



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS MINISTRO REIS VELLOSO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Lana Carine Soares Dias Camelo

**Mulheres idosas e suas concepções psicossociais da depressão: um estudo
das representações sociais**

Parnaíba

2019

Lana Carine Soares Dias Camelo

Mulheres idosas e suas concepções psicossociais da depressão: um estudo das representações sociais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Professor Doutor
Ludgleydson Fernandes de Araújo

Parnaíba

2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Divisão de Processos Técnicos

C181m Camelo, Lana Carine Soares Dias.

Mulheres idosas e suas concepções psicossociais da depressão:
um estudo das representações sociais. / Lana Carine Soares Dias
Camelo. – 2019.

183 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Centro
de Tecnologia, Mestrado em Psicologia, Parnaíba, 2019.

Orientação: Prof. Dr. Ludgleydson Fernandes de Araújo “

1. Depressão. 2. Depressão - Velhice. I. Título.

CDD 157.25

Lana Carine Soares Dias Camelo

Mulheres idosas e suas concepções psicossociais da depressão: um estudo das representações sociais

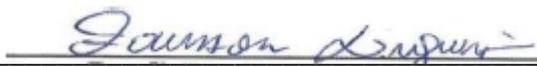
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: 22/11/2019

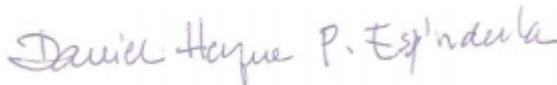
Banca Examinadora:



Prof. Dr. Ludgleydson Fernandes de Araújo
Universidade Federal do Piauí (Orientador)



Prof. Dr. Fauston Negreiros
Universidade Federal do Piauí (Avaliador Interno)



Prof. Dr. Daniel Henrique Espíndula
Universidade Federal do Vale do São Francisco (Avaliador Externo)

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais e meus irmãos por me apoiarem em todas as coisas as quais me proponho fazer, juntos superamos as dificuldades e a saudade por estar longe de casa. Obrigada por serem o meu aconchego e a certeza de que sempre terei para onde voltar.

Agradeço enormemente ao professor Ludgleydson por todos os ensinamentos, pela disponibilidade que nunca falhou, e pela confiança em mim. Foi muito gratificante ter um profissional tão experiente e brilhante me orientando nessa caminhada.

Agradeço a todos que compõem o núcleo de pesquisa Psiqued pela partilha de conhecimentos, pelas boas risadas e conversas, em especial a Fernanda Lima por não ter medido esforços para me ajudar na coleta de dados e por ter sido uma fiel companheira e indispensável para esse trabalho. Destaco também a Ruth que igualmente me auxiliou nesse processo e sempre fez questão de me falar o quanto acreditava em mim. Ainda agradeço ao Victor pela amizade de longa data e também por compartilhar da sua experiência sempre que solicitado.

Agradeço de coração ao Jefferson Castro, meu companheiro de turma e de orientador e também amigo por ter estado sempre presente me dando força, ouvindo as minhas inquietações e me ajudando com todas as dúvidas que tive.

Agradeço a minha amiga Iara Teixeira por estar presente integralmente na minha vida, por me apoiar, por dividir a vida comigo, aguentar os meus momentos ruins e me ouvir reclamar de quase tudo. Sou imensamente grata e feliz por ter você comigo.

Agradeço as minhas amigas de longa data, desde os tempos de graduação pela amizade e apoio incondicional Carol, Débora, Saiara, Taís, Marianne, Renata, Maria, Lily, Karine e Kellem.

Agradeço as amigas que o mestrado me deu de presente, as quais pude compartilhar muitos momentos bons e de descontração. Sei que torcem por mim tanto quanto eu torço por

vocês, em especial Carolina Martins por todas as conversas e por sempre me acolher com palavras sábias.

Agradeço a Rebeca, uma afetuosa amizade que pude construir nesse último ano de mestrado. Obrigada por me ouvir genuinamente, fazer piadinhas para me fazer sorrir e por ser uma amiga tão especial.

Agradeço ainda aos professores Fauston Negreiros e Daniel Espíndula por suas valiosas contribuições e por terem me acompanhado enquanto meus avaliadores desde a primeira qualificação.

Agradeço a todas as idosas que aceitaram participar desta pesquisa, que além de responderem ainda me trataram tão bem e tão gentilmente.

Também agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa de mestrado.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente me ajudaram na construção desta pesquisa e contribuíram de alguma forma para o meu crescimento pessoal e profissional.

Lista de Figuras

GRÁFICO 1 - Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade - Brasil - 2004/2013

GRÁFICO 2 - Distribuição percentual das pessoas de 60 anos ou mais de idade, segundo os grupos de idade e sexo – Brasil - 2017

FIGURA 1 - Dendrograma das RS de Depressão para Idosas de GCI e Idosas Não-participantes de Grupos.

FIGURA 2 - Dendrograma das RS de Tratamento para Depressão entre Idosas de GCI e Idosas Não-participantes de Grupos.

FIGURA 3: Desenho-estória com tema

FIGURA 4: Desenho-estória com tema

FIGURA 5: Desenho-estória com tema

FIGURA 6: Desenho-estória com tema

FIGURA 7: Desenho-estória com tema

FIGURA 8: Desenho-estória com tema

Lista de Tabelas

TABELA 1 – Percentual da população idosa residente no Brasil no ano de 2018

TABELA 2 – Percentual da população idosa residente no Brasil no ano de 2030

TABELA 3 – Principais diferenças entre depressão de início precoce e de início tardio (depressão geriátrica).

TABELA 4 – Estudos de prevalência de depressão em idosos realizados no Brasil (2013-2017)

TABELA 5 - Análise prototípica das RS do envelhecimento para o grupo 1

TABELA 6 - Análise prototípica das RS do envelhecimento para o grupo 2

TABELA 7 - Análise prototípica das RS da depressão para o grupo 1

TABELA 8 - Análise prototípica das RS da depressão para o grupo 2

TABELA 9 - Dados sociodemográficos das idosas participantes de GCI

TABELA 10 - Dados sociodemográficos das idosas não participantes de grupos

TABELA 11 - Características sociodemográficas das participantes e composição dos dois grupos

TABELA 12 - Eixos temáticos e categorias

Lista de Abreviações

CID – Classificação Internacional de Doenças

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

GCI – Grupo de Convivência para Idosos

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NC – Núcleo Central

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

RS – Representações Sociais

TALP – Técnica de Associação Livre de Palavras

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS – Teoria das Representações Sociais

WHO – World Health Organization

Camelo, L. C. S. D. C. (2019). Mulheres idosas e suas concepções psicossociais da depressão: um estudo das representações sociais (Dissertação). Universidade Federal do Piauí, Parnaíba, Piauí, Brasil.

Resumo

A presente dissertação teve como objetivo apreender as representações sociais da depressão a partir da perspectiva de mulheres idosas comparando dois grupos: um composto por mulheres idosas que frequentam grupos de convivência, e outro composto por mulheres que não participam de grupos. O estudo teve respaldo no aporte teórico das Representações Sociais, a partir da abordagem de Moscovici. Participaram da pesquisa 64 mulheres com idade média de 68,6 anos. Para atender os objetivos específicos, foram realizados quatro estudos. Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico; o teste de associação livre de palavras (TALP); um roteiro de entrevista semiestruturada; um roteiro de grupo; e o desenho-estória com tema. De modo geral, os resultados apontaram para representações de envelhecimento heterogêneas entre os dois grupos, tendo o grupo de idosas participantes de Grupos de Convivência para Idosos (GCI) apresentado Representações Sociais (RS) positivas enquanto o grupo subsequente mostrou representações negativas ligadas a doença e morte. Referente a depressão, houveram representações convergentes e divergentes, havendo consenso apenas na relação entre depressão e tristeza ou algo ruim e no temor com a doença. Porém, as idosas de GCI apresentaram representações com conhecimentos mais abrangentes, destacando dimensões cognitivas e comportamentais da depressão. Da mesma forma, estas idosas apresentaram percepções mais amplas sobre o tratamento, com representações que englobam vários aspectos para além do uso de medicamentos. Espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam de alguma forma para o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde voltadas para

mulheres idosas assim como a reflexão sobre a importância de políticas públicas que visem a prevenção da depressão e a ampliação do seu conhecimento.

Palavras-chave: representações sociais; depressão; mulheres idosas

Sumário

Introdução	13
Capítulo 1	20
O processo de envelhecimento: aspectos biopsicossociais	20
1.1. A velhice e o envelhecimento: uma abordagem psicossocial.....	20
1.2. Aspectos sócio demográficos do envelhecimento	27
1.3. Envelhecimento feminino: considerações sobre gênero	33
Capítulo 2	38
Depressão e velhice: uma abordagem psicossocial	38
2.1. Definições e critérios	38
2.2. Estado da arte da depressão na velhice	44
2.3. Fatores de risco e fatores protetivos.....	48
Capítulo 3	50
Das representações coletivas as representações sociais	50
3.1. O legado das representações coletivas de Durkheim e as representações coletivas.....	50
3.2. A abordagem sociogenética das representações sociais de Moscovici e Jodelet	54
3.3. A abordagem estrutural e a teoria do Núcleo Central de Abric e Celso Pereira de Sá.....	57
3.4. A abordagem societal de Doise e os princípios organizadores das Representações Sociais	59
4. Objetivos.....	62
4.1. Geral.....	62
4.2. Específicos.....	62
5. Método	63
5.1. Tipo de Investigação	63
5.2. Locus da investigação	63
5.3. Participantes.....	63
5.4. Instrumentos.....	64
5.5. Procedimentos	65

5.6. Análise dos dados	67
6. Estudo 1: Análise prototípica das representações sociais da depressão entre mulheres idosas	68
7. Estudo 2: Depressão em idosas: uma análise das representações sociais	93
8. Estudo 3: Depressão em mulheres idosas: representações sociais por meio de grupos focais.....	121
9. Estudo 4: Representações sociais da depressão por idosas através do desenho-estória com tema	138
10. Considerações finais	158
<i>Referências</i>	161
Anexo	174
Anexo – Parecer de aprovação do Comitê de ética em pesquisa	175
Apêndices.....	176
Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	177
Apêndice B – Questionário Sociodemográfico	179
Apêndice C – TALP	180
Apêndice D – Roteiro de entrevista semiestruturada.....	181
Apêndice E – Roteiro de sessão dos grupos focais	182
Apêndice F – desenho estória com tema	183

Introdução

A presente dissertação é uma pesquisa a respeito das representações sociais da depressão entre mulheres idosas. Trata-se de um estudo comparativo entre dois grupos de idosas, sendo um de idosas participantes de grupos de convivência e outro de idosas que não participam de grupos. A delimitação deste problema encontra-se relacionada com a problemática social em torno das questões de gênero e envelhecimento feminino, e de como essa população de idosas oriundas de contextos sociais diferentes concebem representações a respeito da depressão, tendo em vista que este tem se tornado um fenômeno com grandes proporções na sociedade de forma geral, salientando-se as suas particularidades no acometimento de pessoas idosas.

O estudo do envelhecimento humano tem mobilizado pesquisadores dos mais diversos campos de conhecimento e atuação. O interesse em pesquisar esse processo pode ser explicado através das mudanças na estrutura etária em direção ao envelhecimento vivenciado por países ao redor do mundo e dos desafios que esse novo paradigma demográfico traz para as sociedades (Brito, Oliveira, & Eulálio, 2015; Camarano, 2014; Felipe & Sousa, 2014). Segundo dados da Organização das Nações Unidas - ONU (2014), no ano de 2060 o número de idosos na população será maior que o número de jovens, fato inédito na história da humanidade, devendo corresponder a 21% da população.

No cenário brasileiro também se observa este novo paradigma demográfico: a população brasileira está envelhecendo. Esta afirmação tem sido evidenciada no Brasil desde a década de 1980, quando se apontou que o processo de envelhecimento, antes vivenciado por países desenvolvidos, estava acontecendo no país (Camarano, 2014). De acordo com Camarano (2014), o envelhecimento da população brasileira se deve às

altas taxas de fecundidade verificadas no passado juntamente com o aumento da expectativa de vida do brasileiro. A fase inicial de transição da fecundidade se deu por volta da década de 1970. Neste período, segundo dados do IBGE (2016), o índice de envelhecimento era de 12,1 idosos para cada 100 crianças. Este índice se modificou no ano de 2010, passando para 39,3 e projeta-se que nos anos de 2020 e 2050 subirá para 66,1 e 208,7 idosos para cada 100 crianças, respectivamente.

Para além dos dados e projeções, o envelhecimento deve ser estudado de forma muito mais ampliada, levando-se em consideração os aspectos biopsicossociais envolvidos neste processo, tendo em vista as implicações que são trazidas tanto para o âmbito micro como para o macrosocial, pois ele altera a vida dos indivíduos e as demandas dentro da sociedade (Simões, 2016). Neste sentido, Carlos (2017) aponta os novos olhares e novas formas de estudos do envelhecimento, voltados muito mais para questões sociais. Em outrora, muito se enfatizava as questões negativas relativas à velhice, a partir de um eixo muito mais organicista e biologizante. Com a expansão dos estudos do envelhecimento para outros campos do saber como a psicologia, a antropologia e as ciências sociais, têm começado a ganhar destaque as outras dimensões pertencentes ao processo.

Envelhecimento pode ser definido como um processo multifatorial, determinado por fatores biológicos, sociais e culturais (Brito, Oliveira, & Eulálio, 2015), entendido como um processo inerente à condição humana, tendo origem no nascimento e fim na morte (Araújo, Amaral, & Sá, 2014). Este processo ocorre de forma individualizada, no sentido de ser heterogêneo e vivenciado de formas diferentes pelos sujeitos, ou seja, variável e multifatorial (Moraes, Moraes, & Lima, 2010).

O processo de envelhecimento ocorre de forma diferenciada em homens e mulheres, devendo a questão de gênero ser levada em consideração e valorizada nos estudos realizados sobre este objeto a fim de se obter uma melhor compreensão do fenômeno (Oliveira et al, 2014; Silveira, & Nader, 2014). É observado no cenário brasileiro atual o estabelecimento de um processo definido como feminização da velhice, no qual percebe-se que o número de mulheres idosas é maior que o de homens, havendo, portanto, um predomínio de mulheres idosas na população, tendo em vista que estas tendem a viver em média sete anos a mais que homens (Salgado, 2002).

Em um estudo realizado Mesquita (2017) que objetivou analisar o processo de envelhecimento da população brasileira na atualidade, indicou-se que tanto no momento atual quanto as projeções apontam para esse predomínio de mulheres idosas, sendo estas a maioria em todos os grupos etários com mais de 60 anos de idade. Ainda de acordo com esta autora, de forma geral, na população brasileira o índice de mulheres é mais alto que o de homens, sendo a primeira correspondente a 50,64% e o seguinte de 49,36%, e a tendência é que essa população ao envelhecer seja majoritariamente feminina, tendo em vista que as mulheres vivem mais que os homens em decorrência de uma série de fatores.

O fato de as mulheres viverem mais que os homens não necessariamente implica que estas irão ter boa qualidade de vida, a literatura aponta que as mulheres vivem em um cenário de desigualdade sócio econômica quando comparado aos homens, em decorrência da geração atual de idosas não ter possuído trabalho remunerado, ou se possuíram recebiam salários inferiores, por ser atribuído a elas o papel de cuidadoras, por vivenciarem em grande escala a viuvez decorrente desta maior longevidade

feminina, dentre outros tantos fatores sociais, econômicos e culturais (Mesquita, 2017; Belo, 2013)

Destaca-se ainda a construção social do envelhecimento feminino, citado por De Jesus e Figueiredo (2013), no qual a idosa é desvalorizada e discriminada em relação ao homem, sofrendo o que as autoras denominam de um duplo preconceito, por serem mulheres e por serem idosas. Para além desses fatores, uma pesquisa realizada por Anci (2015) demonstrou que as mulheres idosas vivem em condições de vida menos favoráveis que os homens idosos, o que de certa forma afeta sua saúde mental e emocional e traz diversos desafios para a vida da mulher idosa. Apesar disso, a autora indica que a saúde mental e emocional é marginalizada e colocada em segundo plano, inclusive pelas próprias idosas.

Marques et al (2017) realizou um estudo que analisou a prevalência de transtorno depressivo em idosos no norte de Minas Gerais no qual encontrou resultados que mostravam uma prevalência de depressão em 56,8% dos idosos, sendo feita uma associação significativa entre o transtorno depressivo e o gênero feminino. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo de base populacional no Sul do Brasil que objetivou medir a prevalência e investigar os fatores associados à depressão em idosos, encontrando uma prevalência de 20,4% sendo observada, assim como no estudo anterior, uma maior razão de prevalência em mulheres (Gulich, Duro, & Cesar, 2016).

A depressão é caracterizada como um transtorno do humor, de natureza multifatorial e multideterminada, que quando acomete idosos se manifesta com particularidades, dentre estas, a questão de seus sintomas serem, por vezes, entendidos como algo normal do envelhecimento (Ferreira, & Tavares, 2013; Marques, 2017). Segundo Frank e Rodrigues (2016) os fatores de risco da depressão em idosos são ser

do gênero feminino, o estado civil solteiro (a), ter alguma outra doença psiquiátrica ou outras doenças, fazer uso de muitos medicamentos, ter baixa escolaridade, pertencer a uma classe econômica baixa, ser viúvo ou viúva, ser institucionalizado e ter baixo apoio social.

Tendo em vista o exposto, este estudo buscou apreender as representações sociais que as mulheres idosas têm a respeito da depressão. O aporte teórico da Teoria das Representações Sociais (TRS) deu subsídio para a identificação do conhecimento compartilhado por esse grupo social a respeito dessa psicopatologia. A TRS foi desenvolvida por Serge Moscovici na década de 1960 e está fundamentada nos conhecimentos compartilhados por determinados grupos sociais dentro de um contexto histórico, sendo referido como contemporâneo do senso comum (Moscovici, 2017). As representações sociais dizem respeito às realidades vivenciadas pelos grupos sociais e pelos atores participantes destes grupos, sendo transmitidas e criadas através da comunicação, articulando-se informações sobre vivências e os saberes adquiridos (Santos, Tura, & Arruda 2013).

A importância de se acessar as representações sociais da depressão e sua sintomatologia, para Coutinho (2001), se dá ao tentar compreender as formas que os indivíduos utilizam para interpretar e transformar essa problemática em sua realidade e também para conhecer seus pensamentos e percepções sobre essa doença. Conforme esta autora, muitos aportes teóricos estão sendo utilizados em pesquisas a respeito do fenômeno da depressão, cada um focalizando aspectos específicos. Porém, por se tratar de uma psicopatologia complexa e multideterminada, é reducionista buscar a explicação deste problema através de uma visão unilateral, sendo a análise a partir das

representações sociais uma forma de compreender percepções, pensamentos e experiências de vida, de acordo com o seu contexto social.

A literatura recente que aborda as representações sociais de idosos sobre o envelhecimento mostra que estes tendem a representar esse processo de forma muito negativa, ressaltando os estereótipos que a sociedade como um todo construiu a respeito do idoso e do processo de envelhecimento. A grande parte destes estudos são caracterizados pela participação de mulheres idosas, tendo em vista que estas estão em maior número na população. Estes estudos serão explanados ao longo desta pesquisa.

Soma-se a isso questões socioculturais que perpassam esse processo de envelhecimento, caracterizado majoritariamente no Brasil como um processo feminino. Essa chamada feminização da velhice é constituída de múltiplos fatores que trazem desafios a estas mulheres idosas, e a fazem ser consideradas inclusive em alguns estudos como uma população mais vulnerável. Estes fatores podem ser vistos como desafios que são vivenciados por essa categoria como a solidão, um maior isolamento social, ter papéis sociais culturalmente impostos e condições econômicas mais desfavoráveis. Isso pode contribuir para uma debilitação da saúde mental e emocional da mulher idosa.

Diante do exposto, observou-se a necessidade de estudar as representações dessas mulheres idosas sobre uma psicopatologia que acontece na velhice, que acomete em maior número mulheres idosas e de como estas veem e compartilham as representações dos seus próprios processos de envelhecimento. A partir desta problemática, surgiu o questionamento de como as mulheres idosas representam a depressão e de como estas veem o seu processo de envelhecimento. Outros questionamentos surgiram ainda: as questões de gênero estão implicadas nestas

representações? Existem diferenças de representações entre mulheres que têm um papel social mais ativo, como aquelas que participam de grupos de convivência, e aquelas que não fazem parte de um grupo?

Partindo dessas inquietações, a presente dissertação buscou analisar e compreender essas representações que emergiram nos locais de investigação previamente determinados localizados na cidade de Parnaíba, Piauí. O estudo está dividido em três capítulos teóricos que versam sobre o envelhecimento, a depressão e sobre as representações sociais, seguido de um método geral e de quatro estudos que correspondem aos objetivos específicos desta pesquisa.

Capítulo 1

O processo de envelhecimento: aspectos biopsicossociais

1.1. A velhice e o envelhecimento: uma abordagem psicossocial

É desafiador falar sobre envelhecimento e velhice, levando em consideração que estes são construtos relativos tanto à esfera coletiva quanto à individual. Desta forma, como abordar uma temática que diz respeito a tantas pessoas e ao mesmo tempo é tão singular? Além disso, são conceitos que tiveram modificações sociais ao longo do tempo, no sentido de que as representações acerca deles se transformaram. Os que antes chamavam-se de velhos hoje são idosos, a velhice igualmente passou a ter muitos nomes: terceira idade, melhor idade, meia idade, dentre outros.

Tendo em vista a diversidade de conceituação, Fachine e Trompiere (2012) ressaltam que o envelhecimento é mesmo heterogêneo, sendo encarado de diversas maneiras, podendo ser visto a partir de uma visão positiva, como um período de sabedoria, de tranquilidade; ou a partir de um ponto de vista negativo, como um período de diminuição de capacidades, de maior vulnerabilidade ou de maior dependência. Partindo-se desse pressuposto, entende-se que o envelhecimento não se dá de maneira única e depende de uma diversidade de fatores para ser analisado, e sendo contrário, portanto, a uma definição absoluta para todas as pessoas. Ribeiro (2015) resalta a importância do olhar integralizado para o processo de envelhecimento, citando que este faz parte do desenvolvimento humano, e como tal “é uma totalidade que envolve a expressão do humano em suas mais diferentes formas, isto é, o biológico, as organizações e representação sociais, os sentidos subjetivos atribuídos às experiências vividas” (p. 420).

A forma como o envelhecimento é encarado em cada sociedade está em acordo com a cultura e o contexto social e histórico (Schneider & Irigaray, 2008). Da mesma forma, as representações que as pessoas têm sobre o idoso ou sobre a velhice, o papel desempenhado por este indivíduo na sociedade, e o tratamento direcionado a esta população também irão depender destes fatores (Felipe & Sousa 2014).

Envelhecimento e velhice tratam-se de objetos distintos, porém, são frequentemente alvos de divergências ou mesmo confusões, portanto, faz-se necessário fazer uma diferenciação de conceitos. O envelhecimento refere-se a um processo inerente ao ser humano que se inicia na concepção e encerra-se na morte, enquanto velhice diz respeito a uma etapa do desenvolvimento, sendo o idoso o indivíduo que se encontra nesta etapa da vida (Araújo, Amaral, & Sá, 2014; Torres, Camargo, & Silva, 2015).

O envelhecimento humano é considerado um processo multifatorial por muitos autores que o estudam, pois envolve dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais, e para além disso, é visto também como resultado de construções sociais (Brito, Oliveira, & Eulálio, 2015; Miguel, 2014; Schneider & Irigaray, 2008; Soares, Poltronieri, & Costa, 2014). Neri (2008) caracteriza esse processo como composto de extensa variabilidade, tendo em vista que suas diferenciações se dão a partir de diversos contextos e modos de vida. Ainda segundo essa autora, o envelhecimento sem patologias, também chamado de senescência, diz respeito a um processo inerente a todos, portanto, universal

De acordo com Schneider e Irigaray (2008), as etapas da vida são delimitadas e definidas a partir de regras sociais impostas, como a determinação do tempo exato de ir à escola, começar uma carreira e se aposentar. Estes autores propõem que é este mesmo

tempo social que define o momento em que uma pessoa é considerada velha, convivendo-se assim com diferentes tempos, um social e outro individual.

Ainda de acordo com os autores, a idade cronológica é um marcador que delimita que pessoa pode ser considerada idosa, sendo esta definição preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual estabeleceu a idade de 65 anos em países desenvolvidos e 60 em países em desenvolvimento. Esta delimitação trata-se apenas da contagem de anos e não de um marcador preciso, pois existem muitas variações entre pessoas que possuem uma mesma idade, variações estas que não seriam possíveis de serem englobadas apenas pela idade cronológica. (Schneider & Irigaray, 2008).

A idade cronológica tem sua importância frente ao estabelecimento de direitos e criação de políticas e programas voltados para essa faixa etária, contudo, é necessário frisar que o envelhecimento é idiossincrático, tendo em vista que a velhice pode ser vivida de diversas formas por cada indivíduo (Felipe & Sousa, 2014). Os autores mencionam que a homogeneização da velhice está presente em diversos discursos, inclusive naqueles referentes a políticas específicas para idosos, porém, é preciso cautela para que haja a diferenciação e o reconhecimento de que apesar de os idosos serem considerados como um grupo etário, estes são constituídos de diferentes experiências que não cabem em uma uniformidade. Ressalta-se ainda que apesar de a idade cronológica não ser suficiente para determinar o indivíduo idoso, ela é importante e necessária, ademais, tem legitimidade na sociedade em que vivemos, podendo-se, a partir deste recorte de tempo, serem estabelecidos direitos e deveres e direcioná-los a cada grupo social (Felipe & Sousa, 2014).

Ao se investigar sobre o envelhecimento e a velhice, é necessário que estes sejam englobados de forma integral, conhecendo-se todos os aspectos que os

constituem, sejam ele biológicos, psicológicos, sociais ou culturais. Tendo em vista que o ser humano é formado a partir da interação desses fatores, não seria possível falar de qualquer etapa ou processo da vida sem mencionar estas dimensões. Do ponto de vista biológico, o envelhecimento é visto, segundo Moraes, Moraes e Lima (2010) como irreversível e implacável, constituindo-se de uma “involução morfofuncional que afeta todos os sistemas fisiológicos principais, de forma variável” (Moraes, Moraes, & Lima, 2010, p. 67). Conforme esse autor, o envelhecimento é causador de uma maior vulnerabilidade a agentes externos e internos, sendo essa vulnerabilidade somada a variabilidade e a uma irreversibilidade.

Conforme estudo de Fries e Pereira (2011), existem diversas teorias que buscam explicar o envelhecimento a partir do viés biológico, algumas inclusive tendo sofrido críticas por retratarem o envelhecimento sem considerar sua multidimensionalidade. Neste mesmo estudo teórico, as autoras enumeram e fazem considerações sobre cada uma delas, a saber: Teoria Genética, Teoria do acúmulo de danos, Teoria das mutações, Teoria do uso e desgaste e Teoria dos Radicais Livres, sendo esta última a mais aceita no campo biológico.

As teorias biológicas podem ser divididas em dois grandes grupos: Teorias de Programação Genética e Teorias de Taxas Variáveis. De acordo com Papalia e Feldman (2013), no primeiro grupo estão aquelas que defendem que o envelhecimento é um processo normal, mas programado e determinado; enquanto as teorias pertencentes ao segundo grupo defendem o envelhecimento como processo multideterminado e variado, a depender dos fatores externos a que cada indivíduo será exposto.

Quando se trata de uma visão psicológica do envelhecimento, existem também teorias ou paradigmas que a fundamentam, sendo estes explicitadas no estudo de Brito,

Oliveira e Eulálio (2015): Paradigma do desenvolvimento ao longo de toda a vida (*lifespan*), Teoria da seletividade sócio emocional e Teoria da dependência aprendida; sendo a Teoria *lifespan* de Baltes a mais aceita atualmente por considerar mudanças de concepções a respeito do envelhecimento, tratando-o como heterogêneo e multideterminado, e sendo o paradigma utilizado para respaldar a presente dissertação.

Baltes (1987) ao desenvolver o paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida considerou o envelhecimento como dinâmico e em acordo com o contexto de vida, sendo este influenciado a partir de três categorias ao longo do desenvolvimento: as influências pela idade em que o indivíduo se encontra; as influências do período em que a pessoa nasceu, ou seja, sua coorte; e as influências idiossincráticas, que acontecem individualmente. O autor ainda constrói em sua teoria a ideia de que ao chegar na velhice o indivíduo aloca seus recursos para a preservação das suas capacidades e para a estruturação das perdas.

Nas últimas décadas percebe-se surgimento de um novo paradigma do envelhecimento, denominado de envelhecimento ativo, cujo aspecto principal é a visão de envelhecimento mais positiva, calcado em uma “promoção do envelhecimento psicológico” (p. 59), implicando em um questionamento dos modelos unidimensionais e fundamentado na reflexão de que o envelhecimento não deve ser encarado de forma simplista e irreversível, como postulado por teorias anteriores (Miguel, 2014). Segundo a OMS (2005), o paradigma do envelhecimento ativo diz respeito a otimização de recursos e oportunidades por parte dos idosos, assim como uma participação contínua na vida social.

Ressalta-se ainda a importância dos fatores psicossociais, que dizem respeito, dentre outras coisas, a identidade do idoso frente à velhice, sua autoestima, seu papel na família e sociedade, e as perdas sofridas durante a velhice (Bortolanza, Krahl, & Biasus, 2005). Esses aspectos estão intrinsicamente ligados ao contexto cultural e histórico vivenciado pelo idoso, bem como estão perpassados por questões de gênero, econômicas, políticas.

Em um estudo realizado por Quaresma e Ribeirinho (2016), são discutidos os desafios do envelhecimento no século XXI, uma época marcada por mudanças constantes e rápidas, destacando que o envelhecimento ainda é encarado a partir de duas visões, uma positiva e outra negativa e estigmatizante, visão esta ancorada em representações antigas, corroborando com o estudo de Fachine e Trompiere (2012) citado anteriormente. Os desafios citados pelos autores dizem respeito ao aumento da longevidade vivenciado atualmente e as questões sociais que são implicadas junto a esse processo.

Debert (1999) já discutia sobre estes desafios em uma sociedade pós-moderna, de modo que se ressalta a relação entre idades e mercado de consumo, na qual a juventude é amplamente valorizada e detida como um bem. Em seu estudo, a autora cunha um termo relevante ao estudo do envelhecimento, a chamada reprivatização do envelhecimento, o qual se refere à desresponsabilização do estado e da sociedade pelos idosos e uma responsabilização apenas a nível individual.

De acordo com esse discurso, Soares, Poltronieri e Costa (2014) apontam que as responsabilidades individuais por diversas vezes são sobrepostas às responsabilidades do Estado, porém, é necessário salientar que o envelhecimento é responsabilidade de todos – Estado e sociedade – e que em vista disso é necessário um somatório de

esforços e garantia de acesso aos serviços por parte das pessoas ao longo de toda vida a fim de garantir uma velhice digna.

Debert (1999) em seu estudo se refere à criação da categoria de idosos e a tentativa de homogeneização das representações acerca destes, sendo então marcadas por visões estereotipadas e negativas de pessoas em decadência física e sem papéis sociais. Em contraponto a esta concepção, a autora salienta o caminho inverso percorrido atualmente em que se procura uma contraposição a estas representações negativas.

As novas concepções do envelhecimento foram importantes tanto para a tentativa de modificação das representações sociais acerca do processo, como também para a criação de espaços onde os idosos pudessem afirmar suas identidades e vivenciar a etapa do ciclo vital decorrente desse período – a velhice – de forma coletiva e compartilhada, como nos grupos de convivência (Felipe & Sousa, 2014; Meneses, 2013). Os grupos de convivência são importantes lugares para a interação e integração de novos saberes tanto pelos idosos quanto pelos profissionais, que atuam a partir de uma perspectiva multidisciplinar (Bortolozza, 2005). Em consonância com isso, Debert (1999) já destacava a importância dos grupos de convivência enquanto lugares que possibilitam a vivência de experiências inovadoras e de exploração de identidades.

Além disso, as tentativas de criação de novas concepções do envelhecimento também estão, em parte, relacionadas ao aumento no número de pesquisas que se preocuparam em investigar as representações da sociedade acerca do envelhecimento. Esses esforços são traduzidos a partir da integralidade de visões dos diversos campos de estudo que se preocupam em construir um saber articulado acerca do envelhecimento (Chena, 2015). Alguns campos de estudo que têm se preocupado com a temática do

envelhecimento atualmente, como a Gerontologia, a Psicologia, a Antropologia e a Sociologia, tendo ainda ligações com áreas da saúde como Enfermagem e Fisioterapia, com o Direito, a Biologia e o Serviço Social (Alvino, 2015).

O aumento na preocupação e no número de estudos que se dedicam a pesquisar o envelhecimento no Brasil tem relação ainda com o aumento populacional vivenciado pela nossa sociedade, este considerado como um privilégio e uma conquista da humanidade (Alvino, 2015; Miguel, 2014; Soares, Poltronieri, & Costa 2014). Tendo em vista o atual momento em que vivemos, no qual se assiste a uma enorme elevação no número de pessoas idosas na população, faz-se necessário entender como esse processo começou no Brasil e no mundo e quais são as consequências sociais disto, ressaltando que se faz necessário um olhar para a saúde dos idosos e para os possíveis recursos que podem ser desenvolvidos para melhorar a qualidade de vida dessa população.

