (GDS-15) and functional performance analysis, using the Katz Index and the Lawton and Brody Scale. The data collected were processed by the software SPSS version 21.0 and IRaMuTeQ and later interpreted according to the theoretical contribution of the Social Representations. The results show that 38% (n=88) of the elderly participants presented symptoms suggestive of depression, prevalent among women, in the age group between 60 and 69 years. Moreover, a significant portion of the population (43.6%) were identified as independent persons with no symptoms of depression, although 13.7% self-classified as independent by the Katz index and partially dependent on the Lawton scale. Furthermore, 9.83% of participants with depressive symptoms already showed functional losses for more complex activities, which require associated cognitive and motor skills, as observed in the Instrumental Activities of Daily Living. The analysis of the textual corpus referring to the social representations of depression resulted in the formation of four semantic classes, with use of 77.68%, presented by the Descending Hierarchical Classification (CHD): class 1 - **Senses and experiences associated with depression**; Class 2 - **Aspects related to depression**; Class 3 - **Clinical aspects of depression**; Class 4 - **Psychoaffective dimensions of depression**. The elders considered functionally dependent represent depression as a serious pathological process of psychoaffective repercussion, which requires clinical and medication assistance, but that care becomes more extended and effective with the presence of family and friends. Data from the present study correlate with each other, and indicate that the presence of depressive symptoms is significantly associated with the progressive decline of Instrumental Activities of Daily Living, as well as with the progressive loss of cognitive performance, suggesting updates to health professionals through practices and orientations directed to the elders, with and without depressive symptoms.

Keywords: Daily Life Activities; Depression; Old age; Social Representations.

RESUMEN

VELOSO, Laura de Sousa Gomes. **Representaciones Sociales de la Depresión Construidas por los Ancianos y sus Relaciones con la Capacidad Funcional**. 2017. 115f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2017.

Las investigaciones actuales indican que, cada año, cerca de 650 mil personas de más de 60 años ingresan a la sociedad brasileña, siendo la mayor parte con enfermedades crónicas y limitaciones funcionales. Entre las patologías crónicas, se destaca la depresión, elevando aún más el ciclo de fragilidad y de deterioro progresivo de la capacidad funcional. Ante el expuesto, el presente estudio tiene por objetivo verificar las representaciones sociales construidas por ancianos sobre la depresión en la vejez y sus relaciones con la capacidad funcional, así como investigar la asociación entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional. Se trata, por lo tanto, de un estudio exploratorio, de enfoque mixto, y de base de datos secundaria, que incluyó a 234 personas de más de 60 años, de ambos sexos, asistidas por los equipos de salud de la Estrategia Salud de la Familia Grotão I, II y III, y la Comunidad María de Nazaret, en el municipio de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Los datos fueron recolectados en las respectivas unidades de salud, a través de una entrevista semi-estructurada, compuesta por tres partes, siendo la primera la Prueba de Asociación Libre de Palabras (TALP), con el término inductor <depresión>; seguida por la caracterización sociodemográfica; la última parte fue contemplada por la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) y análisis del desempeño funcional, a través del Índice de Katz y de la Escala de Lawton y Brody. Los datos recolectados fueron procesados por los *softwares* SPSS versión 21.0 e IRaMuTeQ y, posteriormente interpretados de acuerdo con el aporte teórico de las Representaciones Sociales. Se verificó que 38% (n=88) de los ancianos participantes presentaron síntomas sugestivos de depresión, con prevalencia entre las mujeres, en el grupo de edad entre 60 y 69 años. Es posible observar que una significativa parte de la población (43,6%) se identifica como personas independientes y sin síntomas de depresión, aunque el 13,7% se clasifica como independiente por el índice de Katz y dependientes parcialmente por la escala de Lawton. Cabe destacar que el 9,83% de los participantes que presentaban síntomas depresivos ya demostraban también pérdidas funcionales para actividades más complejas, que requieren habilidades cognitivas y motoras asociadas, como se observa en las Actividades Instrumentales de Vida Diaria. El análisis del corpus textual referente a las representaciones sociales de la depresión resultó en la formación de cuatro clases semánticas, con aprovechamiento del 77,68%, presentadas por la Clasificación Jerárquica Descendente (CHD): clase 1 - **Sentidos y experiencias asociadas a la depresión**; Clase 2 - **Aspectos relacionados con la depresión**; Clase 3 - **Aspectos clínicos de la depresión**; Clase 4 - **Dimensiones psicoafectivas de la depresión**. Los ancianos considerados funcionalmente dependientes representan la depresión como un proceso patológico grave de repercusión psicoafectiva, que necesita atención clínica y medicamentosa, pero que el cuidado se vuelve más ampliado y efectivo con la presencia de la familia y de amigos. Los datos del presente estudio se correlacionan entre sí, e indican que la presencia de los síntomas depresivos está asociada significativamente al declive progresivo de las Actividades Instrumentales de Vida Diaria, así como con la pérdida progresiva del desempeño cognitivo, sugiriendo actualizaciones a los profesionales de salud a través de las prácticas y de orientaciones dirigidas a los ancianos, con y sin síntomas depresivos.

Palabras clave: Actividades de Vida Diaria; Depresión; Vejez; Representaciones Sociales.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Fatores causais da sarcopenia do envelhecimento.....	32
Figura 1 - Conceitos de Incapacidade, segundo proposituras de Nagge e OMS/IC.....	34
Quadro 2 - Atividades de Vida Diária, segundo modelo proposto por Katz (1999)	36
Quadro 3 - Evidências Clínicas da Depressão Maior em Idosos, segundo o DSM-IV.....	41
Quadro 4 - Principais fármacos empregados no tratamento da depressão em idosos	46

Artigo 2

Quadro 1 - Distribuição das palavras mais significativas, de acordo com a frequência total das ST na formação das Classes Semânticas	83
---	----

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 - Percentuais dos resultados das escalas de GDS, Katz e Lawton entre os idosos com e sem sintomas depressivos	70
Tabela 2 - Resultados do coeficiente de correlação de Spearman para a escala de GDS em relação às escalas de Katz e Lawton e as variáveis demográficas	72

Artigo 2

Tabela 1 - Distribuição de frequência segundo os sintomas depressivos e os dados sociodemográficos referentes a sexo, faixa etária, escolaridade e escores finais da GDS-15 e da Escala de Lawton e Brody.....	81
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Prevalência do Transtorno Depressivo, por idade e sexo, de acordo com a OMS	43
Gráfico 2 - Casos de suicídio no mundo, segundo a renda do país e a idade	44

Artigo 1

Gráfico 1 - Distribuição de frequência em relação à presença e ausência de sintomas depressivos (n=88)	68
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AVD	Atividades de Vida Diária
ABVD	Atividades de Básicas de Vida Diária (ABVDs)
AIVD	Atividades de Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)
AAVD	Atividades de Avançadas de Vida Diária
ADL	<i>The Index of Independence in Activities of Daily Living</i>
ADT	Antidepressivos Tricíclicos
ADA	Antidepressivos Atípicos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CF	<i>Capacidade Funcional</i>
CIF	<i>CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde</i>
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CID-10	Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria - 4ª edição
ECT	Eletroconvulsoterapia
ED	Episódio Depressivo
EDM	Episódio Depressivo Maior
EDG-15	Escala de Depressão Geriátrica
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IGF-1	Fator de Intolerância a Glicose tipo 1
IRaMuTeQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
GIEPERS	Grupo Internacional de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento e Representações Sociais
ICDIH	<i>International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap</i>
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IMAO	Inibidores Monoaminoxidase
LASES	Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade

MS	Ministério da Saúde
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPI	Política Nacional Pessoa Idosa
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RS	Representações Sociais
ST	Segmentos de Texto
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Teste da Associação Livre de Palavras
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCE's	Unidades de Conteúdo Elementar
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	20
2 ABORDAGEM TEÓRICA	25
2.1 Velhice, Depressão e Capacidade Funcional: aspectos conceituais e epidemiológicos	26
2.1.1 Dimensões Conceituais, Históricas e Demográficas da Velhice	26
2.1.2 Repercussões da Velhice sobre a Capacidade Funcional e Cognitiva	31
2.1.3 Aspectos Conceituais da Depressão na Velhice	38
2.2 Teoria das Representações Sociais e a suas Articulações com a Velhice	48
3 ABORDAGEM MÉTODOLÓGICA	53
3.1 Caracterização da Pesquisa	54
3.2 Campo do Estudo	54
3.3 Participantes	54
3.4 Aspectos Éticos	55
3.5 Instrumentos e Procedimento de Coleta de Dados	56
3.6 Análise dos Dados	58
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
4.1 Artigo 1 - Enviado para Publicação	62
4.2 Artigo 2 - Apresentado na Defesa	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	96
ANEXOS	106
Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107
Anexo B - Instrumentos para Coleta de Dados	108
Anexo C - Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa	113
Anexo D - Outras Produções	114

APRESENTAÇÃO

*Procuro suportar todos os dias minha própria personalidade
renovada, despencando de dentro de mim tudo o que é velho e
morto [...]*

Cora Coralina

Ao introduzir os clássicos conceitos gerontológicos em sala de aula percebi, como docente especialista em envelhecimento humano, o quão linear é concepção do ciclo de vida, polarizando dualmente a infância e a velhice, ambas dotadas de valores socialmente estabelecidos e muitas vezes, erroneamente cristalizados. Tal proposta conceitual reforça o ideário negativo a cerca da maturidade e do envelhecimento ao associar a velhice como fase final do curso de vida, inquietando a sociedade moderna a vivenciar um dos grandes paradoxos existenciais: viver longos anos sem necessariamente ficar “velho”.

Ao longo de 14 anos de práticas assistenciais no campo da saúde da pessoa idosa, e de 12 anos ministrando a disciplina de Fisioterapia aplicada a Gerontologia, percebi que esses conceitos influenciam as imagens e sentidos sobre a velhice desenvolvidos entre jovens e idosos, fazendo com que gerações mais jovens aliem e internalizem o envelhecimento como um cenário de perdas estéticas, funcionais, psicoemocionais e sociais, colaborando com a suplementação do binômio saúde/doença em paralelo com outro binômio: juventude/velhice.

Tal influência torna-se mais palpável à medida que o ser idoso reconhece que as mudanças advindas com a passagem do tempo podem criar quadros de fragilidades, incapacidades e dependência; logo, a velhice estaria interligada, inevitavelmente, à doença e a morte.

Em 2010, iniciei minha participação no Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade (LASES) e no Grupo Internacional de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento e Representações Sociais (GIEPRS) do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf), colaborando nas atividades de estudos e pesquisas com a referida temática, o que contribuiu para ampliar as minhas perspectivas de investigação em Gerontologia.

Nesse ínterim, pude observar que as mudanças nas habilidades motoras dos idosos assistidos durante as práticas clínicas geravam um medo não verbalizado para a dependência e, ambos (medo e dependência) estavam intimamente relacionados com a autopercepção de ser e estar no mundo, agregado aos valores socialmente aceitos e muitas vezes negativos para a velhice, tornando-os mais vulneráveis as doenças cognitivas e comportamentais, como a Depressão.

Em 2015, tive a oportunidade de ingressar no Mestrado, participando de estudos e discussões junto a outros pesquisadores do grupo, além de ter contribuído com a elaboração de estudos a partir de uma base de dados criada pelo projeto de pesquisa intitulado “Condições de Saúde, qualidade de Vida e Representações Sociais de Idosos nas Unidades de Saúde da Família - Etapa 2”, do convênio entre a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), financiado pelo Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e CAPES/Ministério da Educação.

O contato com a base de dados resgatou minhas observações anteriores sobre a interlocução entre a depressão e as modificações das habilidades motoras advindas com a velhice. Embora seja bastante relevante, ainda é uma temática pouco discutida pela literatura. Explorar esse tema seria uma forma de contribuir para o desenvolvimento de práticas mais amplas direcionadas para a saúde mental e funcional do idoso, desfazendo práticas centradas apenas na doença, tornando-as extensivas a complexa multidimensionalidade da velhice. Passei, então, a desenvolver leituras para aprofundar-me sobre a depressão na velhice, bem como sobre as repercussões e relações com o ser idoso.

Diante do exposto, o presente estudo encontra-se estruturado da seguinte forma: **Construção do Objeto de Estudo**, aborda o tema, problemática, justificativa, questões de investigação e objetivos do estudo; **Abordagem Teórica**, que reflete sobre os aspectos conceituais da velhice e da depressão, e suas relações com a capacidade funcional, aliados ao olhar da Teoria das Representações Sociais; **Abordagem Metodológica**, composta pela caracterização e tipo de pesquisa, campos da pesquisa, população e amostra, instrumentos e procedimento de coleta, análise dos dados e aspectos éticos; **Resultados e Discussão**, sendo apresentados a partir dos artigos originados da pesquisa, e as **Considerações Finais**, refletindo sobre os achados do estudo, bem como as contribuições para a sociedade e para a ciência, nos Âmbitos da saúde e da Enfermagem.

CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

[...] A percepção do desconhecido é a mais fascinante experiência humana. O homem que não tem os olhos abertos para o misterioso passará pela vida sem ver nada [...]

Albert Einstein

O crescente prolongamento da vida humana é um fenômeno atual, jamais visto ou alcançado por outras sociedades, seja na esfera individual ou em escala populacional. Mostrando-se complexo e multifacetado, o envelhecimento abrange dimensões biopsicossociais, jurídicas, éticas, culturais e até filosóficas¹. Observa-se, então, uma crescente atenção ao processo de envelhecimento, levantando discussões ideológicas em planos internacionais nos mais diversos meios, desde o científico aos culturais e políticos².

Diferentes percepções podem ser levadas em consideração para que o processo de envelhecimento e a velhice sejam compreendidos e, conseqüentemente, definidos. Historicamente, todas as sociedades assinalam a noção de declínio biológico ao conceito de envelhecer, deslocando-o a uma dimensão meramente biológica. Alguns autores enfatizam que a velhice, por sua complexidade, deve ser analisada para além dos aspectos biológicos, mas devem ser levados em consideração os aspectos biográficos, sociais, econômicos e culturais²⁻³.

O envelhecimento está comumente associado ao comprometimento do desempenho cognitivo e fisiológico, o qual torna as pessoas mais suscetíveis à morte. Ainda não é possível conhecer todas as minúcias fisiopatológicas que envolvem o processo de envelhecimento. Entretanto, sabe-se inequivocamente que o referido processo tem uma base celular, na qual diferentes genes estão envolvidos; também possui uma base ambiental, em que os fatores ambientais se fazem presentes mediando à expressão gênica. Portanto, o envelhecimento pode ser definido como um processo multifatorial e multidimensional, progressivo e deletério, provocando mudanças irreversíveis, desde o nível molecular ao fisiológico e morfológico, com uma importante modulação do meio sobre o conteúdo genético³⁻⁴.

Atualmente, o envelhecimento populacional tem atingido números exponencialmente crescentes em todos os países, principalmente nos de economia emergente. O Brasil é um importante exemplo dessa veloz transição demográfica e epidemiológica, fomentando importantes discussões para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo⁵.

Em 1950, a expectativa de vida não ultrapassava os 51 anos de idade; nessa época, o Brasil era considerado como um dos países mais jovens do mundo, do ponto de vista populacional. Atualmente, a expectativa de vida dos brasileiros ultrapassa os 73 anos e, dos 200 milhões de habitantes em território nacional, cerca de 21,7 milhões possuem idade igual ou superior a 60 anos, constituindo-se pessoas idosas. As projeções ainda indicam que, em 2020, a população brasileira irá parar de crescer e tornar-se a sexta população mais velha do

mundo, até que em 2040, atinja mais de 60 milhões de idosos em território nacional, caracterizada pela feminização, pauperização e cronicidade de sua população envelhecida⁶.

Em estudo recentemente realizado, observou-se que, a cada ano, cerca de 650 mil pessoas com mais de 60 anos ingressam na sociedade brasileira, sendo a maior parte com doenças crônicas e limitações funcionais, que perduram por anos e necessitam de cuidados prolongados e uso contínuo de medicação paliativa. Assim, patologias ligadas às mudanças biológicas do corpo envelhecido ganham uma maior expressão ao criar uma dinâmica de procura, com reduzida rotatividade, pelos serviços de saúde⁷.

Dentre as patologias crônicas que mais incidem sobre a população idosa nas sociedades pós-modernas, destaca-se a depressão, elevando ainda mais o ciclo de fragilidade e desenvolvimento de incapacidades funcionais. O que torna a depressão na velhice extremamente peculiar é a apresentação diferenciada dos sintomas depressivos em relação à forma clássica em outras faixas etárias, dificultando o diagnóstico e a intervenção precoce⁸.

Aliam-se a esse quadro, as repercussões desse transtorno cognitivo, que criam um sistema de retroalimentação com o contexto social vivenciado pelo idoso, como a precarização da rede assistencial, as dificuldades financeiras, discriminações e preconceitos, além do isolamento social e familiar. A forma como os idosos lidam com a própria velhice, bem como os sentidos e imagens construídas nas estâncias individual e coletiva, podem criar um cenário favorável para que sentimentos e atitudes permeiem a instalação de sintomas depressivos⁹.

Nesse cenário, as políticas públicas direcionadas aos desafios propostos pelo envelhecimento da população baseiam-se em uma abordagem multidimensional proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), através do texto “Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas”. A recomendação dada, a partir desse marco teórico, é a promoção de políticas públicas efetivas para a promoção de um envelhecimento saudável e ativo, baseado no paradigma da capacidade funcional, preservando ao máximo a qualidade de vida aos anos acrescidos¹⁰.

É nesse contexto que a avaliação funcional, preconizada no Brasil através da homologação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), torna-se um parâmetro essencial para o estabelecimento de diagnósticos precoces e a tomada de decisões clínicas direcionadas aos agravos que limitam o idoso funcionalmente, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais amplo e adequado^{1,48}.

A capacidade funcional mostra-se como eixo basilar nas ações direcionadas aos cuidados dos idosos, uma vez que estaria intimamente relacionada com a saúde física e

mental, integração social, suporte familiar e independência financeira¹¹. Pode ser definida como a habilidade individual de cuidar de si e desempenhar atividades básicas e cotidianas de forma independente¹¹⁻¹².

Para o referido estudo, as atividades básicas relacionadas à capacidade funcional consistem na aptidão de uma pessoa cuidar de si, realizando tarefas de autocuidado, como: comer, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, passar da cama para a cadeira, mover-se da cama e controle de esfíncter. Já as atividades instrumentais consistem na habilidade de administração do ambiente em que se vive, como: preparar os alimentos, lavar as roupas, cuidar da casa, fazer compras, ir ao médico, e compromissos sociais e religiosos¹². Assim, é possível observar a complementação intrínseca entre os dois grupos, permitindo que o indivíduo cumpra seus papéis sociais de maneira autônoma e ativa, mantendo-se no centro de seu contexto.

Antagonicamente, a incapacidade funcional refere-se à restrição da capacidade do indivíduo de desempenhar atividades da vida diária de forma autônoma e independente, de modo a também interferir no desempenho de papéis socioculturalmente definidos¹³. Vale destacar que a incapacidade funcional é influenciada por condições clínicas ligadas ou não a deficiências, mas principalmente por fatores psicológicos e sociais. Estudos recentes mostram o papel substancial dos fatores psicossociais no desenvolvimento do processo de incapacidade e sua interação com a mesma¹³⁻¹⁴.

A compreensão dos conceitos acima referidos, bem como das representações sociais sobre a depressão na velhice necessitam ser ampliadas, fomentando práticas preventivas e assistenciais mais precoces e efetivas na Atenção Básica, sendo esse o aporte teórico que fundamenta o presente estudo.

Considerando a depressão como um problema de saúde pública, com grande prevalência e repercussão entre os idosos, faz-se necessário refletir sobre a realidade da saúde mental de idosos brasileiros, associando-a a saúde funcional, através de indicadores que possam sugerir não apenas dados quantitativos, mas que sejam capazes de fomentar reflexões para mudanças de dimensões biopsicossociais, a exemplo da capacidade funcional. Dessa forma, as evidências epidemiológicas poderão contribuir para a construção de estratégias mais amplas e eficazes com foco na atenção integral na saúde da pessoa idosa, levando em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida.

Vale ressaltar que a depressão na velhice e suas repercussões sobre a funcionalidade colocam-se num campo de significações sociais coletivamente elaboradas e dependentes de códigos culturais apreendidos no meio social, de forma que a caracterização de uma condição

crônica complexa deve estar contida numa matriz simbólica de representação socialmente compartilhada. Dessa forma, o presente estudo teve como embasamento teórico as Representações Sociais.

Diante das considerações iniciais apresentadas, questiona-se: Quais as representações sociais sobre a depressão construídas por idosos inseridos na Atenção Básica? Quais as relações entre as representações sociais da depressão e a capacidade funcional em idosos?

Para responder a tais questionamentos, o presente estudo tem como objetivos:

- Identificar as representações sociais da depressão construídas por idosos e suas relações com a capacidade funcional;
- Analisar a associação entre os sintomas depressivos e a capacidade funcional em pessoas idosas inseridas na Atenção Básica.

2 ABORDAGEM TEÓRICA

*[...] Já não se morre de velhice
nem de acidente nem de doença,
mas, Senhor, só de indiferença.*

Poema “Como se morre de velhice”, de Cecília Meireles.

2.1 Velhice, Depressão e Capacidade Funcional: aspectos conceituais e epidemiológicos

Pensar e refletir sobre as múltiplas faces da velhice, tem sido uma tarefa complexa, uma vez que o simples fato de nomeá-la já provoca, em muitos, sensações de medo, negação e rejeição. O termo “velho”, de grande afirmação na Gerontologia, encontra-se abandonado pelo homem moderno, sendo substituído por “terceira idade”, “melhor idade” e por outras formas eufêmicas, mascarando a “gerontofobia” que emerge nos atuais contextos sociais, onde a beleza e a produtividade são os indicadores de inclusão ainda presente¹⁵.

Embora o envelhecimento não esteja condicionado ao adoecimento, as alterações fisiológicas que reduzem progressivamente a homeostase também limitam a capacidade orgânica de adaptação às agressões internas e externas, tornando o organismo predisposto à instalação de doenças. Por isso, o conceito de saúde da pessoa idosa deve ser ampliado, considerando determinantes biológicos e sociais que perpassam a ótica do curso de vida, o que condiciona as desigualdades do envelhecimento humano e as múltiplas faces da velhice.

Nas sociedades ocidentais, a velhice está envolvida como uma ruptura do ciclo de vida, denotando mudanças desconhecidas e ignoradas, de impacto multidimensional, expondo o ser humano a vulnerabilidades físicas e psíquicas que se contrastam com as conquistas e experiências acumuladas ao longo do curso de vida.

Observa-se um deslocamento cronológico e biológico nos conceitos formulados pela literatura científica, refletindo a nova importância e o novo valor que a velhice passa a ter: um valor tradicional e reconhecido, mas em certa medida limitado e controverso. Assim, o sentido atribuído à velhice pode transitar entre sabedoria e fraqueza; entre a experiência adquirida e a incapacidade de estar ativo no próprio ambiente. Portanto, envelhecer recebe um valor tradicionalmente paradoxal e restrito, já que os indivíduos almejam viver muitos anos, mas rejeitam as mudanças trazidas pelo tempo¹⁶.

2.1.1 Dimensões Sócio-Históricas e Demográficas da Velhice

O processo de envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, parecem ser preocupações atuais da sociedade contemporânea. Entretanto, a História demonstra que as idéias sobre velhice são tão antigas quanto à origem da humanidade. Achados antropológicos evidenciam que a idade máxima de vida humana não foi alterada de forma substancial ao

longo de 10.000 anos de história, embora a expectativa de vida nas sociedades antigas fosse extremamente reduzida. Viver até os 80 anos tornou-se comum, nos dias atuais¹⁷.

Nas sociedades mais primitivas, como a egípcia, os filhos eram obrigados a cuidarem de seus pais idosos e de manterem as tumbas após a morte. Os egípcios entendiam que as medidas higiênicas garantiam uma vida longa e saudável. A civilização hebraica também reforçou esse conceito, sendo uma das que mais enfatizou a valorização e o respeito aos idosos do ponto de vista legal e político. Hipócrates tornou a medicina como ciência e arte, tendo sido o primeiro a comparar as etapas da vida humana, descrevendo particularidades sobre elas, incluindo a velhice¹⁸.

Durante a Idade Média, perpetuou-se a ideia de que a velhice estaria no limite entre a doença e a saúde, proposta por Galeno no século II, tornando-a temida e por, isso, rechaçada. As obras dedicadas à velhice não passavam de tratados de higiene ou de associações a doenças, como na obra Gerontocomia, do médico Zerbi. Apenas em meados do século XVIII, Morgani e outros autores estabeleceram, pela primeira vez, uma correlação entre os sintomas clínicos e os achados anatômicos, tornando os estudos sobre a velhice mais precisos e sistemáticos¹⁷⁻¹⁸.

É a partir do final do século XIX e início do século XX que as ciências dedicadas ao estudo da envelhecimento passaram a surgir, impulsionadas pelos discursos de Charcot e pela criação do Hospital de Salpêtrière, instigando a emergente preocupação de curar os idosos frequentemente adoecidos na época. Em 1903, surge a Gerontologia a partir dos escritos de Elie Metchnikoff, bem como em 1909, o médico americano Nascher defendeu a criação de uma especialidade médica que se preocupasse com a descrição e a cura de doenças relacionadas ao envelhecimento, chamando-a de Geriatria^{15,19}.

O século XX marcou profundamente os avanços dos estudos sobre a velhice, estimulados ora, pelo crescente interesse para elucidar os pontos obscuros do processo de envelhecimento, ora pelo aumento espetacular do número de idosos em todo o mundo. A Geriatria e a Gerontologia desenvolveram-se amplamente, embora ainda hoje mantenham as mesmas posturas positivistas: descrevem os fenômenos ligados ao envelhecimento, mas não conseguem explicar os mecanismos que o acionam e determinam suas características. Assim, ainda existe um longo caminho a ser percorrido até que novos estudos sejam mais esclarecedores²⁰.