1.2. Aspectos sócio demográficos do envelhecimento

O Brasil poderia ser considerado um país jovem até os anos 1980, quando essa realidade começou a se modificar, período no qual importantes transformações demográficas aconteceram, tais como o aumento da esperança de vida ao nascer, uma maior redução nos níveis de fecundidade, culminando em um processo de achatamento na base da pirâmide etária (Fundação Oswaldo Cruz, 2013). De acordo com breve histórico feito pela Fundação Oswaldo Cruz (2013), os anos de 1940 e 1960 também foram fundamentais para a transformação que vivenciamos atualmente. O primeiro é marcado pela acentuada redução dos níveis de mortalidade, salientando-se que isto já vinha sendo observado nos anos anteriores; já no ano de 1960 foi quando se iniciou a

queda nas taxas de fecundidade, estendendo-se para os anos posteriores e também para todas as faixas econômicas da população.

Conforme apontam dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), na década de 1970 – início da transição da fecundidade – o índice de envelhecimento era de 12,1 idosos para cada 100 crianças e adolescentes de até 14 anos de idade; em 2010 subiu para 39,3 e estima-se que no ano de 2020 passe para 66,1 e em 2050 possa chegar a 208,7 idosos para cada 100 crianças.

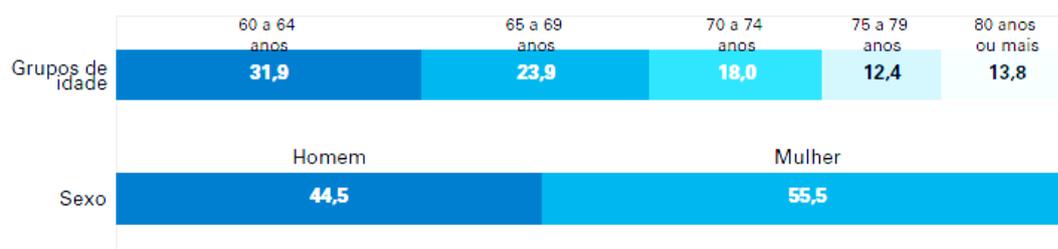
Esse processo de transição demográfica teve início na Europa, durante a Revolução Industrial, ocasionado também pela diminuição das taxas de fecundidade (Nasri, 2008). Tal autor ainda menciona que este fenômeno é observado nos dias atuais não só no Brasil, mas também em outros países da América Latina, ressaltando que cada um com as suas particularidades e implicações, chamando atenção ainda o fato de que no Brasil o processo ocorreu de forma muito mais acelerada que na Europa. Enquanto nesta levou quase dois séculos até a inversão etária, no Brasil é estimado que terminará em metade do tempo.

A Organização das Nações Unidas (ONU, 2017) assinala que 64% de todas as pessoas mais velhas se encontram em regiões menos desenvolvidas atualmente, tendo-se a perspectiva de que esse total deve subir para 80% até o ano de 2050. As projeções apontam ainda que até este mesmo ano, a população de idosos na Europa deve aumentar em 5% (passando de 23% para 28%), na América do Norte deverá subir de 18% para 23% e na Ásia, América Latina, Caribe e Oceania as taxas deverão ultrapassar os 18% da população.

O fato desse processo acontecer de forma acelerada tem implicações sociais, pois enquanto em países desenvolvidos o processo aconteceu em meio a contextos de crescimento econômico e de forma lenta, no Brasil ocorre concomitante a crises

políticas, econômicas e sociais, o que influencia diretamente nos recursos que deveriam ser despendidos para essa população pensando-se tanto no presente como no futuro (Saad, 2016). Os indicadores sociais do IBGE (2014) apontam para uma manutenção das tendências de envelhecimento da estrutura etária do país. Fazendo-se um recorte entre os anos de 2004 e 2013, foi observado um forte estreitamento na base da pirâmide, destacando-se principalmente o ano de 2013, conforme se pode observar no gráfico 1 (IBGE, 2014):

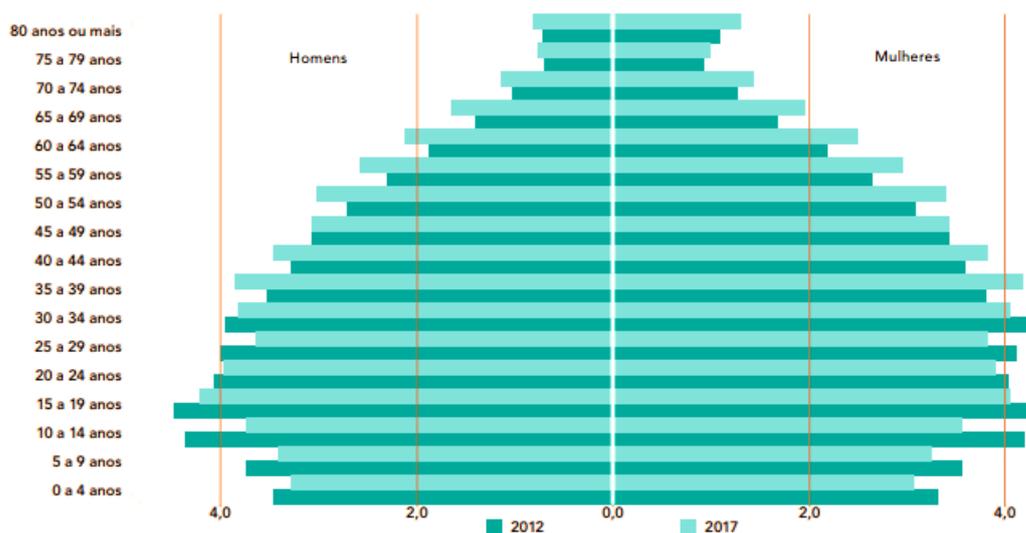
Gráfico 1 - Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade - Brasil - 2004/2013



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004/2013.

A população idosa é dividida ainda com relação aos grupos de idade, sendo os idosos de 60 a 64 anos maior número e destacando-se ainda um maior percentual de mulheres idosas, conforme o gráfico 2 (IBGE, 2017):

Gráfico 2 - Distribuição percentual das pessoas de 60 anos ou mais de idade, segundo os grupos de idade e sexo – Brasil - 2017



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2017.

De acordo com indicadores sociais do IBGE (2014), a proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade na região Nordeste se dá da seguinte forma: 3,8% da população corresponde a idosos com até 64 anos de idade; 3% corresponde a idosos de 65 a 69 anos; 3,9% diz respeito à população de 70 a 79 anos; e 1,8% refere-se a pessoas com 80 anos ou mais. Observa-se assim uma maior representatividade de idosos pertencentes à coorte de 70 anos, seguido daqueles que possuem de 60 a 64 anos de idade.

No estado do Piauí, assim como na região anteriormente citada, prevalece uma maior porcentagem de idosos de coortes de 60 a 70 anos, ficando a proporção da população idosa correspondendo a 3,8% de pessoas com 60 até 64 anos; 2,6 de pessoas que têm de 65 a 69 anos; 3,8% referente a idosos de 70 a 79 anos; e 1,8% correspondente a idosos com 80 anos ou mais (IBGE, 2014).

Muitos autores denominam o envelhecimento populacional como um fenômeno global (Alvino, 2015; Felipe & Sousa 2014; Nasri, 2008; Soares, Poltronieri, & Costa 2014). Ao passo em que acontece esse enorme crescimento no número de idosos no Brasil e no mundo, percebe-se o aparecimento de desafios e possibilidades que precisam ser pensados para que atualmente e futuramente estas pessoas que estão/chegarão na velhice possam ter uma boa qualidade de vida e condições dignas de moradia, saúde, direitos.

Conforme Alvino (2015), diversos direitos e deveres da população idosa foram criados desde o início da inversão da pirâmide etária, provavelmente incentivados pela discussão em âmbito global da temática do envelhecimento populacional. Dentre estes pode-se citar alguns com bastante relevância como a Política Nacional do Idoso, criada em 1994, e o Estatuto do Idoso em 2003.

No estado do Piauí, Carlos (2017) cita como políticas voltadas para pessoa idosa o Programa de Envelhecimento Ativo, a implementação de uma delegacia especializada para o combate de maus tratos contra os idosos, o Conselho Estadual da Pessoa Idosa, e ainda a implementação da Lei Estadual nº 5.479 de 2005. A autora destaca que se faz necessário pesquisas psicossociais com escopo de compreender este fenômeno biopsicossocial no contexto parnaibano e piauiense.

Referente ainda aos aspectos demográficos do envelhecimento, um fato tem se destacado com relação a essa população diz respeito à chamada feminização da velhice, decorrente do fato de que existe uma maior proporção de mulheres idosas, sendo então a velhice composta majoritariamente por este grupo (Mesquita, 2017). De acordo com Mesquita (2017), a população de mulheres idosas encontra-se em maior percentual em todas as faixas etárias pesquisadas (desde coortes de 60 anos até as de 90), salientando-

se que as projeções apontam que nos anos posteriores esse fenômeno de feminização tende a continuar, conforme apontam as tabelas 1 e 2:

Tabela 1 – Percentual da população idosa residente no Brasil no ano de 2018

<i>Grupo etário</i>	<i>Mulheres (%)</i>	<i>Homens (%)</i>
<i>60 a 64 anos</i>	2,21	1,95
<i>65 a 69 anos</i>	1,73	1,46
<i>70 a 74 anos</i>	1,26	1,00
<i>75 a 79 anos</i>	0,88	0,64
<i>80 a 84 anos</i>	0,59	0,39
<i>85 a 89 anos</i>	0,33	0,19
<i>90 anos ou mais</i>	0,21	0,10
<i>Total</i>	7,21	5,73

Fonte: IBGE projeções (www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/)

Tabela 2 – Percentual da população idosa residente no Brasil no ano de 2030

<i>Grupo etário</i>	<i>Mulheres (%)</i>	<i>Homens (%)</i>
<i>60 a 64 anos</i>	2,72	2,46
<i>65 a 69 anos</i>	2,42	2,09
<i>70 a 74 anos</i>	1,93	1,58
<i>75 a 79 anos</i>	1,42	1,07
<i>80 a 84 anos</i>	0,92	0,63
<i>85 a 89 anos</i>	0,51	0,30
<i>90 anos ou mais</i>	0,39	0,30

<i>Total</i>	10,31	8,31
--------------	-------	------

Fonte: IBGE projeções (www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/)

Desta forma, ressalta-se a importância de discutir a temática do envelhecimento partindo do fenômeno da feminização da velhice, fenômeno este permeado por múltiplos desafios e questões interligadas a diversas dimensões sociais.

1.3. Envelhecimento feminino: considerações sobre gênero

Questões relacionadas a gênero, principalmente no que diz respeito a mulheres, tomaram uma maior dimensão a partir do crescimento do movimento feminista entre os séculos XVIII e XXI (Silva & Santiado, 2014). Entretanto, algumas autoras, como Belo (2013) e Motta (2011), salientam a questão de que a mulher idosa foi invisibilizada por muito tempo, inclusive por movimentos que lutavam a favor dos direitos e lugar da mulher na sociedade moderna.

Segundo Mesquita (2017), a importância de se estudar o envelhecimento a partir das questões de gênero se dá no sentido de que esta é uma forma de problematizar sobre o papel da mulher idosa na sociedade, bem como mostrar que os preconceitos e estereótipos não são naturais, mas sim histórico e socialmente construídos, tendo estes se tornado base para as desigualdades existentes entre homens idosos e mulheres idosas no contexto em que vivemos.

Atualmente, tornou-se relevante o estudo da chamada feminização da velhice, tendo em vista o acelerado crescimento da população idosa e sua maior composição por mulheres, além de questões outras também envolvidas no fenômeno, como os papéis sociais direcionados a homens e a mulheres na sociedade, as crescentes crises enfrentadas por estas mulheres idosas, tais como a solidão, más condições econômicas e

baixa escolarização, além do enfrentamento de inúmeras patologias/psicopatologias (Belo, 2013; Brandão, 2013; Lima, 2018; Almeida et al., 2015).

O processo de envelhecimento precisa ser tratado como uma questão de gênero não só pelo fato de que as mulheres compõem a maior parte dessa população, mas também por que este ocorrer de forma diferenciada para ambos os sexos, sendo um processo acompanhado de mudanças sociais, bem como de inúmeras particularidades (Brandão, 2013). Dentre os desafios enfrentados pela mulher idosa, destaca-se os estereótipos advindos de uma sociedade preconceituosa, na qual existe um imperativo de juventude eterna voltado principalmente para mulheres. Salgado (2002) afirma que “a mulher idosa é universalmente maltratada e vista como uma carga. É parte de uma maioria invisível cujas necessidades emocionais, econômicas e físicas permanecem, em sua maioria, ignoradas” (p. 9).

Este autor ainda aponta como desafios enfrentados por essa parcela da população a menor educação formal; um menor acesso à empregabilidade, fruto de uma menor qualificação, se comparada a outros níveis da população ou até mesmo aos homens idosos, fator influente e direto também em uma menor aposentadoria, gerando más condições econômicas, ao mesmo tempo em que é direcionado, muitas vezes, a essa idosa o papel de chefe da família, tendo em vista que na velhice uma grande parcela de mulheres tende a perder seu cônjuge e tronar-se viúvas.

Com relação à viuvez, Belo (2013) relaciona esta a aspectos sociais como preconceitos direcionados a estas mulheres, pois ao contrário do que ocorre com os homens idosos, as idosas são alvos de “valores e estereótipos sociais que dificultam a reestruturação de sua vida conjugal, quando assim é desejada” (p. 8). Desta forma, a

autora cita que esta e outras questões impedem que a velhice seja tratada de forma homogênea para todos os sujeitos:

“ (existem) variáveis que evidenciam situações impeditivas da homogeneização da velhice como uma fase da vida saudável, feliz, produtiva, autônoma. São elas: desde a situação de baixa renda, a falta de escolarização, a responsabilidade integral e solitária pelo domicílio, as limitações ou vulnerabilidade física até as questões mais subjetivas relativas à construção da mulher idosa atual” (p.17).

Santos (2015) salienta que mesmo entre o grupo de mulheres idosas não é possível que haja homogeneização, tendo em vista que estas se diferem de acordo com suas origens sociais, culturais e geracionais, sendo esta conclusão encontrada em uma pesquisa realizada pela mesma autora. De acordo com Motta (2011), os preconceitos sofridos por esta parcela da população no Brasil têm relação com diversos fatores, destacando-se alguns:

- Cada vez mais o mercado de trabalho exclui pessoas de idade avançada do seu âmbito;
- A velhice ainda é comumente relacionada a aspectos negativos, sendo a idosa representada como um fardo e ligada a representações de inutilidade.
- As idosas sofrem não só com preconceitos e estereótipos, mas também com diversos tabus que permeiam a sociedade atual, sendo desta forma “censuradas” ou sentindo-se impedidas de desfrutar de todos os aspectos das suas vidas, como a sexualidade.

Em um estudo realizado por Lima (2018) sobre as relações entre cuidado e mulheres idosas, foi destacado que o papel de cuidadoras é historicamente destinado a essas mulheres, mesmo quando idosas, pois cuidam ou de outros idosos, ou dos

cônjuges que tendem a ter maiores problemas de saúde. Soma-se a isso os desafios enfrentados pelas idosas, pois segundo a autora da pesquisa, esse papel de cuidadora é acompanhado de desgaste físico, emocional e psíquico. Em um segundo estudo realizado pela mesma autora, concluiu-se que a solidão é um sentimento relatado por grande parte das idosas, mesmo aquelas que têm uma vida socialmente mais ativa, observando-se ainda que as idosas relatam a falta de serem cuidadas por alguém no lugar de serem cuidadoras. As mulheres idosas, portanto, vivenciam desafios sociais que são construídos e impostos pela sociedade ao longo de anos, sofrendo então uma dupla carga de preconceito: de um lado por serem mulheres e de outro por serem idosas (De Jesus & Figueiredo, 2013; Salgado, 2002).

Diversas problemáticas poderiam ser estudadas partindo-se da temática da feminização da velhice, dentre elas a – ainda maior – vulnerabilidade das mulheres negras. De acordo com Melo e Kreter (2014), a população feminina brasileira é em sua maioria composta por mulheres negras, porém, estas não chegam à velhice em função dos diversos determinantes sociais, desta forma, segundo essa autora, a “velhice é uma mulher branca” (p. 3).

Em estudo realizado por Zanello, Silva e Henderson (2015), no qual as autoras fazem uma relação entre saúde mental e gênero, concluiu-se que muitas questões que originam algum tipo de sofrimento psíquico estão atravessadas pelo marcador de gênero. Enquanto os discursos masculinos preocupam-se muito mais com a virilidade e com o âmbito laboral, a fala das mulheres é marcada pelo julgamento do olhar dos outros, destacando-se, dentre os resultados encontrados, uma preocupação com a estética e o silêncio ciado por todas as mulheres entrevistadas, no sentido de não poderem se expressar, de serem “polidas” e cuidadosas com suas falas no cotidiano, resultando em alguns casos em um adoecimento psíquico.

Assim como observado no estudo anterior, esses fatores acompanham a mulher desde a juventude até o envelhecimento, sendo alguns agravados pela velhice, como aqueles relacionados à estética e à sexualidade, por exemplo. Quando fala-se de envelhecimento enfocando questões de gênero, destaca-se ainda o maior acometimento de depressão por mulheres idosas, este relacionado com frequência a aspectos de ordem social.

Em uma pesquisa realizada por Maximiano-Barreto, Aguiar e Fermoseli (2017), concluiu-se que as mulheres idosas sofrem mais desta psicopatologia quando comparado aos homens idosos. Corroborando com o que apontam diversos autores sobre o fato de que os maiores índices de depressão se dá em mulheres idosas (Calha, Arriaga, & Cordeiro, 2014; Gullich et al, 2016; Marques et al., 2017; Oliveira, 2010).

Diante do exposto, se destaca a relevância de estudos que se preocupam com a relação envelhecimento-gênero. Na presente dissertação, se buscou explorar as representações sociais da depressão em idosas, pois de acordo com Santos (2015), “ouvir as mulheres idosas é um ato de reconhecimento do seu papel de protagonistas do seu próprio desenvolvimento e processo de envelhecimento” (p. 29).

Partindo do pressuposto de que essa população vivencia uma série de fatores por vezes geradores de sofrimento psíquico, e frequentemente encontram-se em situações de vulnerabilidade, no tópico seguinte explana-se a respeito da definição e características da depressão, bem como da sua identificação em idosas.

Capítulo 2

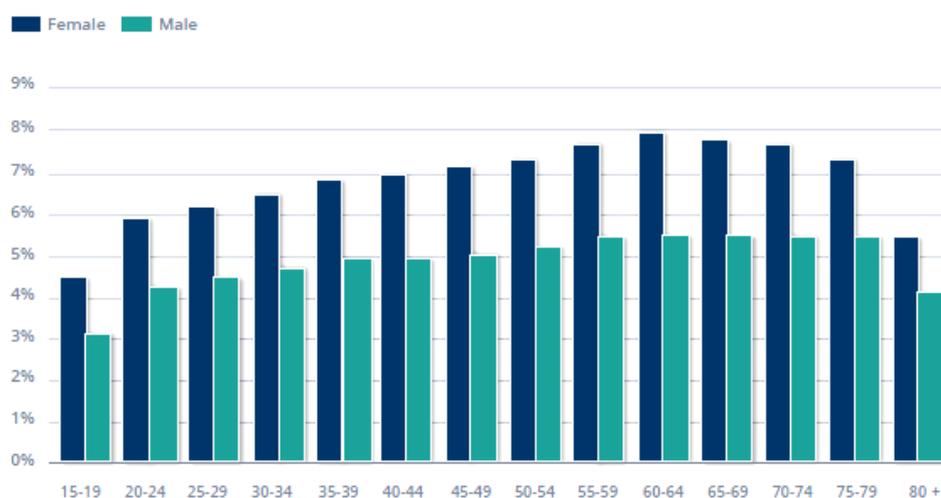
Depressão e velhice: uma abordagem psicossocial

2.1. Definições e critérios

O aumento da população de idosos no Brasil e no mundo traz consigo desafios a níveis micro e macrossocial, uma vez que demandas surgem ao passo em que acontece a transição demográfica. Como exemplo, salienta-se a carga de doenças físicas e psiquiátricas, dentre estas a depressão, atualmente considerada uma doença tão comum em idosos quanto diabetes e hipertensão arterial (Almeida et al., 2015). Além disso, esta é considerada o transtorno psiquiátrico mais frequente em idosos (Grover, Mehra, Dalla, Chakrabarti, & Avasthi 2018).

Dados da Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization* - WHO, 2017) apontam que o número de pessoas com depressão aumentou 18,4% em um período de dez anos (2005 a 2015), sendo reflexo em proporcionalidade ao aumento dos grupos etários na qual a psicopatologia tem maior prevalência (gráfico 3).

Gráfico 3 – Prevalência global de desordens depressivas por sexo e idade (%)



Fonte: WHO - Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates, 2017

Apesar do atual contexto e de se saber a importância da saúde mental para uma boa qualidade de vida, esta ainda é colocada em segundo plano e subtratada quando

comparada à atenção que é dispensada a saúde física no geral (Frank & Rodrigues, 2016). A literatura ainda aponta como uma grande problemática o fato de que os sintomas depressivos são erroneamente e culturalmente tratados como algo natural da velhice e desta forma não são tratados como deveriam ser, o que acontece até mesmo por parte dos profissionais de saúde, em consequência dos estereótipos e mitos ainda presentes na sociedade a respeito da velhice (Frank & Rodrigues, 2016).

A depressão é caracterizada como uma psicopatologia com forte impacto funcional em todas as faixas etárias em que ocorre, sendo composta de uma natureza multifatorial que envolve aspectos de ordem biológica, psicologia e social (Machado & Gordilho, 2016). A forma de manifestação da doença se dá de forma variável de indivíduo para indivíduo, tendo inclusive em seu conceito diferenciações que englobam distúrbios psicopatológicos que divergem quanto a sintomatologia, gravidade, curso e prognóstico (Peron, Neves, Brandão, & Vicentini, 2004).

De acordo com Porto (2000), a depressão pode dizer respeito a uma síndrome, a um sintoma ou a uma doença (ou várias). Enquanto sintoma pode ocorrer dentro de quadros clínicos preexistentes, como a demência por exemplo, ou pode surgir como resposta a eventos estressantes ou situações adversas; enquanto síndrome, inclui alterações de humor, psicomotoras, cognitivas, além de afetar o sono e o apetite; enquanto doença pode ser classificada pelas diretrizes de manuais psiquiátricos como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) ou pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID).

Segundo o DSM-5 (APA, 2014), as formas de manifestação dos sintomas depressivos se diferenciam quanto a duração, o momento em que ocorrem ou a etiologia presumida, são esses: transtorno disruptivo de desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo

persistente (distímia), transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, e transtorno depressivo não especificado.

Já a CID-10 (OMS, 2008) classifica os transtornos depressivos em categorias de episódios e graus de gravidade: episódio depressivo leve (F32.0), moderado (F32.1) e grave (F32.2 e F.32.3). A identificação das categorias é feita a partir de um julgamento clínico que deve levar em consideração o número, o tipo e a gravidade dos sintomas presentes, assim como a duração destes.

Os sintomas depressivos em idosos se apresentam com particularidades, sendo mais evidentes no lugar de humor deprimido, a anedonia, irritabilidade e sintomas somáticos (Lampert & Scortegagna, 2017). De acordo com Wannmacher (2016), a depressão na velhice pode estar relacionada com uma piora no quadro de comorbidades, diminuição da qualidade de vida e aumento da mortalidade. Além disso, Fernandes, Nascimento e Costa (2010) apontam que a depressão na velhice tem piores prognósticos e forte relação com suicídio, sendo encontrado na população idosa os maiores índices.

Ademais, a depressão em idosos pode ser com frequência confundida com um quadro de demência, tendo em vista que podem ocorrer sintomas comuns, assim como também elas podem coexistir (Machado, 2016). Geralmente essa imprecisão de diagnósticos existe quando a depressão se apresenta com déficits cognitivos, instalando-se um quadro denominado de pseudodemência, no qual o déficit melhora quando acontece o tratamento adequado para a depressão; podendo ainda a depressão ter se apresentado como uma manifestação precoce de uma futura demência (Barbosa, Machado, & Vieira, 2016).

De acordo com Smith, Haedtke e Shibley (2015), é necessário e importante o conhecimento das diferenças e particularidades do aparecimento da depressão em idosos

pois isto ajudará na detecção e cuidado da doença e dos sintomas, ressaltando ainda a necessidade de se conhecer os fatores de risco e a rejeição de crenças que não são cientificamente embasadas, como por exemplo a de que a depressão é natural ou inerente ao envelhecimento ou a pessoa idosa. Estão envolvidos na predição de ocorrência de depressão fatores biológicos que podem estar presentes tanto no envelhecimento normal quanto no envelhecimento patológico, estes fatores podem estar relacionados a alterações neurológicas e cardiovasculares, bem como a doenças associadas a idade (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009).

Fiske, Wetherell e Gatz (2009) apontam uma interação entre a depressão em idosos e vulnerabilidades genéticas, afetivas, cognitivas e sociais, tendo em vista os fatores de risco encontrados em diversos estudos: pessoas do sexo feminino (Maximiano-Barreto, Aguiar, & Fermoseli, 2017); baixo nível socioeconômico, presença de doenças somáticas, uso intenso de medicamentos, percepção de saúde negativa e distorções no pensamento (provocando baixa autoestima e desesperança) (Lampert & Scortegagna, 2017); dependência funcional, perda de contato social e histórico de depressão (Djernes, 2006).

A presença de sintomas depressivos ou de um transtorno depressivo em si pode comprometer gravemente a qualidade de vida dos idosos, podendo ser responsáveis por perda de autonomia e pelo agravamento de outros quadros clínicos (Alvarenga, Oliveira, & Facenda, 2012). Em um estudo de revisão, Djernes (2006) aponta as particularidades relacionadas à ocorrência de depressão em idosos a partir de três aspectos: do ponto de vista biológico existe uma certa fragilidade na saúde em decorrência de doenças crônicas que possam vir a se manifestar; a mudança de papéis sociais na sociedade e na família somado à falta ou diminuição de atividades do ponto

de vista psicossocial; e a pobreza, a solidão e as modificações no suporte social referente às perspectivas sociais.

Alguns autores denominam a depressão em idosos como depressão de início tardio, ou depressão geriátrica, a qual se apresenta com diferenciações quando comparada à chamada depressão de início precoce (Tabela 3) (Frank & Rodrigues, 2016). Além da depressão de início tardio, outros termos são usados para designar a depressão em idosos: a depressão subsindrômica, na qual existem os sintomas, porém estes não preenchem os critérios para depressão maior (Ramos, Carneiro, Barbosa, Mendonça, & Caldeira, 2015); e os “sintomas depressivos clinicamente significativos”, os quais são detectados a partir de escalas e engloba diversos subtipos da doença (Ramos et al., 2015).

Tabela 3 – Principais diferenças entre depressão de início precoce e de início tardio (depressão geriátrica).

<i>Menos</i>	<i>Mais</i>
<i>Disforia</i>	Transtornos de sono
<i>Sensação de menos valia</i>	Fadiga
<i>Culpa</i>	Retardo psicomotor
	Diminuição do interesse pela vida
	Desesperança
	Alteração de memória
	Redução na concentração

Fonte: Frank e Rodrigues - Depressão, Ansiedade, Outros Transtornos Afetivos e Suicídio (2016)

No tocante a prevalência de depressão em idosos, existe uma dificuldade de conclusão da mesma, tendo em vista as diferentes metodologias utilizadas nos estudos, os parâmetros usados para coleta de dados e o contexto em que a população pesquisada está inserida, ou são utilizados critérios que não contemplam as particularidades da manifestação da doença nessa faixa etária (Chaimowicz & Camargos, 2016). Apesar das diferenças metodológicas existentes, Teston, Carreira e Marcon (2014) apontam que as

taxas variam entre 5% e 35% sendo levado em consideração apenas as diferentes formas e gravidades.

Além das questões metodológicas anteriormente citadas, a literatura aponta para uma lacuna existente no tocante às pesquisas sobre depressão em idosos que diz respeito ao fato de a maioria se concentrar em determinadas regiões do país (especialmente a região Sul) e em grandes centros metropolitanos, fazendo com que seja saliente a necessidade de estudos populacionais em regiões carentes e diferentes das já estudadas (Ramos et al., 2015).

Outros autores apontam as diferentes prevalências em alguns contextos específicos. Duarte e Rego (2007) enumeram uma prevalência de 15% a 20% em idosos não institucionalizados; Coutinho, Araújo e Sá (2003) destacam que em idosos oriundos de instituições a prevalência varia de 12% a 16%. Estudo realizado ainda por Lopes, Nascimento, Esteves, Terroso e Argimon (2013) conclui que dentre as classificações de síndromes depressivas, a que apresenta menor prevalência em idosos é a depressão maior, com taxas que variam de 2% a 5%.

De forma geral, estudo de China (2017) aponta que a ocorrência de depressão em mulheres é 3,21 vezes superior a ocorrência da doença em homens. No que se refere a mulheres idosas, essa superioridade se mantém, e estabelece relação com uma maior vulnerabilidade de idosas, tendo em vista que estas possuem frequentemente menor escolaridade e renda, são mais expostas a situações de violência, além de vivenciarem em maior parte a viuvez e isolamento social (Lampert & Scortegagna, 2017).

Estudos brasileiros dos anos de 2004 a 2013 apontam a maior prevalência de depressão em mulheres idosas: Araújo e Bachion (2004) encontraram uma maior prevalência de idosas depressivas; Fernandes, Nascimento e Costa (2010) apontaram prevalência de 77% no sexo feminino; Alvarenga et al. (2012) apontaram taxas de 69%

de depressão em idosas; Munhoz et al. (2012) mostra que as mulheres são as que possuem maior risco de desenvolverem sintomas depressivos; No estudo de Reis, Pereira, Cardoso e Gherardi-Donato (2013) 82% das ocorrências se deu em idosas.

2.2. Estado da arte da depressão na velhice

Apesar da depressão e outros problemas relacionados a saúde mental em idosos estarem tendo maior visibilidade atualmente, ainda são poucos os estudos que se dedicam a estudar a temática no Brasil quando comparados a outros temas (Crepaldi, 2009). A partir de uma revisão do atual conhecimento sobre a depressão em idosos, pode-se observar que grande parte dos estudos tem foco na prevalência e nos fatores associados a presença da psicopatologia. A tabela 4 resume os principais estudos realizados entre os anos de 2013 a 2017 no Brasil.

Tabela 4 – Estudos de prevalência de depressão em idosos realizados no Brasil (2013-2017)

Autores e ano	Instrumentos utilizados	Locus	Prevalência
Borges, Beneditti, Xavier e d’Orsi, 2013	Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	Setores censitários e domicílios, em Florianópolis, SC	23,9%
Ferreira e Tavares, 2013	Questionário sóciodemográfico e escalas de avaliação da capacidade funcional e Escala de Depressão	Zona rural de um município de Minas Gerais	22% (14% mulheres; 8% homens)

Geriátrica (GDS-15)			
Soares et al., 2013	Questionário sóciodemográfico e Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	Estratégia Saúde da Família em Cajazeiras-PB	41% (suspeita de depressão)
Aguiar et al., 2014	Roteiro de entrevista e Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	Serviço ambulatorial em Pernambuco	16,3%
Bassani, Borges, Teixeira e Pimentel, 2014	Questionário sóciodemográfico e Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	Estratégia de Saúde da Família no interior do estado do Rio Grande do Sul	28,1%
Leal, Apóstolo, Mendes e Marques, 2014	Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	Instituições de longa permanência da cidade de Recife	49,76%
Bretanha et al., 2015	Roteiro de entrevista e Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	Zona urbana de Bagé, Rio Grande do Sul	18,0%
Cohen, Paskulin, Prieb e Giglioli 2015	Questionário sóciodemográfico e de utilização dos serviços de saúde; e Escala de	Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto	36,5%

	Depressão Geriátrica (GDS-15)	Alegre-RS	
Ramos, Carneiro, Barbosa, Mendonça e Caldeira, 2015	Questionário com variáveis sócio demográficas, comorbidades, utilização de serviços de saúde, escala de fragilidade (<i>Edmonton Frail Scale</i>), teste <i>Timed Get Up and Go</i> e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	Município de Montes Claros - MG	27,5%
Gonzáles et al., 2016	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> (MINI).	Município de Criciúma- SC	34,4%
Gulich, Duro e Cesar, 2016	Questionário sóciodemográfico e Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	Município de Arroio Trinta - SC	20,4%
Matias, Fonsêca, Gomes e Matos, 2016	<i>Patient Health Questionnaire-9</i> e Escala de Depressão Geriátrica	Centro de Convivência do Idoso (CCI), em	62,8% com a <i>Patient Health Questionnaire-9</i>

	(GDS 15)	Vitória da Conquista - BA	e 52,6% com a GDS 15
Maximiano- Barreto, Aguiar e Fermoseli, 2017	Questionário sóciodemográfico e Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	Estratégia de Saúde da Família em Maceió - AL	46,06%

Constatou-se a utilização da Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS 15*) como sendo o principal instrumento utilizado nos estudos analisados em pesquisas sobre depressão em idosos. De acordo com Bretanha et al. (2015), esse instrumento consiste de 15 itens e segue os critérios dos manuais internacionais de doenças (DSM e CID). Os sintomas avaliados dizem respeito a satisfação com a vida, interesse em realizar atividades, humor e desesperança, sendo referentes a 30 dias antecedentes ao dia em que é realizado.

A prevalência de estudos que utilizaram a escala varia de 16,3 a 52,6%, mostrando-se superior aos dados obtidos por Teston et al. (2014) cujas prevalências mencionadas foram de 5% a 35% advindas de estudos com metodologias e critérios mais diversificados. A dificuldade de números exatos em relação a isso é apontada pela literatura como uma das dificuldades e limitações de tratar sobre a temática.