É importante destacar que a velhice deve ser abordada de maneira ampla, enxergando-a pelo intrincado prisma biopsicossocial, uma vez que o envelhecimento é um processo biológico imperativo, comum a todos os seres vivos²¹. Na esfera biofisiológica, observa-se

uma congruência conceitual na literatura científica, definindo-a como um processo universal, complexo e progressivo, caracterizada pela redução do equilíbrio homeostático, que impõem ao sujeito uma condição de sobrecarga funcional, acarretando na diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo de forma gradativa, bem como no aumento da vulnerabilidade a processos patológicos, levando a acumulação de perdas evolutivas e ao aumento da probabilidade de morte²³.

A velhice, definida por muitos autores como última etapa do processo *continuum* que é a vida, está fortemente ligada a marcadores somáticos (redução da capacidade funcional, calvície, canície, redução da resistência) e psicossociais (perdas de papéis sociais, cognitivas e psicológicas) que se associam, revelando a sua multidimensionalidade transversal²³.

Corroborando com os conceitos expostos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a velhice como sendo o prolongamento e o término de um processo representado por um conjunto de modificações orgânicas, sociais e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre os seres vivos²²⁻²³.

O idoso seria o produto direto da velhice, caracterizado a partir dos já estereotipados marcos biológico, como a canície e a perda de elasticidade da pele, aliados ao marco cronológico proposto pela OMS, definindo-o como o indivíduo com mais de 65 anos, nos países desenvolvidos, e com mais de 60 anos, nos países em desenvolvimento²³.

Autores destacam a impossibilidade de mensurar ou quantificar o envelhecimento e a velhice; não há um consenso claro e objetivo para que, através de características físicas, psicológicas, sociais e culturais, se possa delimitar o início da velhice, dado que alguns parecem envelhecidos aos 45 anos e outros jovens, aos 70 anos²⁴. Inadvertidamente, o limite estipulado entre a maturidade e o envelhecimento se dá mais por fatores socioeconômicos e legais do que pelos fatores meramente biológicos²⁵.

A tendência mundial da redução da mortalidade infanto-juvenil e adulta, aliada às crescentes quedas da fecundidade e ao prolongamento da expectativa de vida, decorre das progressivas melhorias das condições socioeconômicas e ao avanço tecnológico da medicina moderna. O efeito esperado dessa associação é o envelhecimento populacional, modificando o perfil sociodemográfico tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, sendo nesses últimos um processo extremamente acelerado²⁶.

Sob essa óptica, pode-se usar a expressão “o mundo está ficando grisalho”. Há 100 anos, o percentual de pessoas com 60 anos ou mais, na Alemanha, era de 5%; atualmente, é de 26%, com previsões para 37% para 2030. O mesmo ocorre em Singapura, com previsões para de que 26% da população total sejam compostas por idosos com 60 anos de idade ou mais²⁷.

No Brasil, de acordo com projeções estatísticas, entre 1950 e 2025, a população de idosos deverá crescer 16 vezes contra o aumento de cinco vezes da população total, trazendo cerca de 32 milhões de pessoas idosas para a população total do país. Em dados atuais, disponibilizados pelo último Censo, há em território brasileiro 21,7 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que corresponde a 13,9% de sua população total, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas²⁷.

A transição demográfica brasileira ocorreu de maneira brusca e inesperada, sem correlação temporal e histórica com as transformações e com o desenvolvimento socioeconômico e cultural, em oposição aos países desenvolvidos, cujas mudanças etárias populacionais foram graduais e se moldaram aos avanços econômicos, políticos, sociais e culturais²⁸. Assim, o envelhecimento da população brasileira, que vem ocorrendo nos últimos 35 anos, não conta com o suporte adequado por parte do Estado, da sociedade e da estrutura familiar.

À medida que a população envelhece, modificam-se não apenas as características demográficas, como também as epidemiológicas. No Brasil, a transição demográfica tem sido moldada pelo declínio das doenças infecto-parasitárias e aumento de doenças crônico-degenerativas, em decorrência a redução da mortalidade infantil e dos avanços da saúde pública, trazendo grande repercussão no aumento da expectativa de vida brasileira²⁷⁻²⁸.

A longevidade feminina, a pauperização dos mais velhos e a precarização do cuidado são características extremamente significativas da transição demográfica no Brasil. É oportuno destacar a fragilidade das mulheres idosas, marcada pelas desigualdades de gênero que perpassam a estrutura social brasileira, colocando a feminização da velhice como um elemento emergencial na construção de políticas públicas, e por fim, reconhecendo a influência das relações familiar sobre a qualidade dos anos quantitativamente acrescidos²⁶⁻²⁷.

A rede de cuidado à pessoa idosa apresenta diferentes níveis de modalidade e de complexidade, destacando a modalidade de longa duração através das Instituições de Longa Permanência (ILPI). Ressalta-se que 5% da população idosa no Brasil encontram-se nas ILPIs^{1,41}. No entanto, historicamente, o Estado brasileiro tem relegado a responsabilidade para com a rede de cuidado destinada ao idoso, uma vez que estratégias para a melhoria dos cuidados de longo prazo não foram definidas nem políticas públicas foram estruturadas, mesmo diante de avanços legais, como a Política Nacional da Pessoa Idosa. Assim, as ILPIs brasileiras desenvolveram uma profunda relação com a filantropia e com as instituições religiosas, não havendo interesse nem do Estado nem das famílias em fiscalizar e ampliar os processos de cuidado prolongado¹⁻³.

Em países desenvolvidos, como a Inglaterra, por exemplo, graças ao programa de assistência domiciliar, tem-se garantido maior permanência do idoso no seio familiar, com taxas de institucionalização inferiores a 0,7%²⁸.

A atual transição demográfica também instigou mudanças no perfil de morbidade da população, com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e suas consequências, passando a predominar sobre as patologias infectocontagiosas entre o contingente idoso da população. Com isso, um dos desafios atuais tem se estabelecido: distinguir entre as especificidades e a particularidades esperadas pelas mudanças biológicas decorrentes do envelhecimento, minimizando os estereótipos e mitos que impedem o avanço de políticas e práticas direcionadas as reais demandas da saúde da pessoa idosa²⁸⁻²⁹. Embora os avanços tecnológicos criem um cenário mais favorável para o controle dessas doenças, o acesso a eles ainda não é uma realidade universal.

As situações de vulnerabilidade e fragilidade relacionadas ao envelhecimento, quando negligenciadas, podem aumentar consideravelmente o ciclo de cronicidade estabelecido por doenças silenciosamente incapacitantes²⁹, impondo limitações sociais, cognitivas, físicas e funcionais.

Destarte, quando comparado ao contingente jovem, a população idosa apresenta maiores índices de hospitalização prolongada, com altos índices de reinternações, exigindo uma rede de cuidados ampla para o controle das comorbidades agudas ou crônicas. Pesquisas populacionais de bases brasileiras afirmam que cerca de 80% da população de idosos apresentam ao menos uma doença crônica, sendo que 16% possuem algum grau de incapacidade ou dependência para realizar as atividades de vida diária³⁰⁻³¹.

Por isso, torna-se fundamental a elaboração de agendas e planos permanentes que incluam ações de promoção à saúde da pessoa idosa, estabelecendo práticas de promoção a fatores de risco de doenças crônicas, como as que afetam o sistema cardiovascular, bem como estímulos aos hábitos saudáveis, a redução dos comportamentos de risco e a inserção social. Nesse sentido, as políticas públicas que permitam avançar na integralidade, equidade e universalidade quanto aos acessos à assistência nas áreas e que se debrucem sobre as necessidades e vulnerabilidades de grupos populacionais como os idosos, irão contribuir para que as tendências futuras em relação à dependência e a exclusão social tornem-se uma realidade possível e alcançável.

2.1.2 Repercussões da Velhice sobre a Capacidade Funcional e Cognitiva

Em face à sua multidimensionalidade e heterogeneidade, envelhecer é o somatório inexorável, progressivo e irreversível de alterações biopsicossociais multifatoriais, mediados não apenas pela passagem do tempo, mas por interferência de fatores ambientais, culturais e genéticos, visto que depois de alcançar a idade adulta e ultrapassar a faixa etária do desempenho máximo, observa-se uma redução gradual das capacidades de adaptação e de desempenho físico e psicológico do indivíduo²¹.

O ritmo, a duração e os efeitos desse processo são extremamente dependentes dos eventos de natureza genética, sócio-histórica e psicológica dentro das diferenças individuais e de grupos etários. O envelhecimento é um acontecimento fisiológico, delimitado quantitativamente pela idade cronológica e qualitativamente por marcadores sociais e culturais variáveis. É um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo e tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte²³⁻²⁴.

Nesse sentido, alterações nos sistemas osteomioarticular, cardiorrespiratório e nervoso, além do declínio das funções somatosensoriais, provocam subsequentes comprometimentos da função motora, afetando diretamente a independência e a autonomia de pessoas idosas, por restringir suas habilidades para a execução de tarefas simples e cotidianas. Entretanto, o ciclo de impactos dessas mudanças perpassa o limite cinético e funcional, podendo levar a alterações psicossociais como sentimentos de impotência, inutilidade, além de constantes adoecimentos e instalação de síndromes geriátricas relacionadas às insuficiências cognitivas, como depressão e demência²⁵. Todo esse cenário traz fortes repercussões globais sobre a qualidade de vida dos anos acrescidos.

Como o envelhecimento envolve a estagnação e o declínio do desenvolvimento orgânico no decorrer do ciclo de vida, observa-se a progressiva alteração da composição corporal através da substituição da massa magra por tecido adiposo, num processo relacionado com o avançar da idade chamado de Sarcopenia³².

Basicamente, a sarcopenia do envelhecimento é a perda estrutural e funcional da massa muscular, apresentada tanto em indivíduos saudáveis e fisicamente ativos (cuja perda varia em torno de 1 a 2% por ano, a partir da quinta década), quanto em idosos inativos e sedentários. Obedecendo a essa lógica, é possível estabelecer que quanto menor a atividade

física, os idosos se tornam mais propensos à instalação de incapacidades e de limitações funcionais³³.

Homens e mulheres vivenciam a mudança da composição corporal de maneira proporcional, embora nas mulheres idosas, as alterações hormonais intensifiquem os efeitos sarcopênicos sobre a redução da função muscular^{26,34}.

As evidências científicas revelam que o desenvolvimento da sarcopenia é um processo multifatorial, incluindo desde o sedentarismo às alterações neuromusculares e bioquímicas, conforme sintetizado pelo quadro abaixo.

Quadro 1 - Fatores causais da sarcopenia do envelhecimento.	
Fatores Neuromusculares	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Queda da síntese de neurotransmissores das vias colinérgicas e dopaminérgicas; ✓ Diminuição dos circuitos neuronais no córtex motor; ✓ Desnivelamento e atresia da bainha de mielina; ✓ Redução da condução do impulso nervoso; ✓ Remodelação e encerramento das unidades motoras. ✓ Rápida degradação das fibras musculares tipo II.
Fatores Metabólicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Produção acentuada de citocinas pré-inflamatórias e interleucina 1 e 6; ✓ Queda da síntese e ação de hormônios somatotróficos, como GH (<i>Growing Hormone</i>), IGF-1, testosterona e estrogênio; ✓ Redução da concentração de íons Cálcio e de Vitamina D; ✓ Perda de aminoácidos estruturais e lentidão; ✓ Redução do metabolismo basal.
Fatores Nutricionais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dietas hipoprotéicas e carentes de cálcio e de potássio; ✓ Descontrole das medidas antropométricas.
Fatores ligados aos hábitos diários	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sedentarismo; ✓ Inatividade física; ✓ Pouca exposição aos raios solares.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Pesquisas indicam que a sarcopenia impacta sobre a função muscular (potência, força e resistência à fadiga), tornando os movimentos articulares imprecisos, incompletos e insuficientes para gerar funções motoras simples, como a abertura de uma tampa de um frasco, facilmente realizada por 96% de pessoas nas fases mais jovens do ciclo de vida, porém com taxas de insucesso em torno de 68%, para idosos com idade entre 71 e 80 anos³⁴. Os mesmos estudos ainda destacam que diminuição da força muscular, em uma taxa que varia de 20% a 40%, na população entre 70 e 80 anos; ao considerar idosos nonagenários, a redução da força chega a percentuais superiores a 50%³⁵.

Além da redução da motricidade, a sarcopenia ainda estabelece importantes alterações na marcha (redução da velocidade e aumento da fase de duplo apoio) e no controle postural, expondo as pessoas idosas às instabilidades posturais, ao déficit de equilíbrio e às preocupantes quedas³⁴. Outros autores destacam que patologias metabólicas, tais como a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica, e dificuldades para regulação da temperatura corporal também são reflexos da perda de massa muscular relacionada ao envelhecimento³⁵.

O decréscimo da função muscular tem sido apontado como fator primário para a redução da independência e autonomia, bem como para a instalação de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) do sistema locomotor^{32,35}, associando-se às alterações senescentes ou senis na cognição, no humor e na mobilidade. Estudos verificaram que, cerca de 40% dos indivíduos com mais de 60 anos requerem algum tipo de auxílio, seja mecânico ou humano, para realizar atividades cotidianas e, à medida que a idade torna-se mais avançada, essa necessidade cede espaço para a instalação de limitações nas Atividades de Vida Diária³⁶⁻³⁸.

O idoso se percebe saudável e ativo socialmente quando consegue desempenhar suas expectativas e projetos através da realização de atividades cotidianas, construindo imagens e atitudes positivas sobre a própria velhice, mesmo diante de limitações impostas por DCNT. Destarte, estabelece-se uma correlação importante entre a saúde e a funcionalidade física na velhice, constituindo uma preocupação central no campo do envelhecimento, uma vez que a incapacidade funcional repercute de maneira desfavorável entre os idosos, as famílias e a sociedade⁴¹.

Desde 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) observou a insuficiência do modelo médico vigente para as mudanças e necessidades epidemiológicas advindas com a transição demográfica em todo o mundo, demarcada principalmente com a crescente incidência de doenças crônicas incapacitantes²⁹. Assim, reflexões foram estimuladas para, a princípio, reformular o Código Internacional de Doenças (CID), que se baseava nas doenças agudas, infecciosas e contagiosas^{3,29}, culminaram com a criação do Código Internacional de Deficiência, Incapacidades e Desvantagens (ICDIH - *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap*).

Esse modelo foi útil por ir além do modelo médico e estabelecer uma ligação entre o indivíduo e as consequências das doenças, determinando o estado de saúde. Entretanto, recebeu duras críticas por associar o paciente como responsável pela incapacidade, sem levar em consideração o contexto onde estava inserido.

Desse modo, instigou-se o surgimento de outro modelo de incapacidade, sugerido por Verbrugge e Jett, fomentando o aperfeiçoamento da classificação proposta pela OMS, direcionada à avaliação das condições de saúde para todas as idades, conhecida como CIF - *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*, que levava em consideração a funcionalidade e a incapacidade isoladamente, como também incorporava os fatores de risco, as características intraindividuais (estilo de vida, antecedentes clínicos) e o contexto social (acesso aos serviços, aspectos econômicos). Em se tratando da população idosa, esse mecanismo de classificação tornou-se fundamental pela relação entre as mudanças biopsicossociais e a redução da funcionalidade²⁹.

Como consequência, estabeleceu-se a definição mais clássica de incapacidade funcional, que passou a ser caracterizada como qualquer restrição ou falha para realizar uma atividade, seja em relação à forma de execução ou ao tempo gasto para executar, dentro de um padrão de normalidade. Esse conceito levou em consideração os escritos de Nigel³² aprimorado por Verbrugge e Jett, conforme apresentado pela Figura 2.

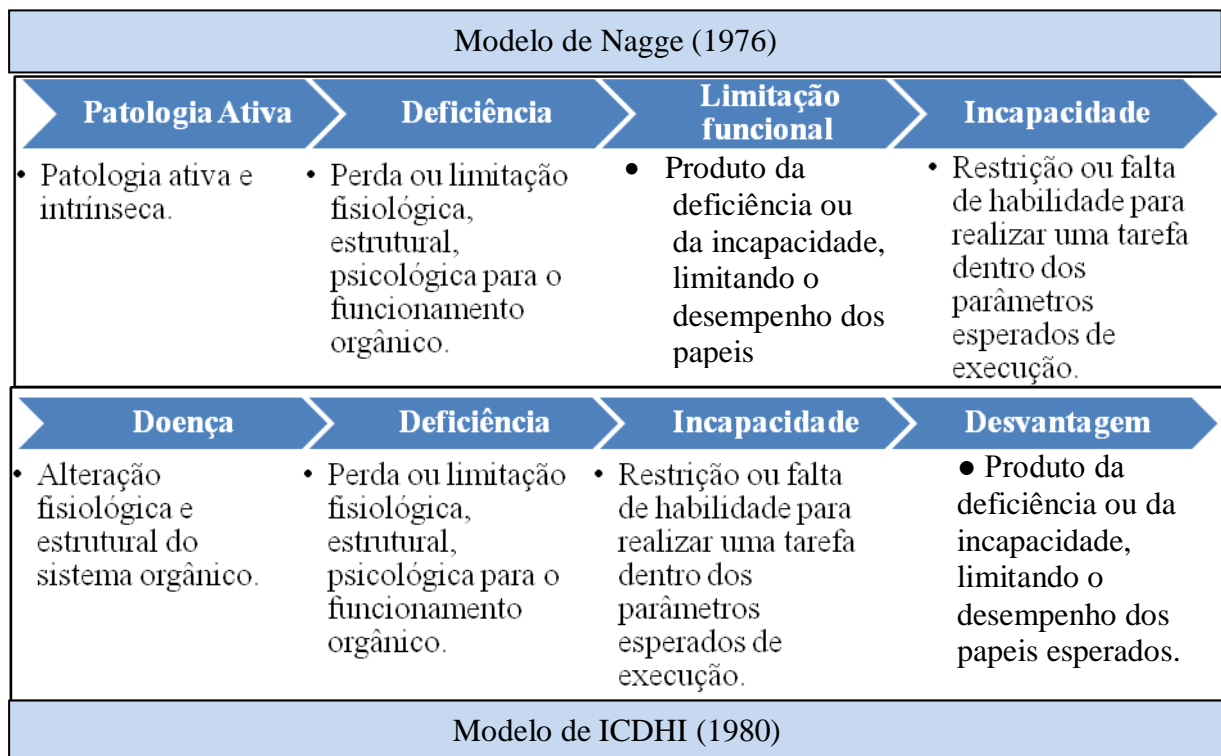


Figura 1 - Conceitos de Incapacidade, segundo proposituras de Nagge e OMS/ICDHI.
Fonte: OMS, 1980.

Em 2004, a CIF/OMS divulgou um conceito de capacidade funcional aplicando os termos funcionalidade e incapacidade, distinguindo-os através da presença de determinantes primários (habilidade em realizar a ação) e secundários (habilidade em realizar as tarefas

diárias). Assim, funcionalidade e incapacidade seriam termos globais, que abraçariam as funções orgânicas, cotidianas e sociais, além das deficiências e limitações.

Diante do exposto, a capacidade funcional surge como um importante indicador de saúde, bem-estar e de qualidade de vida para a velhice, considerada por muitos autores como um dos mais fortes e atuais paradigmas no âmbito da saúde da pessoa idosa. Torna-se, portanto, a dimensão basal para a criação de modelos de avaliações e de intervenções geriátrico-gerontológicas, bem como para o desenvolvimento de políticas direcionadas as reais demandas impostas pelo envelhecimento^{29, 30,38}.

Embora estudos populacionais tratem a capacidade funcional como importante indicador de saúde para a pessoa idosa, observa-se que a sua exata caracterização ainda é pouco difundida, estando passível de erros conceituais importantes.

Os estudos epidemiológicos frequentemente consideram a capacidade funcional (CF) como a ampla habilidade física e mental, desenvolvida ao longo da vida, para realizar as atividades cotidianas e sociais com independência e autonomia^{35,36,47}. A impossibilidade de desempenhar os papéis socialmente definidos e as tarefas dentro de um ambiente sociocultural e físico particular expõe o perfil do processo de envelhecimento delineado pelo idoso, bem como quantifica o impacto das doenças que se oportunizam e se prolongam com a passagem do tempo^{36,40}.

Nesse cenário, os modelos multidimensionais de avaliação da saúde da pessoa idosa utilizam como parâmetros para mensurar a saúde física e funcional a realização das Atividades de Vida Diária (AVDs), apresentadas pela literatura como Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), Atividades Instrumentais de Vida Diária e as Atividades Avançadas de Vida Diária^{41,43}. Vale ressaltar que o idoso capaz funcionalmente é aquele que apresenta aptidão para cuidar de si (diretamente relacionado com as ABVDs) e para administrarem o ambiente em que vivem (envolvendo as AIVDs).

Sidney Katz e colaboradores, em 1959, estudaram o estado funcional de pacientes hospitalizados e conseguiram caracterizá-los quanto ao tipo de assistência recebida, apresentando o primeiro modelo que avaliava o status funcional para tarefas de autocuidado, como tomar banho, vestir, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação⁴⁵, conhecido como o *The Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)*, traduzido como, Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária.

As subdivisões das Atividades de Vida Diária foram propostas de Mahoney e Barthel, posteriormente confirmados por Lawton e Brody^{42,44}, e atualizadas por Katz, em 1999, conforme ilustrado pelo Quadro 2.

Quadro 2 - Atividades de Vida Diária, segundo modelo proposto por Katz (1999).	
Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)	Funções elementares de sobrevivência, como: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, despir-se, calçar e retirar calçados, realizar a higiene pessoal, transferir-se e manter a continência urinária e fecal.
Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	Funções de adaptação ao meio, como: atividades domésticas, laborais, de lazer. Exemplos: limpar a casa, usar o telefone, preparar refeições, tomar medicamentos, fazer compras, ir à escola ou igreja, passear.
Atividades Avançadas de Vida Diárias (AAVD)	Altas habilidades, como: dirigir carro, andar de bicicleta, pintar, costurar, tocar piano, fazer ioga. Não trazem impactos sobre a vida cotidiana do idoso.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os instrumentos de avaliação e de pesquisa sobre a saúde funcional utilizam estruturas que envolvem autorrelatos sobre as atividades de vida diária de diversas, podendo tomar como base as dificuldades para realizar ou considerar a quantidade de atividades realizadas com dificuldade. Existem vários instrumentos que avaliam a capacidade funcional, destacando o “Índice de Independência nas AVDs de Katz” (Escala de Katz), o Índice de Barthel e a Escala de Lawton e Brody, que analisam as habilidades do indivíduo em realizar as atividades cotidianas com independência e autonomia, verificando as reais necessidades funcionais a serem trabalhadas em intervenções de reabilitação⁴³.

Especificamente, a Escala de Katz é um instrumento autorreferido, proposto para avaliar o desempenho do idoso e o grau de assistência exigida durante a realização das ABVDs, agrupadas em seis categorias básicas: banho, vestuário, ida ao banheiro, transferência, continência e alimentação^{43,44}. A Escala de Lawton e Brody consiste em analisar a realização das AIVDs, consideradas mais complexas por envolver componentes motores integrados e diretamente relacionadas com a vida comunitária do idoso, incluindo usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar a roupa, cuidar do jardim, usar o transporte, subir escadas, tomar remédios, tomar conta do orçamento^{43,45}.

Destarte, seja pelas mudanças advindas com a senescência ou pelas alterações senis, os idosos tendem a perder primeiramente as funções relacionadas à mobilidade e às funções instrumentais. A utilização de instrumentos que avaliem a capacidade funcional pode estimular a identificação precoce das perdas funcionais e o estabelecimento dos riscos de incapacidade, estimulando a elaboração de ações preventivas a esta população.

Em situação paradoxal, a incapacidade e a dependência resultariam da complexa combinação entre condições de saúde adversas que comprometam a cognição, o humor, a mobilidade e a capacidade de comunicação, possibilitando o desenvolvimento das grandes síndromes geriátricas⁴⁶. É importante salientar que essas situações são moldadas por aspectos comportamentais e pelas circunstâncias ecológicas sob as quais o idoso vive; por isso, o monitoramento das condições de saúde da população idosa norteia as estratégias de prevenção e de intervenção, antecipando o desenvolvimento do ciclo retroalimentado entre a fragilidade/dependência/institucionalização, bem como evitando a sobrecarga dos atuais modelos assistenciais direcionados à população idosa⁵⁻¹⁰.

Diante de uma população mais envelhecida, com maior tendência ao desenvolvimento de condições patológicas crônicas e incapacitantes, as políticas públicas e ações subsequentes devem enfatizar o envelhecimento saudável e ativo, cujo norteamento deverá ser a capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional⁴⁷. Dessa maneira, todas as iniciativas de promoção, assistência e de reabilitação em saúde devem ter como meta a otimização, recuperação ou manutenção da capacidade funcional, preservando a autonomia e a independência física e mental pelo maior tempo que seja possível⁵⁻¹⁰.

As diretrizes da atual Política Nacional Pessoa Idosa (PNSPI), Lei 8.842/94, promulgada em 1994 e reformulada em 1996, bem como da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM/MS 1.395/99, reformulada em 2006, alojam-se nesse ideário, fomentando práticas em saúde direcionadas a prevenção e ao controle de agravos, contribuindo para reduzir a fragilidade e para ampliar a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas ao longo de todo o curso de vida^{7,48}.

Assim, ao afirmar que “o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica”, a PNSPI fortalece não apenas o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde, como também estimula modelos assistenciais ético-humanitários amplos para a população que envelhece⁴⁸.