A maior parte dos estudos (n=8) se concentram nas regiões Sul e Sudeste do país e o restante realizaram-se na região Nordeste do país. Observa-se que as maiores taxas de prevalência se apresentaram nas pesquisas realizadas na região Nordeste. É importante destacar que estes dados provêm de estudos realizados a partir de diferentes

perspectivas metodológicas e diferentes locais de investigação, sendo somente alguns de base populacional.

2.3. Fatores de risco e fatores protetivos

O gênero feminino tem sido o principal fator associado a depressão em idosos nos estudos recentes (Marques et al., 2017; Calha et al. 2014; Lampert & Scortegagna, 2017). De acordo com Marques et al. (2017), a depressão em mulheres idosas está relacionada a questões de âmbito biológico, ambiental e psicológico. Segundo essa autora, a doença ou a manifestação de sintomas pode estar vinculada a questões hormonais - que conseqüentemente afeta os âmbitos emocional e sexual – bem como com a modificação de papéis sociais ocorrido nessa fase da vida.

De acordo com Crepaldi (2009), parece evidente na literatura a existência dessa associação independente entre gênero e depressão, relação observada inclusive em estudos realizados em diversas culturas e com diferentes instrumentos. Para este autor, os fatores que estão implicados nesse maior predomínio são: menor escolaridade, más condições econômicas e a solidão advinda da perda do companheiro.

Estudo realizado por Lampert e Scortegagna (2017) com 75 idosos dividido entre um grupo clínico (diagnosticado com depressão) e um grupo não clínico constatou uma maior prevalência de depressão em mulheres idosas, associados às seguintes variáveis: existência de doenças associadas, nível econômico baixo, maior uso de medicamentos, dependência funcional e uma percepção de saúde ruim.

Outro fator de risco significativo na literatura diz respeito à percepção de saúde. Um estudo de base populacional realizado por Bretanha et al. (2015) encontrou resultados que apontam que uma percepção de saúde negativa pode estar associada a depressão, corroborando com resultados de outras pesquisas que identificaram a mesma relação (Borges, Beneditti, Xavier, & d’Orsi 2013; Ramos et al., 2015; Aguiar et al.,

2014). Ademais, outros fatores são frequentemente apontados nos estudos sobre depressão em idosos, tais como viuvez (Cohen, Paskulin, Prieb, & Giglioli, 2015); déficit cognitivo e dor crônica (Borges et al., 2013); tabagismo (Ramos et al., 2015); maior uso de medicamentos (Rocha & Werlang, 2013); dependência funcional (Lima, Silva, & Ramos, 2009).

De acordo com Lampert e Scortegagna (2017), o conhecimento e identificação dos fatores de risco são importantes subsídios na orientação de tratamentos e na promoção de saúde e qualidade de vida em idosos, assim como também é importante o conhecimento de fatores de proteção, uma vez que estes podem ser utilizados também como forma de promoção de saúde.

Um estudo conduzido por Marinho (2010) constatou que há uma forte relação entre o apoio social e a depressão em idosos, sendo este, portanto, podendo ser considerado um fator de proteção. Constatou-se também como fatores encontrados a partir de estudos, a realização de atividades físicas e a participação em atividades religiosas (Gulich et al, 2016). Estudo realizado por Borges et al. (2013) encontrou resultados que mostram a participação em grupos de convivência como fator protetivo, tendo em vista que estes possibilitam a manutenção de uma rede social, porém, o autor aponta que não se pode definir uma relação direta entre participar de grupos e não ter depressão, apesar de poder constatar-se em seu estudo nestes grupos o número de idosos com depressão foi menor.

Estudo realizado por Song-Iee, Haschee e Bowland (2009) aponta que a realização de atividades sociais e um maior padrão de participação em atividades de diferentes tipos estão associadas de forma significativa com níveis mais baixos de depressão. A manutenção de relacionamentos, como os de amizade, também pode servir como um fator de proteção (Minayo & Cavalcante, 2010).

Desta forma, é evidenciado na literatura atual sobre o tema a carência de estudos voltados para as questões sociais, levando-se em consideração que estas aparecem nos estudos sobre prevalência, porém sem um maior aprofundamento. Partindo dessa questão, a presente dissertação teve como objetivo a investigação das representações das mulheres idosas a respeito da depressão, afim de identificar quais os conhecimentos compartilhados por este grupo que sofre com o maior acometimento de sintomas depressivos ou da psicopatologia em si.

Capítulo 3

Das representações coletivas as representações sociais

3.1. O legado das representações coletivas de Durkheim e as representações coletivas

As representações coletivas cunhadas por Émile Durkheim na obra *As formas elementares da vida religiosa* (1912) serviram de base e influência para a criação da Teoria das Representações Sociais (TRS) por Moscovici, tendo esta última promovido, segundo Almeida, Santos e Trindade (2014), uma releitura da obra do autor. Desta forma, se faz necessário a apresentação do conceito de representações coletivas e quais os consensos e dissensos entre esta e as representações sociais estudadas por Moscovici.

As representações coletivas correspondem a fenômenos sociais que ocorrem independentes do caráter individual, sendo exteriores às pessoas. Dizem respeito a formas de pensar e agir, se constituindo como manifestações importantes da vida coletiva que englobam a religião, as crenças, as regras morais e os regulamentos legais; regidas a partir de um poder moral (Lahlou, 2014). De acordo com Coutinho, Araújo e Saraiva (2013), para Durkheim elas se caracterizavam como classes de crenças que transformavam o grupo em uma unidade dentro das sociedades.

Segundo os mesmos autores, Durkheim buscou nas religiões de sociedades ditas primitivas as formas mais básicas de representações, tornando-se a religião, portanto, a matriz sob a qual se elaborou o conceito de representações coletivas. Na obra *The Elementary Forms of Religious Life*, as representações coletivas são tidas como sagradas, no sentido de possibilitarem a manutenção e conservação do todo social (Moscovici, 2017).

Partindo do pressuposto empírico, as representações em Durkheim pode ser qualquer coisa que possa ser representada mentalmente; do ponto de vista social, as representações dizem respeito ao que os homens pensam sobre si mesmos e sobre o mundo, sendo, desta forma, modos de conhecidos socialmente produzidos (Oliveira, 2012). Os indivíduos são apresentados como resultado do meio em que vivem, sendo resultado, assim, das normas e das regras sociais e, portanto, vistos como suportes para as estruturas sociais e não como sujeitos ativos e transformadores (Chagas, Ribeiro, & Silva, 2017).

Um conceito relevante para o entendimento das representações proposto por Durkheim é o de fato social. Este diz respeito a um conjunto de relações que atua sobre os indivíduos de forma coletiva exercendo autoridade que os leva a agir de determinadas maneiras (Santos & Dias, 2015). De acordo com Santos e Dias (2015), as representações coletivas são manifestações do fato social, mantendo, portanto, ligação com as relações mantidas entre o grupo e os objetos.

Deste modo, Durkheim fazia uma distinção clara entre a Sociologia e Psicologia, na qual cabia à primeira o estudo dos fatos sociais e das representações coletivas e a outra deveria focar no estudo de fenômenos psicológicos individuais (Santos & Dias, 2015). Durkheim pretendia a partir dessa separação radical tornar a sociologia uma

ciência independente, estabelecendo, desta forma, como sugere Duveen (2017), um “ancestral ambíguo” para as formulações de Moscovici.

Não obstante, Moscovici não nega a importante contribuição de Durkheim para a sua teoria, porém, esclarece que a psicologia social tem uma visão diferente da visão sociológica de representações. Para a sociologia, as representações englobavam muitas formas intelectuais e se caracterizavam como irredutíveis e estáticas dentro da sociedade; se contrapondo, portanto, à visão psicológica contemporânea, que estabelece as representações como estruturas dinâmicas compostas primordialmente por uma plasticidade (Moscovici, 2017).

Jodelet (2001) afirma que Moscovici renovou o conceito de Durkheim de forma crítica e a partir de um ponto de vista construtivo, permitindo à psicologia social o estabelecimento de conhecimentos cumulativos a partir de objetos e instrumentos conceituais e permitindo a apreensão de questões autênticas do cotidiano da vida em sociedade. As representações coletivas de Durkheim não davam conta da realidade contemporânea, da pluralidade de ideias existente nas sociedades atuais, sendo, desta forma, encaradas como atualmente insuficientes (Vala & Castro, 2013).

A perspectiva durkheimiana negava qualquer formulação psicológica para os fatos sociais, partindo de uma perspectiva estritamente social e contribuindo desta forma para a manutenção do paradigma individualista instalado na psicologia da época, a qual Moscovici buscava a transformação a partir da elaboração das representações sociais num ponto de interseção entre o social e o individual (Rocha, 2014).

A Teoria das Representações Sociais nasceu a partir de pontos de tensão com o conceito de Durkheim. Enquanto este define as representações coletivas como formas estáveis de representar a sociedade, Moscovici se interessou por capturar o caráter diverso e plural das sociedades contemporâneas, sendo a sua psicologia orientada para a

mudança; sendo esse caráter heterogêneo e composto por diferentes processos de pensamento, o que torna impossível incluir nas mesmas representações os povos primitivos e civilizados (Moscovici, 2017).

De acordo com Almeida, Santos e Trindade (2014), a releitura da concepção de Durkheim permitiu o estabelecimento de um novo paradigma não só para a psicologia, mas para as ciências sociais e humanas de forma geral, fundado principalmente na complexidade e mudança da vida cotidiana. Na concepção durkheimiana, não existe sujeito autônomo, sendo este um prisioneiro da cultura em que se encontra, pois é vigorosamente determinado por esta (Lahlou, 2014).

Conforme Lahlou (2014), do ponto de vista de Durkheim a sociedade exerce sobre os indivíduos um forte poder de coerção, penetrando na consciência individual através principalmente da educação; em contrapartida, para Moscovici, a coerção existe, mas de maneira mais sutil, tendo em vista que ele defende que apesar de a sociedade exercer uma marca nos indivíduos que nela vivem, estes constroem as suas próprias representações de forma flexível, a partir de determinadas escolhas, como por exemplo as leituras que fará ou os programas de televisão que irá assistir.

Vala e Castro (2013) estabelecem duas grandes modificações feitas por Moscovici nas representações coletivas: a primeira refere-se ao foco na cultura, sendo esta um sistema que mantém um funcionamento e se estabelece de forma dinâmica; para isso é necessário o estudo de níveis de análise, a saber, a cultura, o interativo e o individual. A segunda modificação diz respeito às representações sociais se interessarem pela construção da representação, essa construção se dá a partir da influência dos conhecimentos científicos e de sua implementação no senso comum.

Desta forma, o mesmo autor ressalta que todo esse processo de construção e modificação cultural e social acontece através da comunicação, sendo oriundos não

somente da esfera científica, mas também da tecnológica, da esfera pública, da convivência multicultural e pelas transformações no ambiente. Diante desse caráter das representações sociais, Duveen (2017) aponta que Moscovi preferiu mudar o termo “coletivo” para “social” para evidenciar a dinamicidade presente no seu conceito.

A comunalidade entre Moscovici e Durkheim está no sentido de ambos verem as representações como “entidades quase tangíveis”, porém, diferentemente da forma durkheimiana, as representações sociais não dizem respeito somente a produções sociais grandes, mas estão presentes também na vida cotidiana, no dia a dia da sociedade e nas relações entre as pessoas e os grupos (Jovchelovitch, 2014). Desta forma, a seguir buscar-se-á a compreensão do que são as representações sociais sob a ótica da abordagem sociogenética de Moscovici e Jodelet.

3.2. A abordagem sociogenética das representações sociais de Moscovici e Jodelet

As representações sociais foram cunhadas por Moscovici em sua tese de doutorado intitulada *La psychanalyse, son image et son public* publicada no ano de 1961 em Paris. A partir desse conceito, Moscovici idealizou a Teoria das Representações Sociais, formulada a partir do estudo e observação de como conceitos psicanalistas adentraram na sociedade francesa da época e passaram a fazer parte de falas e fatos cotidianos daquela população, ou seja, partiu da busca do entendimento de como conceitos científicos podiam causar mudanças culturais e sociais (Vala & Castro, 2013).

A TRS possibilitou o início da construção de um novo panorama, no qual o senso comum é visto a partir de outra perspectiva, passando a ter valor enquanto conhecimento social (Duran, 2012). A TRS surgiu como uma mudança de paradigma na psicologia social, tendo em vista que rompeu com os modelos científicos vigentes. A teoria de Moscovici nasceu em um momento em o saber científico era valorizado e visto

como superior a outras formas de conhecimento, desse modo, menosprezando o saber comum e as crenças e da cultura (Rocha, 2014).

De acordo com Almeida, Santos e Trindade (2014), Moscovici fugiu do dualismo social versus coletivo, dando ao pensamento social um novo valor, a saber, um saber prático, abordando simultaneamente expressões psicológicas e sociológicas desse pensamento. Na medida que essa teoria se coloca na interface entre essas duas expressões, passa a interessar a uma gama de pesquisadores de diversas áreas das ciências humanas e sociais, articulando-se com campos de pesquisa diversificados, sendo essa uma das suas principais contribuições para a ciência (Jodelet, 2001).

A relação entre a TRS e a vida cotidiana é, segundo Jovchelovitch (2014), o principal fundamento das representações sociais. De acordo com essa autora, os dois pontos principais que fazem com que a TRS seja distinta de outras abordagens sociais é primeiro o dinamismo que elas buscam representar, e, segundo, o diálogo que possibilita com outras ciências sociais, haja vista que é aplicável a diferentes situações. Sendo assim, Moscovici possibilitou uma dimensão plural da sua teoria (Coutinho, Araújo, & Saraiva, 2013).

Denise Jodelet é considerada um dos principais nomes no estudo da TRS, tendo um papel importantíssimo na divulgação da teoria. Sua principal contribuição encontra-se na obra “Loucura e representações sociais”, onde buscou analisar as representações, através da busca de sentidos, que uma comunidade mantinha sobre a loucura (Duran, 2017). De acordo com Jodelet (2001), as representações sociais são importantes para a nossa vida cotidiana, no sentido de que elas servem como guia para definir e nomear aspectos diversos da realidade em um mundo compartilhado com os outros.

De acordo com Moscovici (2017), todas as interações humanas supõem representações, estas são criadas a partir da comunicação, e têm a finalidade de tornar

familiar aquilo que não o é. As representações sociais podem ser vistas como formas de conhecimento daquilo que rodeia os indivíduos, sendo este conhecimento produzido de forma coletiva; à medida que as representações compartilhadas são iguais para os sujeitos, as suas ações passam a ter o mesmo sentido, portanto, as representações funcionam como guias do cotidiano (Galli, 2014).

As representações podem ser vistas ao mesmo tempo como produto e como processo da realidade em que as pessoas se encontram, ressaltando que para que elas possam existir se faz necessária a existência de uma relação com um objeto (Jodelet, 2001). Para Jodelet (2001), as representações sociais constituem um “saber prático” que tem uma ligação primordial com a comunicação; esta última tem um papel indispensável para que ocorram as trocas e as interações que consolidarão o universo consensual.

Para Moscovici (2017), as representações apresentam duas funções: a primeira refere-se à convencionalização de pessoas, objetos e acontecimentos, a qual nos possibilita conhecer que objeto representa o quê e identificar mensagens; a segunda função é a de prescrição, que combina uma forma de pensamento com a tradição, ou seja, uma forma de pensamento já está estabelecida antes do pensamento, do conteúdo.

Existem ainda dois processos fundamentais que contribuem para a construção das representações: a objetivação e a ancoragem. A ancoragem ocorre quando o sujeito se encontra diante de algo desconhecido, perturbador, e busca e compara com algum sentido que já lhe é familiar, ou seja, ancora o desconhecido em algo que já conhece. Já a objetivação refere-se a transformar em algo concreto aquilo que é abstrato (Moscovici, 2017).

De acordo com Galli (2014), as representações sociais são marcadas por três importantes fases: uma de emergência, outra de estabilidade e outra de transformação.

Ainda segundo esse autor, a primeira diz respeito ao surgimento de um novo objeto e a consequente aparição de saberes relacionados a ele; a segunda acontece quando o saber toma uma forma consensual e operacional. E a última ocorre quando a representação deixa de atender às funções, esta demora a acontecer, uma vez que quando se estabilizam, as representações tornam-se rígidas.

As representações sociais foram cunhadas por Moscovici dando origem à TRS, esta por sua vez foi denominada de a grande teoria da qual outras se derivaram e tornaram-se tão difundidas quanto. Desta forma, a partir da TRS surgiram outras três abordagens, a saber, a abordagem estrutural de Abric e a abordagem societal de Doise. Nos tópicos a seguir buscar-se a entender os seus fundamentos e as suas respectivas importâncias para a psicologia social.

3.3. A abordagem estrutural e a teoria do Núcleo Central de Abric e Celso Pereira de Sá

A teoria do núcleo central foi idealizada por Abric em 1976 em sua tese de doutorado através de uma hipótese sobre a organização das representações, partindo do pressuposto de que toda representação se apresenta em torno de um núcleo estruturante, denominado núcleo central (Sá, 1996). Abric atribui ainda outras quatro funções às representações sociais: a função do saber; a função identitária; a função de orientação; e a função justificadora.

A função do saber possibilita o entendimento da realidade bem como sua explicação, nesse sentido as pessoas adquirem o conhecimento e o integram a sua realidade; a função identitária permitem que o grupo crie a sua própria identidade social e pessoal de acordo com as suas especificidades; a função de orientação guia os comportamentos e práticas do grupo; e a função justificadora permite a explicação de

determinados comportamentos, permitindo aos atores que justifiquem as suas condutas (Abric, 2001).

O núcleo central é o responsável pela organização dos sistemas periféricos, sendo estes últimos mais flexíveis que as representações do núcleo, além de estarem também relacionados com o contexto atual e com características idiossincráticas; já as representações do núcleo central relacionam-se com a história do grupo como um todo, ou seja, a história coletiva, sendo, portanto, formado por significados sociais e históricos (Amaral & Alves, 2013). A partir dessa forma de composição, Abric (1993) apresenta características contraditórias das quais as representações são formadas, sendo ao mesmo tempo estáveis e em movimento, consensuais e composta por diferenças individuais.

De acordo com Abric (2001), o núcleo central abriga duas funções: a função geradora e a função organizadora. A primeira diz respeito a como o núcleo central possibilita a criação de outros elementos que também irão constituir uma representação; a segunda aponta que o núcleo central é responsável é determinante das relações, ou laços, entre as representações, sendo desta forma um elemento que unifica.

A Teoria do Núcleo Central é caracterizada, segundo Sá (1996), como uma das formas de tratamento mais sistemáticas das representações sociais. Ainda de acordo com este autor, a referida teoria é complementar à teoria de Moscovici, denominada grande teoria, no sentido de que esta foi considerada como em constante processo de elaboração; servindo como uma teoria complementar que possibilitou a incorporação de importantes elementos na TRS.

De acordo com Wolter (2016), a abordagem estrutural teve grande evolução teórica no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, sendo atualmente amplamente utilizada nas pesquisas nacionais. Segundo este autor, além de Abric, outros nomes

também foram marcantes na elaboração da abordagem, tais como Guimelli (1989) e Flament (1994). Abric (2001) afirma a importância da sua teoria no que diz respeito principalmente às práticas sociais, e no entendimento da relação destas com as representações.

Destarte, a abordagem estrutural se estabelece como uma importante teoria complementar à TRS, acrescentando novos elementos e conceitos a essa grande teoria no que se refere ao entendimento de como as pessoas concebem os conhecimentos no seu cotidiano. A seguir, explanar-se-á sobre a configuração de outra importante abordagem complementar à TRS, idealizada por Doise, a chamada abordagem societal.

3.4. A abordagem societal de Doise e os princípios organizadores das Representações Sociais

A abordagem societal idealizada por Doise aborda as representações sociais a partir de uma visão mais sociológica, tendo seu foco na inserção social (Mendonça & Lima, 2014). Segundo Coutinho, Araújo e Saraiva (2013), essa perspectiva tem como pano de fundo a relação dos modos de funcionamento social e individual. As principais contribuições de Doise para a Psicologia Social são identificadas como o desenvolvimento social da inteligência, os níveis de análise, e as relações grupais, além dos seus estudos sobre direitos humanos (Almeida, 2009).

De acordo com Doise (2002), as representações sociais podem ser definidas como “princípios organizadores das relações simbólicas entre indivíduos e grupos” (p. 30). Para Almeida (2009), o estudo desenvolvido por Doise remete a três hipóteses: a primeira fixa que as diferentes pessoas em um grupo compartilham as mesmas crenças advindas das relações sociais. A segunda está relacionada com a origem das tomadas de posição das pessoas dentro de um mesmo grupo; já a terceira hipótese pondera sobre a

origem das tomadas de posição a partir de realidades coletivas como a organização dos valores, as percepções individuais das relações e as vivências compartilhadas.

Destaca-se ainda na abordagem societal os níveis de análise praticados na psicologia social: intraindividual, interindividual (situacional), intergrupar e intragrupal. O nível intraindividual relaciona-se com o indivíduo e a maneira como este organiza suas vivências com o meio em que se encontra inserido; o nível interindividual é explicado a partir da interação entre as pessoas, podendo haver uma troca entre estes processos interindividuais e os situacionais; o terceiro nível de análise remete às posições que as pessoas ocupam dentro dos seus grupos sociais e de como essas posições interferem nos níveis anteriormente citados; o último nível de análise ressaltam a importância das crenças, valores e normas, afirmando que estas dão significado aos comportamentos das pessoas além de diferenciá-las no grupo (Coutinho, Araújo, & Saraiva, 2013).

Conforme Almeida (2009), estes níveis de análise são importantes não só para uma mera classificação, pois facilitam as articulações entre eles, além de que é esta integração das formas de funcionamento da sociedade e das pessoas que diferencia a psicologia societal segundo Doise (2002). Além disso, ao fazer referência às variações individuais que são partilhadas socialmente a partir de ancoragens, Doise evidencia a ligação entre o psicológico e o sociológico, entre o individual e o social (Trindade, Sousa, & Almeida).

Portanto, a partir do conhecimento da TRS e das suas teorias complementares, ressaltam-se as possibilidades de utilização das representações sociais em diferentes contextos e as diferentes formas de abordagens a partir dos teóricos aqui expostos. Desse modo, a presente dissertação seguirá o referencial teórico da TRS, partindo da

abordagem de Moscovici para a sua realização. A seguir, apresentar-se-á os objetivos propostos nesta pesquisa.

4. Objetivos

4.1. Geral

- Apreender e comparar as representações sociais da depressão entre mulheres idosas de grupos de convivência e da população em geral.

4.2. Específicos

- Identificar o campo semântico da depressão;
- Verificar as concepções das mulheres idosas sobre o tratamento da depressão;
- Apreender as representações sociais das idosas acerca do processo de envelhecimento;
- Identificar as representações e percepções das idosas acerca da depressão.

5. Método

5.1. Tipo de Investigação

Estudo qualitativo com dados transversais e amostra por conveniência. A presente dissertação foi dividida em um formato de quatro estudos, os quais correspondem aos objetivos da pesquisa.

5.2. Locus da investigação

A pesquisa (Estudos 1 e 2) foi realizada nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e nos espaços públicos da cidade de Parnaíba, Piauí, assim como nas residências das participantes.

Os grupos focais assim como o desenho-estória com tema (Estudos 3 e 4) foram realizados após a coleta de dados dos dois primeiros estudos, sendo utilizado como local para as suas realizações o núcleo de pesquisa vinculado à pesquisadora (Núcleo de Pesquisa e Estudos em Desenvolvimento Humano, Psicologia Educacional e Queixa Escolar – Psiqed), com autorização prévia dos pesquisadores responsáveis pelo núcleo.

5.3. Participantes

Os Estudos 1 e 2 contaram com um total de 64 mulheres que se encaixaram na faixa etária para ser considerada pessoa idosa de acordo com o Estatuto Nacional do Idoso (Brasil, 2003), portanto, mulheres com 60 anos ou mais de idade. Sendo 32 mulheres participantes de grupos de convivência, e 32 não participantes. De acordo com a literatura, em estudos nos quais se pretende fazer uma comparação entre grupos com utilização do software *Iramuteq*, recomenda-se a utilização de no mínimo 20 textos para cada grupo (Camargo, & Justo, 2013). Os Estudos 3 e 4 referentes aos grupos focais e desenho-estória com tema, respectivamente, contaram com a participação de 10 e 6

mulheres idosas, divididas em dois grupos equitativamente, tendo em vista os critérios particulares desses dois métodos.

Como critério de inclusão foi estabelecido a participação frequente em grupos sociais para metade da amostra, e a não participação nos mesmos para a outra metade. Os critérios de exclusão da amostra, referem-se à presença de déficits observáveis que impedissem o preenchimento do instrumento. Os critérios foram estabelecidos de acordo com os objetivos do estudo.

5.4. Instrumentos

- Questionário sócio demográfico (apêndice B), com o objetivo de caracterizar a amostra a partir da coleta de dados referentes a idade, estado civil, renda, religião, se sofre de alguma doença, uso de medicamentos, se tem ou teve depressão em algum momento da vida e se conhece alguém que teve a doença. (Todos os estudos)
- Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) (apêndice C), contendo três palavras estímulos a fim de obter as representações sociais da depressão (Estudo 1).
- Roteiro de entrevista semiestruturada (apêndice D), buscando-se compreender qual o conhecimento das idosas a respeito da depressão e seu tratamento (Estudo 2).
- Roteiro de grupos focais com a temática “Depressão em mulheres idosas” com a finalidade de verificar a lógica por trás das representações expressas a respeito da depressão (apêndice E) (Estudo 3).

- Desenho-estória com tema (apêndice F), objetivando a compreensão mais profunda de sentimentos, cognições e percepções das idosas (Estudo 4).

5.5. Procedimentos

A pesquisa foi submetida ao comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí/UFPI e aprovada, obedecendo todos os critérios de pesquisa realizada com seres humanos de acordo com o disposto na resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer de número 2.689.683 (Anexo). Desta forma, o estudo foi realizado por conveniência em pessoas que se enquadraram no perfil necessário para responder, sendo apresentado e explicado pela pesquisadora o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice A), e, em seguida assinado por cada uma das participantes antes de responderem a entrevista e a Talp.

Antes da realização da pesquisa, foi enfatizado à participante o seu caráter sigiloso anonimato, sendo assegurado que os dados seriam utilizados para fins científicos, bem como esclarecidos os riscos e benefícios da pesquisa. Desta forma, ficou a cargo da participante aceitar participar ou não, estando ciente de que depois do aceite poderia desistir a qualquer momento sem prejuízos. Não houve recusas.

A aplicação dos instrumentos seguiu a seguinte ordem: primeiro o questionário sociodemográfico, com o objetivo de caracterizar a amostra; em seguida, a realização do TALP, contendo duas palavras-estímulo, afim de evocar respostas espontâneas; e, por último, o roteiro de entrevista semiestruturada. Estes instrumentos serviram de subsídio para os Estudos 1 e 2.

Os grupos focais e o desenho-estória com tema foram realizados em uma segunda etapa de coleta de dados e deram subsídio aos Estudos 3 e 4. O objetivo da aplicação dessas outras duas técnicas foi investigar o conhecimento compartilhado e

emergido a partir da interação de um grupo de pessoas que se identificam a partir de uma mesma identidade social. De acordo com Nóbrega e Andrade (2016), é possível com a implementação dos grupos focais, a observação de movimentos grupais que são constitutivos das representações sociais, sendo possível alcançar uma interação e comunicação que irá enriquecer e fazer emergir as representações.

O convite para participação no grupo focal foi realizado logo após a coleta de dados dos dois primeiros estudos. As idosas que se interessaram e aceitaram participar foram contatadas posteriormente e informadas sobre o local e horário do grupo. A caracterização dos grupos focais foi feita de acordo com os parâmetros recomendados por Gatti (2012), os quais indicam que os grupos focais devem contar com a participação de no máximo dez participantes, com sessões com duração de 1 ou 2 horas e meia. No caso deste estudo, os grupos focais tiveram duração de 57 minutos e 30 segundos no grupo formado por idosas participantes de grupos de convivência, e de 58 minutos e 5 segundos no grupo formado por idosas não participantes de grupos.

Com relação ao desenho-estória com tema, a sua realização também ocorreu no supracitado núcleo de pesquisas o qual a pesquisadora faz parte, e teve duração média de 15 minutos. A aplicação se deu de forma individual. Foi pedido para cada idosa participante que fizesse um desenho sobre o que ela pensava sobre depressão e em seguida que pensasse em uma estória para o desenho. A aplicação desse instrumento contou com a colaboração de duas pesquisadoras previamente treinadas.

De acordo com Coutinho e Saraiva (2011), esta técnica é uma importante ferramenta em pesquisas sociais, principalmente àquelas amparadas no aporte teórico das representações sociais, tendo em vista sua possibilidade de apreender sentimentos e percepções muito profundos, que não seriam captadas através de outros instrumentos, servindo neste sentido como um bom método complementar.

5.6. Análise dos dados

Os dados sociodemográficos de todos os estudos foram analisados através de estatísticas descritas no software *IBM SPSS* na versão 23.0. Os dados apreendidos junto as idosas através do Talp (teste de associação livre de palavras) foram analisados pelo software *Iramuteq* por meio da Análise Prototípica. No que tange as entrevistas, também foi empregado o software *Iramuteq* com a utilização da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Referente aos conteúdos obtidos através dos grupos focais e do desenho-estória com tema, a análise foi feita através da análise de conteúdo de Bardin, sendo utilizada a modalidade temática.

6. Estudo 1: Análise prototípica das representações sociais da depressão entre mulheres idosas

Resumo

Este estudo teve como objetivo apreender as representações sociais da depressão entre mulheres idosas. Participaram da pesquisa 64 idosas, divididas em um grupo de idosas participantes de grupos de convivência para idosas (GCI) e um grupo de idosas não participantes, com média de idades de respectivamente 68,6 anos (DP=7,2) e 68,5 (DP=8). Utilizou-se a técnica de associação livre de palavras (TALP) com os estímulos indutores “depressão” e “envelhecimento”, sendo os dados analisados através da análise prototípica pelo software Iramuteq. Os resultados apontaram para RS do envelhecimento positivas para o grupo de idosas participantes de GCI e negativas para idosas não participantes de grupos. Já as RS da depressão se mostraram equivalentes em ambos os grupos, relacionando-se principalmente à tristeza. Ressaltou-se ainda percepções acerca do isolamento e do suicídio enquanto fatores gerados pela depressão. Como conclusão, foi identificado a necessidade e importância de educação em saúde permanente acerca da depressão, enfocando principalmente como público alvo as mulheres idosas.

Palavras-chave: Representações sociais; depressão; idosas

Introdução

No cenário brasileiro se observa este novo paradigma demográfico: a população brasileira está envelhecendo. Esta afirmação tem sido evidenciada no Brasil desde a década de 1980, quando se apontou que o processo de envelhecimento, antes vivenciado por países desenvolvidos, estava acontecendo no país (Camarano, 2014). O envelhecimento deve ser estudado de forma ampliada, levando-se em consideração os aspectos biopsicossociais envolvidos neste processo, tendo em vista as implicações que são trazidas tanto para o âmbito micro como para o macrossocial, pois ele altera a vida dos indivíduos e as demandas dentro da sociedade (Simões, 2016).

É observado junto ao processo de transição demográfica, o estabelecimento de um outro processo definido como feminização da velhice, no qual percebe-se que o número de mulheres idosas é maior que o de homens, havendo, portanto, um predomínio de mulheres idosas na população, tendo em vista que estas tendem a viver em média sete anos a mais que homens (Salgado, 2002).

O fato das mulheres viverem mais que os homens não necessariamente implica que estas irão ter boa qualidade de vida, a literatura aponta que as mulheres vivem em um cenário de desigualdade sócio econômica quando comparado aos homens, em decorrência da geração atual de idosas não ter possuído trabalho remunerado, ou se possuíram recebiam salários inferiores, por ser atribuído a elas o papel de cuidadoras, por vivenciarem em grande escala a viuvez decorrente desta maior longevidade feminina, dentre outros tantos fatores sociais, econômicos e culturais (Belo, 2013; Mesquita, 2017).

Entre as demandas que surgem na velhice feminina, encontram-se as psicopatologias, sendo a depressão uma das mais prevalentes nessa população. A depressão é caracterizada como um transtorno do humor, de natureza multifatorial e multideterminada, que quando acomete idosos se manifesta com particularidades, dentre estas, a questão de seus sintomas serem, por vezes, entendidos como algo normal do envelhecimento (Ferreira, & Tavares, 2013; Marques, 2017). Segundo Frank e Rodrigues (2016) os fatores de risco da depressão em idosos são ser do gênero feminino, o estado civil solteiro (a), ter alguma outra doença psiquiátrica ou outras doenças, fazer uso de muitos medicamentos, ter baixa escolaridade, pertencer a uma classe econômica baixa, ser viúvo ou viúva, ser institucionalizado e ter baixo apoio social.

Desta forma, abordar o estudo do envelhecimento e da depressão a partir do arcabouço teórico das representações sociais (RS) é relevante e justificado no sentido de que os significados socialmente atribuídos a esses fenômenos idiossincráticos estão presentes e tomam forma na organização e interação social (Soares et al., 2014). As RS possibilitam a compreensão de uma forma inerente de conhecimento do mundo, no qual

os grupos constroem partilham um rol de conhecimentos, conceitos e explicações sobre determinado tema, ao longo das conversações interpessoais que estabelecem no dia-a-dia (Brito, Belloni, Castro, Camargo, & Giacomozzi, 2018).

Ainda, as RS podem ser estudadas a partir de uma abordagem processual, ou seja, se embasando em pressupostos qualitativos e priorizando as interações culturais e sociais, ou a partir de uma abordagem estrutural, a qual emprega metodologias que identifiquem a estrutura e o núcleo da RS, para a qual utiliza geralmente técnicas quantitativas (González, Castillo, & González, 2018).

Para abordagem estrutural a RS é formada por um núcleo rígido – matriz e abstrata – e um sistema periférico – parte concreta e operacional no qual ambos elementos (centrais e periféricos) estão em uma dinâmica em que significados, crenças e significações são estabilizados ou destituídos, sendo produto de determinismos sociohistóricos e simbólicos próprios àqueles que estão inseridos em um grupo social (Ribeiro & Antunes-Rocha, 2016). Sob essa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo comparar as estruturas representacionais do envelhecimento e da depressão entre idosas participantes de grupos de convivência e longevas que não participam de grupos.

Método

Tipo de Investigação

Trata-se de um estudo comparativo com abordagem qualitativa, com corte transversal e amostra não-probabilística e por conveniência.

Participantes

A pesquisa contou com a participação de 64 mulheres idosas, divididas em dois grupos comparativos. O primeiro grupo (Grupo 1) foi composto por 32 mulheres participantes de grupos de convivência para idosos (GCI), enquanto o segundo grupo

(Grupo 2) foi composto por 32 mulheres que não participam de grupos de convivência. A média de idade das participantes do Grupo 1 foi de 68,6 anos (DP=7,2) e a média de idade do segundo grupo foi de 68,5 (DP=8).

Instrumentos

Utilizou-se de um questionário sociodemográfico com o objetivo de caracterizar o perfil da amostra, o qual apresentou perguntas referentes a estado civil, religião, renda, presença de doenças crônicas, uso de medicamentos, e a auto declaração se já teve depressão ou conhecia alguém que tivesse. Com o propósito de apreender as representações sociais das idosas utilizou-se a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). Essa técnica consiste na evocação de palavras ou orações a partir de uma palavra-estímulo (objeto de representação em investigação), que pode ser uma palavra ou uma locução, e que permite acessar dimensões latentes as quais estruturam o universo semântico do objeto da representação (Dany, Urdapilleta, & Lo Monaco, 2015).

A Talp é uma técnica projetiva que possibilita que os inqueridos se expressem de forma livre, permitindo acessar os conteúdos formadores das RS, e a atualização de elementos implícitos que poderiam ser velados com a utilização de outras técnicas de apreensão das RS (Valença, Santos, Lima, Santana, & Reis, 2017). Sob esse aspecto, a TALP consistiu na apresentação de duas palavras estímulo, “envelhecimento” e “depressão”. É importante destacar que o preenchimento dos instrumentos levou cerca de 20 minutos no total.

Procedimentos

Inicialmente, a presente pesquisa foi protocolada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, e aprovada através do parecer de nº 2.689.683, portanto, todos os critérios éticos para pesquisas realizadas com seres

humanos foram obedecidos, conforme o ditado nas Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Antes das aplicações dos instrumentos foram apresentados os objetivos e o TCLE aos idosos, destacando o caráter sigiloso e o anonimato em relação aos dados fornecidos, bem como foram esclarecidos os riscos e benefícios da pesquisa, ficando a encargo do participante aceitar participar ou não, estando ciente de que depois de consentir poderia desistir a qualquer momento sem prejuízo.

O processo de aplicação dos instrumentos teve a seguinte ordem: inicialmente foi aplicado o questionário sociodemográfico, com o propósito de caracterizar o perfil da amostra e em seguida a aplicação da TALP. Apresentou-se cada palavra indutora da TALP, sendo solicitado cinco evocações para cada palavra-estímulo. O instrumento foi aplicado pela autora com o auxílio de duas pesquisadoras previamente treinadas. Algumas idosas participantes tiveram dificuldade de entendimento sobre o funcionamento da técnica, o que necessitou de mais algum tempo para que essa explicação fosse esclarecida. Dessa forma, o tempo médio de aplicação foi de 25 a 30 minutos.

Análise dos Dados

Os dados procedentes dos questionários sociodemográficos foram submetidos a estatísticas descritivas com auxílio do software IBM SPSS 25, com o propósito de traçar o perfil da amostra. Já os dados provenientes da TALP foram tabulados em uma planilha do *software* Apache Open Office. Na sequência, as evocações foram reunidas de acordo com critérios semânticos, ou seja, agruparam-se as palavras com proximidade semântica por meio do processo de sinonímia. Em seguida importou-se o banco de dados pelo programa IRaMuTeQ versão 0.7 alpha 2, o qual realiza análises lexicais por meio de cálculos estatísticos ancorado no software R (Justo & Camargo, 2014).

Para tanto, utilizou-se o método de análise prototípica para tratamento dos dados obtidos pela TALP. Vale ressaltar que foram utilizados os parâmetros padrão do IRaMuTeQ para as análises, conforme o recomendado pelos manuais (Camargo & Justo, 2013). A análise prototípica, também conhecida como análise das evocações ou técnica do quadro das quatro casas é uma das técnicas mais utilizadas para exploração da estrutura das RS (Wachelke, Matos, & Wolter, 2016). Consoante os teóricos supracitados, para identificar o que é ativado quando o indivíduo pensa no objeto a análise prototípica investiga a relação entre o objeto e a RS a partir de dois critérios em relação às evocações: o primeiro é a frequência de cada evocação, ao passo em que o segundo é a ordem média de evocação, ou seja, posição média em que a evocação se expressa dentre os termos evocados por cada participante.

Nesse sentido, a análise prototípica permite a elaboração de gráficos a partir das frequências das palavras evocadas e suas ordens médias de evocações (Natividade & Camargo, 2012), em que duas retas com seus pontos de corte cruzam o plano segmentando-o em quatro zonas (Camargo & Justo, 2013), tendo como resultado uma estrutura gráfica de quatro quadrantes. De acordo com os autores mencionados, nessa estrutura o primeiro quadrante é o núcleo central (NC), o segundo a primeira periferia, o terceiro conhecido como zona de contraste e o último denominado por segunda periferia.

A zona do núcleo central é formada por palavras com elevada frequência e baixa ordem média de evocação (OME), ou seja, são evocações fornecidas por grande parte dos participantes e que são evocadas prontamente. Por outro lado, a primeira periferia expressa as respostas com alta frequência e elevada OME, em outras palavras, são termos de evocação tardia e muito recorrentes, os quais complementam o NC (Wachelke & Wolter, 2011).

Na zona de contraste as palavras são prontamente evocadas, contudo sua frequência é baixa, o que a coloca como uma zona que pode complementar a primeira periferia ou sugerir a existência de um subgrupo, o que pode representar um outro NC para uma parcela dos participantes. Na segunda periferia, último quadrante, encontram-se os elementos menos frequentes e evocados por último (Dany et al., 2015), o que sugere aspectos menos relevantes para a estrutura representacional, tendo em vista que representam aspectos mais singulares dos participantes e não necessariamente a RS do grupo.

Resultados

As idosas participantes da pesquisa foram divididas de forma pareada em dois grupos, um grupo constituído por participantes de GCI (grupo 1) e outro formado por não-participantes de grupos (grupo 2), distribuídas equitativamente.

O grupo 1 foi constituído por idosas entre 60 e 85 anos de idade e média de idade de 68,6 anos (DP=7,2), grande parte casadas (50%), em sua maioria católicas (87,5%), com renda média familiar de um salário mínimo (62,5%). Já o grupo 2 foi formado por gerontes de 60 a 84 anos idade, com média de idade de 68,5 (DP=8), em sua maioria casadas (46,9%), em grande parte católicas (78,1%), e com renda de um salário mínimo (75%).

Em relação às RS do envelhecimento, as seis palavras que provavelmente se referem a elementos pertencentes ao núcleo central (NC) da representação social sobre envelhecimento para o grupo 1 são “felicidade”, “saúde”, “Deus”, “solidão”, “vida”, e “alegria”, ambas com altas frequências (superiores a 3,07) e OME abaixo de 2,8 (ver Tabela 1). Nesse sentido, para essas idosas o envelhecimento é objetivado em felicidade e alegria, provavelmente por poderem desfrutar de um envelhecimento com saúde. Além do mais, as idosas ancoram suas RS em Deus, o qual para elas é responsável pelas

suas vidas, ou seja, presume-se que estas idosas atribuem o envelhecimento como uma dádiva por terem chegado à velhice.

Tabela 1

Análise prototípica das RS do envelhecimento para o grupo 1

		Zona Central		Primeira Periferia		
		OME ≤ 2.8		OME > 2.8		
	Palavra	f	OME	Palavra	f	OME
$f \geq 3.07$	Felicidade	8	2.5	Doença	7	3.6
	Saúde	6	1.8			
	Deus	5	2.2			
	Solidão	5	2.4			
	Vida	4	2.8			
	Alegria	4	2.8			
		Zona de Contraste		Segunda Periferia		
		OME ≤ 2.8		OME > 2.8		
	Palavra	f	OME	Palavra	f	OME
$f \leq 3.07$	Amizade	3	2.7	Ruim	3	3.7
	Juventude	2	2.5	Experiência	3	3.3
	Dependente	2	2.5	Família	3	4
	Respeito	2	2.5	Bom	3	3
	Amor	2	2	Cuidado	2	4.5
	Fé	2	2.5	Aposento	2	3
	Boa	2	1	Atividade	2	3.5
	Eu mesma	2	1	Dificuldade	2	3
				Idade	2	3
				Abandono	2	3.5
				Luta	2	4
				Compreensão	2	3.5
				Lazer	2	3

Na primeira periferia apenas um elemento foi classificado, o elemento periférico “doença”. Esse elemento assume uma posição oposta em relação ao elemento central “saúde”, o que sugere que para uma parcela das idosas, a falta de saúde, isto é, a presença de doenças é mais nítida durante o envelhecimento.

No quadrante seguinte (zona de contraste) observa-se a relação entre os seus elementos com alguns elementos centrais e da primeira periferia. Nesse sentido, o termo “amizade” contrasta com o vocábulo “solidão”, o que se presume que com o envelhecimento as amizades diminuem e a solidão é mais visível. Do mesmo modo, o elemento contrastante “dependente” aparenta ter uma relação com o termo da primeira periferia “doença”, o que sugere que durante o envelhecimento e a maior presença de doenças há uma tendência a se tornar dependente de cuidados.

Não obstante, “fé” aparenta complementar o elemento central “Deus”. E de modo semelhante o termo “amor” pode estar relacionado com os elementos “felicidade” e “alegria”, o que denota uma ancoragem na dimensão psicoemocional do envelhecimento por essas idosas. Vale destacar que a expressão “eu mesma” pode apresentar uma relação com a maioria dos elementos dos quadrantes anteriores, o que denota um processo de identificação das participantes a partir da ancoragem em diversas características que representam o envelhecimento para estas. Já no último quadrante, segunda periferia, constata-se elementos bastante diversos, o que sugere representações individuais das participantes do grupo 1.

Para as idosas do grupo 2 se evidenciam elementos centrais tanto positivos quanto negativos, o que reitera o caráter heterogêneo das RS do envelhecimento. Nesse aspecto, elementos como “bom”, “tristeza”, “experiência” e “morte” se sobressaem na estrutura do NC da representação (ver Tabela 2). Dessa maneira, as idosas objetivam na dimensão atitudinal da RS do envelhecimento a partir do termo “bom”, o qual presume-

se que se ancora na “experiência” angariada. De encontro ao que foi exposto, as idosas do grupo 2 objetivam o envelhecimento como “tristeza”, qual pode estar ancorado na RS da “morte”, ou seja, por essas idosas pensarem que ao envelhecer estas se aproximam da finitude o envelhecimento representa um sentimento de tristeza.

No segundo quadrante, destaca-se o sistema periférico, o qual dá sustentação ao NC e complementa novos conteúdos. No que se refere ao conteúdo representacional da primeira periferia nota-se uma proximidade entre seus elementos e as evocações do NC, por exemplo, o termo “cuidado” (periférico) com o termo “bom” (central), ou, ainda, o elemento da primeira periferia “doença” e sua relação com o elemento central “tristeza”. Também a evocação “preocupação” (primeira periferia) e “morte” (zona central). E, por fim, a ligação entre “velho” e “experiência”.

Desse modo, para as idosas do grupo 2 ao se pensar na experiência, mais visível durante amadurecimento, se tem como figura objetivada o velho, ou idoso, produto final do envelhecimento. Ainda, para essas participantes o envelhecimento ancora-se na doença, a qual é objetivada por sentimento de tristeza. Além do mais, essas doenças podem levar a morte, o que é fonte de preocupação por essas idosas, portanto, é fundamental adotar bons cuidados.

No que tange o terceiro quadrante, em que expressa os elementos periféricos contrastados, ou seja, com baixa frequência, porém prontamente evocados, nota-se que os seus elementos se aproximam tanto dos elementos centrais quanto dos elementos da primeira periferia. O termo “sabedoria” pode ter uma relação com os elementos “experiência” (zona central) e “velho” (primeira periferia) tendo em vista que com o processo de envelhecimento e a experiência acumulada ao longo do curso de vida, ao tornar-se idosa espera-se uma maior sabedoria.

Ainda, o termo “velho” pode ter uma relação com os elementos contrastantes “idade” e “desrespeito”, o que se presume que com o chegar da idade e tornar-se idosa há um maior desrespeito. Também se deduz que há uma proximidade entre a palavra “trabalho” (zona de contraste) e os vocábulos “velho” e “preocupação” (primeira periferia), o que denota o sentido de que ao envelhecer e ficarem mais velhas há uma preocupação por parte destas idosas de dar trabalho para os cuidadores.

Tabela 2

Análise prototípica das RS do envelhecimento para o grupo 2

		Zona Central				Primeira Periferia	
		OME ≤ 2.72				OME > 2.72	
		Palavra	f	OME	Palavra	f	OME
$f \geq 2.73$	Bom	6	1.2	Cuidado	5	3.4	
	Tristeza	4	2.5	Doença	4	3	
	Experiência	4	2.5	Velho	3	3.7	
	Morte	3	2.3	Preocupação	3	3	
		Zona de Contraste				Segunda Periferia	
		OME ≤ 2.72				OME > 2.72	
		Palavra	f	OME	Palavra	f	OME
$f \leq 2.73$	Sabedoria	2	2	Alegria	2	3.5	
	Trabalho	2	2	Aceitação	2	3	
	Desrespeito	2	2.5	Cansaço	2	3.5	
	Idade	2	1	Vaidade	2	4	
	Dores	2	2.5	Solidão	2	4	
	Horrrível	2	1	Lazer	2	4.5	
					Saúde	2	3.5
				Felicidade	2	3	

Não obstante, se pressupõe que há uma relação entre “doença” e “dores”, as quais muitas vezes acabam por se confundir durante o envelhecimento e que necessitam

de cuidados. Além do mais, se pode pensar no contraste entre a evocação “horrível” e o elemento central “morte”, o que denota que para as idosas do grupo 2, ao se representar o envelhecimento e ancorar na finitude objetiva-se no medo, em outros termos, para essas idosas a ideia da morte próxima é horripilante.

O último quadrante, com elementos que formam a segunda periferia, desvela a possibilidade das transformações nas RS atribuídas ao envelhecimento, já que estes permitiram variações pessoais e heterogêneas, sem relação direta com o NC. No presente quadrante observa-se um destaque para dimensões biológicas, como o “cansaço” e “saúde”; psicológicas, como a “aceitação” do envelhecimento, “solidão” e “ vaidade”; afetivas, tais como “alegria” e “felicidade”; e sociais, objetivadas pelo lazer.

De forma geral, ao se comparar a estrutura representacional do envelhecimento entre os dois grupos de idosas contata-se que estes compartilham alguns elementos entre as distintas zonas, bem como apresentam uma relação de aproximação e por vezes de oposição, como é o caso dos elementos centrais “felicidade” e “vida” (grupo 1) com “tristeza” e “morte” (grupo 2). Assim, se deduz que a RS do envelhecimento para as idosas participantes de GCI assume um contorno mais positivo em relação às idosas que não participam de grupos (grupo 2).

É interessante notar que os dois grupos compartilharam a evocação “doença” no mesmo quadrante (primeira periferia), o que sugere que há uma representação implícita do envelhecimento enquanto enfermidade. Ainda, novamente se evidencia uma relação de oposição entre as evocações dos dois grupos, dessa vez o confronto se dá na zona de contraste, a partir dos antônimos “respeito” (grupo 1) e “desrespeito” (grupo 2). Destarte, as idosas de grupos de convivência por terem uma maior compreensão dos seus direitos provavelmente associam o envelhecimento ao respeito enquanto cidadãs, ao contrário do outro grupo de idosas.

Em suma, nota-se que apesar de ambos os grupos apresentarem RS do envelhecimento bastante heterogêneas nota-se que o grupo 2 destaca principalmente os aspectos negativos de se envelhecer, ressaltando a dimensão biológica (doenças, dores, morte), enquanto o grupo 1 apresenta uma RS mais positiva do envelhecimento, evidenciando principalmente seus aspectos psicoemocionais, o que vai de encontro ao pensamento do universo consensual que representa o envelhecimento e a velhice como uma fase da vida depressiva.

No que se refere às RS da depressão, no primeiro quadrante (zona central), as principais palavras evocadas foram “ruim” ($f = 15$, OME = 2,4), “tristeza” ($f = 12$, OME = 2,3) e “medo” ($f = 5$, OME = 2,4). Nota-se uma maior proximidade, tanto em frequência absoluta, quanto em hierarquização (baixa OME), entre os vocábulos “ruim” e “tristeza” (ver Tabela 3), o que evidencia que para as idosas do grupo a parte concreta da RS da depressão é objetivada no traço mais marcante da depressão, que é a alteração do humor, bem como estas objetivam na dimensão atitudinal da RS da depressão, atribuindo valoração negativa a esta, representando a depressão como algo ruim, e temido (medo).

Tabela 3

Análise prototípica das RS da depressão para o grupo 1

		Zona Central		Primeira Periferia			
		OME ≤ 2.58		OME > 2.58			
$f \geq 4.22$	Palavra	<i>f</i>	OME	Palavra	<i>f</i>	OME	
		Ruim	15	2.4	Morte	7	3
		Tristeza	12	2.3			
		Medo	5	2.2			
		Zona de Contraste		Segunda Periferia			
		OME ≤ 2.58		OME > 2.58			
$f \leq 4.22$	Palavra	<i>f</i>	OME	Palavra	<i>f</i>	OME	

Suicídio	4	2.5	Raiva	3	3.3
Doença	4	1.2	Isolamento	3	3.3
Problema	3	1.3	Deus	3	3.7
Assustada	2	1.5	Descrença	3	3
Pessimismo	2	2	Choro	2	3.5
Angústia	2	2	Solidão	2	5
Cabeça	2	2.5	Preocupação	2	4

Na primeira zona periférica, a palavra “morte” é a mais frequente, embora em menor hierarquização (alta OME), o que denota que esta foi bastante recorrente nas evocações das idosas do grupo, contudo a palavra “morte” assume uma posição de menor relevância para as participantes no que se refere a estrutura da RS da depressão. Entretanto, apesar de não se encontrar no primeiro quadrante, este termo merece destaque, haja vista que mantém relação estreita com os elementos centrais, já que ao pensar na morte desperta reações emocionais nas idosas, como o medo e a tristeza.

Nesse sentido, se reafirma a depressão como algo “ruim” (elemento central), porque esta pode levar à morte (por suicídio, na maioria das vezes). As idosas do grupo 1, por participarem de GCI, os quais contam com um quadro de profissionais como psicólogos e assistentes sociais, provavelmente possuem um maior contato com campanhas frente o suicídio (Setembro Amarelo, por exemplo) e as implicações da depressão, o que pode explicar essa associação entre a depressão e a morte.

Os elementos da zona de contraste apresentam RS próximas da zona central, como se pode notar através dos termos “assustada” e “angústia”, os quais podem ter relação com os vocábulos “medo” e “tristeza”, respectivamente, o que reforça que para as idosas do grupo 1 a depressão é temida pelas participantes por eliciar sentimentos indesejáveis.

Otra palavra evocada foi “suicídio”, a qual provavelmente está relacionada com o elemento periférico “morte” (primeira periferia), o que reitera que a morte é um elemento implícito das RS da depressão para essas longevas. Já os elementos contrastantes “doença” ($f = 4$, OME = 1,2) e “problema” ($f = 3$, OME = 1,3) se aproximam quanto à ordem de evocação, sendo as primeiras palavras evocadas diante da palavra-estímulo, e compartilham sentidos próximos, isto é, para as respondentes a depressão é representada como doença ou problema (de saúde).

De forma semelhante, os vocábulos “pessimismo” e “cabeça” aparentam se relacionarem, isto é, de acordo com as mulheres com mais de 60 anos do grupo 1 a depressão é caracterizada por alterações do pensamento, de modo que aqueles sujeitos que apresentam tal enfermidade apresentam principalmente pensamentos negativos. Sob esse aspecto, constata-se representações distintas das encontradas no NC, o que se presume a existência de um subgrupo dentre as inqueridas que objetiva a RS da depressão enquanto doença psíquica que é marcada por alterações cognitivas, o que pode sugerir a existência de um outro NC.

No último quadrante, em que apresenta elementos que constituem a segunda periferia, se demonstra a possibilidade das transformações nas RS atribuídas a depressão, dado que estes possibilitaram representações individuais e heterogêneas, sem relação estreita com o NC, isto é, com a RS da depressão.

Na referida zona constata-se um destaque para dimensões fisiológicas, representadas pelo “choro”; afetivas, objetivadas pelos termos “raiva” e “preocupação”; psicossociais, ao se objetivar “solidão” e “isolamento”; e espirituais, as quais se objetivam nos vocábulos “descrença” e “Deus”. Diante disso, se evidencia que para pequena parcela das idosas a depressão é ocasionada pela falta de fé em Deus, e que a

mesma se caracteriza pela solidão, dado o isolamento do sujeito depressivo, e se expressa através da raiva e do choro excessivo.

Em relação às idosas do grupo 2, no que tange sobre as RS da depressão, observa-se uma semelhança entre o NC da representação entre essas longevas e aquelas do grupo anterior, de modo que compartilham todas as evocações do grupo 1 (tristeza, medo, ruim), divergindo apenas em relação ao termo “doença”, que é próprio da zona central do grupo 2 (ver Tabela 4). Convém destacar que para o grupo 2 a definidora “tristeza” apresenta um maior peso ($f = 18$, OME = 2,2) em relação a mesma evocação do grupo anterior, o que significa que a tristeza é elemento marcante da RS da depressão para as idosas do segundo grupo.

Tabela 4

Análise prototípica das RS da depressão para o grupo 2

		Zona Central		Primeira Periferia		
		OME ≤ 2.57		OME > 2.57		
	Palavra	f	OME	Palavra	f	OME
$f \geq 4.16$	Tristeza	18	2.2	Isolamento	6	2.7
	Medo	7	2.3			
	Ruim	6	1.3			
	Doença	6	1.7			
		Zona de Contraste		Segunda Periferia		
		OME ≤ 2.57		OME > 2.57		
	Palavra	f	OME	Palavra	f	OME
$f \leq 4.16$	Angústia	3	2	Choro	4	3
	Descrença	3	2	Preocupação	4	3.2
	Baixa autoestima	2	1.5	Sufrimento	3	3.7
				Perigosa	3	2.7
				Fé	2	4.5
				Suicídio	2	3.5

Insônia	2	4
Força	2	3.5
Conversa	2	3
Desânimo	2	5
Coragem	2	4

O termo “doença” o qual se encontra na zona de contraste do grupo 1 e indica a possibilidade de existência de um outro núcleo da RS, no grupo 2 esse mesmo vocábulo se expressa como elemento central, o que significa que para esse grupo a depressão é tida como uma enfermidade da qual as participantes tem medo, e que a mesma se expressa através da tristeza, sendo considerada como algo ruim.

Já na primeira zona periférica a palavra “isolamento” foi a mais significativa para o segundo grupo e que mantém estreita relação com os elementos do NC, o que demonstra que para essas idosas a depressão é uma doença que tem como sintoma uma tristeza patológica, e que a mesma pode implicar no isolamento do sujeito, ou ainda, pode ser agravada pela diminuição da participação social, sendo algo ruim para o indivíduo depressivo. Desse modo, as idosas do grupo 2, possivelmente por não contarem com um grupo de pares como aquelas do grupo 1, salientam o isolamento como elemento subjacente das RS da depressão.

Dentre os elementos contrastantes se observou um menor repertório de evocações, sendo estas, “angústia”, “descrença” e “baixa autoestima”, de maneira que apenas o primeiro termo também fora compartilhado pelas idosas do grupo anterior na mesma zona. Isto posto, percebe-se que a “angústia” mantém uma relação com o termo “tristeza” o que denota que a depressão se manifesta pelas alterações afetivas.

Já o vocábulo “descrença”, em que se apresentou como representações individuais (segunda periferia) para algumas idosas do grupo 1 aparenta adquirir o

status de núcleo da RS da depressão para algumas idosas do grupo 2. Diante disso, para estas, a depressão é ocasionada pela falta de fé do indivíduo, por não ir buscar a Deus, o que demonstra a relação da depressão com a dimensão espiritual, ou seja, a religiosidade enquanto fator de prevenção para depressão.

Por fim, ainda em relação a zona de contraste, a locução “baixa autoestima” pode estar relacionada com o “isolamento”, pois para essas idosas o sujeito depressivo tende a isolar-se por conta da sua autoimagem, bem como essa ausência de participação social pode contribuir para agravar a sua autoestima, eliciando angústia e sentimento de tristeza.

Na segunda zona periférica, a qual apresenta elementos de baixa frequência e de evocação tardia (elevada OME), constata-se a presença de representações individuais de algumas idosas do grupo 2 no que se refere a depressão. Como pode ser visualizado na tabela 4, apresentam-se duas palavras referentes a aspectos fisiológicos da depressão (choro, insônia); três evocações que se referem a aspectos psicológicos (preocupação, sofrimento, desânimo).

Além das já citadas, duas definidoras que podem estar relacionadas ao manejo da depressão (conversa, fé); duas palavras que dizem sobre aspectos de enfrentamento (força, coragem); e dois termos que evidenciam agravos desta enfermidade (perigosa, suicídio). Tal qual o grupo 1, se evidencia a presença de representações bastante heterogêneas na segunda periferia para o grupo 2, o que reitera o caráter singular dessa zona periférica em relação a estrutura da RS da depressão.

Discussão

A partir dos resultados encontrados, percebe-se nas respostas das participantes a difícil diferenciação entre os construtos “velhice” e envelhecimento”. De acordo com Favoretto et al (2017), o envelhecimento é um processo orgânico que ocorre ao longo de

toda a vida, iniciando-se no nascimento e cessando na morte do indivíduo. Ficou evidente o contraste de respostas nas RS de idosas provenientes de GCI e idosas que não participam de grupos, enquanto o grupo 1 apresentou respostas mais positivas, o grupo 2 apresentou uma percepção mais ligada a aspectos negativos como a morte. A forma como o envelhecimento é vivenciado e percebido pelo idoso é fundamental para uma melhor adaptação a essa fase da vida, e para isto é necessário um equilíbrio entre aspectos bons e ruins (Pedrosa, Duque, & Martins, 2016).

As concepções negativas do envelhecimento relacionadas a aspectos biológicos observadas nas RS do grupo 2 podem estar relacionadas às demandas da sociedade contemporânea, na qual se cultua um corpo ativo, ao passo em que com o envelhecimento surgem demandas relacionadas a uma maior suscetibilidade a alterações fisiológicas no organismo, desta forma pode surgir com isso o medo e a depressão no idoso (Araújo, & Carlos, 2018).

À medida que as RS sobre o envelhecimento se mostraram opostas, as RS a respeito da depressão mostraram ser equivalentes nos dois grupos, destacando palavras como “tristeza” e “ruim”. Levando em consideração que as idosas de ambos os grupos tiveram uma percepção negativa de envelhecimento em seu núcleo periférico relacionando-o a doenças, Paschoal (2017) destaca uma relação forte entre o medo de tornar velho, isolamento social e solidão com depressão e uma má percepção de saúde.

Uma baixa participação social pode ser um fator de risco para o isolamento e para a manutenção do sentimento de solidão, que por sua vez podem ser fatores de risco para o aparecimento de depressão (Pinto, & Neri, 2017). De acordo com esses autores, a participação de idosos em grupos pode motivá-los a participar de outras atividades bem como seguir orientações sobre saúde e prevenção de doenças. A incapacidade,

principalmente a incapacidade de participar de atividades sociais e de autocuidado, está fortemente relacionada ao aparecimento de depressão tardia (Verhaak et al, 2014).

De modo geral, ao se realizar a comparação entre as estruturas representacionais da depressão para as idosas dos dois grupos constata-se que estas compartilham praticamente o mesmo NC da representação, de modo que se sobressai a tristeza como elemento objetivado da RS do objeto investigado. Além disso, as idosas de ambos os grupos se ancoram na dimensão atitudinal da RS da depressão, atribuindo um valor negativo (ruim) a esse objeto socialmente enraizado. Não obstante, as participantes ressaltam o temor frente a essa doença, o que sugere que ao ancorarem nos sintomas e características da depressão há uma objetivação no medo de serem acometidas por essa enfermidade.

Em relação aos conteúdos expressos no sistema periférico da representação percebeu-se algumas distinções em relação aos grupos. O grupo 2 em suas evocações ressaltou aspectos afetivos e psicossociais em relação a depressão, como a angústia, baixa autoestima, isolamento. Enquanto o grupo 1 salientou em suas evocações aspectos relacionados às alterações do pensamento e sobre o suicídio. Diante disso, se evidencia que as idosas deste grupo, por estarem inseridas em um meio (GCI) em que se discute de forma mais aprofundada acerca da saúde mental, estas se municiam de conhecimentos do universo reificado, o que pode explicar uma RS menos estereotipada da depressão.

Os grupos de convivência são importantes lugares para a interação e integração de novos saberes tanto pelos idosos quanto pelos profissionais, que atuam a partir de uma perspectiva multidisciplinar (Bortolozza, Krahl, & Biasus, 2005). Estudo realizado por Borges et al (2013) encontrou resultados que mostram a participação em grupos de convivência como fator protetivo, tendo em vista que estes possibilitam a manutenção

de uma rede social, porém, o autor aponta que não se pode definir uma relação direta entre participar de grupos e não ter depressão.

De modo geral, sugere-se como futuros estudos a análise da RS do elemento “doença” e sua relação com o envelhecimento sob a percepção de idosas, tendo em vista sua alta frequência, e sua OME mais alta que o ponto de corte (2,8). Sugere-se ainda que sejam realizados estudos de RS acerca da relação entre o suicídio e a depressão.

Espera-se que os resultados encontrados nesse estudo possam servir como escopo para futuras intervenções psicossociais que tratem sobre o tema depressão pensando em um público alvo composto de mulheres idosas. Além disso, é esperado que este estudo possa ter contribuído de alguma forma como uma intervenção no conhecimento e pensamentos que as idosas participantes tinham acerca da depressão, tendo em vista a emergência e relevância desse tema atualmente.