Associar a capacidade funcional ao conceito de saúde da pessoa idosa favorece o reconhecimento do envelhecimento como um processo complexo, heterogêneo e multidimensional, direcionando a ação dos profissionais de saúde para a distinção entre as mudanças naturais do curso de vida ou senescência daquelas relacionadas ao envelhecimento dito patológico ou senil.

Ao avaliar a capacidade funcional de pessoas idosas, os profissionais não apenas predizem o risco de instalação de incapacidades ou avaliam a qualidade das políticas de saúde

desenvolvidas para esse segmento populacional, mas podem fomentar ações e práticas direcionadas às reais demandas que emergem com o envelhecimento, numa visão mais ampla e profunda quanto à severidade das doenças crônicas e o impacto de comorbidades, numa perspectiva multidimensional.

Por fim, é fundamental respeitar as construções históricas individuais, levando em consideração o curso de vida de pessoas idosas, garantindo os direitos e indicando caminhos para uma sociedade justa e igualitária, onde envelhecer seja, de fato, considerado um marco evolutivo para toda a humanidade.

2.1.3 Aspectos Conceituais da Depressão na Velhice

A atual transição demográfica, mundialmente reconhecida por pesquisadores e representantes das nações, trouxe drásticas mudanças no perfil epidemiológico das sociedades atuais. O envelhecimento populacional passou a permear o progressivo aumento de doenças crônicas, dentre elas com grande destaque para a prevalência de doenças psiquiátricas, tais como as demências e a depressão⁴⁷.

Por ser multifatorial e multidimensional, o envelhecimento favorece as progressivas mudanças biopsicossociais que podem gerar medo, conflitos, insegurança e sentimentos de solidão, diante das perdas inerentes a essa fase, como perda dos papéis sociais, de amigos e familiares, do status econômico e do vigor funcional, expondo a pessoa idosa ao desenvolvimento de doenças psiquiátricas⁵³⁻⁵⁵, forte sobrecarga para pacientes e seus familiares.

A literatura científica evidencia que a longevidade e a aproximação da finalização do ciclo de vida, associadas ao surgimento ou severidade de doenças crônicas (*leia-se também incapacidades*), falecimento de entes queridos, advento da aposentadoria e as mudanças nas atividades cotidianas, geram uma considerável redução da rede social e, conseqüentemente, dificultam a construção de novos e significativos vínculos e papéis sociais, tornando o idoso vulnerável a doenças complexas e ainda repletas de mitos, como a depressão⁵⁵.

De acordo com a publicação “*Depression and other common mental disorders: global health estimates*”, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que 322 milhões de pessoas tenham sido acometidas pela depressão ou por sintomas depressivos em todo o planeta (correspondendo a 4,4% de toda população mundial), das quais cerca de 800 mil pessoas são conduzidas ao óbito através do suicídio⁵⁰.

Projeções ainda indicam que a depressão pode se tornar a segunda maior causa de condições incapacitantes nos países desenvolvidos, com elevadas taxas de morbidade e mortalidade registradas na história da humanidade até 2030; nos países em desenvolvimento, estima-se que seja a maior causa de afastamento do mercado de trabalho por condições incapacitantes.

Ainda nesse relatório, a OMS estima que a depressão atinja 5,8% da população brasileira; em valores absolutos, esse quantitativo chega a 11.548.577 habitantes. Quando associada aos distúrbios de ansiedade, esses números sobem para 9,3% (18.657.943) das pessoas que vivem no Brasil, com predomínio entre mulheres e comum a todas as faixas etárias.

Dessa forma, a depressão emerge na sociedade pós-moderna como uma evidência da vulnerabilidade do homem aos novos ritmos, valores e contextos, concretizando o latente sofrimento expiatório da cessação de interesse pelo mundo moderno, num misto de perda progressiva da identidade por autorrecriminações e pelo declínio da autoestima^{53,55}. Esse cenário interfere negativamente sobre a produtividade pessoal e social, construindo incapacidades transversais à faixa etária, raças, credo, gênero, status socioeconômico, como também as fronteiras históricas, culturais e geográficas entre as nações⁶³⁻⁶⁵.

Em decorrência de sua complexidade sintomatológica e relações com outros processos patológicos, a depressão precisa ser compreendida através da tríade *sintoma-doença-síndrome*⁵⁵. Enquanto sintoma, o termo depressão sugere um estado psicoafetivo e comportamental interligado a processos patológicos, como a esquizofrenia, demência, transtornos cognitivos graves⁵⁷. Quando relacionada ao estigma de doença, mostra-se como uma entidade nosocomial com classificações distintas quanto aos sintomas e a severidade⁵⁵. E, por fim, quando correlatada a uma síndrome, apresenta um amplo espectro de evidências clínicas multidimensionais, com sinais e sintomas psicoafetivos, somáticos e sociais⁵³. Entretanto, o senso comum tende a associá-la a estados afetivos corriqueiros, como a tristeza, como também a sintomas de uma doença aguda ou crônica.

A OMS utiliza o termo “Transtorno Depressivo” como um dos tipos de Doenças Mentais Comuns (*Common Mental Disorders*), juntamente com o Transtorno de Ansiedade⁴⁹. Esses distúrbios afetam a população independentemente de faixa etária, sexo, condições socioeconômicas ou espaços geográficos, sendo considerados “comuns a qualquer população”. Trazem como principais impactos as alterações de humor e de sentimentos, cuja sintomatologia pode variar de intensidade (*leia-se severidade*), aparecendo em intervalos de tempo também variável, entre meses e anos⁵³.

Conceitualmente, o Transtorno Depressivo é uma condição patológica caracterizada por sentimentos de culpa ou baixa auto-estima, por tristeza, perda de interesse ou prazer, alterações de sono ou apetite, fadiga extrema e dificuldades de concentração. De acordo com a literatura⁴⁹, os distúrbios depressivos incluem três subcategorias principais, a saber: Transtorno Depressivo Maior ou Episódio Depressivo (ED), Distímia ou Episódio Distímico e a Depressão de Início Tardio.

Segundo a Classificação Internacional das Doenças, em sua décima edição (CID-10), no Episódio Depressivo (ED) o indivíduo caracteriza-se com humor deprimido, perda de interesse e prazer, previsões negativas do futuro, baixa autoestima, ideias ou atos de automutilação e suicídio, fatigabilidade aumentada e conseqüente redução das atividades sociais, laborais e, com a ausência de diagnóstico e de tratamento, das atividades de autocuidado também. Sintomas somáticos, como forte perda de apetite e perda de peso são comuns. De acordo com o número de episódios e com a quantidade de sintomas, que podem ou não afastar do trabalho, os EDs podem ser classificados em leves, moderados e graves^{52,58-60}.

Corroborando com o CID-10, o Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV) caracteriza o Episódio Depressivo Maior (EDM) pela presença obrigatória de redução do humor e perda dos interesses e do prazer pelas atividades que anteriormente eram realizadas, associados a, pelo menos, quatro dos sintomas a seguir: alterações do apetite e do sono (insônia final), alterações psicomotoras, déficits de concentração, sentimentos de inferioridade, fadiga e cansaços excessivos, indecisões e ideias de morte e de culpa^{54,55}. Esses sintomas devem estar presentes em grande parte do dia, durante todos os dias no intervalo mínimo de duas semanas, prejudicando as atividades sociais, laborais e afetivas⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾.

A Distímia ou Episódio Distímico tem prevalência de 6% dentre os transtornos depressivos, sendo caracterizada pela redução crônica de humor na maior parte do dia, durante todos os dias, num intervalo mínimo de dois anos. Pode estar associado a dois dos seguintes sintomas: alterações de sono, apetite, cansaço, déficit de concentração, sentimento de culpa e de menos valia, irritabilidade ou baixa autoestima. Há poucos casos de Distímia com sintomas somáticos. Todo o quadro sintomatológico leva a significativos prejuízos nas relações e atividades sociais e/ou ocupacionais⁵⁹⁻⁶⁰.

Além de alta prevalência nas mais variadas faixas etárias, a depressão traz impactos preocupantes quando acomete contingentes etários mais velhos, sendo conhecida como Depressão de Início Tardio. Estudos indicam que a depressão é um dos males mais

impactantes do século XXI, considerada uma doença complexa de longo curso, com uma variedade de sintomatologia e de diagnóstico difícil quando associada às alterações senescentes, o que torna a assistência com altos custos diante da necessidade de um tratamento interdisciplinar, fazendo com que a referida patologia também seja considerada a mais onerosa entre os agravos clínicos crônicos, interferindo negativamente sobre a qualidade de vida de quem envelhece⁶⁶.

A “depressão de início tardio” ou “depressão maior em idosos” pode ser definida transtorno cognitivo ligado às alterações humor e sentimentos de tristeza persistente, no qual pessoas idosas apresentam a sintomatologia comum ao Episódio Depressivo Maior (EDM), com algum grau de incapacidade funcional (para os graus de severidade de leve a moderado) ou com alterações psicomotoras associadas a sintomas somáticos, também chamados de endogenomórficos^{59-60,70}. Os sintomas depressivos em idosos são heterogêneos, podendo estar associados às patologias crônicas e a estados demenciais, uma vez que não são raros os sintomas físicos da depressão coexistirem com o quadro clínico das patologias⁷⁰.

O quadro 3 traz uma síntese das evidências clínicas que baseiam o diagnóstico da depressão em idosos, baseado nos critérios estabelecidos pelo DSM-IV^{54,56,59,61}.

Quadro 3 - Evidências Clínicas da Depressão Maior em Idosos, segundo o DSM-IV.	
Sintomas Psíquicos	Humor deprimido, desinteresse e perda do prazer pelas atividades cotidianas, indecisão.
Sintomas Comportamentais	Retraimento social, crises de choro, pensamentos ou atos de suicídio, desânimo com o futuro, sensação de menos valia, repetidas queixas hipocondríacas, ansiedade, irritabilidade, hostilidade.
Sintomas Cognitivos	Agitação ou retardo psicomotor, déficit de memória, falta de concentração.
Sintomas Fisiológicos	Fadiga, indisposição, cansaço, insônia ou sono excessivo diurno, perda ou ganho significativo de peso, hiperfagia ou inapetência, redução da libido e da atividade sexual.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Uma das maiores dificuldades enfrentadas durante o processo de diagnóstico da depressão em idosos é a forte associação dos sintomas depressivos com as alterações biopsicossociais ligadas ao processo de envelhecimento ou à carga acarretada por doenças físicas, sendo confundidos com tristeza e desânimo decorrentes de eventos cotidianos^{57,66}. Esse cenário é agravado por familiares e profissionais de saúde, que subestimam o quadro sintomático apresentado pelos idosos, retardando o diagnóstico e o tratamento adequado.

Etiologicamente, não se sabe a causa específica da depressão. Pode estar relacionada com alterações neuroquímicas, como déficit de serotonina, noradrenalina e dopamina em áreas ligadas ao sistema límbico e ao giro pré-frontal⁶²⁻⁶³. Estudos indicam que eventos de vida altamente estressantes em associação com a desregulação no eixo glandular Hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) desajustam a concentração de cortisol, estando fortemente relacionados com o aparecimento de sintomas depressivos⁶⁴⁻⁶⁵. Vale ressaltar que todas essas alterações neurobiológicas já fazem parte da senescência. Provavelmente, a falta de adaptabilidade às essas mudanças criariam o cenário favorável para o desenvolvimento da depressão.

Os processos patológicos preexistentes também podem estar relacionados com a depressão em idosos, tanto pelas incapacidades resultantes (restrição de mobilidade, desenvolvimento de déficits motores ou físicos, alterações biomecânicas e funcionais significativas, dependência mecânica ou humana) como pelos sintomas da doença (prurido, insônia, tinnitus, desconfortos respiratórios, fadiga, redução da funcionalidade), construindo medos ligados à progressão das doenças, a sobrecarga de familiares e aos custos com o tratamento⁶²⁻⁷⁰.

Entretanto, o aparecimento dos sintomas depressivos está fortemente ligado às circunstâncias biopsicossociais comumente vividas por idosos nessa fase do ciclo de vida, sendo considerados como fatores de risco, tais como: ser mulher, solidão, abandono, maus tratos, perdas familiares importantes, divórcio ou viuvez, histórico de psicopatias, doenças crônicas preexistentes, dor crônica, baixa qualidade das relações sociais e familiares, presença de limitações funcionais, além de um ambiente social desfavorável. Estudos indicam que esses fatores tanto sugerem o aparecimento dos sintomas quanto agravam a depressão, sendo os grandes responsáveis para os significativos índices de mortalidade envolvidos na referida patologia^{65,66,69}.

Por isso, é fundamental que os sintomas depressivos sejam identificados pelo próprio idoso, por familiares e, principalmente, pelos profissionais de saúde já que o prognóstico torna-se mais sombrio à medida que o diagnóstico é tardio e o tratamento inicial é inadequado e não consegue controlar a sintomatologia depressiva⁶⁸.

De acordo com o Caderno Brasileiro de Atenção Básica, a prevalência da depressão em idosos varia de 4,7 a 36,6%, aumentando de acordo com as condições ambientais, presença de deficiência física, hospitalizações e institucionalização⁷⁰. Estudos de base populacional indicam que as taxas de prevalência dessa patologia variam entre 4,8 a 14,6% na

população idosa residente na comunidade, chegando ao alarmante intervalo entre 38,2 a 40% entre os idosos residentes nas instituições de longa permanência^{57,72}.

Em todo o mundo, a OMS estima que as taxas de prevalência da depressão em idosos variam segundo o subgrupo etário, estando em valores acima de 7,5% entre as mulheres na faixa etária de 55-74 anos, e de 5,5% entre os homens, conforme ilustrado abaixo⁵⁰.

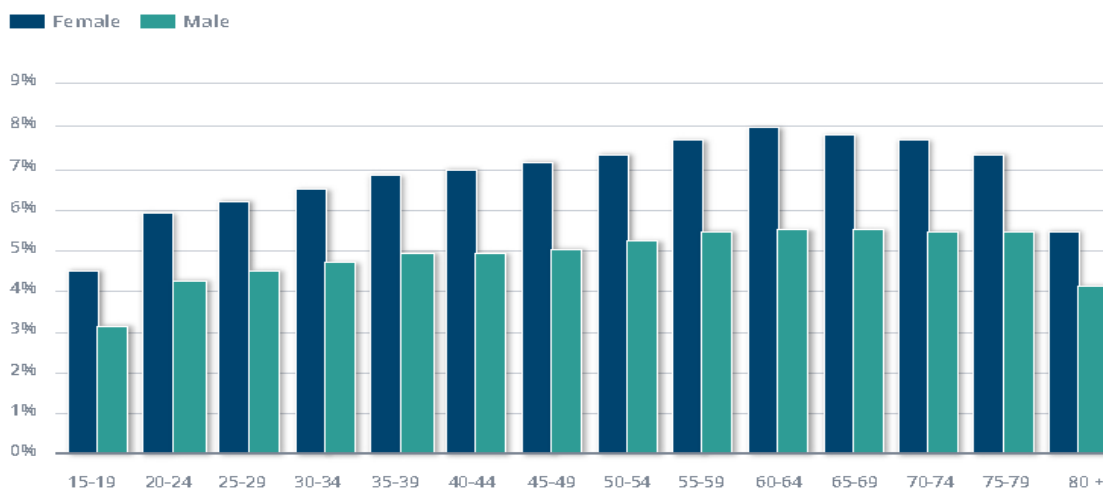


Gráfico 1 - Prevalência do Transtorno Depressivo, por idade e sexo, de acordo com a OMS.
Fonte: WHO, 2017.

Cumpram-se ainda atentar para a forte relação entre depressão e demência, considerados os transtornos cognitivos mais comuns e mais preocupantes que acometem a população geriátrica, comprometendo significativamente a funcionalidade e a qualidade de vida quando associados. Estudo indicou que o desenvolvimento da demência é mais forte na presença da depressão, quando analisou comparativamente homens hipertensos deprimidos e não deprimidos⁷⁸.

A depressão diferencia-se da demência principalmente pelo tempo de instalação da sintomatologia. Na depressão, a progressão dos sintomas é mais rápida, com evidências clínicas mais claras e possíveis históricos de episódios anteriores; não há exames que evidenciem a patologia. Diferentemente, a demência apresenta início sintomatológico insidioso e lento, com exames por imagem sugestivos de extrema compactação cerebral e perda progressiva das funções cognitivas²¹⁻⁶⁸.

Devem-se avaliar os riscos de suicídio em todos os pacientes, visto que a prevalência de casos de suicídio em idosos acima de 80 anos, tem aumentado consideravelmente dentro do próprio grupo etário⁴⁹, conforme ilustra o Gráfico 2.

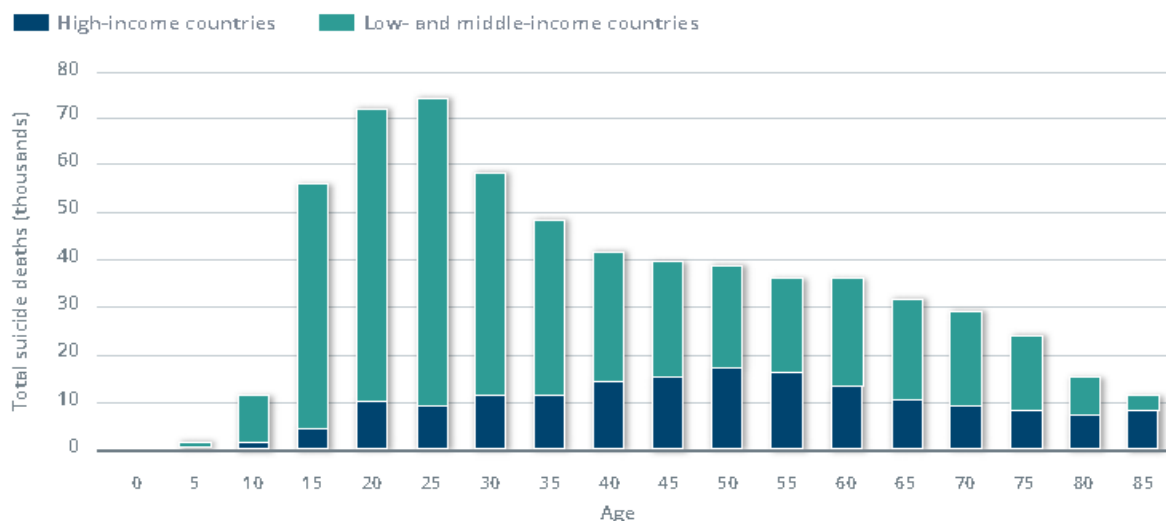


Gráfico 2 - Casos de suicídio no mundo, segundo a renda do país e a idade.
Fonte: WHO, 2017.

Observa-se que, embora os índices apontem para maior frequência de suicídio entre 15 e 30 anos, a OMS chama a atenção para um crescimento de 8,3% das taxas de suicídio em pessoas com mais de 60 anos, entre os anos de 2005 e 2015⁴⁹.

É oportuno destacar que, para o senso comum e, infelizmente, para uma considerável parcela dos profissionais de saúde, a depressão está associada ao processo de envelhecimento senescente. Tal estigma colabora para subdiagnósticos e subtratamentos entre idosos com sintomas depressivos, acelerando as perdas funcionais e permeando o desfecho mais obscuro desse transtorno cognitivo.

Não há exames clínicos, sejam laboratoriais ou por imagem, que confirmem o diagnóstico clínico da depressão⁷². A entrevista com pacientes ou com os familiares deve identificar não apenas a presença dos sintomas psíquicos, comportamentais e somáticos, como também, deve levar em consideração os fatores de risco relacionados ao gênero, idade de aparecimentos dos sintomas, presença de doenças crônicas, histórico de abuso de álcool e outras drogas⁷³.

A literatura disponibiliza instrumentos já validados para rastrear os sintomas depressivos em idosos, destacando a *Geriatric Depression Scale* (GDS). Formulada em 1983, por Yesavage e colaboradores, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) foi composta, inicialmente, por 30 questionamentos com padrões de respostas no formato “Sim” e “Não”, com pontuação máxima de 30 pontos⁷⁹⁻⁸⁰. Posteriormente, em 1986, o próprio Yesavage e colaboradores, reformularam a GDS e validaram uma versão reduzida, composta por 15 itens, minimizando o cansaço e eventuais falhas que a anterior provocava durante a aplicação⁷⁹⁻⁸². Outras versões com 10, 04 e apenas 01 item foram publicadas, mas pesquisas de avaliação de

acurácia e de aplicabilidade clínica verificaram que quanto menor o número de itens da GDS, menor a acurácia, aparentando-se menos úteis para avaliação da severidade da depressão⁸³.

Cabe ressaltar que a GDS, quer seja em seu formato amplo com 30 itens, quer seja em seu formato reduzido com 10 ou 15 itens, não determina o diagnóstico da depressão. Mostra-se útil para rastreamento dos sintomas depressivos, bem como o elevado escore pode ser indicativo de crescente severidade⁷³. O Ministério da Saúde (MS) recomenda a utilização da GDS-15 como instrumento adequado para o rastreio da sintomatologia depressiva na Atenção Básica^{41,69}, com o escore sugestivo de normalidade, para somatórios inferiores a 5 pontos; de presença de sintomas depressivos leves, quando o somatório entre 6 a 10 pontos; para somatórios entre 11 e 15 pontos, haveria a sugestão de sintomas depressivos severos.

Estudos revelaram que os casos de depressão no Brasil apresentam importantes diferenças regionais quanto à prevalência, ao quadro clínico e à severidade da doença, no universo do programa Estratégia Saúde da Família. Em estudo realizado em João Pessoa/PB, 240 idosos foram avaliados, dos quais 24,2% apresentaram sintomas depressivos⁸³. Em Jequié/BA, aproximadamente 88,8% dos idosos participantes apresentaram sintomas depressivos durante avaliação⁸⁴. Em Porto Alegre/RS, uma pesquisa contou com 621 participantes idosos, dos quais 30,6% apresentavam sintomatologia depressiva⁸⁵. Em estudo realizado na cidade de Montes Claros/MG, a prevalência de sintomas depressivos entre idosos foi de 20,9%.

Dessa forma, evidencia-se que a depressão de início tardio tem significativa relação com fatores sociais, econômicos e culturais, em que as experiências traumáticas, os constantes casos de gerontofobia (midiáticos ou não), o preconceito e a discriminação direcionadas ao “ser idoso” se aliam às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a uma rede social local precária e às transformações do contexto familiar, favorecem a instalação dos sintomas depressivos⁷⁰.

Em relação ao manejo terapêutico da depressão em idosos, medidas farmacológicas e não farmacológicas são empregadas para controle e remissão dos sintomas depressivos. Estudos verificaram bons resultados com as intervenções à base de fármacos associadas à psicoterapia⁸¹.

O tratamento farmacológico é feito mediante a utilização de medicamentos conhecidos como Antidepressivos, que visam reduzir a gravidade dos sintomas depressivos e os episódios de recaídas, melhorando o estado geral do paciente. Tais fármacos atuam na modulação do humor e no aumento do tônus psíquico, por estimularem a oferta de neurotransmissores (serotonina, dopamina, noradrenalina) em circuitos cerebrais ligados às áreas da emoção, do

humor e da cognição⁶⁰⁻⁸². Em fases agudas, a terapia farmacológica apresenta maior efetividade, devendo a prescrição ser direcionada pelos principais sintomas e pelos efeitos adversos em menor quantidade^{67,82}.

O Quadro 4 permite melhor visualização dos principais fármacos prescritos para o tratamento da depressão em pessoas idosas^{60,67,82}.

Quadro 4 - Principais fármacos empregados no tratamento da depressão em idosos.		
Fármaco	Ação	Representante mais comum
Antidepressivos Tricíclicos (ADT)	Aumentar a concentração de noradrenalina.	Amitriptilina
Inibidores Monoaminoxidase (IMAO)	Inibir a ação da enzima que degrada as aminas endógenas, aumentando o metabolismo de neurotransmissores.	Maprotilina
Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)	Bloquear a recaptação de serotonina, aumentando sua concentração no SNC.	Sertralina Fluoxetina
Antidepressivos Atípicos (ADA)	Potencializar a ação dos neurotransmissores em geral.	Venlafaxina

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

As medidas não farmacológicas incluem a psicoterapia, a eletroconvulsoterapia (ECT), prática regular de atividade física, mudanças de estilo de vida e aconselhamentos familiares⁶⁷. As terapias psicoterápicas mais relatadas em estudos de revisão sistemática incluem a Psicanálise e a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)⁸³.

Por fim, alguns estudos consideram que a depressão em idoso pode ser prevenida ou seus sintomas controlados, quando já está instalada, através de uma rede assistencial que perpassa os serviços de saúde, e se insere o círculo de amigos e de familiares, estimulando o bem estar psicológico e social dos idosos⁷⁷.

Seja qual for o manejo terapêutico adotado, o tratamento de depressão em idosos deve ser feito no âmbito da atenção primária, desde a avaliação e construção do diagnóstico clínico, até o acompanhamento multiprofissional, uma vez que a referida doença apresenta uma heterogeneidade sintomatológica e uma diversidade epidemiológica capaz de comprometer a qualidade e a funcionalidade dos anos acrescidos⁷⁶⁻⁷⁷.

Nos últimos anos, os estudos sobre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem verificado forte correlação com a incapacidade funcional e o aparecimento de sintomas depressivos em pessoas idosas, principalmente quando afetam o aparelho locomotor de maneira direta ou indireta. Entretanto, tanto as pesquisas quanto às políticas públicas e os

programas direcionados à saúde desse contingente etário pouco tem contemplado os transtornos depressivos de início tardio.

Pesquisas de coorte realizada em Amsterdã, o *Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)*, avaliou, entre 1993 a 2003, 3.056 pessoas entre 55 e 85 anos, dos quais 12,9% apresentaram depressão menor, cujo percentual elevou-se à medida que apareciam limitações funcionais com o avanço da idade, mesmo diante do controle das doenças crônicas. Dentre os participantes, 41,5% possuíam algum tipo de limitação funcional e destes, 35,2% apresentavam sintomas depressivos⁸⁷.

Um estudo semelhante, realizado na China, demonstrou o aumento do número de casos de depressão entre pessoas com mais de 55 anos, associado com incapacidades funcionais. Entre 1994 e 2002, os casos de depressão saltaram de 19,6% para 28,8%; quando associados à incapacidade funcional, os casos passaram de 33% para 55,4%. O estudo concluiu que incapacidades funcionais associadas às doenças preexistentes aumentaram o risco de desenvolvimento dos sintomas depressivos⁸⁸.

Realizada em 2009, uma pesquisa de base populacional em Taiwan revelou que, tanto para homens e quanto para mulheres acima de 65 anos, as dificuldades para realizar as AVDS foram os principais fatores preditores para o aparecimento dos sintomas depressivos⁸⁹. Em estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos, os idosos com dificuldades para realização das AVDs ou restrição de mobilidade também apresentavam sintomas depressivos significantes.

Estudos de base populacional que correlacionem à depressão com incapacidades funcionais realizados no Brasil são ainda escassos. Utilizando os dados do estudo SABE, pesquisadores identificaram que idosos com dificuldades para realizar ao menos uma atividade de vida diária também apresentavam sintomas depressivos significativos⁹⁰.

Assim, as evidências científicas apresentadas reafirmam a forte associação e o impacto entre a depressão e a incapacidade funcional, independente de situação socioeconômica, espaço geográfico e condições de saúde. Tais estudos reforçam a necessidade de mudanças no atual cenário assistencial à pessoa idosa, exigindo não apenas a ampliação dos serviços de saúde e a qualificação dos profissionais para atender as reais demandas oriundas do envelhecer ao interligar os transtornos mentais comuns às doenças físicas incapacitantes, como também solicitam a elaboração de políticas de seguridade social que absorvam o novo panorama demográfico e epidemiológico das sociedades que atravessam o novo milênio, verdadeiramente envelhecidas.

2.2 Teoria das Representações Sociais e suas Articulações com a Velhice

Diante da atual transição demográfica e epidemiológica vivenciada globalmente pelas sociedades pós-modernas, há diferentes perspectivas e nuances pelas quais o envelhecimento humano possa e deva ser compreendido. É possível analisá-lo sob a ótica da Biologia, da Sociologia, da Psicologia, da Filosofia, isoladamente; entretanto, pela complexidade na qual se compõem o envelhecimento será mais bem compreendido pela conjunção dessas ciências.

Dessa forma, analisar a velhice também requer olhares interdisciplinares, uma vez que compreendê-la sob a ótica biológica seria o mesmo que reduzi-la a uma parte, negligenciando a totalidade e a diversidade na qual essa etapa do ciclo se estabelece, podendo ser definida como um fenômeno biológico de construção biográfica e histórica, com intervenções individuais e coletivas⁹⁵. Talvez, toda essa complexidade permeia um limitado conhecimento em relação às mudanças biopsicossociais naturais ao processo de envelhecimento.

As atuais projeções populacionais ilustram o acelerado processo de crescimento de pessoas idosas na população brasileira, onde os conhecimentos, as crenças e as atitudes frente à velhice são tão heterogêneos quanto à diversidade da velhice, sendo compartilhados com os grupos sociais. Assim, as crenças e as atitudes de uma pessoa em relação à velhice surgem e se consolidam com as experiências vistas e vividas em seu contexto social e cultural, capazes de apontar os efeitos das mesmas em comportamentos futuros e desfechos de saúde.

Isto posto, com o envelhecimento populacional e os desafios das políticas públicas frente às demandas de envelhecer, faz-se necessário compreender as diferentes representações sociais sobre a velhice, para que elementos importantes surjam e fomentem planos e ações que possibilitem a construção de uma velhice saudável e satisfatória, equilibrando as limitações e as potencialidades tão comuns a essa fase etária, ainda pouco investigada cientificamente.

Representar seria, então, um ato pensante que recoloca nas relações sociais, os fenômenos distantes e os reinterpreta de maneira real e familiar, fazendo circular os conceitos construídos através dos meios de comunicação no contexto social onde emergiram. A partir das Representações Sociais (RS) é possível apreender os fatos e símbolos da vida cotidiana, edificados pelas experiências e saberes individuais que constituem o senso comum, interligando-o ao conhecimento científico⁹⁹.

Dessa forma, representações sociais podem ser definidas como um conjunto de pensamentos, explicações, crenças e ideias comuns a um determinado grupo social, configurando sistemas de valores e práticas construídos no meio social a partir das

contribuições individuais dos sujeitos participantes em um formato dinâmico⁹⁷, renovando-se com os avanços sociais que a comunicação entre os grupos possibilita. O principal objetivo é tornar real e familiar os fenômenos até então desconhecidos, permitindo classificações e nomeações a novos acontecimentos a partir de ideias já existentes e aceitas no meio social¹⁰⁰⁻¹⁰¹.

Assim, a realidade passa a ser socialmente estabelecida e o saber torna-se uma construção do sujeito ligado ao entorno social no qual está inserido, compartilhando o objeto ou o fenômeno, numa intensa dinâmica de construção e reconstrução de símbolos, imagens e conceitos. Pessoas e grupos sociais pensam por si, transmitem saberes e produzem atitudes, mudando de tempos em tempos pela liberdade conferida através da comunicação, projetando as RS para um espaço simbólico e permitindo associações diversas nos ambientes sociais onde o conhecimento é permutado¹⁰².

Em um universo sociocultural e histórico de conversação, a representação social constitui-se como uma via de apreensão do mundo real, transformando o pensamento simbólico em realidade, por meio de análises das ações sociais desenvolvidas pelos indivíduos que as representam. Isso significa valorizar o senso comum, através das ideias basais que movem e revelam o modo de pensar e de agir, tornando comum o pensamento científico. Cabe ressaltar que, é a partir dos arquétipos e estratégias do senso comum que o pensamento científico se fundamenta¹⁰³, sendo as representações sociais um eixo conector entre os paradoxais universos que constituem a realidade: o universo consensual e o universo reificado⁹⁵⁻¹⁰⁷.

Universo consensual expressa as ideias e as teorias do senso comum, onde os grupos sociais elaboram o próprio contexto a partir das experiências vivenciadas; é de onde eclodem as representações sociais. No universo reificado, as ideias e os saberes surgem de rigorosos métodos, dotados de lógica e objetividade; é onde se manifestam os saberes e os conhecimentos científicos⁹⁵. Ressalta-se que ambos se relacionam e se complementam: o conhecimento científico passa a fazer parte da crença dos indivíduos, tornando-se elemento da cultura de um grupo ao ser transformado em conhecimento comum, a partir das relações sociais desenvolvidas⁹⁶.

Assim, a TRS abrange um universo consensual de significados, reações, crenças e avaliações construídas e compartilhadas socialmente, onde os grupos sociais interagem a partir de processos de objetivação e de ancoragem, interpretando e atribuindo significados comuns à problemática do contexto onde estão inseridos^{100,103}.

É possível ainda afirmar que as RS surgiriam de um mecanismo dialógico, de natureza psicológica e social, com a finalidade de dotar um objeto com significados e conceitos, tornando o que é estranho em algo familiar, por meio de processos conhecidos como Objetivação e Ancoragem¹⁰⁰.

A objetivação é a transformação do imaginário no concreto; ligada especificamente ao pensamento social, conferindo materialidade às ideias, as palavras e aos esquemas conceituais. A ancoragem está relacionada com o processo de familiarização e incorporação do novo, transformando o conceito apreendido em um conceito prático, capaz de influenciar a realidade; essa fase envolve a associação de crenças, juízo de valores e saberes preexistentes, em que o desconhecido passa a integrar e a crescer ao que se tinha de conhecimento, enraizando as representações e conferindo uma nova interpretação da realidade^{96,103}.

As representações sociais tem repercussão direta com a sociedade que as constituiu, por formarem os pilares estruturais do conhecimento que circula entre os membros do grupo social, influenciando comportamentos, atitudes e modos de agir em determinado tempo e espaço¹⁰².

Pensar nas representações sociais e associá-las a uma sociedade moderna e envelhecida implica em conhecer e em reconhecer a especificidade das diferentes formas de pensar e de agir diante da velhice, principalmente quando se leva em consideração que, para a maioria dos indivíduos, o enfrentamento das perdas inerentes a essa fase da vida se estrutura nas concepções, crenças e saberes prévios que são construídos e disseminados a cerca do envelhecimento¹⁰³.

Pesquisas que agregam as representações sociais à velhice em seus objetos de estudo, de bases nacionais e internacionais, tem versado sobre temas impactantes relacionados ao cotidiano dos idosos na sociedade atual, tais como a epidemia do HIV/AIDS, quedas, envelhecimento ativo, violência e maus tratos, depressão e qualidade de vida¹²⁴⁻¹²⁹.

A concepção da velhice remete para duas linhas de pensamento. Na primeira, a velhice seria um processo biológico, cuja estruturação se faz a partir do que é real, no qual o envelhecer pode ser reconhecido pelos marcadores fisiológicos que caracterizam a passagem do tempo, dentro do que é permitido nas fronteiras etárias. Numa segunda reflexão, a concepção da velhice viria em um repertório cultural e historicamente delimitado, perpassando o processo biológico e desvelando-se para uma construção social. Assim, a medida que o tempo passa, os fatores biológicos e cronológicos se associam a uma história de vida acrescida de processos individuais e coletivos, por onde se agregam e se renovam (ou não) normas, regras e valores¹⁰⁴⁻¹⁰⁵.

Nas sociedades modernas, a usual demarcação temporal e hierárquica da velhice tem criado cenários de lutas intergeracionais, que se findam com a segregação etária dos mais velhos, preservando ideários associativos de condição de deterioração, dependência e de perdas^{15,103}.

Pesquisa realizada com pessoas não idosas e pessoas idosas da zona rural nordestina⁹⁸, buscou identificar as representações sociais da velhice e a influência sobre a identidade do ser idoso. Observou-se que os participantes mais jovens representaram a velhice com características negativas, referenciando medo e associando-a a inutilidade social e à morte. Já os idosos participantes associaram a velhice a um triunfo, em que as transformações do corpo são frutos de sua história, e a aposentadoria é equivalente a um prêmio conferido após os árduos anos de trabalho. Em outro estudo¹⁰⁰, a velhice aparece como sinônimo de morte para muitos idosos, demonstrando o quão negativa é a identidade construída por quem vivencia esse processo.

Em estudo exploratório envolvendo 240 idosos, realizado em João Pessoa/PB, observou-se que 24,2% apresentaram sintomatologia depressiva e, quando questionados sobre o “ser idoso” e a “depressão”, apontaram significados e dimensões simbólicas negativas, associando-os a palavras como abandono, maus tratos e solidão, além de considerarem a depressão como evento típico da velhice. Tais sentidos foram fortemente vinculados à ruptura da estrutura familiar durante a trajetória de vida dos entrevistados¹²⁴.

Surge, então, o desafio contemporâneo de ressignificar a velhice, em uma esfera mais positiva, enxergando-a como uma construção social, biográfica e histórica, passível de ser recriada a partir das mudanças que ocorrem dinamicamente na estrutura e no conjunto da sociedade atual. Entretanto, as intervenções até hoje desenvolvidas elegeram a juventude como modelo de vida, embutindo no discurso ideológico e capitalista, a concepção da “boa velhice” está relacionada à melhoria da imagem corporal, através de estilos de vida e de consumo que continuam priorizando o “belo e o novo”, forçando os idosos a se projetarem para o ludibriante e excludente universo da “melhor idade”, consagrando tempo e dinheiro à ideia de envelhecer para usufruir. Cabe destacar que essa modalidade intervencionista não é acessível a todos os idosos, principalmente ao brasileiro.

Conhecer as representações sociais e atitudes frente ao envelhecimento, a velhice e a pessoa idosa dentro de um ideário polissêmico, pode fomentar a construção de vias que possibilitem uma real e significativa reinvenção de envelhecer através de formas de autoexpressão e de exploração das identidades, sem constrangimentos ou estereótipos,

estimulando imagens e atitudes positivas que tragam suporte e autonomia para apoiar a conquista dos anos acrescidos como o triunfo de uma verdadeira identidade social.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

*[...] Pesquisa para constatar, constatando intervirho, intervindo
educar e me educar.*

*Pesquisa para conhecer o que ainda não conheço e comunicar
ou anunciar a novidade [...]*

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal, com abordagem mista, onde se priorizou as falas dos sujeitos para apreensão de dimensões simbólicas acerca da depressão na velhice, utilizando-se o aporte teórico das Representações Sociais¹⁰².

O presente estudo ainda se caracteriza como uma pesquisa a partir de uma base de dados secundários, obtidos pelo projeto “**Condições de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais de Idosos Atendidos em Unidades de Saúde da Família - Etapa 2**”, o qual encontra-se inserido no convênio celebrado entre a Universidade Federal da Paraíba e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), financiado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS)/Ministério da Saúde e CAPES/Ministério da Educação e Cultura (MEC).

3.2 Campo de Estudo

De acordo com os dados mais recentes do Censo 2010, a Paraíba ocupa o terceiro lugar no Brasil e, é o Estado com maior número de idosos no Nordeste. Em João Pessoa, os idosos representam 7,36% da população, atingindo o equivalente a 40.446 pessoas, concentrados em bairros na região central, como Jaguaribe e Cruz das Armas, assim como em regiões com infraestrutura mais desenvolvida, como Bancários, Torre e Tambaú²⁶.

No município de João Pessoa, Paraíba, os serviços da atenção básica ligada à rede municipal de saúde estão divididos em cinco distritos sanitários, contando com 186 equipes de saúde da Família, distribuídas em 115 unidades nos bairros da capital paraibana.

Assim, constituíram-se como campo de estudo para a referida pesquisa, as Unidades de Saúde da Família localizadas no Grotão I, II e III, além da Comunidade Maria de Nazaré, de abrangência do Distrito Sanitário II, no município de João Pessoa, Paraíba.

3.3 Participantes

A amostra inicial foi constituída por 259 idosos de ambos os sexos, assistidos pelas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário II acima referidas, no município de João Pessoa, Paraíba. Trata-se de uma amostra de natureza não probabilística, escolhida por conveniência, em que se utilizou o cálculo para populações finitas, com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%¹¹¹.

Entretanto, por se tratar de um estudo com base de dados secundários, observou-se que as variáveis dependentes e independentes encontravam-se incompletas ou inconsistentes nos instrumentos coletados no período de abril a junho de 2011. Dessa forma, foram excluídos os sujeitos e suas respectivas entrevistas, cujos dados referentes à situação sociodemográfica e ao resultado da aplicação das escalas relacionadas às variáveis dependentes para esse estudo estivessem incompletos, inconsistentes ou ausentes. Assim, após adequação do banco preexistente frente às variáveis independentes (dados sociodemográficos e desempenho cognitivo) e as variáveis dependentes (desempenho funcional, sintomas depressivos e estímulos indutores), o estudo contou com uma amostra final de 234 entrevistas.

Para o presente estudo, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; ser assistido pelas equipes das Unidades de Saúde da Família sobre abrangência do Distrito II; apresentar condições cognitivas preservadas para responder ao instrumento; expressar ciência e concordância com as finalidades do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

Adotou-se o Mini Exame do Estado Mental a fim de estabelecer as condições de saúde cognitiva, sendo considerado como ponto de corte o escore final de 17 pontos para analfabetos, 22 pontos para escolaridade entre 1 e 4 anos, 24 pontos entre 5 e 8 anos e 26 pontos para 9 e mais anos de escolaridade, conforme sugerido por estudos de validação com a população brasileira¹¹⁸. Assim, os idosos que apresentaram pontuação inferior, não foram considerados para o cálculo da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), visto apresentarem certa dificuldade em responder aos questionamentos propostos pelo instrumento referente à depressão.

3.4 Aspectos Éticos

A participação dos idosos foi voluntária e, assim como todas as fases para a coleta de dados, seguiu as orientações propostas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde, vigente na época em que os dados foram coletados.

~~Vale ressaltar que, embora as pesquisas que envolvem os seres humanos devam seguir a Resolução 466/2012, o presente estudo utilizou dados coletados pelo projeto matricial intitulado “**Condições de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais de Idosos Atendidos em Unidades de Saúde da Família – Etapa 2**”, aprovado pelo Comitê de Ética~~

do Hospital Universitário Lauro Wanderley - protocolo de nº 261/2009, que se encontrava sob as orientações da Resolução 196/1996.

3.5 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Para essa pesquisa, foi utilizada uma base de dados secundária disponível no Laboratório de Pesquisa em Enfermagem, Saúde e Representações Sociais, ligado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba.

A coleta das informações para a construção da referida base de dados ocorreu no período de abril a junho de 2011, realizada por pesquisadores previamente treinados para aplicação dos instrumentos de pesquisa, nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Grotão I, II e III, bem como no USF da Comunidade Maria de Nazaré, adstritas pelo Distrito Sanitário II.

Cada equipe de pesquisadores solicitou ao agente comunitário a listagem dos idosos cadastrados e respectivos endereços. Acompanhados pelo agente comunitário de saúde (ACS), os entrevistadores esclareciam sobre a participação no estudo, bem como riscos e benefícios, garantindo o sigilo e o anonimato de suas informações, caso o idoso concordasse com a entrevista.

A coleta de dados ocorreu por meio da técnica de multimétodos, cuja base foi uma entrevista semi-estruturada, abrangendo em sua primeira parte o Teste da Associação Livre de Palavras (TALP)¹¹³, com a palavra indutora: «depressão»; na segunda parte, contemplou-se a aplicação dos instrumentos por meio de escalas cognitivas e funcionais, além de questões sobre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, por exemplo).

A entrevista pode ser entendida num sentido amplo, como fonte de comunicação verbal; num sentido restrito, seria a coleta de informação sobre determinado tema científico. Ao ser semiestruturada, combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada¹¹⁴.

Os instrumentos foram aplicados em um local reservado, conforme agendamento individual com duração média de vinte minutos para esse teste. Inicialmente, foi solicitado ao idoso descrever cinco palavras associadas ao estímulo «depressão»; por fim, pediu-se para destacar entre as cinco palavras evocadas a resposta mais importante.

Posteriormente, os entrevistados responderam a questionamentos que envolviam os dados socioeconômicos e demográficos (idade, sexo, estado civil, religião, escolaridade). As

morbidades referidas investigadas foram: hipertensão arterial, artrite, artrose ou reumatismo, diabetes, osteoporose, problemas cardíacos, doença crônica pulmonar, câncer e acidente vascular cerebral (ANEXO B).

Para todos os idosos participantes, foram aplicadas as seguintes escalas de avaliação funcional: Mini Exame do Estado Mental, para a avaliação cognitiva, a fim de estabelecer os idosos que seriam incluídos no estudo; Escala de Depressão Geriátrica em seu formato abreviado, conhecida como GDS-15, para avaliação das condições emocionais do idoso; Índice de Katz, para mensurar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs); Escala de Lawton, para averiguação do grau de independência durante a realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs).

A Escala de Depressão Geriátrica, em sua versão reduzida (GDS-15), é amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico, que embora não substitua a anamnese nem o processo de investigação clínica, pode orientar o profissional na detecção de sintomas depressivos, sendo considerado um instrumento preditor para a depressão. É composta por 15 perguntas negativo-afirmativas sobre a percepção do sujeito em “ser e estar no mundo”. Cada questionamento apresenta um valor entre 0 e 1 ponto; o escore final baseia-se no somatório ao término dos questionamentos, conforme sugerido pelo artigo de validação brasileira, a saber: escores finais com menos de 5 pontos, indicaria normalidade; entre 5 e 11 pontos, há evidências de depressão maior; acima de 11 pontos, seria um quadro sugestivo de depressão grave.

Para avaliar o desempenho funcional dos participantes, optou-se pela análise das Atividades de Vida Diária (AVD) utilizando o Índice de Atividades de Vida Diária (IDAL), proposto por Katz^{121,122}, bem como o Índice de Atividades Básicas de Vida Diária (BADL), proposto por Lawton e Brody¹²³. A Escala de Katz é um instrumento internacionalmente reconhecido e usado para medir a habilidade em desempenhar suas atividades cotidianas de autocuidado de acordo com o grau de assistência exigida em seis categorias básicas: banho, vestuário, ida ao banheiro, transferência, continência e alimentação¹²¹. Cada tarefa recebe pontuação que varia de 0 (independente) a 3 (dependência total), sendo 1 a necessidade de ajuda de algum objeto para desempenhar a tarefa e 2 a necessidade de ajuda humana para desempenhar a tarefa¹²².

A Escala de Lawton e Brody é um instrumento que avalia a capacidade de adaptação ao meio, diante da realização das atividades em comunidade. Inclui atividades variadas como usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar a roupa, cuidar do jardim, usar o transporte, subir escadas, administrar medicações e tomar conta do orçamento.

Em uma versão adaptada e atualizada, utilizou-se um escore com pontuação máxima de 21 pontos, cujas interpretações para cada item devem seguir o seguinte padrão: realiza as atividades de forma independente (3 pontos), necessita de ajuda parcial (2 pontos) e não consegue realizar a atividade (1 ponto)¹²³.

Para o referido estudo, foi considerada independência, quando o idoso alegava realizar todas as AVDs investigadas sem ajuda mecânica ou humana; dependência parcial quando o idoso relatava precisar de algum tipo de suporte ou apoio, porém participava ativamente de em alguma das etapas de execução da atividade; e dependência total quando o idoso relatava ser incapaz de realizar a atividade, necessitando de ajuda para executar em quase todas as etapas de construção^{122,123}.

3.6 Análise dos Dados

Os dados sociodemográficos foram tabulados e processados através do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 21.0, empregando as ferramentas da estatística descritiva e inferencial. Para isso, utilizaram-se as medidas de tendência central e dispersão para a análise de variáveis.

Cabe destacar que, na presente pesquisa, os dados não apresentaram as pressuposições para a utilização dos métodos paramétricos de estimação; então, o teste não-paramétrico de *Wilcoxon* e o coeficiente de correlação de Spearman foram usados para confirmar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos e, dessa forma, verificar a correlação entre as variáveis do estudo, o qual se aceitou a hipótese de dependência das variáveis com intervalo de confiança de 95% ($p \leq 0,05$).

Foram consideradas variáveis independentes, para o referido estudo, os dados sociodemográficos e os escores finais do Mini Exame de Estado Mental (MEEM). Como variáveis dependentes, optou-se pelas frequências das Atividades de Vida Diária (básicas e instrumentais) e os escores da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15).

Inicialmente, foram calculadas frequências e porcentagens para as variáveis quantitativas referentes aos dados sociodemográficos, MEEM, ABVDs, AIVDs e a EDG-15, além das medidas descritivas para as variáveis quantitativas que caracterizaram a amostra. Posteriormente, com o objetivo de testar a significância das associações entre a GDS-15 e as ABVDS e AIVDS, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*. Para avaliar a

associação entre a EDG-15 e os dados sociodemográficos foi utilizado o teste não-paramétrico de *Wilcoxon*.

O *Software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ)¹¹⁷, versão *0.7 alfa*, foi empregado a fim de processar os dados empíricos apreendidos, referentes às Representações Sociais a partir do TALP com estímulo indutor <<depressão>>. Foi desenvolvido sob a lógica do *open source*, licenciado por GNU GPL (v2), tendo por base o ambiente estatístico do *software* R e a linguagem *python* para realizar distintos tipos de análises textuais: a lexicografia básica (cálculo 23 de frequência de palavras) e as análises multivariadas (Classificação Hierárquica Descendente, Análises de Similitude). Disponibiliza a distribuição do vocabulário de forma fácil, compreensível e visualmente claro (análise de similitude e nuvem de palavras), permitindo-se realizar uma análise estatística sobre *corpus* textual e sobre tabelas, indivíduos e palavras^{117,119}.

Os dados empíricos selecionados foram transcritos para o programa *LibreOffice*, onde realizou-se a retirada de todas as palavras repetidas. A partir desta validação, iniciou-se a criação do *corpus* o qual foi processado pelo *software* de análise textual IRaMuTeQ. Ao término dessa fase, os dados empíricos formaram um *corpus* com 234 entrevistas.

Esse software tem como base um arquivo de texto (txt), do qual se originam as Unidades de Contexto Iniciais (UCI's). Posteriormente, obtem-se uma sequência analítica: identificação das palavras e construção de um dicionário para segmentar o texto em Unidades de Contexto Elementares (UCE's); delimitação de classes semânticas e associação com as variáveis independentes do estudo. Nessa pesquisa foi usada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), com objetivo de classificar os Segmentos de Texto (ST) em função dos seus respectivos vocabulários, repartindo-o com base na frequência das formas reduzidas (palavras já lematizadas), bem como de permitir uma análise lexográfica do texto, apontando o surgimento de contextos (classes), categorizadas segundo o vocabulário e os segmentos de textos partilhados¹¹⁹.

Para melhor interpretação dos resultados obtidos com o software acima referido, optou-se pela Técnica de Análise de Conteúdo Categórica Temática¹¹⁴ para subsidiar análise a qual se organiza em torno de três pólos cronológicos: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na pré-análise, tem-se a organização de todo material que deverá ser analisado, objetivando torná-lo ativo por meio da sistematização das ideias previamente estabelecidas pelo pesquisador. Nesta etapa, a organização do conteúdo a ser trabalhado ocorre em quatro

fases distintas: leitura flutuante do material; seleção dos documentos a serem analisados; elaboração das hipóteses e objetivos propostos; e referenciação dos índices e elaboração de indicadores.

A segunda fase da análise de conteúdo, exploração do material, consiste na realização das operações de codificação, decomposição ou enumeração ocorridas mediante o estabelecimento prévio de regras. A partir disso, tem-se a definição das categorias e subcategorias, buscando restringir a temática a ser analisada, compreendendo-se assim, os pilares da reflexão acerca de todo o conhecimento investigado. Em seguida, foram escolhidas as unidades de contexto, sendo caracterizadas por um ou mais elementos que correspondem ao segmento da mensagem expressa nos discursos dos participantes, visando à categorização e a contagem frequencial¹¹⁴.