Referências

- Araújo, L. F. & Carlos, K. P. T. (2018, maio/outubro). Sexualidade na velhice: um estudo sobre o envelhecimento LGBT. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(1), 218-237. Doi: <http://dx.doi.org/10.26864/pcs.v8.n1.10>
- Belo, I. (2013). Velhice e mulher: vulnerabilidades e conquistas. *Revista Feminismos*, 1(3), 1-20. Retirado de: <http://www.feminismos.neim.ufba.br/index.php/revista/article/viewFile/84/82>
- Borges, L. J., Benedetti, T. R. B., Xavier, A. J., & D'Orsi, E. (2013). Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 701-710. Doi:10.1590/S0034-8910.2013047003844
- Bortolanza, M., Krahl, S., & Biasus, F. (2005). Um olhar psicopedagógico sobre a velhice. *Revista Psicopedagogia*, 22(68), 162-70. Recuperado de: <http://www.revistapsicopedagogia.com.br/detalhes/428/um-olhar-psicopedagogico-sobre-a-velhice>
- Brito, A. M. M., Belloni, E., Castro, A., Camargo, B. V., & Giacomozzi, A. I. (2018). Representações sociais do cuidado e da velhice no Brasil e Itália. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, 1-11. doi: 10.1590/0102.3772e3455
- Camarano, A. A. O. (org.) (2014). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Retirado de: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_regime_demografico.pdf
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. doi: 10.9788/TP2013.2-16
- Dany, L., Urdapilleta, I., & Lo Monaco, G. (2015) Free associations and social representations: some reflections on rank-frequency and importance-frequency methods. *Quality & Quantity*, 49, 489-507. doi: 10.1007/s11135-014-0005-z

- Favoretto, N. C. et al. (2017). Portal dos idosos: desenvolvimento e avaliação de um *website* com informações sobre o processo de envelhecimento e as principais alterações fonoaudiológicas que acometem os idosos. *CoDAS*, 29(5), 1-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20172017066>
- Ferreira, P. C. S. & Tavares, D. M. S. (2013). Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 401-407. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200018>
- Frank, M. H., & Rodrigues, N. L. (2016). Depressão, Ansiedade, Outros Transtornos Afetivos e Suicídio. In Freitas, E. V., & Cols. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 477-495). Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan
- González, A. M. R., Castillo, R. D., & González, M. P. L. (2018, jan-mar). Construcción de las Representaciones Sociales de la Calidad de Vida en diferentes etapas de la edad adulta. *Cuaderno Venezolano de Sociología*, 27(1), 149-167.
- Justo, A. M. & Camargo, B. V. (2014). Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais. In C. Novikoff, S. R. M. Santos, & O. B. Mithidieri (orgs.) *Caderno de artigos: X SIAT & II Serpro* (p. 37-54). Duque de Caxias: Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy” – UNIGRANRIO. Recuperado de <https://lageres.wordpress.com/>
- Marques, J. F. S. et al. (2017). Transtorno depressivo maior em idosos não institucionalizados atendidos em um centro de referência. *Arquivos de Ciência e Saúde*, 24 (4), 20-24. Doi: doi.org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.804
- Mesquita, A. A. (2017). Envelhecimento populacional e relações de gênero: Velhos dilemas e novos desafios. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress*, Florianópolis. Retirado de: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499640460_AR

- QUIVO_MESQUITA,A-
ENVELHECIMENTOPOPULACIONALERELACOESDEGENEROPdf
- Natividade, J. C., & Camargo, B. V. (2012). Elementos da representação social da AIDS agrupados em dimensões: Uma técnica estrutural. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(2), 193-196. doi: 10.1590/S0102-37722012000200007
- Paschoal, S. M. P. (2017). Qualidade de Vida na Velhice. In: E. V. Freitas & L. Py (eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia* (4. ed.) (pp. 262-278). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pedrosa, P., Duque, R., & Martins, R. (2016, junho). Suicídio no Idoso – O Antecipar da Morte. *PsiLogos*, 14(1), 50-56. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180014>
- Pinto, J. M. & Neri, A. L. (2017). Participação Social e Envelhecimento. In: E. V. Freitas & L. Py (eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia* (4. ed.) (pp. 3441-3459). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ribeiro, L. P. & Antunes-Rocha, M. I. (2016). História, abordagens, métodos e perspectivas da Teoria das Representações Sociais. *Psicologia & Sociedade*, 28(2), 407-409. doi: 10.1590/1807-03102016v28n2p407
- Salgado, C. D. S. (2002). Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento*, 4, 7-19. Retirado de: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4716/2642>
- Simões, C. C. S. (2016). Relações entre as Alterações Históricas na Dinâmica Demográfica Brasileira e os Impactos Decorrentes do Processo de Envelhecimento da População. *Estudos e Análises Informação Demográfica e Socioeconômica*, 4. Retirado de: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98579.pdf>
- Soares, C., Marques, A. M., Silva, M. G., Cerqueira, A., Bonança, I. & Arguello, P. (2014). Are social representations of positive ageing really effective? The ageing

- process through the eyes of elderly. *Journal of Spatial and Organizational Dynamics*, 2(2). 41-54. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/6533>
- Valença, T. D. C., Santos, W. S., Lima, P. V., Santana, E. S., & Reis, L. A. (2017). Deficiência física na velhice: um estudo estrutural das representações sociais. *Escola Anna Nery*, 21(1), 1-8. doi: 10.5935/1414-8145.20170008
- Verhaak, P. F. M., Dekker, J. H., De Waal, M. W. M., Van Marwijk, H. W. J., & Comijs, H. C. (2014). Depression, disability and somatic diseases among elderly. *Journal of affective disorders*, 167, 187-191. Doi:10.1016/j.jad.2014.05.057.
- Wachelke, J., & Wolter, R. (2011). Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 521-526. doi: 10.1590/S0102-37722011000400017
- Wachelke, J., Wolter, R., & Matos, F. R. (2016). Efeito do Tamanho da Amostra na Análise de Evocações para Representações Sociais. *Liberabit*, 22(2), 153-160. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v22n2/a03v22n2.pdf>

7. Estudo 2: Depressão em idosas: uma análise das representações sociais

Resumo

A presente pesquisa buscou apreender as representações sociais da depressão e o seu tratamento entre mulheres idosas. O estudo propôs uma análise comparativa entre mulheres idosas participantes de grupos de convivência para idosos (GCI) e mulheres não participantes de grupos. Participaram do estudo 64 idosas. Como instrumentos foram utilizados um questionário sociodemográfico e um roteiro de entrevista semiestruturado, que foram analisados respectivamente através do software SPSS e do Iramuteq. Os resultados mostraram não haver diferença significativa nas RS da depressão entre os dois grupos participantes, apesar de apontarem uma diferenciação nas RS do tratamento, as quais as idosas participantes de GCI apresentaram uma amplitude maior de características. Os dados apontaram ainda uma possível relação entre melhores condições financeiras e grau mais satisfatório de conhecimento sobre a depressão.

Palavras-chave: Depressão; Idosas; Representações Sociais

Introdução

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno recente que tem sido discutido por diversas áreas do conhecimento, englobando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais desse processo global. No Brasil essa transição demográfica se deve, dentre outros fatores, a uma acentuada redução nos níveis de mortalidade e posterior redução de taxas de fecundidade (Fundação Oswaldo Cruz, 2013). A Organização das Nações Unidas ([ONU], 2017) assinala que 64% de todas as pessoas mais velhas encontram-se em regiões menos desenvolvidas atualmente, tendo-se a perspectiva de que esse total deve subir para 80% até o ano de 2050.

No que diz respeito aos aspectos sociodemográficos do envelhecimento, um fato vem chamando atenção e tem se destacado com relação a essa população, a chamada feminização da velhice, fenômeno decorrente de uma maior proporção de mulheres idosas, sendo então a velhice composta majoritariamente por este grupo. A população de mulheres idosas encontra-se em maior percentual em todas as faixas etárias (desde

coortes de 60 anos até as de 90 anos), com projeções que apontam a continuação desse percentual maior de mulheres (Mesquita, 2017).

Pode-se destacar diversos desafios são vivenciados pelas mulheres idosas, estes podem, em alguns casos, se constituir como fatores de risco para o aparecimento de psicopatologias como a depressão. O gênero feminino tem sido o principal fator associado à depressão em idosos nos estudos recentes (Marques et al., 2017; Calha, Arriaga, & Cordeiro, 2014; Lampert & Scortegagna, 2017). A depressão caracteriza-se como uma psicopatologia com forte impacto funcional em todas as faixas etárias em que ocorre, sendo composta de uma natureza multifatorial que envolve aspectos de ordem biológica, psicologia e social (Machado & Gordilho, 2016).

Alguns dos fatores considerados de risco para o surgimento da depressão em mulheres idosas são viuvez (Cohen, Paskulin, Prieb, & Giglioli, 2015); déficit cognitivo e dor crônica (Borges et al., 2013); tabagismo (Ramos, Carneiro, Barbosa, Mendonça, & Caldeira, 2015); maior uso de medicamentos (Rocha & Werlang, 2013); dependência funcional (Lima, Silva, & Ramos, 2009); percepção negativa de saúde (Bretanha et al, 2015); baixo nível econômico (Lampert & Scortegagna, 2017).

Evidencia-se na literatura atual sobre o tema uma carência de estudos voltados para as questões psicossociais, levando-se em consideração que estas aparecem nos estudos sobre prevalência, porém sem um maior aprofundamento sobre este tema psicogerontológico. Desse modo, essa pesquisa buscou apreender as representações sociais da depressão. Estas dizem respeito às realidades vivenciadas pelos grupos sociais e pelos atores participantes destes grupos, sendo transmitidas e criadas através da comunicação, articulando-se informações sobre vivências e os saberes adquiridos (Santos, Tura, & Arruda 2013).

Diante do exposto, o presente estudo buscou apreender as representações sociais da depressão e o seu tratamento entre mulheres idosas, com escopo de identificar quais os conhecimentos compartilhados por este grupo que sofre com o maior acometimento de sintomas depressivos ou da psicopatologia em si.

Método

Tipo de investigação

Trata-se de um estudo qualitativo comparativo com dados transversais e amostra por conveniência.

Participantes

A pesquisa contou com a participação de 64 mulheres idosas, divididas em dois grupos comparativos. O primeiro grupo (Grupo 1) foi composto por 32 mulheres participantes de grupos de convivência para idosos (GCI), enquanto o segundo grupo (Grupo 2) foi composto por 32 mulheres que não participam de grupos de convivência. A média de idade das participantes do Grupo 1 foi de 68,6 anos (DP=7,2) e a média de idade do segundo grupo foi de 68,5 (DP=8).

As participantes do Grupo 1 declararam-se em sua maior parte casadas (50%) e viúvas (25%), católicas (87,5%), com renda média familiar de 1158 reais. A maioria das idosas informaram ter alguma doença crônica (78,1%) e fazer uso de medicamentos (78,1%).

As participantes do Grupo 2 declararam-se em sua maior parte casadas (46,9%), separadas (18,8%) e viúvas (18,8%), católicas (78,1%), com renda média familiar de 1589 reais. A maioria das idosas informou não ter doenças crônicas (53,1%), entretanto

declararam fazer uso frequente de medicamentos (59,4%). As participantes são residentes da cidade de Parnaíba.

Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos. O primeiro foi um questionário sociodemográfico para caracterização dos participantes com a finalidade de obter informações sobre idade, estado civil, religião, renda familiar, se têm doenças crônicas e faz uso frequente de medicamentos, se tem ou já teve depressão em algum momento da vida e se conhecem alguém que tenha a doença. Para as idosas participantes de grupos de convivência perguntou-se ainda há quanto tempo participavam do grupo. O segundo instrumento foi uma entrevista semiestruturada para compreender as representações das participantes sobre o que é depressão, sobre o conhecimento delas sobre o tratamento e entender o que elas pensam sobre ser mulher idosa.

Procedimentos éticos e de coleta de dados

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, apresentando CAAE: 90030418.5.0000.5214 e número de parecer 2.689.683 após a aprovação iniciou-se a coleta de dados de forma anônima e voluntária por uma pesquisadora treinada e qualificada previamente, sendo dados os devidos esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa e obtido o consentimento de cada participante através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Utilizou-se o tempo médio de 25 minutos para o preenchimento dos dados.

Como critério de definição do número de participantes, utilizou-se o que é estabelecido por Camargo e Justo (2013) que indica o mínimo de 20 participantes para pesquisas que utilizam o software *Iramuteq*. Nesse estudo foram colhidos 64

questionários, sendo feitos a partir de uma amostra por conveniência, em que as idosas foram abordadas em locais públicos e também em suas residências e em grupos de convivência de idosos. Não foi registrada nenhuma recusa em participar da presente investigação.

Análise dos dados

Os dados sociodemográficos foram analisados através do software SPSS versão 25, com a finalidade de caracterizar a amostra. Já os dados provenientes das entrevistas semiestruturadas foram submetidos a uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD) através do software *Iramuteq* versão 0.7.

Resultados e Discussão

As tabelas 1 e 2 apresentam os dados sociodemográficos, que juntamente com os dendogramas sobre as classes com os conteúdos das representações sociais são o foco deste estudo.

Variável	N	%
Idade		
60 a 74 anos	25	78,2
75 a 84 anos	6	18,7
85 anos ou mais	1	3,1
Estado Civil		
Solteira	4	12,5
Casada	16	50
Separada	4	12,5
Viúva	8	25
Religião		
Católica	28	87,5
Evangélica	4	12,5
Renda		
< 1 salário mínimo	6	18,6
1 salário mínimo	20	62,5
De 2 a 3 salários mínimos	5	15,6
De 4 a 5 salários mínimos	1	3,1
> 5 salários mínimos	-	-
Tem/já teve depressão (auto relato)		
Sim	13	40,6
Não	19	59,4

Conhece alguém que tenha/teve depressão

Sim	19	59,4
Não	13	40,6

Tabela 1: Dados sociodemográficos das idosas participantes de GCI.

No grupo 1 a maior parte das idosas tem idade entre 60 e 74 anos (78,2%), sendo, desta forma, consideradas “idosas jovens” (Papalia, Olds, & Feldman, 2006), casadas (50%), de religião católica (87,5%), com renda média mensal de um salário mínimo (62,5%). A maior parte das idosas declarou não ter e nunca ter tido depressão em nenhum momento da vida (59,4%), mas declararam conhecer pessoas que tem ou que já tiveram a doença (59,4%). Estes últimos resultados podem influenciar na forma como as idosas representam a depressão, tendo em vista que têm vivências com pessoas com depressão.

Variável	N	%
Idade		
60 a 74 anos	24	74,9
75 a 84 anos	8	24,9
85 anos ou mais	-	-
Estado Civil		
Solteira	5	15,6
Casada	15	46,9
Separada	6	18,8
Viúva	6	18,8
Religião		
Católica	25	78,1
Evangélica	7	21,9
Renda		
< 1 salário mínimo	-	-
1 salário mínimo	24	75
De 2 a 3 salários mínimos	2	6,2
De 4 a 5 salários mínimos	2	6,2
> 5 salários mínimos	2	6,2
Tem/já teve depressão (auto relato)		
Sim	10	31,3
Não	22	68,8
Conhece alguém que tenha/teve depressão		
Sim	15	46,9
Não	17	56,1

Tabela 2: Dados sociodemográficos das idosas não participantes de grupos.

O grupo 2 também foi composto majoritariamente por idosas de idades entre 60 a 74 anos (74,9%), casadas (46,9%), de religião católica (78,1%), com renda média mensal de um salário mínimo (75%). A maior parte das idosas deste grupo relatou não ter e nunca ter tido depressão (68,8%) nem conhecer pessoas que tenham ou que já tenham tido a doença (56,1%).

Representações Sociais da Depressão

O *corpus* geral foi formado por 64 textos (entrevistas), divididos em 67 segmentos de texto (ST), com retenção de 52 STs (77,61%). Emergiram 1270 ocorrências (palavras), sendo 378 palavras distintas, de maneira que desse total 248 foram mencionadas apenas uma vez. O conteúdo analisado foi categorizado em seis classes: Classe 1, com 7 ST (13,46%); Classe 2, com 7 ST (13,46%); Classe 3, com 10 ST (19,23%); Classe 4, com 9 ST (17,31%); Classe 5, com 10 ST (19,23%); e Classe 6, com 9 ST (17,31%).

É importante salientar que o *corpus* principal se desmembrou em quatro ramificações (ver Figura 1), de modo que foi constituído pelo *subcorpus* A), “*Depressão – origem e sintomatologia*”, formado pela Classe 1 (*Depressão – causas e efeitos*) e pela Classe 4 (*Alterações cognitivas*), o qual apresentou em seu conteúdo representações sociais da depressão em relação às suas possíveis causas, bem como os sintomas desta doença sobre aqueles que são acometidos pela mesma, sendo marcante as alterações do pensamento.

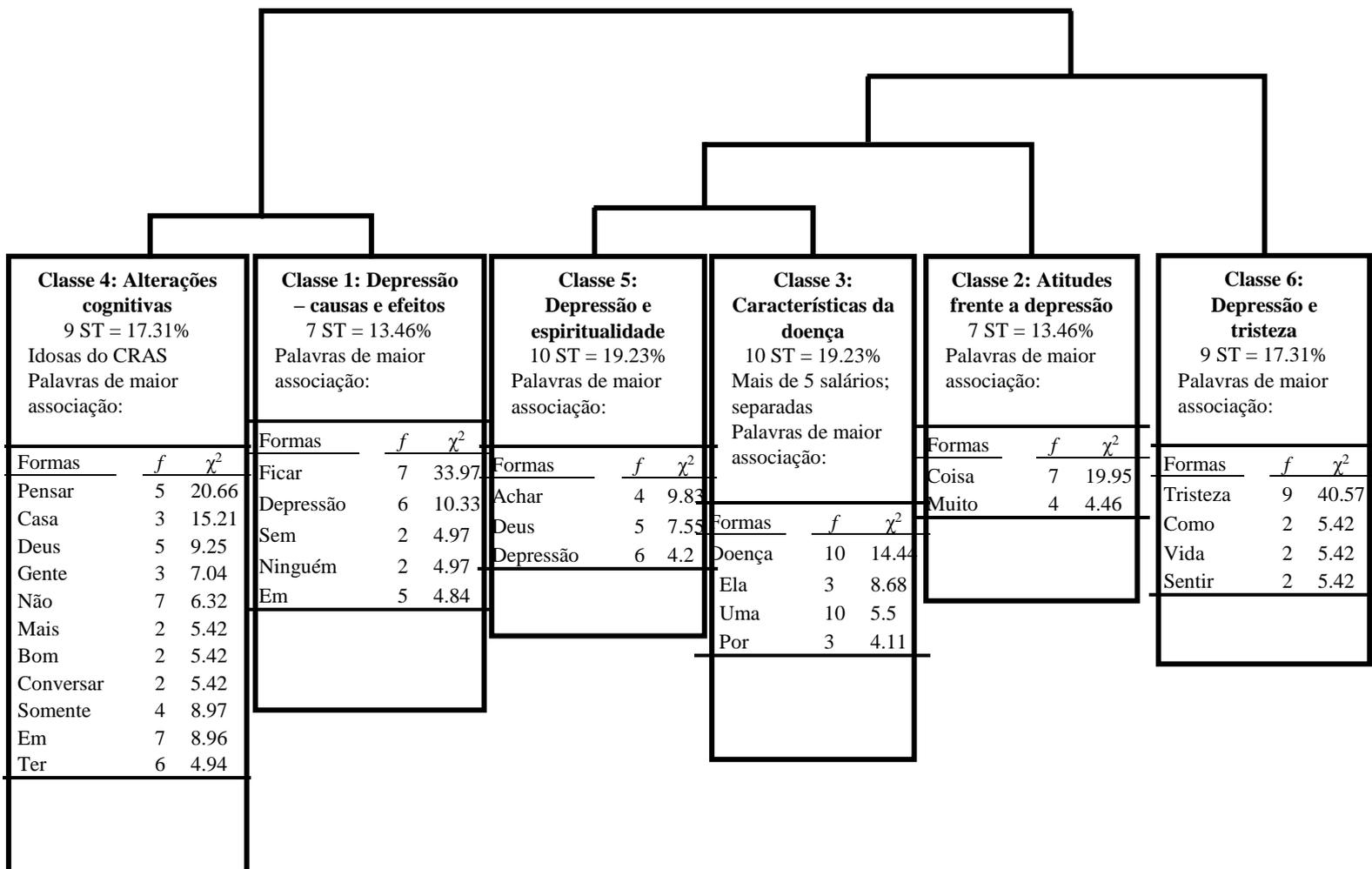


Figura 1. Dendrograma das RS de Depressão para Idosas de GCI e Idosas Não-participantes de Grupos.

Além deste agrupamento de classes, o *corpus* foi constituído pelo *subcorpus* B), “Alterações do humor”, o qual se ramifica do *subcorpus* anterior e é tomado pela Classe 6 (*Depressão e tristeza*). Nesta ramificação constata-se uma das sintomatologias da depressão mais nítidas no imaginário social, que são as alterações de humor, sendo a tristeza mais enfatizada pelas respondentes. Já no *subcorpus* C), intitulado “Dimensão atitudinal”, constituído pela Classe 2 (*Atitudes frente a depressão*), se evidencia a dimensão atitudinal da RS, de modo que as idosas representam a depressão como um objeto social de cunho negativo. Não obstante, a partir da ramificação supracitada emerge o *subcorpus* D), denominado “*Depressão – uma doença da alma*”, o qual se constitui a partir das Classes 3 (*Características da doença*) e 5 (*Depressão e*

espiritualidade), e que em seu conteúdo apresenta RS sobre as concepções das respondentes acerca do que seja a depressão, bem como a sua relação com o divino, seja na sua causa, como a falta de fé, ou no seu tratamento pela busca da espiritualidade.

Para se obter uma melhor compreensão das classes, construiu-se um dendrograma com as palavras de cada classe estabelecidas a partir das frequências em cada ST do teste qui-quadrado. Nele emergem as definidoras que compartilham vocabulário entre si e formas divergentes das outras classes. À posteriori serão descritas, operacionalizadas e ilustradas cada uma dessas classes expressas na Classificação Hierárquica Descendente (ver Figura 1).

Classe 1: Depressão – causas e efeitos

A presente classe, formada por vocábulos como “ficar”, “depressão”, “sem”, “ninguém”, “em”, apresentou uma retenção de 9 STs (17,31% do total de ST classificados), e χ^2 variando de 33,97 a 4,84. Convém destacar que os vocábulos “ficar” e “depressão” apresentaram maiores valores de qui-quadrado em relação às outras palavras retidas pela classe, o que denota que estas palavras apresentam uma maior força na classe. Dessa forma, a palavra “ficar” apresenta o sentido de estado e também de ser afetado pela depressão, ou seja, o indivíduo fica depressivo por “n” motivos, ou este fica triste por conta da depressão. Para uma melhor compreensão da classe, apresentam-se as falas a seguir.

*“Tristeza e preocupação que dá **depressão**, coisa ruim e nada bom para a pessoa. Precisa de cuidado, senão piora mais. Quanto mais a pessoa **fica** com coisa na imaginação mais **fica** com **depressão** se pensar em certos tipos de coisas”* (idosa 39, 76 anos, separada, 1 salário mínimo, nunca teve depressão, não-participante de grupos).

*“Depressão é, vulgarmente, uma forma de você não confiar em você mesmo, não acreditar em si. A pessoa **fica** trancada num canto. A ociosidade é a pior coisa que pode acontecer com alguém e que pode levar à depressão”* (idosa 56, 69 anos, solteira, mais de 5 salários, nunca teve depressão, não-participante de grupos).

A depressão é uma doença multideterminada, não devendo ser associada a causas isoladas. Estão envolvidos na predição de ocorrência de depressão fatores biológicos que podem estar presentes tanto no envelhecimento normal quanto no envelhecimento patológico, estes fatores podem estar relacionados a alterações neurológicas e cardiovasculares, bem como a doenças associadas a idade (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009).

De acordo com Smith, Haedtke e Shibley (2015), é necessário e importante o conhecimento das diferenças e particularidades do aparecimento da depressão em idosos pois isto ajudará na detecção e cuidado da doença e dos sintomas, somando-se ainda para que isto aconteça, a necessidade de se conhecer os fatores de risco e a rejeição de crenças que não são cientificamente embasadas, como por exemplo a de que a depressão é natural ou inerente ao envelhecimento ou a pessoa idosa.

A ocorrência de depressão em idosos pode ser vista a partir de três aspectos: do ponto de vista biológico existe uma certa fragilidade na saúde em decorrência de doenças crônicas que possam vir a se manifestar; a mudança de papéis sociais na sociedade e na família somado à falta ou diminuição de atividades do ponto de vista psicossocial; e a pobreza, a solidão e as modificações no suporte social referente às perspectivas sociais (Djernes, 2006). A solidão, apontada como um fator de risco para depressão é um desafio constante vivenciado pelos idosos (Coutinho, Araújo, & Sá,

2003). A representação da solidão enquanto fator de risco pode ser observada na fala a seguir:

*“A **depressão** é uma doença que traz muita tristeza. Os idosos que têm não são pessoas felizes, **ficam** isolados, abandonados”* (idosa 17, 60 anos, casada, 1 salário, já teve depressão, GCI).

Os dados obtidos nesta classe corroboram em parte com a literatura, que aponta a solidão e a mudança de papel do idoso na sociedade como fatores de risco para o aparecimento da patologia, sendo apontado nas representações das participantes o abandono vivenciado nessa fase da vida e a ociosidade representada pela não participação em atividades sociais e laborais. Por outro lado, as idosas demonstraram associar a doença a fatores isolados e únicos. Nesta classe não se observou nenhuma diferença significativa entre os dois grupos investigados, o que denota que possivelmente essa RS é comum a todas as idosas participantes.

Classe 4: Alterações cognitivas

A Classe 4, apesar de não ter sido a mais representativa, visto que reteve apenas 9 STs (17,31%) foi a que apresentou maior número de formas retidas, de modo que o vocábulo “pensar” foi o que apresentou maior destaque, possuindo um elevado qui-quadrado (20,66). Nesse aspecto, a referida classe apresenta em seu conteúdo RS da depressão relacionadas às alterações do pensamento ocasionadas pela mesma, conforme pode se observar a partir dos enxertos a seguir.

*“É a pessoa que **pensa** somente no negativo”* (idosa 07, 63 anos, viúva, 1 salário, nunca teve depressão, GCI).

*“Depressão **não** é coisa **boa**. A pessoa é capaz de fazer qualquer coisa. Tem gente que até se mata. A pessoa **não** faz conta de ninguém, fica recuado em*

casa. A pessoa não tem assunto para conversar, somente pensa besteira” (idosa 08, 66 anos, casada, 1 salário, nunca teve depressão, GCI).

“Começa na pessoa que não tem fé em Deus, pensa em fazer besteira com a própria pessoa” (idosa 30, 80 anos, casada, menos que 1 salário, nunca teve depressão, GCI).

Vale destacar que a presente classe se sobressaiu no grupo das idosas participantes de grupos de convivência (Grupo 1). Para essas idosas uma pessoa depressiva apresenta pensamentos pessimistas, e inclusive ideação suicida. Esta é uma representação relacionada ao que de fato ocorre na depressão, sendo apontada uma sintomatologia que vai além do sentimento de tristeza unicamente.

De acordo com Fernandes, Nascimento e Costa (2010), a depressão na velhice tem piores prognósticos e forte relação com suicídio, sendo encontrado na população idosa os maiores índices. Além disso, a literatura revisada a partir de um estudo de Santos et al (2018) mostra que apesar de a maioria dos casos de suicídio serem registrados por homens idosos, as mulheres idosas têm um maior número de tentativas.

Referente aos pensamentos negativos representados pelas idosas, os dados deste estudo corroboram com outras pesquisas que investigaram as RS de idosos sobre a depressão. Coutinho (2003) comparou RS de idosos e crianças a respeito da depressão e apontou que ambos os grupos têm uma percepção psicoafetiva da depressão, incluindo o que os autores denominam de pensamentos nefastos. Outro estudo que buscou conhecer as RS sobre depressão e sobre ser idoso obteve dados que apontavam para dimensões negativas, incluindo abandono e pensamentos ruins (Oliveira, 2011).

Classe 6: Depressão e tristeza

A classe 6, a qual se origina da ramificação das duas classes supracitadas, reteve 17,31% do total de ST classificados no *corpus* textual, sendo constituída pelos termos

“tristeza”, “como”, “vida”, “sentir”. Dentre os vocábulos classificados, “tristeza” foi o que apresentou maior destaque, possuindo alta frequência (9) e elevado qui-quadrado (40,57) em relação aos demais termos da classe. Nesse sentido, para as idosas participantes do estudo depressão e tristeza são indissociáveis, ou seja, a tristeza acaba por remontar a depressão. Destarte, os aspectos mencionados podem ser clarificados através dos seguintes discursos.

*“É uma **tristeza** profunda que às vezes **sente**. A depressão acontece com uma pessoa que tem a **vida** muito difícil, **como** um deficiente um cadeirante ou uma pessoa que tem muita preocupação”* (idososa 03, 61 anos, casada, 1 salário, nunca teve depressão, GCI).

*“Pessoas que não tem gosto de viver, que **sentem** muita **tristeza**, que a **vida** para ela não tem sentido, e que não se preocupam com entes queridos, que tanto faz viver **como** morrer”* (idososa 55, 82 anos, casada, mais de 5 salários, nunca teve depressão, não-participante de grupos).

Portanto, a partir das falas apresentadas, constata-se que a tristeza se torna a objetivação da representação social da depressão para as idosas de ambos os grupos investigados, sendo essa a característica mais nítida da depressão pelo universo consensual.

As RS relatadas nesta classe denotam o pouco conhecimento de como a depressão se manifesta e da sua sintomatologia, além de remeter à classe 1 citada anteriormente, na qual a depressão é considerada tendo causas únicas. É crucial o conhecimento da complexidade dos fatores que podem contribuir para a manifestação da depressão, bem como é muito importante o entendimento de como esses fatores interagem, isso pode ser fundamental para a detecção da doença e para orientar o seu tratamento. Apesar de a tristeza ser muito associada à depressão, em idosos a doença

pode se manifestar com outros sintomas mais evidentes do que o humor deprimido, como a anedonia, irritabilidade e os sintomas somáticos (Lampert & Scortegagna, 2017).

Classe 2: Atitudes frente a depressão

A atual classe, ramificada da classe 6 (*Depressão e tristeza*), reteve 7 ST (13,46%) e classificou os termos “coisa” e “muito”, sendo o primeiro de maior força dentro da classe ($\chi^2 = 19,95$). A presente classe possui relação direta com a classe 6, visto que apresenta uma dimensão atitudinal da RS da depressão, isto é, as idosas inqueridas apresentaram uma atitude negativa frente a depressão, atribuindo a estes valores negativos, representando-a como sendo algo ruim. Com o intuito de possibilitar maior compreensão do conteúdo da classe citada, expõe-se as entrevistas adiante.

*“É uma doença ruim, que aperta o coração. A gente tenta raciocinar e não consegue. Tem que fazer **muito** esforço para fazer as coisas”* (idososa 19, 62 anos, casada, 1 salário, já teve depressão, GCI).

*“É uma **coisa muito** ruim”* (idososa 54, 88 anos, casada, 1 salário, já teve depressão, não-participante de grupos).

Nota-se nas falas das idosas que compõem esta classe que elas relataram já ter tido ou ainda ter depressão, tendo, desta forma, uma percepção de saúde negativa, tendo em vista que esta pergunta levou em consideração apenas o relato das idosas, não se baseando em diagnósticos. Muitos estudos que investigam os fatores de risco para depressão em idosos apontam que uma percepção ruim sobre a saúde pode contribuir para o aparecimento da depressão nessa população (Borges, 2013; Bretanha, 2015; Ramos, 2015). Além do destaque para a avaliação sobre a depressão, observa-se o uso do termo “coisa”, o que sugere o quão é difícil corporificar a RS da depressão para as idosas, sendo um objeto social de difícil conceituação.

Tanto as idosas participantes de grupos de convivência quanto as idosas não participantes de grupos apresentaram representações onde a depressão é conceituada como uma coisa inexplicável, assim como em ambos os grupos os dados sugerem que pode haver alguma relação entre a percepção de saúde delas mesmas e a forma como representam a doença, demonstrando como as RS podem estar relacionadas às experiências vividas.

Classe 3: Características da doença

Esta classe, derivada da classe anterior (*Atitudes frente a depressão*), foi uma das classes mais significativas do *corpus*, apresentando maior peso (retenção de 19,23% de ST), de maneira que as palavras “doença”, “ela”, “uma”, “por” foram classificadas. O termo “doença” foi o mais significativo para a classe ($\chi^2 = 14,44$), seguido da palavra “ela” ($\chi^2 = 8,68$). É interessante notar que esta última palavra arremete a primeira, retomando a sua presença no discurso das idosas, como pode se perceber através das seguintes entrevistas.

*“É uma **doença** que atinge grande parte da população brasileira, principalmente os habitantes dos grandes centros, onde o medo e a insegurança deixam as pessoas fragilizadas, fazendo com que elas se isolem e passam a desconfiar de tudo e de todos”* (idosa 25, 62 anos, solteira, de 2 a 3 salários, nunca teve depressão, GCI).

*“É uma **doença** que se manifesta na pessoa independente da religião, situação financeira. Se manifesta em todas as pessoas. Em partes é provocada pelo abandono”* (idosa 53, 67 anos, separada, mais de 5 salários, nunca teve depressão, não-participante de grupos).

Para as idosas respondentes a depressão se configura como uma doença, o que significa que para estas tem uma etiologia, bem como apresenta uma série de sintomas

físicos, cognitivos, afetivos e sociais. Convém salientar que estas RS da depressão enquanto doença foram mais significativas para as idosas separadas e com condições financeiras mais elevadas, sendo este grupo composto em maior parte pelas idosas participantes de GCI.

De acordo com Maximiano-Barreto (2019), ter uma alta renda pode significar um fator protetivo para depressão em idosos, assim como concluiu que alguns determinantes sociais, como baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico têm implicações diretas na saúde mental. Apesar disso, os fatores sociais são por vezes colocados em segundo plano em detrimento de fatores biológicos.

Nesta classe destacou-se ainda as RS de idosas participantes de grupos de convivência sobre a menção do impacto funcional da depressão. De acordo com Djernes (2006), o comprometimento funcional é um dos principais preditores de sintomas depressivos. Observa-se na seguinte fala que no imaginário social das idosas participantes este impacto funcional é decorrente da doença e não um preditivo.

*“É uma **doença** muito ruim, porque quando **ela** não mata **ela** aleija”* (idosa 20, 67 anos, separada, 1 salário, já teve depressão, GCI).

Classe 5: Depressão e espiritualidade

A última classe encontra-se na mesma ramificação que a classe supracitada, compartilhando do mesmo peso (10 ST classificados), sendo uma das classes mais significativas para o *corpus*. A referida classe constituiu-se a partir dos termos “achar”, “Deus” e “depressão”, sendo os dois primeiros com maior qui-quadrado (9,83 e 7,55, respectivamente). Em seu conteúdo, as idosas ancoraram na figura divina e sua relação com a depressão, objetivada pela falta de fé como a causa da depressão, e na busca por Deus como tratamento para esta. Destarte, os dados apresentados podem ser exemplificados mediante das interlocuções subsequentes.

“É focalizar somente em uma coisa, em coisas ruins. Acho que é falta de fé em Deus” (idosa 11, 62 anos, solteira, de 4 a 5 salários, nunca teve depressão, GCI).

*“É uma doença da alma, é a pior doença que existe. Antes era conhecida como nervoso, mas hoje em dia é conhecida como **depressão**”* (idosa 36, 60 anos, viúva, 1 salário, nunca teve depressão, não-participante de grupos).

*“**Depressão** é uma doença terrível que somente Deus ou a própria pessoa pode curar, pois mexe com o psicológico da pessoa e afeta a alma”* (idosa 57, 62 anos, casada, 1 salário, nunca teve depressão, não-participante de grupos).

Isto posto, percebe-se que para essas idosas a depressão é ocasionada pela desesperança, representada pela falta de fé em Deus; assim, subentende-se que uma pessoa é depressiva porque perdeu a fé e que o caminho para a cura seja o fortalecimento dessa fé, ou seja, ter esperança de que a depressão irá passar. Alguns estudos apontam a espiritualidade como um fator protetivo para a depressão (Borges, 2013; Fiske, 2009), porém, as RS apreendidas neste estudo apontam para uma compreensão equivocada das causas da depressão, sendo esta associada à falta de crença ou de espiritualidade, representação frequente no senso comum.

O baixo conhecimento ou até mesmo a incompreensão de como a depressão englobando suas causas e sintomatologia pode ser decorrente de uma falta de educação em saúde não satisfatória, ou, no caso de idosas participantes de GCI de metodologias ineficientes focadas nesta temática. Isto é evidenciado em estudo realizado em uma cidade de Manaus que concluiu que o conhecimento que os idosos possuem a respeito da doença é proveniente do empirismo, ou seja, os idosos subentendem como a depressão acontece a partir da observação de pessoas do seu convívio que estão acometidos ou pela sua própria percepção de saúde, sendo esse conhecimento restrito à representação de tristeza e sofrimento (Andrade, Ferreira, & Aguiar, 2016).

Representações Sociais do Tratamento para a Depressão

O *corpus* geral foi formado por 64 textos (entrevistas), divididos em 64 segmentos de texto (ST), com retenção de 48 ST (75%). Emergiram 950 ocorrências (palavras), sendo 324 palavras distintas, de maneira que desse total 197 foram mencionadas apenas uma vez. O conteúdo analisado foi categorizado em quatro classes: Classe 1, com 11 ST (22,92%); Classe 2, com 13 ST (27,08%); Classe 3, com 12 ST (25%); e Classe 4, com 12 ST (25%).

É importante salientar que o *corpus* principal se dividiu em duas ramificações (ver Figura 2), de modo que foi constituído pelo *subcorpus* A), “*Medicalização da depressão*”, formado pela Classe 1 (*Prescrição médica*) e pela Classe 3 (*Autocuidado e medicação*), o qual apresentou representações sociais do tratamento da depressão atravessado pelo poder médico, ou seja, em que o médico ganha papel central no tratamento desta enfermidade a partir da prescrição de tratamentos e medicações.

Já no outro grupamento de classes, formado pelo *subcorpus* B), “*Familiar versus não-familiar*”, o qual se ramifica do *subcorpus* anterior, é formado pela Classe 4 (*Tratamentos diversos*) e pela Classe 2 (*Desconhecimento*). Neste *subcorpus* se evidencia o conhecimento das participantes acerca dos variados tratamentos formais e informais para a depressão, bem como, em oposição, se demonstra o desconhecimento em relação aos tratamentos para essa enfermidade.

Para uma compreensão mais clara das classes, elaborou-se um dendrograma com as palavras de cada classe classificadas a partir das frequências em cada ST e do teste qui-quadrado. Nesse teste se sobressaem as definidoras que partilham vocabulário entre si e formas distintas das outras classes. Adiante serão descritas, operacionalizadas e exemplificadas cada uma dessas classes expostas na Classificação Hierárquica Descendente (ver Figura 2).

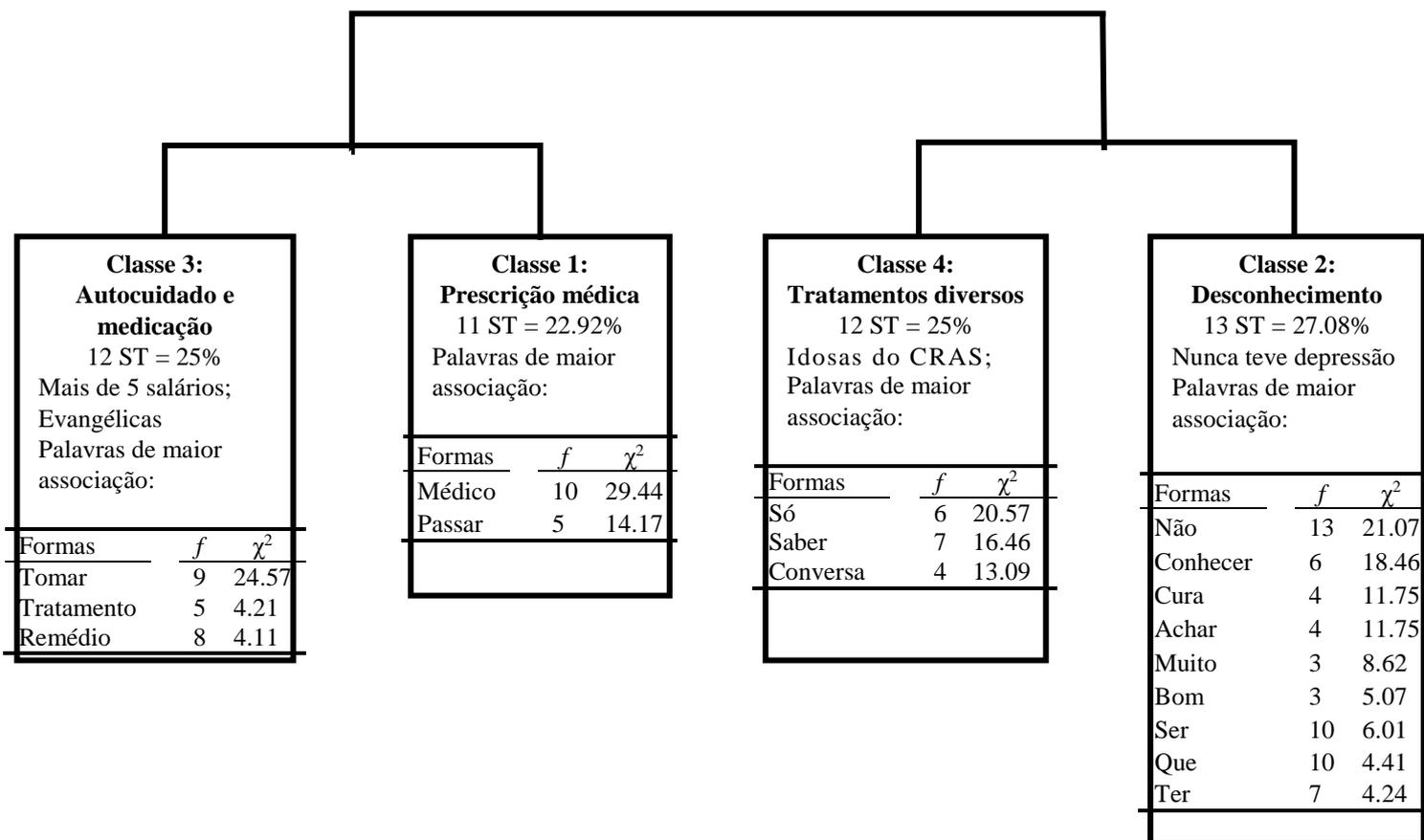


Figura 2. Dendrograma das RS de Tratamento para Depressão entre Idosas de GCI e Idosas Não-participantes de Grupos.

Classe 1: Prescrição médica

A atual classe, constituída pelos termos “médico” e “passar”, apresentou uma retenção de 22,92% do total de ST classificados (11 ST). Vale ressaltar que o termo “médico” expressou maior valor de qui-quadrado na classe, o que sugere que a figura do médico é central para a RS do tratamento da depressão, como pode se constatar nos trechos subsequentes.

*“Levar no **médico** e falar o que tá sentindo. O médico **passa** o remédio para mudar o pensamento e tirar o negativo”* (idosas 27, 78 anos, casada, 1 salário, já teve depressão, GCI).

*“Remédio e fé em Deus. O remédio quem **passa** é o **médico**, o psiquiatra. Vai direto para o **médico** psiquiatra, não **passa** pelo psicólogo”* (idosas 33, 66 anos, viúva, 1 salário, já teve depressão, não-participante de grupos).

Conforme pode se observar nas falas supracitadas, o médico é quem detém o poder sobre o tratamento da depressão, visto que somente este é quem pode receitar (passar) os medicamentos para o indivíduo com depressão.

Classe 3: Autocuidado e medicação

A Classe 3 foi responsável pela retenção de 12 dos 64 ST classificados no corpus textual (17,31%), sendo constituída pelas formas “tomar”, “tratamento” e “remédio”, de modo que a primeira foi a que apresentou maior força dentro da classe ($\chi^2 = 24,57$). Dessa forma, a palavra “tomar” assume o sentido de autocuidado pela pessoa com depressão, haja vista que este é responsável por tomar a medicação, como pode se constatar a partir dos discursos adiante.

*“O tratamento é passar por **médico** toda semana, **tomando** remédio, indo no **médico** quando ele manda voltar”* (idosa 19, 62 anos, casada, de 2 a 3 salários, já teve depressão, GCI).

*“**Tomam** antidepressivo, **remédios** para insônia, **senão não dorme**. Boa alimentação, muita oração e convívio com a família”* (idosa 40, 66 anos, solteira, 1 salário, já teve depressão, não-participante de grupos).

Convém apontar que a referida classe foi mais representativa entre as idosas evangélicas e para as idosas de maior renda da amostra investigada, o que sugere que para essas idosas o tratamento da depressão está diretamente relacionado a aderência da pessoa com depressão ao tratamento farmacológico. Em um estudo de revisão da literatura realizado por Lima et al (2016), ficou em evidência que o tratamento medicamentoso é o mais utilizado em casos de depressão, sendo pouco difundido a importância de outras terapias e cuidados tanto no tratamento quanto na prevenção da depressão. A literatura científica aponta de forma abrangente a importância e eficácia da psicoterapia no tratamento de depressão (Caroli & Zavarize, 2016).

Classe 4: Tratamentos diversos

A classe 4, a qual se encontra em ramificação oposta às duas classes previamente citadas, reteve 12 ST (25% do total de ST classificados), e circunscreve os vocábulos “só”, “saber” e “conversa”. A classe manifesta em seu conteúdo os diversos tratamentos para a depressão concebidos pelas idosas participantes de GCI, tanto no que se refere a cuidados diretos (como medicação, terapia), quanto a cuidados indiretos (tais como apoio da família, prática de exercícios, etc.). Não obstante, os aspectos citados podem ser elucidados por meio dos enxertos a seguir.

*“O que sei sobre o tratamento da depressão é que é feito na base de medicamentos ou **conversas** com psicólogos que irão indicar outras formas de tratamento, como terapias práticas de atividades físicas, e fazer trabalhos voluntários”* (idosa 25, 65 anos, solteira, 1 de 2 a 3 salários, nunca teve depressão, GCI).

“Não sei, precisa de cuidado médico regularmente. Não pode ficar sem remédio. É uma doença horrível. Até quem cuida da pessoa depressiva tem que ter cuidado para não ficar depressiva também” (idosa 29, 62 anos, viúva, 1 salário, nunca teve depressão, GCI).

Conforme se observa no dendrograma (ver Figura 2), a presente classe foi mais significativa para as idosas do Grupo 1, ou seja, para essas idosas os tratamentos para a depressão vão além dos tratamentos convencionais, corroborando com estudos que mostram a importância de um tratamento combinado e não unicamente medicamentoso. Os tratamentos biológicos para a depressão, incluindo a farmacoterapia, são necessários para a melhora de pessoas acometidas pela doença, no entanto, a literatura aponta que a combinação do uso de medicamentos com a psicoterapia, realizada pelo psiquiatra ou pelo psicólogo, elevam o potencial de resposta (Frank & Rodrigues, 2016).

Classe 2: Atitudes frente a depressão

A presente classe, a qual se encontra na mesma ramificação da classe anterior (*Tratamentos diversos*), foi a classe com maior força dentro do *corpus* das RS do tratamento da depressão, sendo responsável por 27,08% do total de ST classificados (13 ST) e também foi a classe que apresentou maior número de termos retidos dentro do *corpus* geral.

Dentre as palavras apresentadas pela classe no dendrograma, as formas “não” e “conhecer” foram as que apresentaram maior força dentro da classe ($\chi^2 = 21,07$; $\chi^2 = 18,46$, respectivamente). Esta classe apresenta relação de oposição com a classe 4, visto que apresenta em seu conteúdo o desconhecimento por parte das participantes em relação aos tratamentos da depressão. Com o propósito de proporcionar maior compreensão do conteúdo da classe referida, apresentam-se os seguintes discursos.

“Eu não conheço não, mas acho que é conversar com a pessoa, tirar ela de casa, levar a pessoa para sair, conversar com ela” (idosa 08, 66 anos, casada, 1 salário, nunca teve depressão, GCI).

“Não conheço os tratamentos, mas acho que é oração” (idosa 52, 67 anos, casada, 1 salário, nunca teve depressão, não-participante de grupos).

É interessante perceber que as idosas que relataram desconhecer os tratamentos para a depressão são justamente aqueles que relataram nunca ter tido depressão e não conhecer ninguém que tenha sido acometido pela doença. Além do mais, para as idosas de ambos os grupos o tratamento está diretamente relacionado à cura da depressão, de maneira que quando não seguido da forma correta a depressão não é curada.

Considerações finais

A presente pesquisa versou de forma comparativa sobre as representações sociais da depressão e seu tratamento entre mulheres idosas. Os dados obtidos

possibilitaram a apreensão das representações sociais sistematizadas em seis classes para depressão e quatro classes para tratamento.

Quanto a origem e sintomatologia da depressão, as RS das idosas são ancoradas basicamente na tristeza como principal sintoma, as RS que apresentaram outras dimensões da depressão dizem respeito a aspectos cognitivos e comportamentais, como pensamentos negativos e isolamento. Os dados mostram ainda que a depressão é uma doença de difícil conceituação para as idosas, sendo por vezes denominada de “coisa” ou “algo”, bem como seu tratamento, onde as RS foram fortemente relacionadas à religiosidade como a única opção possível. Com relação ao conceito e sintomatologia não se percebeu diferenças significativas entre os dois grupos comparados, tendo em vista que tanto as idosas participantes de GCI quanto as não participantes de grupos mostraram ter pouco conhecimento a respeito da etiologia e manifestação da depressão.

Salienta-se o fato de que as idosas com maior renda apresentaram ter um maior conhecimento acerca da manifestação da depressão, relacionando a doença a uma variedade de dimensões, como afetivas, sociais e cognitivas. A variável sociodemográfica renda se sobressaiu à participação ou não participação em grupos. Os dados podem apontar para uma possível relação entre um maior conhecimento sobre depressão e condições financeiras elevadas.

Referente ao tratamento, as RS foram objetivadas numa associação ao profissional médico e ao medicamento, porém, se destaca as RS das idosas participantes de GCI que apresentaram em maior número RS que dizem respeito a um tratamento combinado, utilizando-se tanto medicamentos, quanto psicoterapia e também a utilização de estratégias sociais, como o lazer e o vínculo de amizade. As idosas que nunca tiveram depressão e relataram não conhecer ninguém com a doença foi as que

relataram em maior parte não ter conhecimento sobre o tratamento, percebendo-se que o conhecimento que elas têm provém em grande parte do empirismo com as experiências vividas.

Desta forma, sugere-se que o conhecimento sobre a depressão seja divulgado de forma ampla entre essa população, tendo em vista a importância da educação em saúde para a prevenção. Além disso, é importante ressaltar a necessidade de uma abordagem direta a respeito da sintomatologia da doença e da importância de um tratamento combinado e de outros profissionais além do médico, como o psicólogo. Espera-se que os dados obtidos neste estudo possam servir como subsídio para a reflexão sobre a implementação de políticas públicas que atendam a demanda de conhecimento e informação sobre a depressão enquanto uma doença que acomete cada vez mais essa parcela da população.

Referências

- Andrade, A. B. C. A., Ferreira, A. A., & de Aguiar, M. J. G. (2016). Conhecimento dos idosos sobre os sinais e sintomas da depressão. *Saúde em Redes*, 2(2), 157-166. Doi: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p157-166>
- Borges, L. J., Benedetti, T. R. B., Xavier, A. J., & D'Orsi, E. (2013). Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 701-710. Doi:10.1590/S0034-8910.2013047003844
- Bretanha, A. F., Facchini, L. A., Nunes, B. P., Munhoz, T. N., Tomasi, E., & Thumé, E. (2015). Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 1-12. Doi: 10.1590/1980-5497201500010001
- Camargo, B. V.; Justo, A. M. (2013). Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. Retirado de: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>
- Caroli, D., & Zavarize, S. F. (2016). A importância da psicoterapia no tratamento da depressão em idosos. *Revista Faculdades do Saber*, 1(01), 53-63. Recuperado de: <https://rfs.emnuvens.com.br/rfs/article/view/9/5>
- Cohen, R.; Paskulin, G.; Prieb, G.; & Giglioli, R. (2015). Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(2), 307-317. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14052>
- Coutinho, M. P. L.; Araújo, L. F., & Sá, R. C. N. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-USF*, 8(2), 183-192. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712003000200010>
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372-387. Doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x
- Fernandes, M. G. M., Nascimento, N. F. S., & Costa, K. N. F. (2010). Prevalência E Determinantes de Sintomas Depressivos em Idosos Atendidos na Atenção Primária De Saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11(1), 19-27. Retirado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027969002>

- Fiske, A.; Wetherell, J. L.; & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review Clinical Psychology*, 5, 363-389. Doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Frank, M. H., & Rodrigues, N. L. (2016). Depressão, Ansiedade, Outros Transtornos Afetivos e Suicídio. In Freitas, E. V., & Cols. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 477-495). Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan
- Fundação Oswaldo Cruz. (2013). A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário, 2. Rio de Janeiro: Fiocruz. Retirado de <http://static.scielo.org/scielobooks/z9374/pdf/noronha-9788581100180.pdf>
- Lampert, C. D. T. & Scortegagna, S. A. (2017). Avaliação das condições de saúde e distorções cognitivas de idosos com depressão. *Avaliação Psicológica*, 16(1), 48-58. Doi: 10.15689/ap.2017.1601.06
- Lima, A. M. P., Ramos, J. L. S., Bezerra, I. M. P., Rocha, R. P. B., Batista, H. M. T., & Pinheiro, W. R. (2016). Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 6(2), 96-103. Doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427>
- Lima, M. T. R.; Silva, R. S.; & Ramos, L. R. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 1-7. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n1/a01v58n1.pdf>
- Machado, C. M. S. & Gordilho, A. (2016). Transtornos psicóticos de início tardio In Freitas, E. V., & Cols. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 153-195). Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan
- Marques, J. F. S. et al. (2017). Transtorno depressivo maior em idosos não institucionalizados atendidos em um centro de referência. *Arquivos de Ciência e Saúde*, 24 (4), 20-24. Doi: doi.org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.804
- Maximiano-Barreto, M. A., Aguiar, I. M., Martins, K. C., Buarque, D. C., & Fermoseli, A. F. D. O. (2019). Ansiedade e depressão e a relação com a desigualdade social entre idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(1), 209-2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200117>

- Mesquita, A. A. (2017). Envelhecimento populacional e relações de gênero: Velhos dilemas e novos desafios. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress*, Florianópolis. Retirado de: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499640460_ARQUIVO_MESQUITA,A-ENVELHECIMENTOPOPULACIONALERELACOESDEGENEROPDF
- Oliveira, M. F. D. (2011). *Sintomatologia da depressão e representações sociais de ser idoso e depressão*. Dissertação de mestrado (Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa). Retirado de: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/5064>
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2017). *Cúpula da ONU discute envelhecimento populacional e desenvolvimento sustentável* [Site]. Retirado de: <https://nacoesunidas.org/cupula-da-onu-discute-envelhecimento-populacional-e-desenvolvimento-sustentavel/>
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ramos, G. C. F.; Carneiro, J. A.; Barbosa, A. T. F.; Mendonça, J. M.; & Caldeira, A. P. (2015). Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(2), 122-31. Doi: 10.1590/0047-2085000000067
- Ramos, G. C. F.; Carneiro, J. A.; Barbosa, A. T. F.; Mendonça, J. M.; & Caldeira, A. P. (2015). Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(2), 122-31. Doi: 10.1590/0047-2085000000067
- Rocha, B. S. & Werlang, M. C. (2013). Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11), 3291-3300. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100019>
- Santos, E. D. G. M., Rodrigues, G. O. L., dos Santos, L. M., da Silva Alves, M. E., de Araújo, L. F., & de Oliveira Santos, J. V. (2019). Suicídio entre idosos no Brasil: uma revisão de literatura dos últimos 10 anos. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 258-282. Doi: <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v9.n1.12>

- Santos, V. B.; Tura, L. F. R.; & Arruda, A. M. S. (2013). As Representações Sociais de “pessoa velha” construídas por Idosos. *Revista Saúde e Sociedade*, 22 (1), 138-147. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/13.pdf>
- Smith, M., Haedtke, C., & Shibley, D. (2015). Late life depression detection: An evidence-based guideline. *Journal Gerontological Nursing*, 41(2), 18-25. Doi: 10.3928/00989134-20150115-99.

8. Estudo 3: Depressão em mulheres idosas: representações sociais por meio de grupos focais

Resumo

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. A depressão é uma das doenças psiquiátricas mais frequentes em idosos, acometendo principalmente mulheres, relacionando-se com estado civil, baixa escolaridade, solidão, dentre outros fatores sociais. O presente estudo objetivou apreender as RS de idosas sobre a depressão. Participaram da pesquisa 10 mulheres com idade média de 68,2 anos (DP=5). Foi realizada a técnica de grupos focais, com a utilização de um roteiro de entrevista semiestruturado e a realização de duas sessões de 60 minutos cada sendo uma com idosas participantes de grupos de convivência e outra com idosas não participantes de grupos. Os resultados apontaram um conhecimento simplista sobre a manifestação da depressão e uma associação de representações mais negativas entre as idosas viúvas. As idosas participantes de grupos demonstraram um maior conhecimento sobre o tratamento da depressão, enquanto as não participantes de grupos mostraram uma crença na religiosidade e na fé.

Palavras-chave: Representações Sociais, Depressão; Idosas; Grupos Focais

Introdução

O aumento da população idosa é considerado uma realidade mundial, designada como um fenômeno demográfico e social, e como tal requer maior atenção e estudos que contemplem o envelhecimento a partir de todas as suas variáveis. De acordo com a Organização das Nações Unidas ([ONU], 2018) o ritmo em que as pessoas envelhecem ao redor do mundo está aumentando de forma drástica e fazendo com que os países em que ocorre essa transição tenham pouco tempo de adaptação a essa nova realidade.

Segundo dados da ONU (2019), no ano de 2018 ocorreu um fato populacional inédito: em todo o mundo o número de pessoas com 65 anos ou mais de idade ultrapassou o número de crianças com menos de cinco anos. As projeções apontam que o percentual de idosos irá superar em 2050 o número de adolescentes e jovens de até 24 anos. No Brasil a porcentagem atual de idosos é de 9,52% com projeções indicando que

em 30 anos chegará a 21,42% de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ([IBGE], 2019).

O processo de envelhecimento é inerente a todo ser humano, todavia ocorre de forma diferente em homens e mulheres, principalmente quanto a questões sociais. Desta forma, a questão de gênero precisa ser levada em consideração ao se estudar essa população. Conforme Kuchemann (2012), ao se observar os dados demográficos enfocando o gênero nota-se que ocorre no país um processo de feminização e que, portanto, a população idosa é em sua maior parte feminina.

Em uma revisão integrativa realizada por Sales et al (2016) que objetivou investigar a literatura científica a respeito da interface entre a feminização da velhice e a depressão, concluiu-se que essa relação existe e que engloba outras variáveis como a baixa escolaridade, a perda do cônjuge/companheiro, isolamento social e um maior grau de dependência.

De acordo com Lampert e Scortegagna (2017), a ocorrência de depressão na velhice pode ser maior em mulheres do que em homens, isto se dá devido a uma maior vulnerabilidade dessa parte da população em razão de uma maior vivência de eventos e variáveis negativas. Esse dado se repete no Nordeste brasileiro a partir do estudo de Lopes, Fernandes, Dantas e Medeiros (2015) que concluiu que a depressão tem uma alta relevância no interior da região, além do fato que as mulheres são as mais acometidas.

De acordo com Coutinho (2003), as representações sociais mostram-se como um aporte teórico relevante no estudo da depressão, sendo este uma forma de compreender as percepções, os pensamentos e as experiências vivenciadas pelas idosas e os seus modos de ver e entender a doença. Segundo a autora, a partir desse aporte é possível

construir-se um novo olhar sob o fenômeno da depressão que vai além da visão orgânica e biologizante.

As representações sociais são conceitos partilhados de forma social por grupos de pessoas em determinados contextos históricos. Estas representações são compartilhadas através da comunicação e estão relacionadas às vivências pelas quais as pessoas passaram assim como ao conhecimento prévio que elas possuem (Moscovici, 2017).

Segundo Jovchelovitch (2014) as representações sociais se diferenciam de outras abordagens sociais por se relacionarem com a vida cotidiana de forma dinâmica e por possibilitar a aplicação em diferentes ciências sociais. Estudar as representações sociais de mulheres idosas a respeito da depressão permite conhecer quais os conhecimentos que estas possuem a respeito de uma patologia tão incidente. Desta forma, buscou-se apreender e comparar as representações sociais de mulheres idosas sobre a depressão.

Método

Tipo de investigação

Trata-se de um estudo qualitativo, com dados transversais e amostra por conveniência.

Participantes

Participaram da pesquisa 10 idosas com idade média de 68,2 anos (DP=5), sendo seis idosas participantes de grupos de convivência do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e quatro idosas que não participavam de nenhum grupo social com frequência. Das 10 participantes quatro eram casadas, duas separadas e

quatro eram viúvas. As idosas residem na cidade de Parnaíba. A Tabela 1 apresenta os principais dados sociodemográficos e a composição dos dois grupos focais.

Empregou-se como critérios de exclusão das participantes a presença de déficits cognitivos que impedissem a participação na pesquisa. Como critério de inclusão foi estabelecido a participação frequente em grupos sociais para metade da amostra, e a não participação nos mesmos para a outra metade.

No que diz respeito ao tamanho da amostra se deu a partir de critérios estabelecidos por Gatti (2012), levando-se em consideração a homogeneidade do gênero feminino, conforme interessa ao tema pesquisado. As sessões contendo idosas participantes do CRAS e idosas não participantes do CRAS se deram de forma separada, pois de acordo com Gatti (2012) ao se contrastar diferentes opiniões e pontos de vista, é preferencial que os grupos sejam divididos. O grupo de idosas participantes do CRAS foi nomeado de Grupo 1 e o grupo de idosas que não participam do CRAS de Grupo 2.

Tabela 1: Características sociodemográficas das participantes e composição dos dois grupos* (N=10)

<i>Participante</i> <i>Variável</i>	<i>Lis</i>	<i>Rosa</i>	<i>Deise</i>	<i>Violeta</i>	<i>Jasmin</i>	<i>Magnólia</i>	<i>Íris</i>	<i>Malva</i>	<i>Hortêncina</i>	<i>Margarida</i>
<i>Idade</i>	62 anos	79 anos	64 anos	70 anos	68 anos	66 anos	70 anos	73 anos	66 anos	64 anos
<i>Estado civil</i>	viúva	viúva	casada	viúva	viúva	separada	casada	casada	viúva	separada
<i>Já teve ou tem depressão (segundo próprio relato)</i>	Já teve	Não tem/teve	Tem	Não tem/teve	Já teve	Já teve	Tem	Já teve	Não tem/teve	Não tem/teve
<i>Grupo focal</i>	Grupo	Grupo	Grupo	Grupo	Grupo	Grupo 1	Grupo	Grupo	Grupo	Grupo 2

1	1	1	1	1	2	2	2
---	---	---	---	---	---	---	---

*Os nomes das participantes foram substituídos por nomes fictícios a fim de preservar suas identidades

Instrumentos

Foi utilizado nos grupos focais um roteiro de entrevista semiestruturado contendo duas questões norteadoras divididas em dois blocos: 1) O que o grupo conhece sobre depressão e seu tratamento, e 2) O que o grupo pensa sobre o envelhecimento enquanto mulheres idosas.

Procedimentos éticos e de coleta de dados

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética da Universidade Federal do Piauí e aprovada com o número de parecer 2.689.683 e CAAE 90030418.5.0000.5214. Após aprovação teve início a coleta de dados, sendo explicitado os objetivos da pesquisa e seu caráter sigiloso, assim como o esclarecimento de que a participação seria voluntária e permitida a desistência em qualquer momento caso a participante desejasse.

Foram realizadas duas sessões de grupos focais, sendo uma realizada em uma sala de um núcleo de pesquisa social na Universidade Federal do Piauí e outra em uma sala de reuniões no Centro de Assistência Social (CRAS) da cidade de Parnaíba. Ambas as sessões foram compostas pela pesquisadora como facilitadora e duas outras pesquisadoras previamente treinadas como ajudantes na anotação e gravação dos relatos.

As participantes foram convidadas para participar da pesquisa através de ligações telefônicas e presencialmente. Para a realização do Grupo 1 foram contatadas 12 mulheres, mas somente seis compareceram. Para o Grupo 2 foi feito contato com 12 mulheres; quatro compareceram. Os grupos foram realizados respectivamente nos dias 22 de abril e 8 de maio de 2019.

As duas sessões ocorreram em salas previamente preparadas com mesas redondas e acústica favorável à gravação, estando participantes e facilitadora sentados lado a lado em volta da mesa (Gatti, 2012). Ao início de cada sessão foi concedido autorização das participantes para gravação, a fim de registro da coleta. A sessão com o Grupo 1 teve duração de 57 minutos e 30 segundos, enquanto a segunda durou 58 minutos e 5 segundos.

Análise de dados

Os dados foram analisados através das proposições da análise de conteúdo de Bardin (2002), empregando-se a modalidade temática onde seguiu-se as seguintes etapas: 1) transcrição do material; 2) leitura flutuante dos dados; 3) recorte e divisão em categorias; 4) análise e interpretação dos conteúdos temáticos e dos desenhos.

Resultados e discussão

A partir da análise dos resultados foi revelado dois eixos temáticos que por sua vez originaram subcategorias, os quais estão descritos na Tabela 2. As categorias serão explicitadas a seguir a partir das falas das participantes dos grupos focais.

Tabela 2: Eixos temáticos e categorias

<i>Eixos temáticos</i>	<i>Subcategorias</i>
<i>Conceituação da depressão</i>	- Depressão definida como doença determinada por fatores únicos
<i>Tratamento da depressão</i>	- Tratamento através de ajuda profissional e medicamentos - Tratamento através da fé/crença em algo divino
<i>Depressão e estado civil</i>	- Viuvez e solidão

A depressão é objetivada como um transtorno de humor multideterminado e multifatorial, o qual apresenta-se de forma variável de um indivíduo para outro, sendo o humor deprimido o principal sintoma geral, podendo ocorrer ainda outros tais como falta de apetite, transtornos de sono, desesperança, dentre outros; podendo se manifestar com particularidades em idosos, apresentando sintomas que por vezes são entendidos erroneamente como algo normal na velhice (Peron, Neves, Brandão, & Vicentini, 2004; Ferreira, & Tavares, 2013; Marques et al, 2017).

As idosas pesquisadas de ambos os grupos ancoraram suas representações sociais da depressão a partir da visão comum de que se trata de uma doença composta unicamente pela tristeza e sofrimento, sendo que por vezes não conseguem conceitua-la a partir de como ela se manifesta, ou seja, dos seus sintomas: “a depressão é um negócio muito... muito feio que a gente fica sem saber nem o que fazer (Malva – Grupo 2), “ela (depressão) aparece através de tristeza” (Lis – Grupo 1). Configurando-se assim uma subcategoria em que ambos os grupos fazem parte, denominada de Depressão definida por fatores únicos, pertencente ao eixo temático Conceituação da depressão.

Referente a essa subcategoria, nota-se a falta de conhecimento das idosas de ambos os grupos a respeito da doença, o que pode ser explicado pela baixa escolaridade de todas as idosas participantes. Em um estudo realizado por Santos e Gomes (2019) sobre a relação da escolaridade no contexto de vida de idosos, concluiu-se que esta funciona como um intermediário de saúde nessa população, seja na prevenção ou seja no combate de doenças, resultando assim em qualidade de vida e autonomia.

Os resultados de um estudo realizado em Porto Rico demonstraram que altos níveis de escolaridade e auto eficácia funcionam como fatores protetores da depressão em idosos, mas que estas duas variáveis se apresentam de forma muito mais relevante

em homens do que em mulheres idosas (Serra-Taylor, & Irizarry-Robles, 2015). Denota-se dados consonantes em pesquisa realizada com idosos de baixa escolaridade em uma cidade do Nordeste brasileiro, na qual as mulheres idosas apresentaram uma maior pontuação em uma escala de depressão quando comparado a homens idosos (Maximiano-Barreto, & Fermoseli, 2017).

Ainda neste primeiro eixo temático de análise, observou-se que as idosas representam a depressão a fatores únicos, tais como “a depressão é só ‘pra’ quem tem sofrimento mesmo, tem o sofrimento de um filho, de um marido, de uma coisa assim... tem um motivo” (Jasmin – Grupo 1); “pra pessoa não ter depressão é ser uma pessoa despreocupada, que não se preocupa” (Iris – grupo 2). De acordo com Machado e Gordilho (2016), a depressão é uma doença multifatorial que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

O segundo eixo temático de análise foi definido como Tratamento da depressão. Esse eixo foi dividido em duas subcategorias, sendo a primeira nomeado de “Tratamento através de ajuda profissional e medicamentos” e a segunda nomeada “Tratamento através da fé/crença em algo divino”. Na primeira subcategoria encontram-se as idosas pertencentes ao Grupo focal 1 e na segunda subcategoria as idosas do Grupo focal 2. Nessas duas subcategorias observou-se a diferença no conhecimento de como se dá o tratamento de pessoas acometidas pela depressão, sendo que o Grupo 1 mencionou a importância de profissionais como o psicólogo e o uso de medicamentos quando necessário. Já o Grupo 2 apresentou de forma enfática o quanto a fé é o principal pilar de tratamento e possível cura.