A terceira e última etapa é o tratamento dos resultados obtidos e a sua devida interpretação, quando os resultados brutos são analisados e tratados para se tornarem elementos significativos e válidos para a temática estudada, permitindo-se, assim, estabelecer a Técnica de Análise de Conteúdo Categrical Temática¹¹⁴.

Os resultados foram analisados e interpretados com subsídios fornecidos pela Teoria das Representações Sociais, possibilitando a construção de dois artigos, a saber:

- **Artigo 1 - CAPACIDADE FUNCIONAL E SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE IDOSOS INSERIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Autores: Laura de Sousa Gomes Veloso, Olívia Galvão Lucena Ferreira, José Artur de Paiva Veloso, Antonia Oliveira Silva, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

- **Artigo 2 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DEPRESSÃO E SUAS RELAÇÕES COM A CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS INSERIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Autores: Laura de Sousa Gomes Veloso, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

RESULTADOS

[...] Os que se encantam com a prática sem a ciência são como timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do destino. [...]
Leonardo da Vinci

4.1 Artigo Enviado para Publicação no periódico *Archives of Gerontology and Geriatrics*

FUNCTIONAL CAPACITY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG ELDERLY PEOPLE INSERTED IN BASIC ATTENTION

Short Title: FUNCTIONAL CAPACITY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN AGING

Laura de Sousa Gomes Veloso, Master, physiotherapist^{a*}, Olívia Galvão Lucena Ferreira, Doctor, physiotherapist^b, José Artur de Paiva Veloso, Master, physiotherapist^c, Antonia Oliveira Silva, PhD, nurse^d, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, PhD, physiotherapist^e

^aNursing Postgraduate Program, Federal University of Paraíba/UEPB, João Pessoa, Paraíba, Brazil. E-mail: laurasgveloso@hotmail.com;

^bUniversity Center of João Pessoa/UNIPÊ, João Pessoa, Paraíba, Brazil. E-mail: oliviaglf@hotmail.com;

^cMedical Sciences College of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brazil. E-mail: arturvelosofisio@gmail.com;

^dNursing Postgraduate Program, Federal University of Paraíba/UEPB, João Pessoa, Paraíba, Brazil. E-mail: alfaleda@hotmail.com;

^eNursing Postgraduate Program, Federal University of Paraíba/UEPB, João Pessoa, Paraíba, Brazil. E-mail: jpadelaide@hotmail.com

*Corresponding author: Nursing Postgraduate Program, Federal University of Paraíba/UEPB, University City, s/n, João Pessoa, Paraíba, Brazil. E-mail: laurasgveloso@hotmail.com.

Abstract

Objective: This study aimed to investigate the association between depressive symptoms and functional capacity in elderly people enrolled in Primary Care. **Materials and Methods:** This is a secondary databased, exploratory and cross-sectional research with a quantitative approach. The research sample consisted of 234 elderly people served by Health Units of Grotão I and II, in the municipality of João Pessoa, Paraíba, Brazil, using a semi-structured interview that contained questions about socioeconomic and demographic data, Lawton Scale, Katz Index and Geriatric Depression Scale (version with 15 questions). The sociodemographic data were tabulated and statistically analyzed using the Statistical Package for Social Science (SPSS) version 21.0, using the tools of descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (Spearman's correlation coefficient and Wilcoxon's non-parametric test). **Results and Discussion:** 38% (n=88) of the elderly participants presented symptoms that suggested depression, which prevailed among women in the age group between 60 and 69 years. The most frequent depressive symptoms among the studied population were "fear of the future", "social withdrawal", "dissatisfaction" and "disinterest in everyday activities". Data from the present study also indicated that the presence of depressive symptoms significantly relates to the progressive decline of Instrumental Activities of Daily Living. **Conclusions:** The characterization of depressive symptoms in elderly people and the configuration of functional performance may support the development of strategies and actions that address early onset of cognitive and mood disorders, such as depression.

Descriptors: Activities of Daily Living, Elderly, Functional Ability, Depressive Symptoms.

Article Type: Full Length Article

Dear LAURA VELOSO,

We have received your article "FUNCTIONAL CAPACITY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG ELDERLY PEOPLE INSERTED IN BASIC ATTENTION" for consideration for publication in Archives of Gerontology and Geriatrics.

Your manuscript will be given a reference number once an editor has been assigned.

To track the status of your paper, please do the following:

1. Go to this URL: <https://ees.elsevier.com/agg/>
2. Enter these login details.
Your username is: laurasgveloso@hotmail.com
If you need to retrieve password details, please go to:
http://ees.elsevier.com/AGG/automail_query.asp.
3. Click [Author Login]
This takes you to the Author Main Menu.
4. Click [Submissions Being Processed]

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Elsevier Editorial System
Archives of Gerontology and Geriatrics

Please note that the editorial process varies considerably from journal to journal. To view a sample editorial process, please click here:

http://ees.elsevier.com/eeshelp/sample_editorial_process.pdf

FUNCTIONAL CAPACITY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG ELDERLY PEOPLE INSERTED IN BASIC ATTENTION

Introduction

Thinking and reflecting on the multiple faces of old age has been a complex task, since the mere fact of naming it already causes feelings of fear, denial, and rejection in many people. The worldwide trend of reducing infant-juvenile and adult mortality, coupled with increasing fertility declines, has led to a growing prolongation of life expectancy. The human being has never lived for so many years, as in the present day.¹

By being multifactorial and multidimensional, aging favors progressive biopsychosocial changes that can generate fear, conflict, insecurity and feelings of loneliness, given the inherent losses of the phase, such as loss of social roles, friends and family, economic status and functional vigor, exposing the elderly person to the development of psychiatric illnesses, such as dementias and depression, which overload patients and their relatives.^{2,3}

According to the World Health Organization (WHO), 322 million people have been affected by depression or depressive symptoms worldwide (corresponding to 4.4% of the world's population), of which around 800,000 people are led to death through suicide.⁴ Projections still indicate that depression can become the major cause of disabling conditions, with high morbidity and mortality rates recorded in human history up to 2030, in developed countries, but with increasing Prevalence in developing countries.^{4,5}

Vulnerability and fragility situations related to senile or senescent aging, when neglected, can considerably increase the cycle of chronicity established by silently incapacitating diseases, imposing social, cognitive, physical, and functional limitations.⁶

Thus, functional capacity emerges as an important indicator of health, well-being and quality of life for old age, considered by many authors as one of the strongest and most current paradigms in elderly's health.^{7,8} It is therefore the basal dimension for the creation of models of geriatric-gerontological assessments and interventions, as well as for the development of policies aimed at the real demands imposed by aging.

The elderly perceive themselves healthy and socially active when they can fulfill their expectations and projects through daily activities, constructing positive images and attitudes about their own age, even in the face of limitations imposed by Noncommunicable Chronic Diseases (DCNT). Thus, an important correlation is established between health and physical

functionality in old age, being a central concern in the field of aging, since functional disability has an unfavorable impact on the elderly, families and society.⁸

The understanding of such concepts needs to be expanded, fostering earlier preventive and assistant practices in Primary Care. Therefore, considering depression as a public health problem with high prevalence and repercussion among the elderly, it is necessary to reflect on the reality of the mental health of Brazilian elderly, associating it with functional health through health indicators that may suggest not only quantitative data, but also the need for encouraging reflection on practical changes in the elderly care network.

The present study investigated the association between depressive symptoms and functional capacity in elderly people enrolled in Primary Care.

Methodology

This is an exploratory and cross-sectional study, with a quantitative approach and a secondary database, obtained by the project "**Conditions of Health, Quality of Life and Social Representations of the Elderly People Served in Family Health Units - Step 2**", which is part of the agreement signed between the Federal University of Paraíba and the National Health Fund (FNS) of the Ministry of Health, financed by the FNS/Ministry of Health.

Among 259 elderly people who participated in the data collection phase of the matrix project, the present study had a sample of 234 interviews, which constitute a database available in the Research Laboratory in Nursing, Health and Social Representations, linked to the Nursing Postgraduate Program, of the Federal University of Paraíba. Thus, this study only included interviews with complete data and variables and correctly recorded in the handled instruments.

The construction of the database took place in the period from April to June 2011, carried out by researchers previously trained to apply the research instruments, in the USF of Grotão I and II, as well as in the USF of the Maria de Nazaré Community, attached by the Sanitary District II, in the municipality of João Pessoa, Paraíba, Brazil.

The data collection protocol occurred through a semistructured interview, using a script that consisted of scales that extract socioeconomic and demographic data (age, gender, marital status, religion, education), as well as factors related to health (recent falls and referred morbidities). The second part of this script consisted of functional rating scales, such as the Katz Index and the Lawton Scale, and by cognitive assessment scales, such as the

Geriatric Depression Scale with 15 items (GDS-15) and the Mini Mental State Examination (MMSE)¹⁰⁻¹³

The research used the Mini Mental State Examination (MMSE) in order to establish the cognitive health conditions, with the final score of 17 points for illiterates, 22 points for education between 1 and 4 years, 24 points between 5 and 8 years and 26 points for 9 or more years of education, as suggested by validation studies with the Brazilian population. Therefore, this study did not consider interviews with the MMSE scores that did not reach the cutoff point.⁹

Sociodemographic data were tabulated and analyzed statistically through the Statistical Package for Social Science (SPSS) version 21.0, using the tools of descriptive and inferential statistics. Frequencies were initially calculated for the quantitative variables related to sociodemographic data, BADLs, IADLs and GDS-15. Subsequently, in order to test the significance of the associations between GDS-15 and BADLs and IADLs, Spearman's correlation coefficient was used. The non-parametric Wilcoxon test was used to evaluate the association between GDS-15 and sociodemographic data.

In the present study, the data did not present the assumptions for the use of parametric estimation methods, then the Wilcoxon non-parametric test and the Spearman's correlation coefficient were used to confirm if there were statistically significant differences between group and correlation between the variables of the study, which accepted the hypothesis of dependence of the variables with $p \leq 0.05$.

The construction of the present study obeyed the ethical and legal aspects regarding the consent and anonymity of the interviewees, as recommended by resolution #196/96 of the National Council of Research Ethics, in force at the time when the data were collected for the construction of the database for the matrix project. The study is also in compliance with the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki), for experiences involving human beings.

Results and Discussion

The study had the participation of 234 elderly people with a mean age of 70.2 years (SD = \pm 4.3 years). In general, the profile of the interviewed elderly people consisted of the predominance of women (72.2%), between 60 and 69 years (53.4%), with education from five to nine years of study, and who were predominantly Catholic (72%).

Female longevity, pauperization of the elderly people, and precarious care are extremely significant characteristics of the demographic transition in Brazil. The fragility of

the elderly women stand out, marked by the gender inequalities that permeate the Brazilian social structure, placing the feminization of old age as an emergency element in the construction of public policies, and finally, recognizing the influence of family relationships on the quality of quantitatively added years.^{1,7,8}

A population-based study conducted in the city of Viçosa revealed that, among the 621 elderly people, 53.3% were women, with a predominance of the age group between 60-69 years (50.1%). More than half of the interviewees revealed that they studied until elementary school, with a prevalence of physical disability of 70.1%, mainly among men.¹⁶

From the analysis of the 15-issue Geriatric Depression Scale responses (GDS-15), 38% (n=88) of the elderly participants presented symptoms suggestive of depression, with a significant prevalence of elderly women (72%), in the age group between 60 and 69 years (41.2%), married (24.8%) and with low education (42% reported having only 1 to 4 years of study). Although the predominance of women and younger age groups remained in the group of the elderly people without depressive symptoms, there was a differentiation in relation to education: the elderly people without depressive symptoms stated that they had between 5 and 9 years of studies.

Another interesting aspect is the increased religiosity and spirituality during aging among the participants from both groups: the majority self-reports Catholic (78.4% of the elderly with depressive symptoms, 71.2% of the elderly without symptoms).

The results of this study corroborate national and international population-based research on late-onset depression, which involved the use of GDS-15. Data from a study conducted among Portuguese and Brazilian elderly people showed that depressive symptoms occurred in 49.7% of the Brazilian participants, while 61.4% of Portuguese patients also presented symptoms suggestive of depression; both groups presented female prevalence and younger age groups among the elderly people.¹³

Across the world, the WHO estimates that the prevalence rates of depression in the elderly people vary according to the age subgroup, with values above 7.5% among women in the age group 55-74 years and 5.5% among men.⁵ In Brazil, the WHO estimates that depression reaches 5.8% of the Brazilian population, in all age groups; in relation to the elderly contingent, this percentage reaches 36.4%, being more frequent among the "young elderly" women.⁵ The results of a study carried out in the municipality of Montes Claros/MG revealed the prevalence of depressive symptoms in 88.8% of the surveyed elderly people, who were predominantly women, with low income and level of education, aged between 60 and 69 years and with chronic pathologies.¹⁸

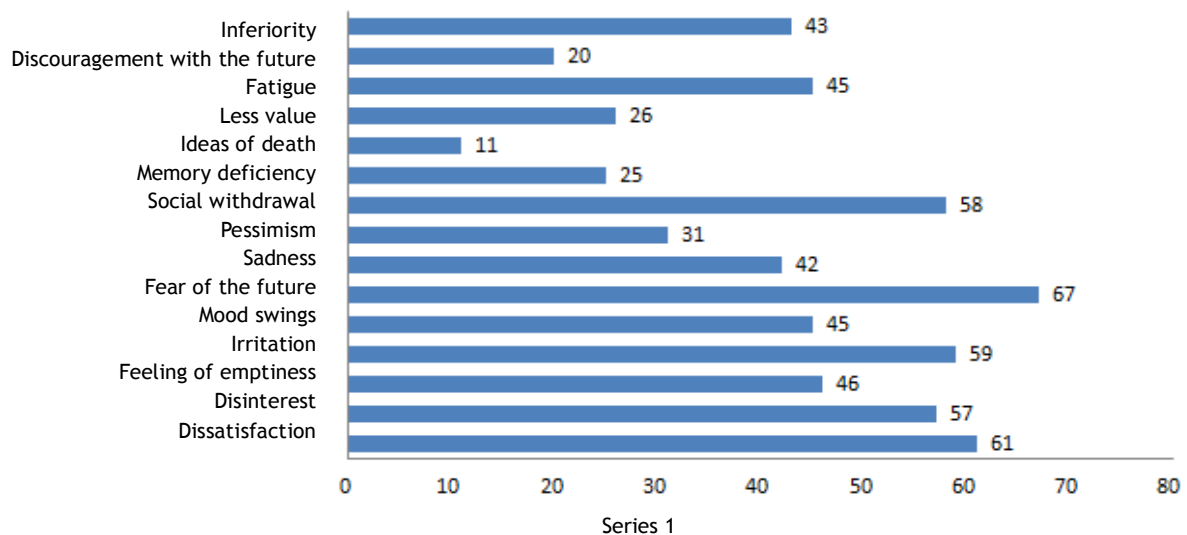
In both groups, there were statistical similarities among the preexisting pathologies, highlighting the degenerative processes of the spine and cardiovascular diseases as the most mentioned among the participants. In elderly people with depressive symptoms, Systemic Arterial Hypertension (64.4%), degenerative diseases in the spine (60%) and rheumatic diseases (44.3%) were the most frequently mentioned.

These pathologies relate to chronic pain, and consequently, to the association between this clinical finding and functional losses, depressive symptoms and sleep disorders that alternate as a cycle that perpetuates.¹⁹ The elderly people with chronic pain may progressively develop depression from the functional changes, the implications on sleep and the motor limitations resulting from the pain itself.

The questions presented in the GDS-15 allow measuring depressive symptoms of psychic, behavioral and somatic order, such as sadness, loneliness, indisposition for everyday activities, irritation and pessimism for the future, fatigue, memory deficit and mood swings, among others. Graph 1 shows the distribution of frequencies related to depressive symptoms reported among the elderly participants of the study, highlighting "fear of the future" (n = 67), "social withdrawal" (n = 58) and "dissatisfaction".

Grap. 1.

Distribution of the frequency related to the presence and absence of depressive symptoms (n=88).



Depression presents with psychic, behavioral, cognitive and somatic symptoms, which exacerbate the biopsychosocial vulnerability that permeates old age. Feelings such as "pessimism", "disinterest", "fear and concern for the future", and "dissatisfaction with life" also appeared in longitudinal studies that related them to lower self-esteem and lack of social

support, once in countries such as Brazil, where the economy is unstable and with precarious public policies, the demands of aging are borne by the elderly, causing feelings of uncertainty and fears about the increased years.¹⁵⁻¹⁶

Changes in mood and fatigue often appear in various studies, which emphasize that depression can lead to persistent and extremely limiting fatigue, even without major physical efforts.¹⁶⁻¹⁷ Studies indicate that the elderly person with depression consumes 5 times more energy to perform simple motor activities, rather than the elderly person without depression or depressive symptoms.¹⁷ However, elderly people who participated in longitudinal studies commonly denied the depressive mood characterized by sadness, in opposition to the findings of this research.¹⁸⁻¹⁹

Although the Mini-Mental State Examination (MMSE) was applied only to establish the inclusion of participants in this study, there was a cumulative percentage of mild to moderate cognitive loss (34.1%) among the elderly people with depressive symptoms, which draws attention to the relationship between late-onset depression and the cognitive changes so common among individuals who experience the aging process of the brain, tending to establish dementia states. A study conducted in the city of Rio de Janeiro with elderly people presenting with depressive symptoms identified cognitive deficit in 39.6% of the elderly people, and the presence of depression in 17.7%, with a higher score on the scale for the female gender, which strengthens the association among gender, moderate cognitive loss and depressive symptoms.²¹

Table 1, which presents the comparative percentages between the final scores of the Katz, Lawton and GDS-15 scales, shows that a significant portion of the population (43.6%) was identified as independent people without symptoms of depression. Still in relation to the elderly people without depressive symptoms, 13.7% were classified as independent by the Katz index and partially dependent by the Lawton scale, which shows a possible divergence in the results regarding the choice of the scales to verify the autonomy of the elderly people. As for the elderly with depressive symptoms, 22.2% of the interviewees presented characteristics of independent people, both for the Basic Activities of Daily Living (BADLs) as for the Instrumental Activities of Daily Living (IADLs).

Table 1

Percentages of the results of the GDS, Katz and Lawton scales among the elderly people with and without depressive symptoms.

Scales		GDS						
		Without Depressive Symptoms			With Depressive Symptoms			
		Lawton*						
		(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	
Katz	Independent in all the six functions	N	102	32	0	52	23	0
		%	43.59	13.68	0.0	22.22	9.83	0.0
	Independent in five functions and dependent in one function	N	2	7	0	2	7	0
		%	0.85	2.99	0.0	0.85	2.99	0.0
	Independent in four functions and dependent in two	N	0	1	0	0	2	0
		%	0.0	0.43	0.0	0.0	0.85	0.0
	Independent in three functions and dependent in three	N	0	1	0	0	1	0
		%	0.0	0.43	0.0	0.0	0.43	0.0
	Independent in two functions and dependent in four	N	0	0	0	0	0	0
		%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Independent in one function and dependent in five functions	N	0	1	0	0	0	0
		%	0.0	0.43	0.0	0.0	0.0	0.0
	Dependent in all the six functions	N	0	0	0	0	1	0
		%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.43	0.0

Source: VELOSO; SILVA; MOREIRA, 2017.

Note: The Lawton Scale used the following scores: (1) Independent (21 points); (2) Partially dependent (>5 and <21); (3) Totally dependent (<5).

Among the participants with depressive symptoms, 9.83% already showed functional losses for more complex activities, which require associated cognitive and motor skills, as observed in the IADLs, diverged as to the result between the Katz index and the Lawton scale, that is, independent for the BADLs and with partial dependence for the IADLs.

Changes in the osteomioarticular, cardiorespiratory and nervous systems, as well as the decline of the somatosensory functions, cause subsequent motor function impairment, directly affecting the independence and autonomy of the elderly, by restricting their abilities to perform simple and everyday tasks. However, the cycle of impacts of these changes permeates the kinetic and functional limits, which can lead to psychosocial changes such as feelings of impotence, uselessness, as well as constant illness and the establishment of geriatric syndromes related to cognitive deficiencies, such as depression and dementia.²⁰

In recent years, studies on chronic noncommunicable diseases (CNCD) have demonstrated strong correlation with functional disability in elderly people, particularly when they directly or indirectly affect the locomotor system. Nevertheless, the research on public policies and health programs for this age group has rarely contemplated late-onset depressive disorders.^{4,21}

Cohort study conducted in China has shown the increase in the number of cases of depression among people over 55 years associated with functional disabilities. Between 1994 and 2002, cases of depression jumped from 19.6% to 28.8%; when associated with functional disability, the cases went from 33% to 55.4%. The study found that functional impairments associated with preexisting conditions increased the risk of developing depressive symptoms.^{17,21}

When comparing BADLs and IADLs self-reported by both groups, elderly people with depressive symptoms reported being partially dependent for dual continence (n=8) and needing some kind of aid for shopping (n=17), finances management (n=16), and household chores. The elderly people without depressive symptoms did not present significant deficits for the BADLs, and reported that they needed partial help for the same aforementioned activities, namely: shopping (n=21), managing finances (n=25), and household chores (n=22), in addition to the use of transport (n=21).

Therefore, for the elderly people attending Primary Care and without depressive symptomatology, there was a higher frequency in the installation of dependencies, although partial, in relation to the accomplishment of the Instrumental Activities of Daily Living, than in the group without depressive symptomatology. In agreement with the presented data, several studies indicate that the reduction of the ability to realize the IADLs during the aging is closely linked to the chronic comorbidities that directly and indirectly restrict the global mobility, as well as the social barriers imposed to the elderly people in the most capitalist societies.^{20,22}

The relationship between the GDS-15 and the Katz index, using the Spearman's correlation coefficient, obtained a result equal to -0.104, indicating a possible negative association between the scales. The association between scores obtained by the GDS-15 and Lawton's scale also showed a negative correlation, with a value of -0.102. Both results indicate that the greater the autonomy of the elderly participant of the present study, the greater the chance of not presenting symptoms of depression.

Thus, the fact that the elderly person has autonomy to perform BADLs does not mean an association with the absence or presence of depressive symptoms; but the loss of self-management activities seems to be closely linked to the presence of symptoms suggestive of late-onset depression.

Table 2 shows the results of the Spearman's correlation coefficients for the relationship between GDS-15, Katz index and Lawton's scale with the sociodemographic variables "gender and age group". There was a significant negative association between the

results of the coefficients for the scales and the gender variable, showing a possible positive association between the variable and the BADLs and IADLs.

Table 2 - Results of the Spearman's correlation coefficient for the GDS scale in relation to the Katz and Lawton scales and the demographic variables.

Demographic variables	Scale	Correlation coefficient	p-value
Gender	GDS	-0.009	0.894
	Katz	0.061	0.355
	Lawton	0.084	0.202
Age group	GDS	0.018	0.788
	Katz	0.026	0.694
	Lawton	0.135*	0.040*

Source: VELOSO; SILVA; MOREIRA, 2017.

*correlation with statistical significance.

The values of the correlation coefficients of the analyzed scales and the “gender” variable were considerably low, indicating that the sociodemographic variables, when associated, have poor correlation with the scales analyzed in this work. The same table also shows the results of the hypothesis test to verify the statistical significance between the associations suggested by the study, concluding by the results of the p-value that the correlation between the instruments and the “gender” variable is not statistically significant.

Several population-based studies, both national as international, point to the strong link between depressive symptoms and the female predominance. Scholars report that such association is probably due to the fact that women have a higher life expectancy and, consequently, a greater risk of developing disabling chronic diseases.^{19,22,23} Although the data presented in this study show the prevalence of women among the elderly patients with depression, there was a statistically insignificant association between the gender variable and the GDS-15 instrument and the used functional evaluation scales, as opposed to the consulted literature.

An analysis performed in the municipality of Jequié/BA verified through bivariate analysis that the decline of IADLs is statistically associated, besides the "gender" variable, with impaired balance and mobility, depression, osteoporosis, 80 years old or more, impaired visual acuity, cognitive decline and deficit.²⁴

In relation to the associations between the "age group" variable and the correlation with the GDS-15, Katz and Lawton scales, only for the Lawton Scale there was a significant correlation, with p-value lower than 0.05 (p=0.040). Thus, as the age progresses, the

functional deficits accumulate over the self-management abilities, reproduced by the IADLs, limiting the performance of various psychosocial roles assumed daily, as well as restricting the participation of the elderly person in his/her social context, establishing accessibility to the installation of negative feelings, attitudes and beliefs about their own old age.

As the age increases, elderly people are considered to be exposed to different psychosocial episodes (death of relatives and friends, termination of marital relationships), as well as increased exposure to chronic diseases.²¹ Another explanation is that the aging process may reduce the susceptibility to depression and anxiety, in addition to the reduced emotional response and less resilience to stressful experiences.²³

Inability and dependence would result from the complex combination of adverse health conditions that compromise cognition, mood, mobility, and communication capacity, enabling the development of major geriatric syndromes.⁴⁶ These situations are shaped by behavioral aspects and the ecological circumstances that influence the elderly person's life. Therefore, the monitoring of the health conditions of the elderly population guides the strategies of prevention and intervention, anticipating the development of the feedback cycle between fragility and dependence.⁵⁻¹⁰

Final Thoughts

Data from the present study indicate that the presence of depressive symptoms significantly relates to the progressive decline of Instrumental Activities of Daily Living, as does the progressive loss of cognitive performance. There was also a strong association between the insidious installation of the functional deficit and the advancing age.

Among the interviewees, the decline of self-management in daily activities, especially those related to finances management and household chores, has negative consequences for the individual's quality of life and great social implications, especially when associated with the presence of depressive symptomatology. Thus, both health professionals as managers, as well as the general population, must see depression as a growing epidemiological problem of relevant impacts on quality of life.

The present study was limited by the cross-sectional design, which hinders defining the relationship between cause and effect of the dependent variables. This observation is also strengthened by the absence of a history of performance in the IADLs associated with the absence of kinetic and functional information, related to the presence and intensity of chronic pain; to global balance and muscular strength, which are present to delineate a time line that

correlates the appearance of the first depressive symptoms and the first functional losses, differentiating them from the inexorable changes that come with aging.

New exploratory delineations should be elaborated, with more extensive population cuts, remedying the limitations presented by this study, in order to deepen the configuration of late-onset depression, as well as to characterize the biopsychosocial impacts on the affected elderly people, instigating the development of practices and actions directed to the diagnosis and early treatment, preserving to the maximum the autonomy and the independence in the old age.

References

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. (2015). *Gerência de estudos e análises da dinâmica demográfica - 2000 a 2012: projeção da população do Brasil e das unidades da federação, por sexo e idade para o período 2000-2030*. Rio de Janeiro: IBGE; from:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm
2. Frank, M.H. & Rodrigues, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. (2013). In Freitas E.V., Py L., Cançado, F.A.X.C., Doll, J. & Gorzoni M.L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (3th ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 376-87.
3. Associação Americana de Psiquiatria. (1995). *Critérios diagnósticos do DSM-IV: referência rápida*. Porto Alegre: Artes Médicas.
4. Del Porto, J.A. Depressão: Conceito e diagnóstico. (1999). **Rev Bras Psiquiatr**, 21, 47-53.
5. World Health Organization [Internet]. (2017). **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization.
6. Organização Mundial da Saúde. (1993). **Classificação dos Transtornos mentais e do Comportamento. Classificação Internacional das Doenças: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. (10th ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
7. Lebrão, M.L. (2007). Envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saude Coletiva**, 41(3), 135-140.
8. Veras, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saude Pub**. 2009; 43(3): 548-54.
9. Oliveira, E.M, Silva, H.S, Lopes, A., Cachione, M., Falcão D.V., Batistoni, S.S.T., Neri, A.L. & Yassuda, M.S. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. (2016). *Psico-USF*, 20(1), 109-120.

10. Bertolucci, P.H.F., Brucki, S.M.D., Campacci, S.R. & Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. (1994). *Arq Neuropsiquiatr*, 52:1-7.
11. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária. **RBPS**. 2008; 21(4): 290-296.
12. Leal, M.C.C., Apóstolo, J.L.A., Mendes, A.M.O.C. & Marques, A.P.O. (2014). Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados. *Acta Paul Enferm*, 27(3), 208-214.
13. Ministério da Saúde. (2006). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, 19.
14. Prince, M.J., Harwood, R.H., Thomas, A. & Mann, A.H. (2006). Prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression. The Gospel Oak Project VII. *Psychol Med.*, 8, 337-50.
15. Ribeiro, A.Q, Salgado, S.M.L., Gomes, I.L., Foga, A.S., Martinho, K.O., Almeida, L.F.F. & Oliveira, W.C. (2016). Prevalence and factors associated with physical inactivity among the elderly: a population-based study. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 19(3), 483-493.
16. Chiu, H.C., Chen, C.H., Huang, C.J. & Mau, L.W. (2005). Depressive symptoms, chronic medical conditions and functional status: a comparison of urban and rural elders in Taiwan. *Int J Geriatric Psychiatry*, 20, 635-44.
17. Leite, V.M.M., Carvalho, E.M.F., Barreto, K.M.L. & Falcão, I.V. (2006). Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, 6(1), 31-38.
18. Leite, A.A., Costa, A.J.G., Lima, B.A.M., Padilha, A.V.L., Albuquerque, E.C. & Marques, C.D.L. (2011). Comorbidades em pacientes com osteoartrite: frequência e impacto na dor e na função física. *Rev Bras Reumatol*, 51(2), 118-23.
19. Davini, R. & Nunes, C.V. (2003). Alterações no sistema neuromuscular decorrentes do envelhecimento e o papel do exercício físico na manutenção da força muscular em indivíduos idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 7(3), 201-207.
20. Lino, V.T.S., Portela, M.C., Camacho, L.A.B., Atie, S., Lima & M.J.B. (2003). Assessment of Social Support and Its Association to Depression, Self-Perceived Health and Chronic Diseases in Elderly Individuals Residing in an Area of Poverty and Social Vulnerability in Rio de Janeiro City, Brazil. *PLoS One*, 8(8), 717-712.
21. Souza, A.S., Sena, E.L.S., Meira, E.C., Silva, D.M., Alves, M.R. & Pereira, L.C. (2013). Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos. *Rev. Enferm. UERJ*, 21(3), 355-360.

22. Ferrari, A.J., Charlson, F.J., Norman, R.E., Patten, S.B., Freedman, G. & Murray, C.J.L. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*, 10(11), 100-15.
23. Nunes, D.P., Nakatani, A.Y.K., Silveira, E.A., Bachion, M.M. & Souza, M.R. (2010). Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2887-2898.
24. Lima, M.T.R., Silva, R.S. & Ramos, L.R. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr*, 58(1), 1-7.

Conflicts of interest: None.

This survey did not receive any specific grant awards from public, commercial, or non-profit sector funding agencies

4.2 Artigo para Defesa

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DEPRESSÃO CONSTRUÍDAS POR IDOSOS E SUAS RELAÇÕES COM A CAPACIDADE FUNCIONAL

Laura de Sousa Gomes Veloso, Mestre, fisioterapeuta^{a*}, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, PhD, fisioterapeuta^a

^aPrograma de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/UFPB, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: laurasgveloso@hotmail.com;

^aPrograma de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/UFPB, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: jpadelaide@hotmail.com.

*Autor correspondente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/UFPB, Cidade Universitária, s/n, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: laurasgveloso@hotmail.com

Resumo

O presente estudo teve por objetivo analisar as representações sociais apreendidas por idosos sobre a depressão na velhice e suas relações com a capacidade funcional. Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal, com abordagem mista. Participaram 234 pessoas idosas atendidas em Unidades de Saúde do Grotão I e II, no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, que responderam uma entrevista semiestruturada, abrangendo o Teste da Associação Livre de Palavras (TALP), com a palavra indutora <depressão>, além de um questionário sociodemográfico. Os participantes foram avaliados pela Escala de Depressão Geriátrica-15 e Escala de Lawton e Brody para AIVD. Os dados foram processados de acordo com a natureza das variáveis por meio dos softwares SPSS 21.0 e IRaMuTeQ versão 0.7 alfa. Dos 234 participantes, aproximadamente 72,2% são mulheres idosas, na faixa etária entre 60 e 69 anos (53,42%), com média de 70,1 anos (DP \pm 8,01 anos). Em relação à presença de sintomas depressivos, 38% manifestam sintomatologia, sendo 32,5% com algum tipo de dependência. Os dados analisados pelo IRaMuTeQ constituíram um corpus de 181 Segmentos de Texto, aproveitamento de 77,68%, apresentadas pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD): classe 1 - **Sentidos e experiências associadas à depressão**; classe 2 - **Aspectos relacionados à depressão**; classe 3 - **Aspectos clínicos da depressão**; classe 4 - **Dimensões psicoafetivas da depressão**. Observou-se que os idosos com algum tipo de dependência representam a depressão a partir dos sintomas endogenomórficos, *como tristeza profunda, isolamento, falta de apetite e insônia*, e desenvolvem dimensões mais negativas quando relacionam a depressão ao envelhecimento e às perdas advindas com a passagem do tempo, tecendo a imagem de uma doença extremamente incapacitante. Os dados do presente estudo correlacionam-se entre si, e indicam que a presença dos sintomas depressivos está associada significativamente ao declínio progressivo das Atividades Instrumentais de Vida Diária, assim como, com a perda progressiva do desempenho cognitivo, sugerindo atualizações aos profissionais de saúde através das práticas e dos norteamentos direcionados aos idosos, com e sem sintomas depressivos.

Palavras-chaves: Representações sociais, Depressão, Idosos, Capacidade Funcional.

Introdução

Mostrando-se complexo e multifacetado, o envelhecimento abrange dimensões biopsicossociais, jurídicas, éticas, culturais e até filosóficas, que permeiam e levantam

discussões ideológicas em planos internacionais nos mais diversos fóruns, desde o científico aos culturais e políticos.^{1,2}

Pesquisas atuais indicam que a cada ano, cerca de 650 mil de pessoas com mais de 60 anos ingressam na sociedade brasileira. Grande parte dos “novos idosos” já apresentam doenças crônicas e limitações funcionais inerentes à própria velhice, que perduram por anos e, necessitam de cuidados prolongados e muitas vezes, paliativos. Consequentemente, patologias ligadas às mudanças biológicas do corpo envelhecido ganham uma maior expressão ao criar uma dinâmica de procura, com reduzida rotatividade, pelos serviços de saúde.³

Dentre as patologias crônicas que mais incidem sobre a população idosa nas sociedades pós-modernas, destaca-se a depressão, elevando ainda mais o ciclo de fragilidade e desenvolvimento de incapacidades funcionais. O que torna a depressão na velhice extremamente peculiar é a apresentação diferenciada dos sintomas depressivos em relação à forma clássica em outras faixas etárias, dificultando o diagnóstico e a intervenção precoce.⁴

As mudanças biológicas e o contexto social de perdas de papéis vivenciado pelo idoso associam-se a uma rede assistencial precarizada e às dificuldades financeiras advindas com a aposentadoria, criando um cenário de incertezas e inseguranças que podem originar medos quanto ao futuro e sentimentos negativos diante da própria velhice.^{4,5}

Toda essa conjuntura ainda é reforçada pelas discriminações e preconceitos perpetuados pelo sistema político e econômico com reforço midiático a respeito do ser idoso. Destarte, a forma como os idosos lidam com a própria velhice, e os sentidos e imagens construídos nas estâncias individual e coletiva, permeiam a instalação de sintomas depressivos.⁶

Nos últimos anos, os estudos sobre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem verificado forte correlação com a incapacidade funcional e o aparecimento de sintomas depressivos em pessoas idosas, principalmente quando afetam o aparelho locomotor de maneira direta ou indireta. Realizada em 2009, uma pesquisa de base populacional em Taiwan revelou que, tanto para homens e quanto para mulheres acima de 65 anos, as dificuldades para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVDs) foram os principais fatores preditores para o aparecimento dos sintomas depressivos.⁷

A compreensão dos conceitos acima referidos, bem como das representações sociais sobre a depressão na velhice necessitam ser ampliadas, fomentando práticas preventivas e assistenciais precoces e efetivas. Pensar nas representações sociais e associá-las a uma sociedade moderna e envelhecida implica em conhecer e em reconhecer a especificidade das diferentes formas de pensar e de agir diante da velhice, principalmente quando se leva em

consideração que, para a maioria dos indivíduos, o enfrentamento das perdas inerentes a essa fase da vida se estrutura nas concepções, crenças e saberes prévios que são construídos e disseminados a cerca do envelhecimento⁸.

Diante do exposto, considerando a depressão como um problema de saúde pública, com grande prevalência e repercussão entre os idosos, faz-se necessário refletir sobre a realidade da saúde mental de idosos brasileiros, associando-a a saúde funcional através de indicadores que possam sugerir não apenas dados quantitativos, mas que sejam capazes de fomentar reflexões para mudanças de dimensões biopsicossociais, a exemplo da capacidade funcional.

Assim, o presente estudo teve por objetivo analisar as representações sociais apreendidas por idosos sobre a depressão na velhice e suas relações com a capacidade funcional.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal, com abordagem mista, onde se priorizou as falas dos sujeitos, para apreensão de dimensões simbólicas acerca da depressão na velhice, utilizando-se o aporte teórico das Representações Sociais.⁹

O presente estudo ainda se caracterizou como uma pesquisa de base de dados secundários, obtidos a partir do projeto **“Condições de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais de Idosos Atendidos em Unidades de Saúde da Família - Etapa 2”**, em convênio celebrado entre a Universidade Federal da Paraíba e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local sob o protocolo CEP/HULW nº 261/09.

A amostra foi composta por 234 idosos, de ambos os sexos, assistidos pelas equipes das Unidades de Saúde da Família (USF), localizadas no Grotão e na Comunidade Maria de Nazaré, de abrangência do Distrito Sanitário II, no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Para esse estudo, foram incluídos apenas os idosos que apresentaram condições cognitivas preservadas para responder aos instrumentos; expressaram ciência e concordância com as finalidades do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estavam em acompanhamento pelas equipes de saúde das USF referidas anteriormente.

Adotou-se o Mini Exame do Estado Mental a fim de estabelecer as condições de saúde cognitiva e predição de perdas funcionais relacionadas à cognição. Os idosos que obtiveram escore final ≤ 9 pontos, apresentaram perda cognitiva grave; os que atingiram entre 10 e 20, demonstraram perda cognitiva moderada; os que fizeram entre 21 e 24 pontos, apresentaram

perda cognitiva leve; e os que alcançaram mais de 25 pontos, não apresentaram alterações cognitivas.¹⁰

Para coleta dos dados, que ocorreu entre os meses de maio a agosto de 2011, recorreu-se a técnica multimétodos, subsidiada por uma entrevista semiestruturada, abrangendo em sua primeira parte o Teste da Associação Livre de Palavras (TALP),¹¹ com a palavra indutora: <Depressão>, “faz-me pensar em...”; na segunda parte, contemplou-se a aplicação dos instrumentos por meio de escalas funcionais; a terceira parte buscou dados referentes às variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade).

A escala funcional empregada nesse estudo foi a Escala de Lawton e Brody, para mensurar o grau de independência funcional através das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). Através da avaliação funcional, os idosos participantes foram agrupados a partir dos escores obtidos com a aplicação da escala referida, a saber: Grupo 1, formado por idosos independentes funcionalmente (escore final > 21 pontos); Grupo 2, formado por idosos com algum tipo de dependência (escore final >5<21 pontos, indicando dependência parcial ou escore final < 5 pontos, indicando dependência total). Para completar a avaliação das condições emocionais, foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica, em seu formato abreviado com 15 questões.¹¹⁻¹³

Os dados sociodemográficos e os escores finais das escalas aplicadas foram tabulados e processados estatisticamente através do programa SPSS 21.0, empregando as ferramentas da estatística descritiva (média e mediana). O *Software* IRaMuTeQ foi empregado a fim de processar os dados empíricos apreendidos, referentes às Representações Sociais a partir do TALP com estímulo indutor <<depressão>>, sendo aproveitadas nos Segmentos de Texto (ST) as que tiverem frequência maior que 3 e $\chi^2 > 3,84$ ($p < 0,005$).¹⁴

Para melhor interpretação, os resultados foram submetidos ao tratamento com o uso da Técnica de Análise de Conteúdo Temática Categorical¹⁵, seguindo as etapas que se organizam em torno de três polos cronológicos: 1) Pré-análise, que se baseia na leitura flutuante e na constituição do *corpus* construído por 234 entrevistas, contemplando as fases da seleção de unidades de contexto e de registros, assim como o processo de categorização simbólica *a posteriori*, com decodificação e *texting* da técnica selecionada; 2) Exploração do material e 3) Tratamento dos resultados, abordando a inferência e a interpretação, segundo a Teoria das Representações Sociais.

Toda a construção do presente estudo obedeceu aos aspectos éticos e legais no que se refere ao consentimento e ao anonimato dos entrevistados, conforme recomendado pela resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, vigente na época em que os

dados foram coletados para a construção da base de dados referente ao projeto matricial. Ressalta-se que o estudo também se encontra em conformidade com o a Resolução 466/2012, que revogou a resolução citada anteriormente, bem como se fundamenta no Código de Ética da Associação Médica Mundial (Declaração de Helsinki), para experiências envolvendo seres humanos.

Resultados e Discussão

O perfil dos atores desse estudo é apresentado pela Tabela 1, que descreve as principais características sociodemográficas referentes a sexo, faixa etária, estado civil, religião e escolaridade. Dos 234 participantes, aproximadamente 72,2% são idosos jovens, na faixa etária entre 60 e 69 anos (53,42%), com média de 70,1 anos ($DP \pm 8,01$ anos). A maioria tem escolaridade referente aos primeiros 5 anos do ensino fundamental (29,91%).¹⁷

Tabela 1 - Distribuição de frequência segundo os sintomas depressivos e os dados sociodemográficos referentes a sexo, faixa etária, escolaridade e escores finais da GDS-15 e da Escala de Lawton e Brody.

Variável		n	%	p-valor
Sexo	Masculino	65	27,78	0,001*
	Feminino	169	72,22	
Faixa etária	60 - 69 anos	125	53,42	0,002*
	70 - 79 anos	76	34,48	
	+ 80 anos	33	14,1	
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	27	10,68	0,202
	1 a 4 anos	65	27,78	
	5 a 9 anos	70	29,91	
	10 a 13 anos	48	20,51	
	Mais de 14 anos	24	10,26	
Sintomas depressivos (Escore do GDS-15*)	Sintomas presentes	88	38	0,518
	Sintomas ausentes	146	62	
Classificação funcional (Escore da Escala de Lawton e Brody para AIVDs*)	Independente	158	67,5	0,004*
	Com algum tipo de dependência (>5<21 - parcial ou <5 - total)	76	32,5	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017. (N): frequência; % (percentual). *Estatisticamente significativa.

*GDS-15 (Scale Depression Geriatric); **Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Cabe ressaltar que os dados sociodemográficos acima apresentados fazem parte de um estudo matricial anteriormente elaborado, que envolveu a mesma população e as mesmas variáveis, porém interpretadas de maneira mais aprofundada ao associá-los com o fértil campo das Representações Sociais.^{15,17}

A tabela 1 também revela a presença de significância na correlação entre as variáveis: *sexo*, *escolaridade* e *faixa etária* (variáveis sociodemográficas) com a avaliação da capacidade funcional através da Escala de Lawton e Brody para as Atividades Instrumentais de Vida Diária.

A longevidade feminina, a reduzida escolaridade e a pauperização dos mais velhos são características extremamente significativas da transição demográfica no Brasil. É oportuno destacar a fragilidade das mulheres idosas, marcada pelas desigualdades de gênero que perpassam a estrutura social brasileira, colocando a feminização da velhice como um elemento emergencial na construção de políticas públicas, e por fim, reconhecendo a influência das relações familiares sobre a qualidade dos anos acrescidos.^{17,18}

A análise do *corpus* textual, referente ao estímulo indutor <<depressão>>, resultou em uma participação de 436 formas em 1505 ocorrências. Observa-se 360 formas ativas, com frequência média de ocorrência de 6,46 palavras por segmento, definindo 181 segmentos de texto classificados de 233 textos, com um aproveitamento de 77,68%, de acordo com a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). No que se refere às representações sociais da depressão para os idosos independentes funcionalmente e para os idosos semidependentes, 04 classes semânticas emergiram a partir dos segmentos classificados.

No primeiro momento, o *corpus* deu início à formação da Classe 1, que se partiu e originou a Classe 4. Num segundo momento, a Classe 1 se repartiu mais uma vez, contribuindo para a formação das Classes 2 e 3. Dessa forma, a Classificação Hierárquica Descendente mostrou-se estável ao originar quatro classes compostas por unidades semânticas semelhantes e interligadas.

As classes podem denotar as representações do senso comum ou os campos de imagens sobre um determinado objeto, que no caso é a depressão na velhice, reproduzindo conceitos individuais ou coletivos.^{8,13}

O quadro abaixo apresenta o produto da Classificação Hierárquica Descendente (CDH), a partir das palavras que apresentaram frequência ≥ 3 e $\chi^2 \geq 3,84$, equivalendo a uma significância de 95% ($p < 0,005$).

Quadro 1 - Distribuição das palavras mais significativas, de acordo com a frequência total das ST na formação das Classes Semânticas.

Classe 1 - Dimensões Psicossociais 95/181 (26%)		Classe 2 - Dimensões Psicoafetivas e Físicas da Depressão 34/181 (18,78%)		Classe 3 - Dimensões Clínicas e Profissionais da Depressão 42/181 (23,2%)		Classe 4 - Impacto da Depressão na Vida Diária dos Idosos 58/181 (32%)	
Palavra	n	Palavra	n	Palavra	n	Palavra	n
Não	18	Isolamento	35	Tristeza	30	Angústia	23
Ruim	13	Medo	29	Solidão	24	Falta	21
Triste	9	Tristeza	26	Doença	49	Dependência	10
Preocupação	7	Solidão	19	Remédio	29	Mal	8
Lembrar	6	Choro	16	Tratamento	18	Dor	8
Deus	5	Insônia	11	Abandono	15	Desespero	7
Pensamento	5	Suicídio	10	Apoio	4	Saudade	6
Ansiedade	8	Desânimo	7	Sofrimento	15	Silêncio	8
Incompreensão	3	Doença	6	Profundo	3	Mágoa	5
Variáveis e p-valor		Variáveis e p-valor		Variáveis e p-valor		Variáveis e p-valor	
*Id_003	1,077	*Id_001	3,255	*Id_002	0,008	*id_001	0,013
*Esc_002	1,052	*Esc_003	0,805	*Esc_002	0,174	**Gru_1	0,582
**Gru_1	0,438	**Gru_2	0,438	**Gru_2	0,030	**Gru_2	0,351

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

*variáveis independentes: idade, sexo e escolaridade.

**grupo que mais contribuiu para a formação da classe.

N: frequência.

A **Classe 1 - Dimensões Psicossociais** detém 47 Segmentos de Texto (ST), com percentualidade de 26%, sendo representada por mulheres, na faixa etária mais avançada (entre 81 e 90 anos) e com escolaridade entre 1 a 5 anos. Teve maior contribuição do Grupo 1, composto por idosos independentes funcionalmente. *Não*, *ruim*, *triste*, *preocupação*, *lembrar* e *Deus* foram os ST mais evocados, com significância maior que 95% ($p < 0,005$).

A depressão emerge na sociedade pós-moderna como uma evidência da vulnerabilidade do homem aos novos ritmos, valores e contextos, concretizando o latente sofrimento expiatório da cessação de interesse pelo mundo moderno, num misto de perda progressiva da identidade por autorrecriminações e pelo declínio da autoestima.¹⁸

A referida classe traz aspectos que relacionam as crenças já construídas com as experiências que os participantes tiveram com a depressão, seja pelo contato direto com a entidade nosológica ou a partir das pessoas próximas que foram diagnosticadas com a referida doença. Essa relação é reforçada pelo contexto religioso onde estão inseridos, evidenciado pelas expressões *Deus* e *lembrar*. A ausência da entidade divina ou falhas em sua devoção pode levar ao desenvolvimento dos sintomas depressivos.

A espiritualidade torna-se visível e palpável conforme os anos são acrescidos, estabelecendo-se como uma dimensão determinante no enfrentamento das mudanças e perdas pelas quais os idosos passam, atenuando as dimensões negativas trazidas pelos agravos à saúde física e mental.¹⁸

Os participantes se mostram relutantes em pensar e refletir sobre a depressão, negando-a como doença ou rejeitando a hipótese de desenvolvê-la, referenciada em expressões como *não* e *ruim*. Os discursos ainda apontam as *preocupações* diárias, o *estresse* da rotina cotidiana e a *ansiedade* com o futuro como fatores que colaboram com a instalação dos sintomas depressivos, assim como as *más* notícias, tanto na esfera individual quanto na esfera social.

O aparecimento dos sintomas depressivos está fortemente ligado às circunstâncias biopsicossociais comumente vividas por idosos nessa fase do ciclo de vida, sendo considerados como fatores de risco, tais como: ser mulher, solidão, abandono, maus tratos, perdas familiares importantes, divórcio ou viuvez, histórico de psicopatias, doenças crônicas preexistentes, dor crônica, baixa qualidade das relações sociais e familiares, presença de limitações funcionais, além de um ambiente social desfavorável.¹⁹

Outro aspecto relevante nas representações construídas pelos participantes dessa classe é a estrutura familiar que pode ser o maior suporte de ajuda durante as manifestações da depressão. A ausência de apoio familiar desencadearia sentimentos de *desprezo*, *incompreensão*, ligados aos *pensamentos* negativos, de onde florescem as ideias de morte e de suicídio. A família seria, portanto, a fonte de *ajuda*, apoio e suporte.

Observa-se que mudanças estruturais e afetivas na organização familiar transcorrem paralelamente ao envelhecimento dos indivíduos, principalmente em termos de mudanças dos papéis desempenhados pelos membros. O redimensionamento familiar pode ocorrer com desconfortos e desajustes tanto para idosos quanto para os que irão exercer a atividade de cuidado.²⁰

É fundamental que os sintomas depressivos sejam identificados pelo próprio idoso, por familiares e, principalmente, pelos profissionais de saúde já que o prognóstico torna-se mais sombrio à medida que o diagnóstico é tardio e o tratamento inicial é inadequado e não consegue controlar a sintomatologia depressiva.²¹ exemplificados por expressões como:

[...] infelicidade [...] família [...] falta de assistência familiar [...] doença muito ruim [...] infeliz [...] doença diabólica [...] perder o sono [...] aperreio [...] ansiedade [...] ansioso [...] incompreensão [...] não ser entendido [...] apoio da família [...] ajuda [...] apoio [...] Deus [...] fé [...] oração [...] Jesus [...] tentação espiritual [...] não lembro [...]

nada presta [...] insatisfação [...] pensar besteira [...] pensamento negativo [...] pensamento fraco [...] assistência familiar [...] apoio familiar [...] sei que é ruim [...] estresse [...] preocupações [...] violência [...] preconceito [...] não assumir a doença [...] não aceitação [...] não gosto nem de falar [...] nunca pensou [...] lembra-se de um amigo deprimido [...] desprezo [...] não é coisa de Deus [...] nada presta [...] (Suj.: 4; 8; 9; 10; 11; 17; 21; 25; 27; 36; 40; 41; 44; 46; 56; 66; 82; 95; 96; 101; 102; 103; 106; 145; 146; 163; 195)

A **Classe 4 - Impacto da Depressão da Vida Diária de Idosos** detém 58 ST retidos (32,04%), teve a contribuição de idosos jovens independentes e semidependentes, com predomínio feminino, entre 60 e 69 anos, e escolaridade relativa ao ensino fundamental completo.