Essa diferença entre os dois grupos pode ser explicada pela participação de palestras informativas e/ou contato com profissionais de saúde nos grupos que

acontecem no CRAS, assim como uma maior troca social de vivências e informações entre as idosas participantes de grupos. Em uma pesquisa realizada em Minas Gerais com o objetivo de analisar a efetividade de intervenções informativas em um grupo de aconselhamento constatou que estas funcionam tanto como propulsoras de mudanças de hábitos comportamentais como um meio importante para mudanças de hábitos de vida, pois os idosos têm espaço de discutir suas reflexões e anseios sobre assuntos relacionados a sua saúde (Brito, Tavares, Polo, & Kanitz, 2019).

Os grupos de convivência desempenham importante papel na vida de pessoas idosas, pois proporcionam a criação de vínculos afetivos e momentos de lazer e descontração, soma-se a isso o fato de que as atividades que são desempenhadas dentro destes grupos a partir da supervisão de profissionais qualificados podem contribuir para a prevenção de doenças mentais como a depressão, assim como contribuir para que a idosa tenha uma melhor qualidade de vida, tornando-se mais ativa (Resende et al, 2011).

Especificamente sobre depressão, Oliveira et al (2019) realizou um estudo na Bahia que objetivou avaliar sinais de depressão em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência, no qual concluiu-se que estes grupos são relevantes e podem ser considerados preventivos, além de servirem como suporte social. Ainda nessa pesquisa observou-se que os idosos não participantes de grupos de convivência apresentarem ter depressão em maior número quando comparado ao grupo de idosos participantes de grupos.

Referente a subcategoria Tratamento através da fé/crença em algo divino foram evidenciadas as seguintes falas do Grupo 2: “eu tenho medo de entrar em depressão (...) me peguei com Deus – ‘ah é, se pegue com Deus, leia a bíblia, procure ler a bíblia que ajuda muito’” (Iris e Malva – Grupo 2). No primeiro grupo as formas de tratamento

foram elucidadas através das falas: “o tratamento tem que passar por algum psicólogo, e tem deles que até toma remédio ‘pra’ aquela doença”; “eu acho que deve ter um grupo só, (...) um grupo de vocês (psicólogos) só pra trabalhar exatamente as dores que nós temos” (Lis e Deise – Grupo 1).

O terceiro e último eixo temático de análise se refere a Depressão e estado civil, com a subcategoria Viuvez e solidão. O Grupo 1 foi composto por uma idosa casada, uma idosa separada e quatro idosas viúvas, enquanto o Grupo 2 foi composto por duas idosas casadas, uma idosa viúva e uma idosa separada. Assim como no primeiro eixo temático, este também foi composto por ambos os grupos focais comparativos (Grupo 1 e Grupo 2), tendo em vista que nos dois grupos haviam mulheres com o mesmo estado civil e que apresentaram em suas falas dados semelhantes.

Estudo realizado com 213 idosos em uma cidade de Portugal objetivou analisar a relação da solidão com a sintomatologia depressiva e observou-se que a solidão teve uma associação significativa com o estado civil e com o gênero feminino, sendo que viúvas apresentaram sintomatologia depressiva mais elevada, apontando-se dessa forma uma relação também significativa entre solidão e gênero feminino. Ao final deste estudo concluiu-se que a solidão é uma dimensão significativa na sintomatologia depressiva (Faísca, Afonso, Pereira, & Patto, 2019).

As representações sociais apreendidas nos grupos focais demonstram que as idosas participantes de ambos os grupos que disseram ser viúvas vivem sozinhas e se sentem solitárias, buscando apoio ou na fé – especificamente as idosas do Grupo 2. Os dados apreendidos através dos relatos das idosas dos dois grupos podem indicar ainda a falta de suporte familiar, principalmente o abandono dos filhos ou a negligência e falta de atenção e cuidado por parte desses: “as vezes a pessoa não quer ‘ta’ sozinha, precisa

de companhia, precisa de alguém ‘pra’ conversar, e hoje em dia eu observo que quanto mais as pessoas vão ficando mais velhas as pessoas não querem mais dar atenção pra gente, escuta por educação” (Iris – Grupo 2); “Depressão é ruim, mas eu não penso nisso não. Por isso que eu não vou pensar nessas coisas de doença, nem que será que vai ter alguém ‘pra’ cuidar de mim, seja o que deus quiser” (Malva – Grupo 2); “as vezes a pessoa ‘tá’ sozinha ai chega uma companhia, uma amiga, melhora” (Magnólia – Grupo 1).

Uma pesquisa realizada em uma cidade no Taiwan com 117 mulheres e 75 homens idosos que moravam sozinhos, concluiu-se que as mulheres idosas tiveram prevalência de sintomas depressivos 1,6 vezes maior que os homens, notando-se ainda que aquelas que tinham 85 anos ou mais de idade que além de morar sozinha não tinham apoio social apresentaram um aumento significativo na prevalência dos sintomas depressivos (Lin, & Wang, 2011).

Estudo realizado por Sözeri-Varma (2012) sobre as características clínica e os fatores de risco da depressão em idosos demonstrou que as variáveis sociodemográficas encontradas nesse estudo corroboram com o que a literatura aponta sobre a depressão nessa fase do desenvolvimento. De acordo com o autor, os fatores de risco para o aparecimento da doença são ser do sexo feminino, ser viúvo ou solteiro, ter um baixo nível de escolaridade e ser exposto a estressores sociais.

Desta forma, os resultados encontrados permitiram identificar que a depressão, apesar de ser uma doença bastante conhecida pela população em geral, é objetivada como uma doença causada ou motivada por fatores únicos e isolados. Observou-se também a diferença de representações sociais no que tange ao tratamento da depressão, enquanto o grupo composto por mulheres que são participantes ativas em grupos de

convivência mostra ter conhecimento de que o tratamento deve ser feito a partir de ajuda profissional, as idosas do outro grupo focal, que não participam de grupos de convivência, representam o tratamento prioritariamente através da fé e da religiosidade.

Foi salientado ainda uma possível relação entre as representações sociais da depressão e o estado civil, tendo em vista que as mulheres viúvas ou separadas apresentaram a partir dos seus relatos representações relacionadas à solidão e ao abandono por parte de familiares. Neste eixo de análise se observou que independente de participar ou não de grupos de convivência, as idosas que pertencem a um estado civil considerado de maior risco para a depressão, têm representações muito mais negativas e ligadas a solidão. O que se diferencia entre os dois grupos focais quando se observa essa variável é que as idosas que participam de grupos de convivência buscam apoio em vínculos sociais com outras idosas também participantes de grupos de convivência, enquanto que as idosas que não tem vínculo com grupos de convivência buscam apoio na religiosidade.

Considerações finais

A presente pesquisa versou sobre as representações sociais da depressão de mulheres idosas na cidade de Parnaíba. Os dados obtidos possibilitaram a apreensão destas representações em três eixos temáticos de análises que originaram subcategorias. Verificou-se que as representações das idosas se relacionam com a forma como elas vivem, com seu estado civil, com as informações vivenciais ou não que já tiveram sobre a depressão, tendo em vista que algumas relataram já ter tido depressão em algum momento da vida e/ou conviver com outras pessoas que tiveram a doença.

As idosas que participam de grupos de convivência demonstraram um maior conhecimento sobre o tratamento da doença, enquanto as que não participavam de

grupos demonstraram ter uma maior crença na religiosidade e na fé, além de terem a representação de que é através destas que um tratamento eficaz pode ser feito. O conhecimento sobre como a depressão se manifesta e as dimensões que ela afeta, bem como o fato de ser uma doença multideterminada se mostraram desconhecidos ou vistos de forma simplista pelas idosas de ambos os grupos. Além disso, observou-se que o estado civil tem influência na forma de representar a depressão, sendo a capacidade de lidar com a doença vista de forma mais negativa e ligada à solidão pelas mulheres com estado civil viúva ou separadas que por sua vez vivem sozinhas.

Devido ao delineamento do estudo, este não é passível de generalização, desta forma sugere-se futuros estudos que busquem entender qual o conhecimento que as idosas têm sobre a depressão a partir de um maior número de grupos focais abrangendo dessa forma mais idosas, tendo em vista que estas são as mais acometidas pela depressão de início tardio e pela sintomatologia depressiva e ressaltando-se a importância desse conhecimento como prevenção e detecção da doença. Além disso, a partir dos resultados encontrados e dos relatos registrados ressalta-se a necessidade de implementação de programas e políticas públicas voltados especificamente para essa psicopatologia, que visem a disseminação de conhecimento e suporte social.

A utilização de grupos focais para apreensão de representações sociais tem como ponto forte o fato de permitir que estas sejam trazidas à fala de forma mais natural assim como permite que os participantes não somente discutam seus pontos de vista, mas também adquiram algum conhecimento a partir da troca de informações no grupo. A fragilidade na utilização da técnica encontra-se na difícil adesão de pessoas e na logística de conciliar dias e horários para que todos possam se reunir. Além disso, os

contratempos podem acontecer, como a fuga do assunto proposto e a divagação de ideias não relacionadas diretamente ao que o pesquisador propôs pesquisar.

Por fim, os dados aqui apresentados nesta pesquisa são relevantes e espera-se que possam encorajar futuras investigações científicas voltadas para esta temática na velhice e no processo de envelhecimento, bem como possa orientar profissionais da gerontologia e psicogerontologia em suas práticas profissionais nos dispositivos de vivências das velhices formas de identificação, diagnóstico e tratamento para a depressão que é um sofrimento sem fronteiras de idades.

Referências

- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. (DOI INEXISTENTE)
- Brito, B. T. G., Tavares, G. H., Polo, M. C. E., & Kanitz, A. C. (2019). Lazer, atividade física e comportamento sedentário de idosos participantes de um grupo de aconselhamento. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 27(2), 97-109. Doi: <http://dx.doi.org/10.18511/rbcm.v27i2.9850>
- Coutinho, M. P. L.; Araújo, L. F., & Sá, R. C. N. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-USF*, 8(2), 183-192. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712003000200010>
- Faísca, L. R., Afonso, R. M., Pereira, H., & Patto, M. A. V. (2019). Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. *Análise Psicológica*, 37(2), 209-222. Doi: 10.14417/ap.1549
- Ferreira, P. C. S. & Tavares, D. M. S. (2013). Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 401-407. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200018>
- Gatti, B. A. (2012). *Grupo Focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Liber Livro. (DOI INEXISTENTE)
- IBGE (2019). *Projeção da população do Brasil e das unidades da federação*. Recuperado de: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/> (DOI INEXISTENTE)
- Jovchelovitch, S. (2014). Representações Sociais e Polifasia Cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da razão. In Almeida, A. M., Santos, M. F.; Trindade, Z. A. (Orgs.). *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik. Recuperado de: <http://www.technopolitik.com.br/files/TRS%2050%20anos2aEdAbr17PDFsRp.pdf> (DOI INEXISTENTE)
- KUCHEMANN, B. A. (2012) Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Revista Sociedade e Estado*, 27(1), 165-180. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>
- Lampert, C. D. T. & Scortegagna, S. A. (2017). Avaliação das condições de saúde e distorções cognitivas de idosos com depressão. *Avaliação Psicológica*, 16(1), 48-58. Doi: 10.15689/ap.2017.1601.06

- Lin, P. C., & Wang, H. H. (2011). Factors associated with depressive symptoms among older adults living alone: An analysis of sex difference. *Aging & mental health*, 15(8), 1038-1044. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.583623>
- Lopes, J. M., Fernandes, S. G. G., Dantas, F. G., & Medeiros, J. L. A. D. (2015). Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. *Revista brasileira de geriatria gerontologia*, 18(3), 521-531. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14081>
- Machado, C. M. S. & Gordilho, A. (2016). Transtornos psicóticos de início tardio In Freitas, E. V., & Cols. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (p. 153-195). Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan. (DOI INEXISTENTE)
- Marques, J. F. S. et al. (2017). Transtorno depressivo maior em idosos não institucionalizados atendidos em um centro de referência. *Arquivos de Ciência e Saúde*, 24(4), 20-24. Doi: <doi.org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.804>
- Maximiano-Barreto, M. A., & Fermoseli, A. F. D. O. (2017). Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/Al. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 801-813. Doi: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180314>
- Moscovici, S. (2017). *Representações Sociais: investigações em Psicologia Social*. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes. (DOI INEXISTENTE)
- Oliveira, A. G., de Abreu, S. S. S., Macedo, M. A. S. S., Duarte, S. F. P., dos Reis, L. A., & Lima, P. V. (2019). Grupos de convivência como suporte na prevenção da depressão em idosos. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 8(1), 17-24. Doi: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v8i1.1637>
- ONU (2018). *Ageing and health*. Recuperado de: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (DOI INEXISTENTE)
- Peron, A. P., Neves, G. Y. S., Brandão, M., & Vicentini, V. E. P. (2008). Aspectos biológicos e sociais da depressão. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 8(1). Doi: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v8i1.2004.240>
- Resende, M. C., Almeida, C., Favoreto, D., Miranda, E. G., da Silva, G. P., Vicente, J. F. P., ... & Galicioli, S. C. P. (2011). Saúde mental e envelhecimento. *Psico*, 42(1), 31-40. Recuperado de: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5315/6296> (DOI INEXISTENTE)

- Sales, J. C., Júnior, S., Vieira, C. P. D. B., Figueiredo, M. D. L. F., Luz, M. H. B. A., & Monteiro, C. F. D. S. (2016). Feminização da velhice e sua interface com a depressão: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE online*, 10(5), 1840-1846. Doi: 10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201633
- Santos, M. R., & Gomes, M. M. F. (2019). Envelhecimento populacional, escolaridade e o contexto dos idosos: enfoque metaanalítico consolidado de 1991 a 2018 na Web of Science. *Anais do XXI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Poços de Caldas, Minas Gerais* 1-16. Recuperado de: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/view/3254/3114> (DOI INEXISTENTE)
- Serra Taylor, J. A., & Irizarry-Robles, C. Y. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125-134. Doi: <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.12>
- Sözeri-Varma, G. (2012). Depression in the elderly: clinical features and risk factors. *Aging and disease*, 3(6), 465. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3522513/> (DOI INEXISTENTE)
- United Nations (2019). *World Population Prospects 2019: Highlights*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Recuperado de https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf (DOI INEXISTENTE)

9. Estudo 4: Representações sociais da depressão por idosas através do desenho-estória com tema

RESUMO

Essa pesquisa teve como objetivo apreender e comparar as representações sociais elaboradas por mulheres idosas participantes de grupos sociais e idosas não participantes de grupos. Participaram da pesquisa 6 idosas com idades entre 62 e 79 anos. Foi utilizado como instrumento o Desenho-Estória com Tema, uma técnica projetiva aplicada à pesquisa, sendo analisada a partir do modelo proposto por Coutinho. Os dados obtidos mostraram que as idosas ancoraram suas representações em duas categorias: uma referente a estratégias de enfrentamento e tratamento da depressão e outra referente a impossibilidade de melhora. Os resultados implicam na necessidade e importância de programas voltados especificamente para idosas que sirvam como meios de educação para o tema e como suporte social.

Palavras-chave: Representações Sociais; Depressão; Idosas.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional trata-se de um fenômeno global vivenciado por diversos países ao redor do mundo, ocorrido em consequência das quedas nas taxas de mortalidade e fecundidade, culminando em um processo de achatamento da pirâmide etária assim como em demandas e desafios sociais específicos, tendo em vista que essa transição acontece em diferentes ritmos e contextos. No Brasil, a demanda do envelhecimento é vivenciada de forma concomitante a outros desafios ainda não superados (Camarano, Kanso, & Fernandes, 2016; Fundação Oswaldo Cruz, 2013).

No ano de 2017 o contingente populacional de idosos no Brasil cresceu 18,8% quando comparado ao ano de 2012, ao passo em que a população de crianças diminuiu 3,6%, de acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua ([IBGE], 2017). A Organização das Nações Unidas ([ONU], 2017) assinala que 64% de todas as pessoas mais velhas encontram-se em regiões menos desenvolvidas atualmente, tendo-se a perspectiva de que esse total deve subir para 80% até o ano de 2050. As projeções apontam ainda que até este mesmo ano, as taxas de população de idosos na Ásia, América Latina, Caribe e Oceania deverão ultrapassar os 18% da população.

A velhice no Brasil é majoritariamente composta por mulheres em todas as coortes de idosos, ressaltando-se, dessa forma, a importância de estudos acerca desse grupo populacional (Mesquita, 2017). Ademais, as idosas compõem um grupo vulnerável socialmente, pois vivenciam desafios decorrentes de desigualdades de gênero, como os papéis sociais que lhes são impostos, a baixa escolarização, más condições socioeconômicas e a solidão (Almeida et al., 2015; Belo, 2013; Brandão, 2013; Lima, 2018).

Estudos apontam que as mulheres idosas são as mais acometidas pela depressão ou por sintomas depressivos quando comparadas a homens idosos (Maximiano-Barreto, Aguiar, & Fermoseli, 2017; Calha, Arriaga, & Cordeiro, 2014; Gullich et al, 2016; Marques et al., 2017; Oliveira, 2010). O sofrimento psíquico em alguns casos pode ser atravessado ou originado por marcadores de gênero, pois enquanto homens preocupam-se com questões como a virilidade e de cunho laboral, as mulheres mostram-se preocupadas com o julgamento dos outros quanto a aparência ou ao seu modo de falar ou comportar-se, sendo por vezes silenciadas (Zanello, Silva e Henderson, 2015).

A depressão é considerada o transtorno psiquiátrico mais frequente em idosos (Grover, Mehra, Dalla, Chakrabarti, & Avasthi 2018), caracteriza-se por ser uma psicopatologia com forte impacto funcional em todas as faixas etárias em que ocorre, sendo composta de uma natureza multifatorial que envolve aspectos de ordem biológica, psicologia e social (Machado & Gordilho, 2016). Em idosos, os sintomas depressivos mais evidentes são anedonia, irritabilidade e sintomas somáticos (Lampert & Scortegagna, 2017). Nessa fase da vida pode estar relacionada com outros quadros clínicos, assim como com a diminuição da qualidade de vida (Wannmacher, 2016).

De forma geral, estudo de China (2017) aponta que a ocorrência de depressão em mulheres é 3,21 vezes superior a ocorrência da doença em homens. No que se refere a mulheres idosas, essa superioridade se mantém, e estabelece relação com uma maior vulnerabilidade de idosas, tendo em vista que estas possuem frequentemente menor escolaridade e renda, são mais expostas a situações de violência, além de vivenciarem em maior parte a viuvez e isolamento social (Lampert & Scortegagna, 2017).

Estudos brasileiros dos anos de 2004 a 2013 apontam a maior prevalência de depressão em mulheres idosas. Araújo e Bachion (2004) encontraram uma maior prevalência de idosas depressivas; Fernandes, Nascimento e Costa (2010) apontaram prevalência de 77% no sexo feminino; Alvarenga et al. (2012) apontaram taxas de 69% de depressão em idosas; Munhoz et al. (2012) mostra que as mulheres são as que possuem maior risco de desenvolverem sintomas depressivos; no estudo de Reis, Pereira, Cardoso e Gherardi-Donato (2013), 82% das ocorrências se deu em idosas, o que se faz necessário pesquisas psicossociais a respeito.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi desenvolvida por Serge Moscovici na década de 1960 e está fundamentada nos conhecimentos compartilhados por determinados grupos sociais dentro de um contexto histórico, sendo referido como contemporâneo do senso comum (Moscovici, 2017). As representações sociais dizem respeito às realidades vivenciadas pelos grupos sociais e pelos atores participantes destes grupos, sendo transmitidas e criadas através da comunicação, articulando-se informações sobre vivências e os saberes adquiridos (Santos, Tura, & Arruda 2013).

A relação entre a TRS e a vida cotidiana é, segundo Jovchelovitch (2014), o principal fundamento das representações sociais. De acordo com essa autora, os dois pontos principais que fazem com que a TRS se distinga de outras abordagens sociais é

primeiro, o dinamismo que elas buscam representar, e, segundo, o diálogo que possibilita com outras ciências sociais, haja vista que é aplicável a diferentes situações. Sendo assim, Moscovici possibilitou uma dimensão plural da sua teoria (Coutinho, Araújo, & Saraiva, 2013).

A pesquisa sobre representações sociais da depressão tem relevância social no sentido de que a depressão é uma patologia que cresce entre os idosos de forma geral, e se manifesta em maior número em mulheres idosas, sendo o sexo feminino considerado um fator de risco para o surgimento da doença. Academicamente este estudo traz a depressão sob uma ótica não biologizante e pouco explorada, partindo das representações sociais. Nesse contexto, buscou-se apreender e comparar as representações sociais de mulheres idosas acerca da depressão e do seu próprio processo de envelhecimento.

MÉTODO

Tipo de investigação

Trata-se de um estudo qualitativo, com dados transversais e amostra por conveniência.

Participantes

Participaram da pesquisa 6 idosas com idades entre 62 e 79 anos, sendo 3 idosas participantes de grupos de convivência do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e 3 idosas que não participavam de nenhum grupo social com frequência. Das 6 participantes, 3 eram casadas e 3 viúvas. As idosas residem no estado do Piauí. Foram usados como critérios de exclusão das participantes a presença de déficits cognitivos que impedissem o preenchimento do instrumento. Como critério de inclusão foi

estabelecido a participação frequente em grupos sociais para metade da amostra, e a não participação nos mesmos para a outra metade.

Instrumentos

Foi utilizado a técnica projetiva do Desenho-Estória com Tema. Essa técnica tem por objetivo captar representações mais profundas a partir do desenho e da estória contada, trazendo à superfície elementos inconscientes que poderiam ficar implícitos em outras formas de coleta (Coutinho, Serafim, & Araújo, 2011). A finalidade dessa técnica, segundo Coutinho, Serafim e Araújo (2011) é a observação de elementos latentes que podem surgir na projeção gráfica e temática.

Procedimentos éticos e de coletas de dados

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética da Universidade Federal do Piauí e aprovada com o número de parecer 2.689.683 e CAAE 90030418.5.0000.5214. Após aprovação, iniciou-se a coleta de dados por conveniência, sendo apresentado o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e explicitado o caráter sigiloso da pesquisa, assim como os objetivos da mesma. A participação na pesquisa e preenchimento do instrumento ocorreu em um tempo estimado de 15 minutos por pessoa.

A aplicação do Desenho-Estória com Tema foi realizada de forma individual, com a colaboração de duas pesquisadoras previamente treinadas. Foi informado às participantes que a autoria dos desenhos seria mantida em anonimato e que não havia formas certas ou erradas de desenhar. Posteriormente foi entregue a cada participante uma folha de papel em branco e canetas pretas e azuis. Em seguida pediu-se para que as idosas realizassem um desenho a partir do estímulo indutor: “O que você entende por

depressão”. Após a finalização do desenho pediu-se que cada participante contasse uma estória sobre seu desenho.

Análise de dados

Referente a análise dos dados, foi utilizado o modelo proposto por Coutinho, Serafim e Araújo (2011). Inicialmente foi feita a observação sistemática dos desenhos, em seguida estes foram selecionados por semelhança gráfica e/ou aproximação de temas.

No que se refere ao tema (estória), a análise de dados foi feita através da Análise de Conteúdo Temática de Bardin (2002) seguindo as seguintes etapas: (I) leitura flutuante das unidades temáticas; (II) recorte e divisão em categorias; (III) análise e interpretação dos conteúdos temáticos e dos desenhos.

RESULTADOS

A partir da análise feita nos desenhos e respectivas estórias concluiu-se que todos os desenhos foram representados por pessoas, apesar de não haver um comando ou estímulo que pedisse especificamente isso. Partindo desse ponto, os desenhos foram classificados em apenas duas categorias: *Depressão associada a estratégias de enfrentamento/tratamento* e *Depressão associada a impossibilidade de melhora*.

Depressão associada a estratégias de enfrentamento/tratamento

Estória (L. C. S. C., casada, 64 anos): “São três amigas: Vilma, Zizi e Mariazinha. Elas são amigas que dão apoio uma a outra quando estão felizes. Vilma está com depressão e as outras a ajudam dando conselhos e fazem muito bem para Vilma”.

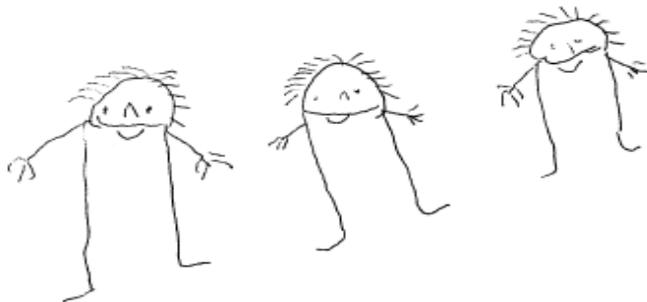


Figura 1: Desenho-estória com tema

Estória (M. R. P. V., viúva, 62 anos): “Essa sou eu. As vezes estou ‘tão assim’ triste. Mas penso que o poder de Deus é maior. Tiro a mão do queixo ‘como no desenho’ e confio em Deus”.



Figura 2: Desenho-estória com tema

Estória (S. C., casada, 73 anos): “Alice despreocupada que tudo está bem. Não se preocupa com nada, gosta de sair de casa”.



Figura 3: Desenho-estória com tema

Estória (M. S., casada, 70 anos): "A depressão não volta. Deve ir no psicólogo fazer terapia"



Figura 4: Desenho-estória com tema

De acordo com as Figuras 1, 2, 3 e 4, os sintomas da depressão podem ser evitados ou curados a partir de estratégias sociais ou terapêuticas. Na Figura 1 a participante ancora uma melhora no humor quando está junto com amigas e quando pode conversar com alguém. Na Figura 2 a participante demonstra em sua história uma estratégia de enfrentamento da tristeza baseada na fé que tem em algo divino, Deus. Na Figura 3 a pessoa desenhada tem como estratégia a tentativa de não se preocupar e de sair de casa, manter vínculos extrafamiliares, ter momentos de lazer. Na Figura 4 a pessoa desenhada tem depressão e busca a terapia como uma forma de tentar se sentir melhor e tratar a sintomatologia depressiva.

Depressão associada a impossibilidade de melhora

Estória (F. C. A., viúva, 79 anos): “O nome dela é Magda. Ela não está nem muito triste nem muito animada. Ela tem um pouco de depressão. Ela está correndo porque está com medo, não consegue melhorar, por isso que os pés dela estão assim”.



Figura 5: Desenho-estória com tema

Estória (O., viúva, 66 anos): “A depressão é uma doença que não tem cura. A pessoa fica triste sem ânimo para nada. Só pensa em não viver”.



Figura 6: Desenho-estória com tema

Nesta categoria a representação que emergiu foi de que a depressão não tem cura ou que esta se dá de forma muito dificultosa. Na figura 1 o sentimento de medo foi apresentado juntamente a uma angústia ou desespero por não conseguir a melhora. Na Figura 2 novamente a doença é retratada como sem cura. Nesta figura a participante retratou ainda na sua estória alguns dos sintomas que ela percebe na patologia.

Em síntese, os desenhos-estória mostram dois lados opostos de representações. Numa doença é vista como algo reversível e evitável a partir de estratégias sociais em sua maioria. No outro polo a depressão é representada como algo impossível ou difícil de tratar ou curar. Foi observado ainda que os desenhos-estórias foram feitos partindo-se das experiências vivenciadas pelas participantes, tendo que em vista que muitas delas relataram que desenharam a si mesmas ou pensaram em estórias baseadas em pessoas que elas conhecem ou conheceram.

DISCUSSÃO

A literatura aponta de forma clara e consensual que ser do sexo feminino compõe um fator de risco para a ocorrência de depressão, assim como aponta que as mulheres são mais vulneráveis socialmente em decorrência da viuvez, isolamento, menor renda e escolaridade, dentre outros (Lampert & Scortegagna, 2017).

Neste estudo foi observado a partir da análise dos desenhos-estória que as representações sobre a depressão se ancoram em duas vertentes distintas. Uma relacionada a estratégias de enfrentamento e outra a impossibilidade ou dificuldade de tratamento e cura. Nesta segunda categoria observou-se o fato de que as duas participantes eram mulheres viúvas, destacando-se ainda que uma delas conviveu com um marido que tinha depressão – pode-se concluir a partir dos seus relatos que se tratava de uma depressão grave.

A viuvez é apontada em diversos estudos como fator de risco para depressão em mulheres idosas (Cohen, Paskulin, Prieb, & Giglioli, 2015). Além disso, um estudo realizado por Gato et al (2018) demonstrou que a sintomatologia depressiva está fortemente associada ao estado civil e à solidão e inversamente relacionada com o estado civil casado.

Um estudo transversal realizado em Gana com 262 idosos demonstrou que viver sozinho é um importante fator de risco para o aparecimento de sintomas depressivos (Kugbey et al, 2018). Neste mesmo estudo constatou-se que a religião e a crença em algo é um fator de enfrentamento eficaz utilizado por muitos idosos, indo ao encontro do desenho-estória da Figura 2, no qual a idosa demonstra utilizar-se dessa estratégia para não “ficar triste”.

Na Figura 2 o desenho foi realizado por uma participante com estado civil viúva, corroborando com estudo de Lima (2018) que apontou que a espiritualidade é uma dimensão central na manutenção da saúde mental, identificando ainda que algumas idosas a utilizam como um recurso para lidar com a solidão.

Na Figura 3 observa-se que a estratégia de enfrentamento utilizada é representada pela não preocupação e pelo lazer (sair de casa). Um estudo intitulado de “Mentes ociosas são ferramentas do diabo? Lidar com humor deprimido e pensamento divergente em adultos mais velhos” demonstrou que o estilo de enfrentamento é um preditor importante na forma como o idoso lida com o humor deprimido - que pode vir a ser consequência do aparecimento da depressão - especialmente naqueles que utilizam de estratégias focadas no problema (Mélendez, Alfonso-Benlliure, & Mayordomo, 2017).

Nesta mesma linha de pensamento pode-se inferir que a Figura 4 foca-se em utilizar-se de estratégia focada no problema. A participante representou a depressão a partir de uma estória onde a pessoa do desenho deve procurar um tratamento psicológico para tratar da depressão que já se encontra presente.

Referente a Figura 1, a idosa demonstrou usar a rede de apoio social como uma forma de lidar com a depressão e com humor deprimido. Em uma revisão da literatura sobre a influência da rede de apoio social na saúde do idoso no Brasil, realizada por Pereira (2016), concluiu-se que o enfrentamento das adversidades é representado primordialmente pela rede de apoio informal, composta por familiares, amigos, vizinhos e a comunidade em que o idoso está inserido.

Os achados referentes a categoria de estratégias de enfrentamento corroboram com as conclusões do estudo de Kugbey (2018), os quais demonstram que os idosos

tendem a usar estratégias de enfrentamento mais adaptativas, como o apoio social e a religião ou espiritualidade em lugar de estratégias mal adaptativas como por exemplo uso de substâncias psicoativas, bebidas alcoólicas ou tabagismo.

Referente a segunda categoria de análise, levantou-se a hipótese de que ambas as idosas podem ter um autoconceito deficitário, ou seja, uma percepção negativa de si mesmo. Carvalho (2015) aponta que idosos com autoconceitos negativos mantêm altos níveis de depressão e ansiedade. Este autor conclui ainda que o autoconceito pode influenciar outras dimensões psicológicas, inferindo-se neste estudo que esta pode manter um elo com as representações emergidas nos desenhos. Desta forma, as histórias dessas participantes poderiam apontar para a necessidade de desenvolvimento de estratégias focadas nessa dimensão psicológica.

Apesar de tratar-se de um estudo comparativo, percebeu-se não haver diferenças significativas entre as idosas dos distintos grupos estudados, criando-se, portanto, categorias mescladas de participantes. Essa constatação corrobora com estudo comparativo realizado por Santos (2015) que objetivou comparar a qualidade de vida e o suporte social de idosos participantes e não participantes de grupos de convivência. A conclusão da autora é de que os idosos dos grupos de convivência tendem a manter relações sociais com outras pessoas do grupo enquanto que idosos não participantes podem ter uma rede de apoio familiar e o equivalente suporte social apesar de não estarem inseridos em um grupo.

A técnica do desenho-estória permitiu alcançar os objetivos iniciais da pesquisa, demonstrando que as idosas representam a depressão a partir de suas experiências pessoais e tendo como marco os fatores de risco já apontados na literatura, demonstrando vulnerabilidades e pontos fortes que emergiram nos desenhos e histórias.

Destaca-se nesse estudo a ausência do suporte familiar como estratégia de enfrentamento e manutenção da saúde mental, tendo em vista ser um notável suporte social já apontado na literatura que versa sobre idosos e envelhecimento. Desta forma, sugere-se futuros estudos a respeito dessa dimensão, que investigue como se encontra as relações familiares e como a família pode ajudar na prevenção ou tratamento de sintomatologia depressiva.

Ressalta-se ainda a importância de incentivos e políticas públicas, assim como programas voltados para a velhice que tratem sobre a depressão de forma clara e educativa, desmistificando a doença e propiciando estratégias de enfrentamento e suporte para as mulheres idosas.

Espera-se que este estudo possa contribuir para uma melhor compreensão das representações sociais e percepções de mulheres idosas sobre a depressão e sintomatologia depressiva, assim como possa contribuir na elaboração de programas para idosas voltados para esse tema.