Seu conteúdo canaliza as imagens que a depressão traz para os idosos entrevistados, centrando-se na *angústia* e no *desespero* como os sentimentos que melhor delimitam a doença, retratando o impacto desse *mal* quando faz associações com as *mágoas*, *falta* (ganhando a conotação de carência e de “não provisão” das demandas advindas com a velhice) e *saudades* (alusão às perdas afetivas, sociais e pessoais) que se acumulam ao longo da vida e que podem estar na gênese dos sintomas depressivos. O *silêncio* acompanha o comportamento direcionado à ensimesmação, comum entre as pessoas com depressão, sendo aludido pelos entrevistados.

A depressão em idosos necessita ser compreendida numa visão multifatorial, em que as variáveis psicossociais se apresentam como fatores relacionados, uma vez que o envelhecimento está ligado às influências sócio-históricas e às experiências ocorridas durante o desenvolvimento, promovendo o acúmulo de sentimentos negativos que não conseguiram ser resignificados ao longo do ciclo de vida, aflorando mágoas passadas e colaborando para que a dimensão simbólica do sofrimento e da tristeza vivida anteriormente se transforme em cenário para o transtorno depressivo.²²

Em estudo exploratório envolvendo 240 idosos, realizado em João Pessoa/PB, observou-se que 24,2% apresentaram sintomatologia depressiva e, quando questionados sobre o “ser idoso” e a depressão, apontaram significados e dimensões simbólicas negativas, associando-os a palavras como abandono, maus tratos e solidão, além de considerarem a depressão própria da velhice. Tais sentidos foram fortemente vinculados a ruptura da estrutura familiar durante a trajetória de vida dos entrevistados.⁶

Nesse sentido, o *envelhecimento* e as mudanças biopsicossociais advindas com essa fase do ciclo de vida criam um cenário ideal para a depressão, permeado por *dependências* -

quer sejam físicas, financeiras, sociais ou emocionais, capazes de provocar *dor e agonia* que perpassam a esfera física, e se aprofundam no domínio psicoemocional.

As situações de vulnerabilidade e fragilidade biopsicossociais relacionadas ao envelhecimento, quando negligenciadas, podem aumentar consideravelmente o ciclo de cronicidade estabelecido por doenças silenciosamente incapacitantes,²² impondo limitações sociais, cognitivas, físicas e funcionais.

A referida classe ainda faz menção quanto ao uso de *medicamentos*, constatando a forte representação do modelo centrado no médico e na prescrição medicamentosa para controle dos agravos à saúde, o que fomenta a discussão sobre a escassez de práticas de promoção à saúde, permitindo que sistemas “medicalocêntricos” e com pouca “dialogicidade com a realidade” persistam na rede de cuidado ao idoso, reforçando a polifarmácia como comportamento natural entre os idosos, assim como a produção de saúde com ênfase na patologia e na farmacologia.²³

Os conteúdos acima referidos podem ser visualizados nos discursos participantes que mais contribuíram para a formação da classe:

[...] fraqueza [...] dependência [...] angústia [...] desespero [...] medicamento [...] saudade [...] falta de amor [...] silêncio [...] dor [...] falta de sentido na vida [...] chorar [...] dependência [...] mal [...] falta de amigos [...] falta de atividades [...] falta de compreensão [...] falta de companheirismo [...] falta de amor [...] sozinho [...] envelhecimento [...] chorar [...] velho [...] falta de dinheiro [...] falta de remédio [...] falta de alegria [...] (Suj 62; 83; 169; 134; 5; 197; 140; 217; 215; 177; 32; 118; 206; 196; 172; 99; 22; 148; 50; 93; 184; 65; 111; 90; 63; 113; 112)

Essa classe ainda remete a importância das relações afetivas, em âmbito familiar ou no contexto social onde se insere o idoso, para o suprimento das mais variadas demandas biopsicossociais, que favorecem a elaboração de representações sociais com dimensões mais negativas e cristalizadas, diante do inexorável processo de envelhecer vinculado ao universo de doenças crônicas tão incapacitantes, como a depressão.⁶

Alguns estudos consideraram que a depressão em idoso pode ser prevenida ou seus sintomas controlados, quando já está instalada, através de uma rede assistencial que perpassa os serviços de saúde, e se insere o círculo de amigos e de familiares, estimulando o bem estar psicológico e social dos idosos.²²

A **Classe 2 - Dimensões Psicoafetivas e Físicas da Depressão** é formada por 34 Segmentos de Texto (ST), o que equivale a 18% do material retido. Essa classe traz as representações construídas por mulheres idosas com algum tipo de dependência (Grupo 2), na

faixa etária entre 60 e 69 anos, com escolaridade referente ao ensino fundamental (entre 1 a 5 anos de estudo), cujos conteúdos estão relacionados aos sentimentos e emoções que caracterizam e permeiam o cotidiano da pessoa com depressão, trazendo impactos psicoemocionais, sociais e funcionais.

Em suas evocações, os participantes correlacionam a depressão com sentimentos como o *medo* que permeia o futuro, a *solidão* e a *tristeza*, que levam ao *desânimo* e ao *isolamento*, em que o “*choro*” passa a ser um episódio frequente, tendo o *suicídio* e a morte como desfechos caso não recebam a ajuda adequada.

Autores chamam a atenção para o atual processo de “patologização” da tristeza, que prejudica a diferenciação entre o “estar deprimido”, enquanto fenômeno psíquico de adaptação às perdas inerentes com a velhice, e o “estar com depressão”, enquanto transtorno patológico, não levando em consideração os mais variados e diferentes estados afetivos, considerando-os apenas na sua dimensão patológica e unilateral.^{21,22}

A depressão é uma patologia potencialmente fatal pelos episódios suicidas comumente realizados pelos indivíduos que a desenvolve. Observa-se que, embora os índices apontem para maior frequência de suicídio entre 15 e 30 anos, a Organização Mundial de Saúde chama a atenção para um crescimento de 8,3% das taxas de suicídio em pessoas com mais de 60 anos, entre os anos de 2005 e 2015.²⁴

Por ter tido a maior frequência entre os Segmentos Textuais dessa classe, o vocábulo *isolamento* associa-se intensamente com a *solidão*, a *tristeza* e o *desânimo*, de acordo com os relatos dos participantes. Conceitualmente, o Transtorno Depressivo é uma condição patológica caracterizada por sentimentos de culpa ou baixa autoestima, isolamento social e sentimentos como tristeza, perda de interesse ou prazer, alterações de sono ou apetite, fadiga extrema e dificuldades de concentração.^{18,21}

A *insônia* é uma alteração do ciclo sono-vigília fortemente referida, que perpetua os sintomas físicos e emocionais da depressão, encarcerando o sujeito com depressão em um ciclo de desânimo e tristeza.²¹

Essas dimensões são apontadas pelas falas dos participantes, conforme observado abaixo:

[...] não ter amor a si [...] suicídio [...] tristeza [...] infeliz [...] medo
 [...] isolamento [...] solidão [...] fraca [...] lágrimas [...] sensações ruins
 [...] indisposição [...] desamparo [...] distante de si [...] sofrimento [...] sem vontade para nada [...] dificuldade de reação [...] desistência [...] nada importa para a pessoa [...] se sentir sozinho [...] sem disposição
 [...] muito emotivo [...] chora muito [...] tem choro [...] tem medo [...] falta de companhia [...] falta de apetite [...] não dormir a noite [...] insônia [...] afastar as pessoas [...] vontade de ficar deitada [...]

fraqueza [...] fragilidade [...] fim [...] vem do desespero da vida [...] ficar sozinho [...] ausência [...] pensar besteira [...] se acabar de repente [...] retraimento [...] melancolia [...] dormir [...] sono [...] medo da sociedade [...] falta de alegria [...] (Suj.: 1; 2; 4; 7; 9; 22; 25; 41; 44; 74; 78; 79; 82; 84; 91; 98; 101; 102; 112; 133; 135; 138; 147; 151; 152; 157; 195; 212)

Como o grupo que mais contribuiu para a formação dessa classe foi composto por idosos com algum nível de incapacidade (total, n=2; parcial, n=74), sugere-se que a incapacidade funcional e o aparecimento de sintomas depressivos em pessoas idosas tenham uma forte correlação, principalmente quando afetam o aparelho locomotor de maneira direta ou indireta. Em estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos, os idosos com dificuldades para realização das AVDs ou restrição de mobilidade também apresentavam sintomas depressivos significantes.²³

De acordo com a **Classe 3 - Dimensões Clínicas e Profissionais da Depressão**, que inclui 42 Segmentos de Texto retidos (23,2%), os participantes expressam a dimensão fisiopatológica da depressão, configurando-a como doença. Essa classe é formada por mulheres idosas, entre 70 e 80 anos, e escolaridade referente ao ensino fundamental I (do 1º ao 5º ano). O grupo 2 (idosos com algum tipo de dependência) promoveu a maior contribuição para a formação dessa classe.

Para os participantes dessa classe, a depressão seria uma *doença*, cujo *tratamento* deve ser baseado na administração de *remédios*, prescritos por profissionais como *médicos* das áreas de *neurologia* e *psiquiatria*, aliado ao *apoio* psicológico e familiar.

Estudos indicam que a depressão é um dos males mais impactantes do século XXI, considerada uma doença complexa de longo curso, com uma variedade de sintomatologia e de diagnóstico difícil quando associada às alterações senescentes, também considerada a mais onerosa entre os agravos clínicos crônicos, interferindo negativamente sobre a qualidade de vida de quem envelhece.²⁴

Em relação ao manejo terapêutico da depressão em idosos, medidas farmacológicas e não farmacológicas são empregadas para controle e remissão dos sintomas depressivos. Estudos verificaram bons resultados com as intervenções à base de fármacos associadas à psicoterapia. O tratamento farmacológico é feito mediante a utilização de medicamentos conhecidos como Antidepressivos, que visam reduzir a gravidade dos sintomas depressivos e os episódios de recaídas, melhorando o estado geral do paciente.²⁵

Os idosos que vivenciam a depressão estão inseridos num cenário de *abandono*, gerando *sofrimentos* e *tristezas profundas*. Nesse sentido, a *tristeza* e a *solidão* encontram-se

inseridas num contexto sintomatológico, associadas a uma doença grave, incapacitante e que tem se tornando prevalente em todas as faixas etárias.

Uma das maiores dificuldades enfrentadas durante o processo de diagnóstico da depressão em idosos é a forte associação dos sintomas depressivos com as alterações biopsicossociais ligadas ao processo de envelhecimento ou à carga acarretada por doenças físicas, sejam essas agudas ou crônicas, sendo confundidos com tristeza e desânimo decorrentes de eventos cotidianos.²⁶

As impressões dessa classe são evidenciadas nas falas descritas a seguir:

[...] tristeza [...] profunda [...] doença [...] remédio [...] tratamento [...] médico [...] sofrimento [...] mal humor [...] solidão [...] [...] tristeza [...] apoio família [...] cuidado [...] doença complicada [...] precisar de cuidados [...] internação [...] tomar remédio [...] psicólogo [...] doença da alma [...] doença grave [...] pior doença [...] ser internado num hospital [...] neurologia [...] psiquiatria [...] hospital [...] taquicardia [...] nervosismo [...] profissionais [...] terapia [...] tristeza profunda [...] esquecimento [...] dificuldade de concentração [...] dor de cabeça [...] ansia [...] infarto [...] adoecer [...] procurar um tratamento [...] visitar o psiquiatra [...] (Suj.: 173; 3; 5; 6; 7; 11; 15; 22; 30; 44; 47; 71; 76; 79; 91; 101; 117; 151; 157; 160; 173; 195; 225)

O idoso se percebe saudável e ativo socialmente quando consegue desempenhar suas expectativas e projetos através da realização de atividades cotidianas, construindo imagens e atitudes positivas sobre a própria velhice, mesmo diante de limitações impostas por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Destarte, estabelece-se uma correlação importante entre a saúde e a funcionalidade física na velhice, constituindo uma preocupação central no campo do envelhecimento, uma vez que a incapacidade funcional repercute de maneira desfavorável entre os idosos, as famílias e a sociedade.^{26,27}

Considerações Finais

O presente estudo procurou analisar as representações sociais sobre a depressão na velhice construídas por idosos e suas relações com a capacidade funcional. Os resultados revelaram que os conteúdos apreendidos em relação à depressão e à capacidade funcional ancoram nos pressupostos conceituais estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde, no tocante aos aspectos sociodemográficos, físicos, psicoafetivos como também às fronteiras históricas e culturais, que sejam construídas individual ou coletivamente.

Para os idosos funcionalmente independentes sem evidências de sintomatologia depressiva, a depressão é representada como uma situação improvável e distante da realidade dos mesmos, minimizando a gênese e a cura dessa patologia à quebra do equilíbrio espiritual

por meio do afastamento de Deus e aos desajustes da dinâmica familiar, denotando pouco conhecimento a respeito da depressão.

Os idosos considerados dependentes, seja parcial ou total, já se apresentam mais tendenciosos ao desenvolvimento da depressão, uma vez que dos 88 participantes que possuem sintomas depressivos, 34 apresentam algum tipo de dependência para as atividades instrumentais de vida diária, ancorando-a como um processo patológico grave de repercussão psicoafetiva, que necessita de assistência clínica e medicamentosa, mas que o cuidado se torna mais ampliado e efetivo com a presença da família e de amigos.

Os idosos dependentes ainda referem sintomas endogenomórficos para a depressão, como tristeza profunda, isolamento, falta de apetite e insônia, e desenvolvem dimensões mais negativas quando relacionam a depressão ao envelhecimento e às perdas advindas com a passagem do tempo, tecendo a imagem de uma doença extremamente incapacitante.

Tantos os idosos independentes quanto os dependentes que fizeram parte desse estudo representam a depressão a partir de vocábulos como *angústia*, *desespero*, em que a *solidão* e a *tristeza* denotam as situações comumente vivenciadas por eles, a partir das mudanças dos papéis tanto na sociedade quanto na estrutura familiar onde estão inseridos.

Salienta-se a importância de novos estudos que busquem conhecer as representações sociais frente à depressão e a pessoa idosa, dentro de um ideário polissêmico, promovendo o fomento para a construção de vias que possibilitem uma real e significativa reinvenção de envelhecer através de formas de autoexpressão e de exploração das identidades, sem constrangimentos ou estereótipos, estimulando imagens e atitudes positivas que tragam suporte e autonomia para apoiar a conquista dos anos acrescidos como o triunfo de uma verdadeira identidade social.

Referências

1. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc Estado*. 2012; 27(1): 165-80.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Pub*. 2009; 43 (3): 548-54.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, nº 19.
4. Del Porto JA. Depressão: Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21: 47-53.
5. Nicolosi GT. *Depressão no envelhecimento: especificidades em sua etiologia e sintomatologia*. São Paulo: Oboré; 2010, p. 68-71.
6. Oliveira MF. *Sintomatologia da depressão e as representações sociais do ser idoso*. 2011. 77 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

7. Chiu HC, Chen CH, Huang CJ, Mau LW. Depressive symptoms, chronic medical conditions and functional status: a comparison of urban and rural elders in Taiwan. *Int J Geriatric Psychiatry*. 2005; 20: 635-44.
8. Smith AAF, Costa LS, Oliveira AMF, Silva AO, Caliri MHL, Silva LM. Teoria das Representações Sociais no Âmbito do Envelhecimento: Uma Revisão Integrativa. *R. Pesq Cuid Fundam online*. 2011; 242-250.
9. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. (Org.). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
10. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52:1-7.
11. Wachelke JFR. Índice de Centralidade de Representações Sociais a partir de Evocações: exemplo de aplicação no estudo da representação social sobre Psicologia. *Reflexão e Crítica*. 2009; 22(1): 102-10.
12. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária. *RBPS*. 2008; 21(4): 290-296.
13. Almeida OP, Almeida AA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57(2-B): 421-426.
14. Magnobosco Martins CR, Camargo BV, Biasis F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Universitas Psychologica*, 2009; 8 (3): p831-847.
15. Camargo BV, Justo AM. *Tutorial para uso do software de análise textual IRaMuTeQ*. Universidade Federal de Santa Catarina: 2013.
16. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 70ª ed. Lisboa; 2009.
17. Veloso LSG. *Representações Sociais da Depressão Construídas por Idosos e suas Relações com a Capacidade Funcional*. 2017. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, 2017.
18. Souza AS; Sena ELS; Meira EC; Silva DM; Alves MR; Pereira LC. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos. *Rev. Enferm. UERJ*. 2013; 21(3): 355-60.
19. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*. 2013; 10(11): 100-15.
20. Frank MH, Rodrigues NL. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAXC, Doll J, Gorzoni ML. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 376-87.
21. Cupertino APFB, Oliveira BHD, Guedes VD, Coelho RD, Milano RS, Rubac JS, Sarkis SH. Estresse e suporte social na infância e adolescência relacionados com sintomas depressivos em idosos. *Psicol. Reflex. Crit*, Porto Alegre 2006. 19 (3): 144-56.
22. Lino VTS, Portela MC, Camacho LAB, Atie S, Lima MJB. Assessment of Social Support and Its Association to Depression, Self-Perceived Health and Chronic Diseases in Elderly Individuals Residing in an Area of Poverty and Social Vulnerability in Rio de Janeiro City, Brazil. *Plos One*. 2013; 8(8):717-12.
23. Prince MJ, Harwood RH, Thomas A, Mann AH. Prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression. The Gospel Oak Project VII. *Psychol Med*. 2008; 28: 337-50.
24. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017.
25. Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. *OPAS/OMS*. 2016; 1(1): 47-51.
26. Salmazo, Andréia Vazquez. *Depressão na velhice: um estudo sobre a elaboração das perdas*. Monografia – Aprimoramento em Psicologia Hospitalar, Instituto de Assistência

Médica do Servidor Público Estadual – Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira, São Paulo, 2014.

27. Byington CAB. A depressão normal e o futuro da civilização: um estudo da função estruturante da depressão pela psicologia simbólica junguiana. *Junguiana: Psicopatologia*, São Paulo. n. 25, p. 7 – 17, jun/dez 2007.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] Toda saudade é uma espécie de velhice. É por isso que os olhos dos velhos não se enchendo de ausências. [...].

Rubem Alves

O presente estudo procurou identificar as representações sociais da depressão construídas por pessoas idosas e as suas relações com a capacidade funcional, bem como analisar a associação entre os sintomas depressivos e a capacidade funcional. Os sentidos e as imagens apreendidas pelo estímulo indutor *depressão*, assim como a avaliação da capacidade funcional por meio de escalas internacionalmente reconhecidas, podem subsidiar a formulação de políticas e estratégias direcionadas à saúde da pessoa idosa, em um contexto amplo e holístico, suprimindo as demandas biopsicossociais tão interligadas nessa etapa do ciclo de vida.

Verificou-se entre os entrevistados que o declínio do auto-gerenciamento nas atividades cotidianas, principalmente nas relacionadas aos cuidados com as finanças e com os afazeres domésticos traz consequências negativas para a qualidade de vida do indivíduo e grandes implicações sociais, podendo criar um cenário favorável para que sentimentos e atitudes permeiem a instalação de sintomas depressivos.

Observou-se que o senso comum construído pelos idosos tende a relativizar a depressão à simples estados afetivos corriqueiros, como a tristeza e a solidão, ou a sintomas de uma doença aguda ou crônica, de acordo com as experiências vividas e partilhadas pelo grupo social estudado, ratificando a velhice como uma construção histórica.

Destarte, a forma como os idosos lidam com a própria velhice faz uma estreita interlocução com as condições sociais e de saúde, além das relações sociofamiliares onde estão inseridos, e colaboram com a representação da depressão construída nas estâncias individual e coletiva dos participantes do estudo. Assim, as crenças e as atitudes de uma pessoa idosa em relação à depressão surgem e se consolidam com as experiências vistas e vividas em seu contexto social e funcional, capazes de apontar os efeitos das mesmas em comportamentos futuros e desfechos de saúde.

A relação entre as representações sociais da depressão e a capacidade funcional estabelece elementos importantes capazes de fomentar planos e ações que possibilitem a elaboração e adoção de práticas entre os profissionais de saúde e viabilizem, assim, uma velhice saudável e satisfatória, equilibrando as limitações funcionais e os impactos psicoafetivos às potencialidades tão comuns nessa fase etária ainda pouco investigada cientificamente.

Apesar das limitações verificadas no decorrer do estudo, tais como um recorte pequeno da população, a concentração dos dados em uma população socialmente homogênea

e o espaço temporal entre a coleta e a análise, foi possível apreender as representações sociais construídas pelos idosos, associando os sentidos e as imagens apontadas com as condições funcionais apresentadas pelos mesmos, em que os quadros de dependência e incapacidade ancoram os conteúdos elaborados sobre a depressão, contribuindo para despertar nos profissionais de saúde a reflexão a cerca dos transtornos depressivos na velhice, da estreita relação entre a capacidade funcional e a saúde mental em idosos, ressaltando a importância de estabelecer os limites entre o normal e o patológico diante das modificações biopsicossociais advindas com a passagem dos anos.

Sugere-se que novos estudos a cerca dessa temática sejam desenvolvidos, desvendando os mitos criados e historicamente difundidos sobre a depressão na velhice e estabelecendo a capacidade funcional como uma dimensão basal para a criação de modelos para avaliações e intervenções geriátrico-gerontológicas que perpassem a esfera da saúde funcional, e colabore com o aprimoramento das funções cognitivas dentro do universo envolvido pela saúde mental.

Surge, então, o desafio contemporâneo para os profissionais de saúde: contribuir para a ressignificação da velhice, através de práticas e intervenções que preconizem a autoexpressão e a exploração das identidades, sem constrangimentos ou estereótipos, estimulando imagens e atitudes positivas que tragam suporte e autonomia para apoiar a conquista dos anos acrescidos como o triunfo de uma verdadeira identidade social.

1. Berzins MV, Borges MC. *Políticas públicas para um país que envelhece*. São Paulo: Martinari; 2012.
2. Gardner, PJ. Envelhecimento saudável: uma revisão das pesquisas em língua inglesa. *Movimento*. 2009; 2(2): 69-92.
3. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc Estado*. 2012; 27(1): 165-80.
4. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira. In: Freitas EV, Py L, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p.58-71.
5. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Pub*. 2009; 43 (3): 548-54.
6. Ramos, LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Envelhecimento da população brasileira. In: Freitas EV, Py L, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p.73-91.
7. Organização Mundial de Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
8. Nicolosi GT. *Depressão no envelhecimento: especificidades em sua etiologia e sintomatologia*. São Paulo: Oboré; 2010, p. 68-71.
9. Santos, CAV, Santos, JLF. O desempenho de papéis ocupacionais de idosos sem e com sintomas depressivos em acompanhamento geriátrico. *Rev. Bras. Geriat. Gerontol*. 2015; 18(2): 273-283.
10. Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Mendes RKW. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Cienc Saude Coletiva*. 2008; 13(4): 1119-26.
11. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial functional. *JAMA* 1963; 185(2): 914-9.
12. Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Reis WMR Junior, Rocha SV, Brito TA. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(6): 933-9.
13. Rabelo DF, Cardoso CM. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Psico-USF*. 2007; 12(1): 75-81.
14. Maciel ACC, Guerra RO. Influencia dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(2): 178-89.
15. Beavouir S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.

16. Foucault. *A hermenêutica do Sujeito*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
17. Leme LEG, Silva PSCP. O idoso e a família In: Papaléo Netto M. (Org.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2002 p. 92-97.
18. Paschoal, SMP. Autonomia e Independência. In: Papaléo Netto M. (Org.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2002. p.313-321.
19. Barros, LMM. *Velhice ou terceira idade*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2000.
20. Brito FC, Litvoc J. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Editora Atheneu; 2004.
21. Carvalho Filho ET, Papaléo Netto, M. *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000.
22. Papaléo Netto, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2002.
23. Organização das Nações Unidas. *Plano Internacional de ação sobre o envelhecimento*. Madrid: Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento; 2002.
24. Kauffman, TL. *Manual de reabilitação geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
25. Davini R, Nunes CV. Alterações no sistema neuromuscular decorrentes do envelhecimento e o papel do exercício físico na manutenção da força muscular em indivíduos idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2003; 7(3): 201-207.
26. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. *Gerência de estudos e análises da dinâmica demográfica - 2000 a 2012: projeção da população do Brasil e das unidades da federação, por sexo e idade para o período 2000-2030*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm
27. Carvalho JA, Rodriguez-Wong L. A transição da estrutura etária brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saude Publ*. 2008; 39: 163-170.
28. França LHFP. O envelhecimento populacional e seu reflexo nas organizações: a importância da educação ao longo da vida. *Boletim Técnico do Senac: A Revista da Educação Profissional*. 2011; 37(2): 102-8.
29. Lebrão ML. Envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saude Coletiva*. 2007; 41(3): 135-40.
30. Banco Mundial. *Envelhecendo em um Brasil mais velho*. 2011.
31. Schimidt MI. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Serie Saúde no Brasil*. 2011; 4:61-69.

32. Parayba MI, Veras R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional entre os idosos no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2008; 13:1257-64.
33. Pícoli TS, Figueiredo LL, Patrizzi LJ. Sarcopenia e envelhecimento. *Fisioter Mov*. 11; 24(3): 455-462.
34. Assumpção CO, Souza TMF, Urtado CB. Treinamento resistido frente ao envelhecimento: uma alternativa viável e eficaz. *Anuário Prod Acad Docente*. 2008; 2(3): 451-76.
35. Clark BC, Manini TM. Sarcopenia \neq dynapenia. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008; 63(8): 829-834.
36. Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Reis WMR Junior, Rocha SV, Brito TA. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(6): 933-9.
37. Aires M, Paskulin LMG, Moraes EP. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev Latino Am Enferm*. 2010; 18(1): 11-7.
38. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi- Barbosa LA. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Cienc Saúde Coletiva*. 2014; 19(8): 3317-25.
39. Leite MT, Castioni D, Kirchner RM, Hildebrandt LM. Capacidade funcional e nível cognitivo de idosos residentes em uma comunidade do sul do Brasil. *Enferm Glob*. 2015; 14 (37):1-11.
40. Barbosa BR, De Almeida JM, Barbosa MR, Rossi- Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Cienc Saude Coletiva*. 2014; 19(8): 3317-25.
41. Brasil. Ministério da Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, nº 19.
42. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(9): 3689-96.
43. Santos RL, Virtuoso JS Júnior. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2008; 21(4): 290-6.
44. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9(3): 179-86.
45. Katz SMD, Amasa B, Ford MD, Roland W, Moskowitz MD, Beverly A, et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963; 185(12): 914-19.

46. World Health Organization. *Twoard a common language for functioning, disability and health* – IF: Geneva: WHO, 2002.
47. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2013; 23 (4): 1189-1213.
48. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 2.528, 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*. Brasília: 20 out. 2006.
49. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017
50. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO; 1993.
51. Organização Mundial da Saúde. *Classificação dos Transtornos mentais e do Comportamento. Classificação Internacional das Doenças: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
52. Moraes EN, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20: 54-66.
53. Frank MH, Rodrigues NL. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAXC, Doll J, Gorzoni ML. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 376-87.
54. Associação Americana de Psiquiatria. *Crítérios diagnósticos do DSM-IV: referência rápida*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
55. Del Porto JA. *Depressão: Conceito e diagnóstico*. Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21: 47-53.
56. Hoffman EJ. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *Jornal Bras. Psiq.* 2010; 59(3): 123-129.
57. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*. 2013; 10(11): 100-15.
58. Sitta MC, Jacob Filho, W. Abordagem clínica da depressão do idoso e a combinação do geriatra. In: Fraguas Júnior S, Figueiró JAB. *Depressões em medicina interna e outras condições médicas*. São Paulo: Atheneu; 2000, p. 557-62.
59. Stopp Júnior A. Caracterização Clínica da depressão em idosos. In: Forleza OV, Almeida OP. *Depressão no idoso: tratamento psicológico e farmacológico*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997, p.47-48.
60. Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician*. 2004; 64(10): 2376-82.

61. Cole MG. Risk factors for depression among alderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(6): 1147-56.
62. Peeters GMEE, van Schoor NM, Visser M, Knol DL, Eekhoff EMW, de Ronde W, et al. Relationship between cortisol and physical performance in older persons. *Clin Endocrinol*. 2007; 67(3): 398-406.
63. Moraes H, Deslandes A, Maciel-Pinheiro PT, Corrêa H, Laks J. Cortisol, DHEA, and depression in the elderly: the influence of physical capacity. *Arq Neuropsiquiatr*. 2016; 74(6): 456-461.
64. Heaney JJJ, Phillips AC, Carroll D. Ageing, physical function, and the diurnal rhythms of cortisol and dehydroepiandrosterone. *Psycho neuro endocrinology*. 2012; 37(3): 341-9.
65. Holanda CMDA, Guerra RO, Nóbrega PVDN, Costa HF, Piuvezam MR, Maciel ACC. Salivary cortisol and frailty syndrome in elderly residents of long-stay institutions: a cross-sectional study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012; 54(2):e146-51.
66. Lino VTS, Portela MC, Camacho LAB, Atie S, Lima MJB. Assessment of Social Support and Its Association to Depression, Self-Perceived Health and Chronic Diseases in Elderly Individuals Residing in an Area of Poverty and Social Vulnerability in Rio de Janeiro City, Brazil. *Plos One*. 2013; 8(8):717-12.
67. Toledo MA, Santos Neto LS. Depressão no idoso. In: Hargreaves LH. *Geriatrics*. Brasília: Prodasen; 2006. p.545-52.
68. Cunha UG. Depressão e demência: diagnóstico diferencial. In: Hargreaves LH. *Geriatrics*. Brasília: Prodasen; 2006. p. 386-92.
69. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores e Estatísticas, 2010*. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>.
70. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Cerchiari EAN, Amendola, F. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(2): 217-24.
71. Souza H. Depressão em idosos: prevalência e fatores associados. *Rev Port Clin Geral*, 2010; 21(3): 355-60.
72. Carreira L, Botelho MR, Matos PCB, Torres MM, Salci MA. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19:268-73.
73. Stoppe Júnior RA, Jacob Filho W, Louzã Neto MR. Avaliação da depressão em idosos através da Escala de Depressão em Geriatria: resultados preliminares. *Rev ABP-APAL*. 1994; 16: 149-53.
74. Muramatsu N, Yin H, Hedeker D. Functional declines, social support, and mental health in the elderly: Does living in a state supportive of home and community-based services make a difference? *Soc Sci Med*. 2010; 70: 1050-58.

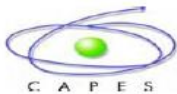
75. Jahn DR, Cukrowicz KC. Self-rated health as a moderator of the relation between functional impairment and depressive symptoms in older adults. *Aging Ment Health*. 2012; 16(3): 281-7.
76. Souza AS; Sena ELS; Meira EC; Silva DM; Alves MR; Pereira LC. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2013; 21(3): 355-60.
77. Silva GEM; Pereira SM; Guimarães FJ; Perrelli JGA; Santos ZC. Depressão: conhecimento de idosos atendidos em Unidades de Saúde da Família, no município de Limoeiro/PE. *REME - Rev Min Enferm*. 2014; 18(1): 82-87.
78. Alexopoulos GS. Depression on the elderly. *Lancet*, 2003; 265(10): 1961-70.
79. Almeida OP, Almeida AA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57(2-B): 421-426.
80. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*. 1983; 17: 37-49.
81. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986; 5: 165-173.
82. Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. *OPAS/OMS*. 2016; 1(1): 47-51.
83. Beltrão IN, Silva LM, Alves MSCF, Moreira MASP, Mendes F, Targino RRB. Symptomatology the depression in elderly attended from basic health units. *Pesq Cuid Fundam Online*. 2011; (Ed.Supl.): 1-8.
84. Souza AS. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos. *Rev Enferm. UERJ*. 2012; 21(3): 355-60.
85. Nogueira EL. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. *Rev Saude Public*. 2014; 48(3): 368-77.
86. Valcarenghi RV, Santos SSC, Barlem ELD, Pelzer MT, Gomes GC, Lange C. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta Paul Enferm* 2011;24(6):828-33.
87. Beekman ATF, Deeg DJH, Van Tilburg T, Smith JH, Hooijer C, Van Tilburg W. Major and minor depression in late life: a study of prevalence and risk factors. *A Affect Disord*. 1995; 36:65-75.
88. Jiang J, Taug Z, Futatsuka M, Zhang K. Exploring the influence of depressive symptoms on physical disability: a cohort study of elderly in Beijing, China. *Qual Life Res*. 2004; 13:1337-46.

89. Chiu HC, Chen CH, Huang CJ, Mau LW. Depressive symptoms, chronic medical conditions and functional status: a comparison of urban and rural elders in Taiwan. *Int J Geriatric Psychiatry*. 2005; 20: 635-44.
90. Alexandre TA, Corona LA, Nunes DP, Santos JL, Duarte YA, Lebral ML. Gender differences in incidences and determinants disability in activities of daily living among elderly individuals: SABE study. *Arch Gerontol Geriatric*. 2012; 55:431-7.
91. Chaudrhy SC, McAvay C, Ning Y, Allore HC, Newman AB, Gill TM. Geriatric Impairment and disability: the cardiovascular health study. *J Am Geriatric Soc*. 2010; 58: 1686-92.
92. Fillenbaum GG, Blay SL, Pieper CF, King KE, Andreoli SB, Gastal FL. The Association of Health and Income in the Elderly: Experience from a Southern State of Brazil. *Plus One*. 2013; 8(9): 73-9.
93. Oliveira EM, Silva HS, Lopes A, Cachioni M, Falcão DVS, Batistoni SST, Neri AL, Yassuda MS. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. *Psico-USF*. 2015; 20(1): 109-120.
94. Andrade OG. Representações Sociais de saúde e de doença na velhice. *Acta Scientiarum Health Sciences*. 2003; 25: 207-213.
95. Tura LFR. Representações Coletivas e Representações Sociais: notas introdutórias. In: Tura LFR, Moreira ASP (Org.). *Saúde e Representações Sociais*. João Pessoa: Pioneira; 2005. 253p.
96. Moscovici S. *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
97. Tura LFR, Silva AO (Org.). *Envelhecimento e representações sociais*. Rio de Janeiro: Quartet/FAPERJ; 2012. 315p
98. Martins CRM, Camargo BV, Biasus F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Univ. Psychol*. Bogotá. 2008; 8(3): 831-847.
99. Nóbrega SM. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: Moreira ASP, Jesuíno JC (Org.). *Representações Sociais: teoria e prática*. 2ª ed. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2013. 305p.
100. Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Sá RCN, Moreira MASP. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF*. 2010; 15(3): 357-64.
101. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
102. Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

103. Smith AAF, Costa LS, Oliveira AMF, Silva AO, Caliri MHL, Silva LM. Teoria das Representações Sociais no Âmbito do Envelhecimento: Uma Revisão Integrativa. *R. Pesq Cuid Fundam online*. 2011; 242-250.
104. Jodelet D. Contributo das representações sociais para o domínio da saúde e da velhice. In: Moreira ASP, Mende F, Lopes M. *Saúde, Educação e Representações Sociais: exercícios de diálogo e convergência*. Formasau; 1999.
105. Moreira ASP, Jesuíno JC (Org.). *Representações Sociais: teoria e prática*. 2ª ed. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2013. 305p.
106. Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Santos WS, Moreira MASP. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4): 1065-9.
107. Moraes PR, Souza IC de, Pinto DAO, Estevam SJ, Munhoz WA. *A teoria das representações sociais*. Unifia Rev Eletron. 2013. Disponível em: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/direito_foco/artigos/ano2013/teoria_representacoes.pdf.
108. Abric, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira MASP, Oliveira DC. (Orgs.). *Estudos Interdisciplinares de representações sociais*. Goiânia: AB; 1998.
109. Silva AO, Lopes MJ, Mendes, Felismina RP, Moreira ASP. (Org.). *Envelhecimento: estudos e perspectivas*. São Paulo: Martinari; 2014. 334p.
110. Moreira ASP, Jesuíno JC (Org.). *Representações Sociais: teoria e prática*. 2ª ed. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2013. 305p.
111. Jacques SMC. *Bioestatística: princípios e aplicações*. São Paulo: Editora Artmed; 2003.
112. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res*. 1975; 12:189-198.
113. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52:1-7.
114. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 70ª ed. Lisboa; 2009.
115. Ghiglione R, Matalon B. *O inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta; 1993.
116. Lahlou, S. Text Mining Methods: An answer to Chartier and Meunier. *Papers on Social Representations*. 2012; 20(38): 1.-7.
117. Camargo BV, Justo AM. *Tutorial para uso do software de análise textual IRaMuTeQ*. Universidade Federal de Santa Catarina: 2013.

118. Wachelke JFR. Índice de Centralidade de Representações Sociais a partir de Evocações: exemplo de aplicação no estudo da representação social sobre Psicologia. *Reflexão e Crítica*. 2009; 22(1): 102-10.
119. Camargo BV. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM. (Org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Editora da UFPB; 2005. p. 511-539.
120. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res*. 1975; 12:189-198.
121. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52:1-7.
122. The Hartford Institute for Geriatric Nursing. *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)*. [text on the Internet]. New York; 2005. Available from: <http://www.hartforddign.org/>
123. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária. *RBPS*. 2008; 21(4): 290-296.
124. Oliveira MF. *Sintomatologia da depressão e as representações sociais do ser idoso*. 2011. 77 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
125. Costa MS. Influência das crenças religiosas nas representações sociais de mulheres idosas frente ao HIV/Aids. In: *Crenças, Prática e Representações Sociais sobre HIV/Aids Construídas por Mulheres Idosas*. 126 f. 2016. Tese (Doutorado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
126. Alves KL. *Representações sociais sobre violência e maus tratos contra a pessoa idosa em diversas faixas etárias*. 2016. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
127. Costa IP. *Qualidade de vida de idosos no contexto do trabalho e suas representações sociais*. 2015. 105 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
128. Costa SMG. *Atividades para idosos: um estudo das representações sociais*. 2013. 82 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
129. Pinho TAM. *Avaliação do risco de quedas em idosos na perspectiva das representações sociais*. Dissertação (Mestrado). 2009. 82 f. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



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.

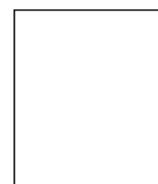
d) Termo de Consentimento: Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar do estudo. Através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo a professora Dr^a Antonia Oliveira Silva e demais pesquisadores vinculados ao PROCAD/MS a utilizar 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,



ANEXO B - INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

B.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DO IDOSO
Nº: Formulário: _____ Data da Entrevista: __/__/____ Tempo da entrevista: _____
Idade: _____ Sexo: 1() Masculino 2() Feminino
Cor: 1() Branca 2() Parda 3() Amarela () Preta () Indígena () NS/NR
Local de nascimento: 1() Urbano 2() Rural 99() NS/NR
Estado civil: 1() Casado 2() Solteiro 3() Viúvo 4() Divorciado 5() Outros
Com que mora: 1() Sozinho 2() Somente com o cônjuge 3() Cônjuge e filhos 4() Cônjuge, filhos, genro ou nora 5() Somente com os filhos 6() Somente com os netos () Outra
Religião: 1() Católica 2() Evangélico 3() Testemunho de Jeová 4() Espírita () Outra
Arranjo Familiar: _____

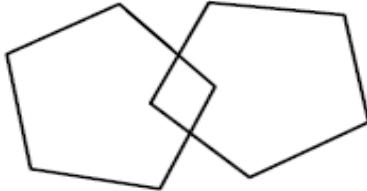
Fonte: Laboratório de estudos, 2017.

B.2 TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

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

1) Quando penso em “Depressão”, lembro-me de:

B.3 MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

DOMÍNIOS	QUESTÕES	MÁX	PONT.
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	Qual o dia, mês e ano? Dia da semana e estação do ano?	5	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Onde estamos? País, estado, cidade, bairro, clínica?	5	
MEMÓRIA RECENTE	Nomeie 3 objetos (carro, vaso, janela)	3	
RACIOCÍNIO LÓGICO	7s seriados: Subtraia 7 de 100. Subtraia 7 desse número. Interrompa após 5 respostas. Alternativa: Soletre MUNDO de trás para frente.	5	
MEMÓRIA PREGRESSA	Nomeie os 3 objetos aprendidos anteriormente.	3	
LINGUAGEM	Mostre uma caneta e um relógio. Peça ao paciente que os nomeie conforme você os mostra.	2	
LINGUAGEM	Repita “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.	1	
ATIVIDADES EXECUTIVAS	Peça para o paciente ler e obedecer o seguinte: FECHÉ OS OLHOS.	1	
ATIVIDADES EXECUTIVAS	Escreva uma frase de sua escolha.	1	
COORDENAÇÃO VISUAL-ESPACIAL	Peça ao paciente que copie o seguinte desenho: 	1	
Escore total		___/28	

Perda cognitiva grave - ≤ 9 ; Moderada - de 10 a 20; Leve - de 21 a 24; Normal ≥ 25

Fonte: DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007.

B.4 ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA VERSÃO REDUZIDA (GDS-15)

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale à pena viver como vive agora? (não=1) (sim= 0)
13. Sente-se cheio (a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim= 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Score: ____ OBS: Score > 5 pontos – indicativo de depressão maior.

Fonte: DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007.

B.5 INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS AVD DE KATZ (ESCALA DE KATZ)

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal		DEPENDÊNCIA
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada		(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos		(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda		(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis		(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)		(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa		(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral
Total de Pontos: _____	Até 6 pontos Independente	Até 4 pontos Dependência moderada	Até 2 ou menos Muito dependente

Fonte: DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007.

B.6 ESCALA DE LAWTON E BRODY ADAPTADA

ATIVIDADES	REALIZAÇÃO
Uso do Telefone	() ³ Recebe e faz ligações sem assistência () ² Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas () ¹ Não tem hábito ou é incapaz de usar o telefone.
Viagens	() ³ Realiza viagens sozinha () ² Somente viaja quando tem companhia () ¹ Não tem hábito ou é incapaz de viajar
Fazer Compras	() ³ Realiza compras, quando é fornecido o transporte () ² Somente faz compras quando tem companhia () ¹ Não tem hábito ou é incapaz de realizar compras.
Preparo das Refeições	() ³ Planeja e cozinha as refeições completas () ² Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda () ¹ Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições
Trabalho Doméstico	() ³ Realiza tarefas pesadas () ² Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas () ¹ Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos
Uso de Medicamentos	() ³ Faz uso de medicamentos sem assistência () ² Necessita de lembretes ou assistência () ¹ É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos
Manuseio de Dinheiro	() ³ Preenche cheque e paga contas sem auxílio () ² Necessita de assistência para o uso de cheques e contas () ¹ Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

Fonte: DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007.

Classificação:

- () Dependência total = ≤ 5 (P25)
- () Dependência parcial = $> 5 < 21$ ($> P25 < P100$)
- () Independência = 21 (P100)

ANEXO C - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



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 profª Drª **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

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cepulw@hotmail.com

ANEXO D - OUTRAS PRODUÇÕES

iMedPub Journals
http://journals.imedpub

INTERNATIONAL ARCHIVES OF MEDICINE
SECTION: INFECTIOUS DISEASES
ISSN: 1755-7682

2015

Vol. 8 No. 250
doi: 103823/1849

Social Representations about HIV/AIDS Built by the Elderly: an Integrative Review

REVIEW

Olivia Galvão Lucena Ferreira¹, Antonia Oliveira Silva², Alinne Beserra de Lucena Marcolino¹, Tatyana Ataíde Melo de Pinho¹, Laura de Sousa Gomes Veloso³, Jordana de Almeida Nogueira⁴, Eliane de Sousa Leite⁵, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira⁶

Abstract

Introduction: The theory of social representations possible to know with more particularity how individuals see the reality facing the object/phenomenon from their experiences that are loaded with beliefs and values and guide their conduct.

Objective: Collect studies about the social representations of HIV/AIDS built by the elderly.

Method: An integrative literature review that sought national and international articles in the databases: LILACS, SciELO and PUBMED, with time frame from 2005 to 2014.

Results: We selected and analyzed six articles identifying four thematic groups that served as the discussion guide: HIV/AIDS and the biopsychosocial difficulties; Aging and HIV/AIDS: a double challenge; HIV/AIDS and ways of coping; Vulnerability to HIV/AIDS.

Discussion: It can be observed that the social representations about HIV/AIDS built by elderly showed that the beliefs, interpretations and network developed symbolizations are complex, permeated by the disease and its biopsychosocial consequences. However, it turns out that, despite the complexity of the phenomenon experienced, people look for ways of coping, in order to improve their quality of life and leave it as close as possible to what it was before the diagnosis.

Conclusion: It turns out that, despite the complexity of the phenomenon experienced, people look for ways of coping, in order to improve their quality of life and leave it as close as possible to what it was before the diagnosis.

1 Physiotherapist, Doctoral Student of Nursing at the Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brazil.

2 Nurse, PhD in Psychology at the Institute of Labor Science and Enterprise - ISCTE, Lisbon, Portugal, Professor of Nursing at the Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brazil.

3 Physiotherapist, Master's Student of Nursing at the Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brazil.

4 Nurse, Doctorate in Nursing and Public Health from Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Professor of the Postgraduate Nursing Program at the Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brazil.

5 Nurse, Doctoral Student of Nursing at the Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brazil.

6 Physiotherapist, Doctorate in Health Sciences, Federal University of Rio Grande do Norte, Professor at the Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brazil.

Contact information:

Eliane de Sousa Leite.

✉ elianeletesousa@yahoo.com.br

Keywords

Knowledge; HIV; Elderly; Nursing.

Eficácia da realidade virtual sobre o equilíbrio de idosos

Effectiveness of virtual reality on the balance in the elderly
Eficacia de la realidad virtual en el equilibrio en los ancianos

Yago Tavares **PINHEIRO**¹
 Dayvianne Cecília Ribeiro Moreira **TEIXEIRA**¹
 Rodolfo de Medeiros **MENDONÇA**²
 Bárbara Helena Ferreira **FREIRE**²
 Bruno Henrique Ferreira **FREIRE**²
 Laura de Sousa Gomes **VELOSO**²

¹Fisioterapeuta pela Faculdade Maurício de Nassau, Av. Pres. Epitácio Pessoa, 1201 - Bairro dos Estados, 58030-000, João Pessoa - PB, Brasil

²Acadêmico de Fisioterapia, Faculdade Maurício de Nassau, Av. Pres. Epitácio Pessoa, 1201 - Bairro dos Estados, 58030-000, João Pessoa - PB, Brasil

³Fisioterapeuta, Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba UFPB
 Professora do Curso de Fisioterapia, Faculdade Maurício de Nassau, Av. Pres. Epitácio Pessoa, 1201 - Bairro dos Estados, 58030-000, João Pessoa - PB, Brasil

Resumo

Introdução: A prevalência de quedas tem se configurado na atual conjuntura como um problema de saúde pública, tendo em vista que está relacionado às principais causas de morte de idosos. Assim, surge a realidade virtual (gameterapia) como ferramenta bastante utilizada na atualidade para a reabilitação e prevenção de quedas nessa população. **Objetivo:** avaliar a eficácia da realidade virtual (gameterapia) sobre o equilíbrio de idosos. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica a partir de estudos do tipo ensaio clínico e caso-controle, indexados nas bases de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE, publicados em inglês, português e espanhol, entre 2010 e 2015. A busca se procedeu nas referidas bases de dados pelo cruzamento livre dos descritores “jogos de vídeo” (video game), “equilíbrio postural” (postural balance) e “idoso” (aged). **Resultados:** 11 estudos se enquadraram rigorosamente nos critérios de elegibilidade e, portanto, foram incluídos na presente revisão. Todos os estudos abordavam a questão da realidade virtual, na maioria das vezes associada a outras terapias para melhora de equilíbrio. Um achado comum a grande maioria foi a melhora nos índices de equilíbrio e redução do risco de quedas nos grupos em que se praticou a técnica. **Conclusão:** A gameterapia é um recurso que deve ser utilizado como maneira alternativa nos tratamentos fisioterapêuticos, pois se mostra tanto um recurso eficaz quanto um meio de estímulo ao paciente idoso, que se sente atraído pela dinâmica dos games de realidade virtual, o que os leva a uma aceitação e adesão mais rápida ao tratamento.

Descritores: Jogos de vídeo; Equilíbrio postural; Idoso.

Abstract

Introduction: The prevalence of falls has been set in the current situation as a public health problem, with a view that is related to the leading causes of death among the elderly. Thus, virtual reality arises (game therapy) as a tool widely used today for the rehabilitation and prevention of falls in this population. **Objective:** To evaluate the effectiveness of virtual reality (game therapy) on the balance of the elderly. **Materials and methods:** This is a literature review from studies of clinical trial type and case-control indexed in the databases LILACS, SCIELO and MEDLINE, published in English, Portuguese and Spanish between 2010 and 2015. The search was carried in such databases by the free crossing of descriptors "video games" (video game), "postural balance" (postural balance) and "old" (aged). **Results:** 11 studies not fit strictly the eligibility criteria and therefore were included in this review. All studies addressed the issue of virtual reality, most often associated with other therapies for improved balance. A common finding the most was the improvement in the balance of rates and reducing the risk of falls in the groups that practiced technique. **Conclusion:** game therapy is a resource that should be used as an alternative way in the physical therapy treatments, because it shows both an effective remedy as a means of stimulating the elderly patient, who is attracted by the dynamics of virtual reality games, which takes to faster acceptance and adherence to treatment.

Descriptors: Video Games; Postural Balance; Aged.

Resumen

Introducción: La prevalencia de caídas se ha puesto en la situación actual como un problema de salud pública, con el fin de que se relaciona con las principales causas de muerte entre los mayores. Por lo tanto, surge la realidad virtual (terapia con videojuegos) como una herramienta ampliamente utilizada en la actualidad para la rehabilitación y la prevención de caídas en esta población. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de la realidad virtual (terapia con videojuegos) en el equilibrio de los ancianos. **Materiales y métodos:** Se trata de una revisión de la literatura de los estudios de tipo ensayo clínico y de casos y controles indexados en las bases de datos LILACS, SCIELO y MEDLINE, publicados en Inglés, portugués y español entre 2010 y 2015. La búsqueda se realizó en estas bases por el paso libre de los descriptores "videojuegos" (videojuegos), "el equilibrio postural" (equilibrio postural) y "viejo" (años de edad). **Resultados:** 11 estudios no se ajustan estrictamente los criterios de elegibilidad y, por tanto, se incluyeron en esta revisión. Todos los estudios se abordaron la cuestión de la realidad virtual, lo más a menudo asociados con otras terapias para la mejora del equilibrio. Un hallazgo común más fue la mejora en el equilibrio de los ancianos y la reducción del riesgo de caídas en los grupos que practicaron la técnica. **Conclusión:** terapia con videojuegos es un recurso que debe ser utilizado como una forma alternativa en los tratamientos de terapia física, ya que muestra tanto un recurso efectivo como medio de estimular al paciente anciano, que se siente atraído por la dinámica de juegos de realidad virtual, que toma a la aceptación más rápida y adherencia al tratamiento.

Descritores: Juegos de Video; Balance Postural; Anciano.