Referências

- Almeida, M. A. S. O. et al. (2015). Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 39(3), 627. Doi: 10.5327/Z0100-0233-2015390300012
- Alvarenga, M. R. M.; Oliveira, M. A. C.; & Faccenda, O. (2012). Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 497-503. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400003>
- Araújo, L. A. O.; Bachion, M. M. (2004). Programa Saúde da Família: perfil de idosos assistidos por uma equipe. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 586-590. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a14v57n5.pdf>
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Belo, I. (2013). Velhice e mulher: vulnerabilidades e conquistas. *Revista Feminismos*, 1 (3), 1-20. Retirado de: <http://www.feminismos.neim.ufba.br/index.php/revista/article/viewFile/84/82>
- Brandão, E. C. R. (2013). Para além de crochês e tricôs: Os papéis sociais exercidos pelas idosas do projeto saúde, bombeiros e sociedade sob a perspectiva da feminização do envelhecimento na contemporaneidade. (Monografia, FAC). Retirado de: <http://ww2.faculdadescearenses.edu.br/biblioteca/monografias/graduacao/8-servico-social/567-para-alem-de-croches-e-tricos-os-papeis-sociais-exercidos-pelas-idosas-do-projeto-saude-bombeiros-e-sociedade-sob-a-perspectiva-da-feminizacao-do-envelhecimento-na-contemporaneidade>
- Calha, A., Arriaga, M., & Cordeiro, R. (2014). Prevalência da solidão e depressão na população idosa residente na zona histórica da cidade de Portalegre. *Revista*

- Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, especial (1), 9-14. Retirado de:
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a02.pdf>
- Camarano, A. A., Kanso, S., & Fernandes, D. (2016). Brasil envelhece antes e pós-PNI. In: A. O. Alcantara, A. A. Camarano, & K. G. (Org), Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões (pp. 63-106). Rio de Janeiro, RJ: IPEA. Retirado de
- Carvalho, L. M. O. D. (2015). O autoconceito de idosos e sua relação com níveis de ansiedade e depressão (Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Brasília). Retirado de: <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/handle/123456789/1212>
- China, J. F. (2017). *Determinantes Sociais da Depressão: diferenças entre idade, sexo e modelo de cuidados de saúde primários*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Retirado de: <http://hdl.handle.net/10451/31723>
- Cohen, R.; Paskulin, G.; Prieb, G.; & Giglioli, R. (2015). Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(2), 307-317. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14052>
- Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F., & Saraiva, E. R. A. (2013). Revisitando a teoria das representações sociais: uma abordagem teórica. In *Psicologia: Conceitos, Técnicas e Pesquisas*, 2. Curitiba-PR: Editora CRV
- Coutinho, M. P. L., Serafim, C. N. S., & Araújo, L. S. (2011). A aplicabilidade do desenho-estória com tema no campo da pesquisa. In: M. P. L. Coutinho, & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em Psicologia Social: Perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 205 – 250). João Pessoa, PB: Editora Universitária UFPB.
- Fernandes, M. G. M., Nascimento, N. F. S., & Costa, K. N. F. (2010). Prevalência E Determinantes de Sintomas Depressivos em Idosos Atendidos na Atenção

Primária De Saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11(1), 19-27.

Retirado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027969002>

Fundação Oswaldo Cruz. (2013). A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário, 2. Rio de Janeiro: Fiocruz. Retirado de <http://static.scielo.org/scielobooks/z9374/pdf/noronha-9788581100180.pdf>

Gato, J. M., Zenevycz, L. T., Madureira, V. S. F., da Silva, T. G., Celich, K. L. S., de Souza, S. S., & de Léo, M. M. F. (2018). Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. *Avances en Enfermería*, 36(3), 302-310. Doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.68498>

Grover, S.; Mehra, A.; Dalla, E.; Chakrabarti, S.; & Avasthi, A. (2018). A naturalistic 1 year follow-up study of the elderly patients with depression visiting the psychiatric outpatient services for the first time. *Psychiatry Research*, 267, 112-119. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.080>

Gulich, I.; Duro, S. M. S.; & Cesar, J. A. (2016). Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(4), 691-701. Doi: 10.1590/1980-5497201600040001

IBGE (2017). Características gerais dos domicílios e dos moradores 2017. Retirado de: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101566_informativo.pdf

Jovchelovitch, S. (2014). Representações Sociais e Polifasia Cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da razão. In Almeida, A. M., Santos, M. F.; Trindade, Z. A. (Orgs.). *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik. Retirado de: <http://www.technopolitik.com.br/files/TRS%2050%20anos2aEdAbr17PDFsRp.pdf>

- Kugbey, N., Nortu, T. A., Akpalu, B., Ayanore, M. A., & Zotor, F. B. (2018). Prevalence of geriatric depression in a community sample in Ghana: Analysis of associated risk and protective factors. *Archives of gerontology and geriatrics*, 78, 171-176. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.06.014>
- Lampert, C. D. T. & Scortegagna, S. A. (2017). Avaliação das condições de saúde e distorções cognitivas de idosos com depressão. *Avaliação Psicológica*, 16(1), 48-58. Doi: 10.15689/ap.2017.1601.06
- Lima, A. A. (2018). Eu cuido de você... E você, cuida de mim? Um olhar sobre o cuidado por idosas que moram sozinhas. (Tese de doutorado, UNESP). Retirado de: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/153134>
- Machado, C. M. S. & Gordilho, A. (2016). Transtornos psicóticos de início tardio In Freitas, E. V., & Cols. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 153-195). Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan
- Marques, J. F. S. et al. (2017). Transtorno depressivo maior em idosos não institucionalizados atendidos em um centro de referência. *Arquivos de Ciência e Saúde*, 24 (4), 20-24. Doi: doi.org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.804
- Maximiano-Barreto, M. A.; Aguiar, I. M. & Fermoseli, A. F. O. (2017). Análise da Depressão Geriátrica em uma Comunidade de Maceió – AL. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*, 2(3), 506-516. Retirado de: <http://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/3767/3050>
- Mélendez, J. C., Alfonso-Benlliure, V., & Mayordomo, T. (2018). Idle minds are the devil's tools? Coping, depressed mood and divergent thinking in older adults. *Aging & mental health*, 22(12), 1606-1613. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2017.1387765>

- Mesquita, A. A. (2017). Envelhecimento populacional e relações de gênero: Velhos dilemas e novos desafios. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress, Florianópolis. Retirado de: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499640460_ARQUIVO_MESQUITA,A-ENVELHECIMENTOPOPULACIONALERELACOESDEGENERO.pdf
- Moscovici, S. (2017). *Representações Sociais: investigações em Psicologia Social*. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes.
- Munhoz, T. N. et al. (2012). Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de atenção básica à saúde nas regiões sul e nordeste do Brasil. In: Anais Encontro de Pós-Graduação Ufpel, 14., Pelotas: UFPEL. Retirado de: http://www2.ufpel.edu.br/enpos/2012/anais/pdf/CS/CS_00632.pdf
- Oliveira, M. R. M. (2010). *Depressão e o Gênero: semelhanças e diferenças* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Retirado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53580/2/Depresso%20e%20Gnero%20%20Semelhanas%20e%20Diferenas.pdf>
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2017). Cúpula da ONU discute envelhecimento populacional e desenvolvimento sustentável [Site]. Retirado de: <https://nacoesunidas.org/cupula-da-onu-discute-envelhecimento-populacional-e-desenvolvimento-sustentavel/>
- Pereira, J. A. (2016). Evidências da influência da rede de apoio social na saúde de idosos brasileiros: revisão integrativa de leitura. Retirado de: <http://www.bdm.unb.br/handle/10483/14158>

- Reis, L. N.; Pereira, S.; Cardoso, L.; & Gherardi-Donato, E. C. S. (2013). Transtornos Mentais Orgânicos em um Ambulatório de Saúde Mental Brasileiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9(1), 48-53. Retirado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a08.pdf>
- Santos, A. R. S. (2015). Qualidade de vida e suporte social em idosos: comparação entre participantes e não participantes de grupos de convivência (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Sergipe). Retirado de: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/6014>
- Santos, V. B.; Tura, L. F. R.; & Arruda, A. M. S. (2013). As Representações Sociais de “pessoa velha” construídas por Idosos. *Revista Saúde e Sociedade*, 22 (1), 138-147. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/13.pdf>
- Wannmacher, L. (2016). Abordagem da depressão maior em idosos: medidas não medicamentosas e medicamentosas. OPAS/OMS – Representação Brasil, 1(1), 1-10. Retirado de: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&alias=1529-abordagem-da-depressao-maior-em-idosos-medidas-nao-medicamentosas-e-medicamentosas-9&Itemid=965
- Zanello, V.; Silva, L. C. & Henderson, G. (2015). Saúde Mental, Gênero e Velhice na Instituição Geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 543-550. Doi: <http://dx.doi.org/10.15900102-37722015042444543550>

10. Considerações finais

Esta dissertação versou sobre as RS da depressão entre mulheres idosas, com o comparativo de dois grupos, a saber, um formado por idosas que participam de grupos de convivência para idosos e outro composto por idosas que não participam de grupos. Percebeu-se que as representações dessas mulheres estão muito relacionadas às suas próprias experiências pessoais, construídas a partir da convivência com pessoas que passaram ou passam pela depressão, bem como relacionadas aos seus próprios processos de envelhecimento. Soma-se a isso a presença de um conhecimento advindo de mídias como a televisão e rádio e a forte presença da relação que elas fazem entre depressão e religião/espiritualidade.

As RS da depressão e do envelhecimento entre os dois grupos se mostraram convergentes em alguns pontos e divergentes em outros. No tocante às representações do envelhecimento, as idosas participantes de GCI mostraram ter percepções mais positivas, ancorando suas percepções em dimensões afetivas como amizade, amor e relacionamentos, além de destacarem a importância do respeito para com a pessoa idosa. Já as idosas do segundo grupo apresentaram visões negativas, relacionando o envelhecimento à fatores biológicos como doenças, dores e morte.

Acerca das RS da depressão, se evidenciou que existiu um consenso entre todas as idosas participantes em relacionar a depressão ao humor triste, ou à tristeza propriamente dita. O medo também apareceu nas representações de ambos os grupos, podendo indicar o temor pelo aparecimento da doença por parte de todas as idosas participantes da pesquisa. De forma equivalente, se percebeu que as idosas do estudo, no geral, atribuem a depressão a causas únicas, indo de encontro ao que a ciência fala

sobre a doença, pois trata-se de uma psicopatologia de cunho multifatorial e multideterminada.

As idosas pertencentes ao grupo de mulheres que participam de GCI mostraram um conhecimento mais ampliado da depressão, apresentando representações que faziam menção a questões importantes como a presença de pensamentos negativos no indivíduo que tem depressão e a presença de ideação suicida. Além disso, as idosas deste grupo têm uma visão mais extensa a respeito do tratamento da depressão, citando não somente o uso de medicamentos, mas também a importância de profissionais como o psicólogo e a junção de práticas como lazer, atividades físicas e o apoio familiar e de amigos.

Neste ínterim, se ressalta a importância dos grupos de convivência como fonte de conhecimento e discussão de assuntos relevantes, bem como uma maior possibilidade de contato com profissionais de diversas áreas que podem prestar esclarecimentos a respeito de aspectos sociais e de saúde das idosas. Os grupos se mostram importantes ainda para a manutenção de vínculos e ponte para a habituação da prática de atividades de lazer.

Alguns aspectos sociodemográficos se destacaram na presente pesquisa, como a possível relação entre RS negativas sobre a depressão e envelhecimento e a viuvez/idosas que moram sozinhas. As idosas que residem sozinhas tiveram percepções mais relacionadas a solidão e isolamento. Salientou-se ainda o fato de que as RS de idosas que têm melhores condições financeiras são mais abrangentes, mostrando que estas talvez possam ter tido mais acesso a fontes de conhecimento ou a escolarização em maior grau.

O viés religioso/espiritual se mostrou presente de forma secundária, sendo mais fortemente explanado pelas idosas que não participam de grupos de convivência. Entre

estas, a crença ou fé em algo divino se relaciona diretamente com a cura da depressão e/ou com a prevenção da doença. Nas idosas participantes de GCI estas representações também apareceram, porém, a menção à importância de um tratamento com ajuda de profissionais, medicamentos e outras estratégias se mostrou de forma mais abrangente.

Dada a relevância da temática abordada, sugere-se a realização de mais pesquisas voltadas para um cunho psicossocial, levando em consideração os poucos estudos que abordam a depressão a partir dessa perspectiva, principalmente no que concerne às representações e percepções das próprias idosas a respeito da doença. A ampliação do conhecimento sobre como as mulheres idosas representam a depressão pode subsidiar a reflexão para a criação de políticas públicas e programas sociais que atendam essa demanda.

A partir dos dados encontrados se abre a possibilidade de implementação de políticas intersetoriais que visem a articulação de saberes entre a Psicologia e Assistência Social. Além disso, os achados nessa dissertação podem servir como fonte de dados e conhecimento para a formação de profissionais que atuam em saúde mental, com foco em depressão em idosos.

Apesar da relevância dos dados encontrados nesse estudo, foram encontradas algumas limitações. A principal delas diz respeito a não generalização deste estudo, haja vista as especificidades regionais e socioculturais dos grupos estudados. Neste sentido, estudos futuros poderiam investigar as RS da depressão entre idosas a partir de outros contextos, ou mesmo procurar especificamente a existência ou não de relação entre RS da depressão, classe social e estado civil.

Referências

- Abric, J. C. (1993). Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on social representations*, 2(2), 75-78. Retirado de: <http://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/view/126/90>
- Abric, J. C. (2001). *Práticas sociais y representaciones*. México: Filosofía y cultura contemporânea.
- Aguiar, A. M. A., Marques, A. P. O., Silva, E. C., Costa, T. R., Ramos, R. S. P., & Leal, M. C. C. (2014). Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 853-866. Doi:10.1590/1809-9823.2014.13198
- Almeida, A. M. O. (2009). Abordagem societal das representações sociais. *Revista Sociedade e Estado, Brasília*, 24(3), 713-737. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922009000300005>
- Almeida, A. M., Santos, M. F.; Trindade, Z. A. (Orgs.). *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik. Retirado de: <http://www.technopolitik.com.br/files/TRS%2050%20anos2aEdAbr17PDFsRp.pdf>
- Almeida, A. V. et al (2015). A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos*, 14(1), 115 – 131. Doi: 10.15448/1677-9509.2015.1.19830
- Almeida, M. A. S. O. et al. (2015). Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 39(3), 627. Doi: 10.5327/Z0100-0233-2015390300012
- Alvarenga, M. R. M.; Oliveira, M. A. C.; & Faccenda, O. (2012). Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 497-503. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400003>
- Alvino, F. S. (2015). Concepções do idoso em um país que envelhece: *Reflexões sobre protagonismo, cidadania e direitos humanos no envelhecimento*. (Dissertação de mestrado, UNB). Retirado de: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/19708>

- Amaral, L. S. & Alves, M. S. (2013). Nó ou núcleo central e esquema periférico. *Cadernos Cespuc*, 23, 30-36. Retirado de: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/cadernoscespuc/article/viewFile/8300/7181>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Araújo, L. A. O.; Bachion, M. M. (2004). Programa Saúde da Família: perfil de idosos assistidos por uma equipe. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 586-590. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a14v57n5.pdf>
- Simões, C. C. S. (2016). Relações entre as Alterações Históricas na Dinâmica Demográfica Brasileira e os Impactos Decorrentes do Processo de Envelhecimento da População. *Estudos e Análises Informação Demográfica e Socioeconômica*, 4. Retirado de: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98579.pdf>
- Araújo, L. F, Amaral, E. B., & Sá, E. C. N. (2014). Análise semântica da violência na velhice sob a perspectiva de estudantes de ensino médio. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(2), 105-120. Retirado de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/21334/15624>.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of the life span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-96. Retirado de: http://library.mpib-berlin.mpg.de/ft/pb/pb_theoretical_1987.pdf
- Barbosa, M. T.; Machado, J. C. B.; & Vieira, M. C. S. (2016). Outras Causas de Demência/Demências Potencialmente Reversíveis In Freitas, E. V., & Cols. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 153-195). Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan
- Bassani, D. C. H.; Borges, D. T.; Teixeira, R. M.; & Pimentel, R. B. (2014). Depressão Em Idosos Na Atenção Primária Em Saúde: Aspectos De Uma Comunidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. In: II Congresso Brasileiro de Medicina Hospitalar - II CBMH, 1(5), São Paulo: Editora Blucher. Doi: 10.5151/medpro-II-cbmh-012

- Belo, I. (2013). Velhice e mulher: vulnerabilidades e conquistas. *Revista Feminismos*, 1 (3), 1-20. Retirado de: <http://www.feminismos.neim.ufba.br/index.php/revista/article/viewFile/84/82>
- Borges, L. J., Benedetti, T. R. B., Xavier, A. J., & D'Orsi, E. (2013). Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 701-710. Doi:10.1590/S0034-8910.2013047003844
- Bortolanza, M., Krahl, S., & Biasus, F. (2005). Um olhar psicopedagógico sobre a velhice. *Revista Psicopedagogia*, 22 (68), 162-170. Retirado de www.revistapsicopedagogia.com.br/exportar-pdf/428/v22n68a08.pdf
- Brandão, E. C. R. (2013). *Para além de crochês e tricôs: Os papéis sociais exercidos pelas idosas do projeto saúde, bombeiros e sociedade sob a perspectiva da feminização do envelhecimento na contemporaneidade*. (Monografia, FAC). Retirado de: <http://ww2.faculdadescearenses.edu.br/biblioteca/monografias/graduacao/8-servico-social/567-para-alem-de-croches-e-tricos-os-papeis-sociais-exercidos-pelas-idosas-do-projeto-saude-bombeiros-e-sociedade-sob-a-perspectiva-da-feminizacao-do-envelhecimento-na-contemporaneidade>
- Bretanha, A. F., Facchini, L. A., Nunes, B. P., Munhoz, T. N., Tomasi, E., & Thumé, E. (2015). Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 1-12. Doi: 10.1590/1980-5497201500010001
- Brito, T., Oliveira, A., & Eulálio, M. (2015). Deficiência física e envelhecimento: Estudo das representações sociais de idosos sob reabilitação fisioterápica. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 121-133. Doi: <https://dx.doi.org/10.12804/apl33.01.2015.09>
- Camarano, A. A. O. (org.) (2014). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Retirado de: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_regime_demografico.pdf
- Calha, A., Arriaga, M., & Cordeiro, R. (2014). Prevalência da solidão e depressão na população idosa residente na zona histórica da cidade de Portalegre. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, especial* (1), 9-14. Retirado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a02.pdf>

- Carlos, K. P. T. (2017). *Representações sociais da velhice lgbt: estudo comparativo entre universitários*. (Dissertação de Mestrado, UFPI). Retirado de: <http://hdl.handle.net/123456789/1222>
- Chagas, R. R., Ribeiro, G., & Silva, V. (2017). Representações Sociais: convergências e dissensos no campo da Sociologia e no campo da Psicologia. *Humanae*, 11(1), 1-6. Retirado de: <http://humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/562/172>
- Chaimowicz, F. & Camargos, M. C. S. (2016). Envelhecimento e saúde no Brasil. In Freitas, E., & V., & Cols. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 153-195). Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan
- Chena, D. N. C. et al. (2015). Envelhecimento e interdisciplinaridade: análise da produção científica da revista Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 20 (3), 883-901. Retirado de: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/54423/36693>
- China, J. F. (2017). *Determinantes Sociais da Depressão: diferenças entre idade, sexo e modelo de cuidados de saúde primários*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Retirado de: <http://hdl.handle.net/10451/31723>
- Cohen, R.; Paskulin, G.; Prieb, G.; & Giglioli, R. (2015). Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(2), 307-317. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14052>
- Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F., & Saraiva, E. R. A. (2013). Revisitando a teoria das representações sociais: uma abordagem teórica. In *Psicologia: Conceitos, Técnicas e Pesquisas*, 2. Curitiba-PR: Editora CRV
- Coutinho, M. P. L.; Araújo, L. F., & Sá, R. C. N. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-USF*, 8(2), 183-192. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712003000200010>
- Crepaldi, A. L. (2009). *Depressão e sintomas depressivos em idosos de baixa renda em São Paulo: prevalência, fatores associados e uso dos serviços de saúde*. Dissertação de Mestrado (Faculdade de Medicina – USP). Doi: 10.11606/D.5.2009.tde-28112009-183311

- De Jesus, F. F., & Figueiredo, A. (2013). Gênero, envelhecimento e sexualidade. *IV Seminário de gênero e práticas culturais*, UFPB. Retirado de: <http://www.itaporanga.net/genero/4/gt04/gt04.html>
- Debert, G. G. (1999). Velhice e o curso da vida pós-moderno. *Revista USP*, 42, 70-83. Doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i42p70-83>
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372-387. Doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x
- Doise, W. (2002). Da Psicologia Social à Psicologia Societal. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, 18(1), 027-035. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722002000100004>
- Duarte, M. B. & Rego, M.A. (2007). Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 691-700. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300027>
- Duran, M. C. G. (2012). Representações sociais: uma instigante leitura com Moscovici, Jodelet, Marková e Jovchelovitch. *Educação e linguagem*, 15(25), 228-243. Doi: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1043/el.v15n25p228-243>
- Duveen, G. (2017). Introdução. In Moscovici, S. (2017). *Representações Sociais: investigações em Psicologia Social*. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes
- Fechine, B., & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 1(7), 106-132. doi: <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>
- Felipe, T. W. S. S. & Sousa, S. M. N. (2014). A construção da categoria velhice e seus significados. *Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP*, 7 (2), 19-33. Retirado de: <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/view/1384/thayzav7n2.pdf>
- Fernandes, M. G. M., Nascimento, N. F. S., & Costa, K. N. F. (2010). Prevalência E Determinantes de Sintomas Depressivos em Idosos Atendidos na Atenção Primária De Saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11(1), 19-27. Retirado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027969002>

- Ferreira, P. C. S. & Tavares, D. M. S. (2013). Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 401-407. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200018>
- Fiske, A.; Wetherell, J. L.; & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review Clinical Psychology*, 5, 363-389. Doi: [10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621](https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621)
- Frank, M. H., & Rodrigues, N. L. (2016). Depressão, Ansiedade, Outros Transtornos Afetivos e Suicídio. In Freitas, E. V., & Cols. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 477-495). Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan
- Fries, A. T.; & Pereira, D. C. (2011). Teorias do envelhecimento humano. *Revista Contexto & Saúde*, 10 (20), 507-514. Doi: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.507-514>
- Fundação Oswaldo Cruz. (2013). *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário*, 2. Rio de Janeiro: Fiocruz. Retirado de <http://static.scielo.org/scielobooks/z9374/pdf/noronha-9788581100180.pdf>
- Galli, I. (2014). A teoria das representações sociais: do nascimento ao seu desenvolvimento mais recente. *Revista Educação e cultura contemporânea*, 11(24). Retirado de: <http://periodicos.estacio.br/index.php/reeduc/article/view/900/498>
- González, T. et al. (2016). Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(1), 95- 103. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14210>
- Grover, S.; Mehra, A.; Dalla, E.; Chakrabarti, S.; & Avasthi, A. (2018). A naturalistic 1 year follow-up study of the elderly patients with depression visiting the psychiatric outpatient services for the first time. *Psychiatry Research*, 267, 112-119. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.080>
- Santos, V. B.; Tura, L. F. R.; & Arruda, A. M. S. (2013). As Representações Sociais de “pessoa velha” construídas por Idosos. *Revista Saúde e Sociedade*, 22 (1), 138-147. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/13.pdf>

- Gulich, I.; Duro, S. M. S.; & Cesar, J. A. (2016). Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(4), 691-701. Doi: 10.1590/1980-5497201600040001
- Silveira, L.; Nader, M. B. (2014). *Anais do XVI encontro regional de história d Anpuh-Rio: saberes e práticas científicas*. Retirado de: www.encontro2014.rj.anpuh.org>anais
- IBGE. (2014). *Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Retirado de: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=291983&view=detalhes>
- IBGE. (2016). Relações entre as Alterações Históricas na Dinâmica Demográfica Brasileira e os Impactos Decorrentes do Processo de Envelhecimento da População. *Estudos e Análises Informação Demográfica e Socioeconômica*, 4. Retirado de: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98579.pdf>
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In Jodelet, D (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ. Retirado de: https://www.researchgate.net/publication/324979211_Representacoes_sociais_Um_dominio_em_expansao
- Jovchelovitch, S. (2014). Representações Sociais e Polifasia Cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da razão. In Almeida, A. M., Santos, M. F.; Trindade, Z. A. (Orgs.). *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik. Retirado de: <http://www.technopolitik.com.br/files/TRS%2050%20anos2aEdAbr17PDFsRp.pdf>
- Lahlou, S. (2014). Difusão das Representações e Inteligência Coletiva Distribuída. In Almeida, A. M., Santos, M. F.; Trindade, Z. A. (Orgs.). *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik. Retirado de: <http://www.technopolitik.com.br/files/TRS%2050%20anos2aEdAbr17PDFsRp.pdf>
- Lampert, C. D. T. & Scortegagna, S. A. (2017). Avaliação das condições de saúde e distorções cognitivas de idosos com depressão. *Avaliação Psicológica*, 16(1), 48-58. Doi: 10.15689/ap.2017.1601.06

- Leal, M. C.; Apostolo, J. L.; Mendes, A. M.; & Marques, A. P. (2014). Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 208-214. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400036>
- Lima, A. A. (2018). *Eu cuido de você... E você, cuida de mim? Um olhar sobre o cuidado por idosas que moram sozinhas*. (Tese de doutorado, UNESP). Retirado de: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/153134>
- Lima, M. T. R.; Silva, R. S.; & Ramos, L. R. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 1-7. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n1/a01v58n1.pdf>
- Lopes, R. M. F.; Nascimento, R. F. L.; Esteves, C. S.; Terroso, L. B.; & Argimon, I. L. (2013). Funções executivas de idosos com depressão: um estudo comparativo. *Cuadernos de Neuropsicología Panamerican Journal of Neuropsychology*, 17(2), 72-86. Doi: 10.7714/cnps/7.2.204
- Machado, C. M. S. & Gordilho, A. (2016). Transtornos psicóticos de início tardio In Freitas, E. V., & Cols. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 153-195). Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan
- Machado, J. C. (2016). Doença de Alzheimer In Freitas, E. V., & Cols. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 153-195). Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan
- Marinho, S. M. B. A. (2010). *O suporte social e a depressão no idoso*. Dissertação de Mestrado (Universidade Fernando Pessoa, Porto). Retirado de: <http://hdl.handle.net/10284/1935>
- Marques, J. F. S. et al. (2017). Transtorno depressivo maior em idosos não institucionalizados atendidos em um centro de referência. *Arquivos de Ciência e Saúde*, 24 (4), 20-24. Doi: doi.org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.804
- Matias, A. G. C.; Fonsêca, M. A.; Gomes, M. L. F.; & Matos, M. A. A. (2016). Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. *Revista Einstein*, 14(1), 6-11. Doi: 10.1590/S1679-45082016AO3447
- Maximiano-Barreto, M. A.; Aguiar, I. M. & Fermoseli, A. F. O. (2017). Análise da Depressão Geriátrica em uma Comunidade de Maceió – AL. *Revista Portal.:*

- Saúde e Sociedade*, 2(3), 506-516. Retirado de:
<http://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/3767/3050>
- Melo, H. P. & Kreter, A. C. (2014). Como vivem os idosos brasileiros do século xxi? Uma análise a partir da perspectiva de gênero. *Anais do XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 1-18. Retirado de:
<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/2227/2182>
- Mendonça, A. P. & Lima, M. E. O. (2014). Representações sociais e cognição social. *Psicologia e saber social*, 3(2), 191-206. Doi:
<https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2014.14470>
- Mesquita, A. A. (2017). Envelhecimento populacional e relações de gênero: Velhos dilemas e novos desafios. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress*, Florianópolis. Retirado de:
http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499640460_ARQUIVO_MESQUITA,A-ENVELHECIMENTOPOPULACIONALERELACOESDEGENEROPDF
- Miguel, I. C. (2014). Envelhecimento e desenvolvimento psicológico: entre mitos e factos. In H. R. Amaro da Luz & I. Miguel (Eds.), *Gerontologia social: Perspectivas de análise e intervenção*, 53-67. Retirado de:
http://repositorio.uportu.pt:8080/bitstream/11328/1495/1/Miguel%20%282014%29_Envelhecimento%20e%20desenvolvimento%20psicol%C3%B3gico.pdf
- Minayo, M. C. S. & Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), 750-757. Doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020>
- Moraes, E. N., Moraes, F. L., & Lima, S. P. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 20 (1): 67-73. Retirado de
http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf
- Moscovici, S. (2017). *Representações Sociais: investigações em Psicologia Social*. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes.
- Motta, A. B. (2011) da. Feminismo, gerontologia e mulheres idosas. In: Bonneti, A. & Souza, A. M. F. L. (Org.). *Gênero, mulheres e feminismos*, 71-92. Retirado de:
http://www.neim.ufba.br/wp/wp-content/uploads/2013/11/bahianas-n14_repositorio-Copy1.pdf

- Munhoz, T. N. et al. (2012). Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de atenção básica à saúde nas regiões sul e nordeste do Brasil. In: Anais Encontro de Pós-Graduação Ufpel, 14., Pelotas: UFPEL. Retirado de: http://www2.ufpel.edu.br/enpos/2012/anais/pdf/CS/CS_00632.pdf
- Nasri, F. (2008). O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, 6(1), 4-6. Retirado de: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>
- Neri, A. L. (2008). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento In Fuentz, D.; Malloy-Diniz, L. F.; Camargo, C. H. P.; & Cosenza, R. M. (Orgs), Neuropsicologia Teoria e Prática (pp. 17-42). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, M. R. M. (2010). *Depressão e o Gênero: semelhanças e diferenças* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Retirado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53580/2/Depresso%20e%20Gnero%20%20Semelhanas%20e%20Diferenas.pdf>
- Oliveira, M. (2012). O conceito de representações coletivas: uma trajetória da divisão do trabalho às formas elementares. *Debates do NER, Porto Alegre*, 13(22), 67-94. Retirado de: <https://seer.ufrgs.br/debatesdoner/article/view/30352>
- Oliveira, N. S., Souza, T. S., Alencar, F. S., Oliveira, G. L., Ferreira, N. B., & Alencar, J. S. (2014). Percepção do idoso sobre o envelhecimento. *Revista de Psicologia*, 8 (22), 49-83. Doi: <http://dx.doi.org/10.14295/online.v8i22.264>
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2014). Envelhecimento. UNRIC. Centro Regional de informações das Nações Unidas. URL: <http://www.unric.org/pt/envelhecimento>.
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2017). Cúpula da ONU discute envelhecimento populacional e desenvolvimento sustentável [Site]. Retirado de: <https://nacoesunidas.org/cupula-da-onu-discute-envelhecimento-populacional-e-desenvolvimento-sustentavel/>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2008). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Retirado de: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>

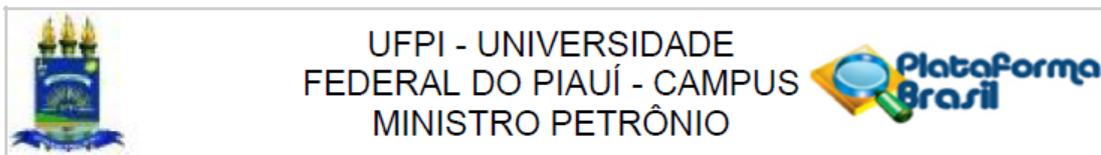
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*.
- Papalia, D. E. & Feldman, R. D. (2013). Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Vida Adulta Tardia In Papalia, D. E. & Feldman, R. D. *Desenvolvimento Humano* (pp. 570-600). Porto Alegre: Artmed.
- Peron, A.P.; Neves, G.Y.S.; Brandão, M.; & Vicentini, V.E.P. (2004). Biological and social aspects of depression. *Arq. Ciência e Saúde Unipar*, 8(1), 45-48. Retirado de: revistas.unipar.br/index.php/saude/article/download/240/213
- Porto, J. (2000). Conceito de depressão e seus limites. In Lafer, B.; Almeida, O.; Fráguas, R.; & Miguel, E. (eds.), *Depressão no ciclo da vida* (p. 20-28). Porto Alegre, ArtMed Editora.
- Quaresma, M. L. & Ribeirinho, C. (2016). Envelhecimento – Desafios do Séc. XXI. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(3), 29-49. Retirado de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30900/21382>
- Ramos, G. C. F.; Carneiro, J. A.; Barbosa, A. T. F.; Mendonça, J. M.; & Caldeira, A. P. (2015). Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(2), 122-31. Doi: 10.1590/0047-2085000000067
- Reis, L. N.; Pereira, S.; Cardoso, L.; & Gherardi-Donato, E. C. S. (2013). Transtornos Mentais Orgânicos em um Ambulatório de Saúde Mental Brasileiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9(1), 48-53. Retirado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a08.pdf>
- Ribeiro, M. E. R. S. C. (2015). Gênero e envelhecimento, a história de vida de uma sertaneja. *Revistas Opsi*, 15(2), 417-431. Doi: <https://doi.org/10.5216/o.v15i2.34205>
- Rocha, B. S. & Werlang, M. C. (2013). Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11), 3291-3300. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100019>
- Rocha, L. F. (2014). Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. *Psicologia Ciência e Profissão*, 34(1). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932014000100005>

- Sá, C. P. (1996). *Núcleo Central das Representações Sociais* (2a ed). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Saad, P. M. (2016). Envelhecimento populacional: Demandas e possibilidades na área de saúde. *Associação Brasileira de estudos Populacionais: Séries Demográficas*, 3, 153-166. Retirado de: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/series/article/view/71/68>
- Salgado, C. D. S. (2002). Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento*, 4, 7-19. Retirado de: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4716/2642>
- Santos, G. T & Dias, J. M. B. (2015). Teoria das representações sociais: uma abordagem sociopsicológica. *Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP*, 8(1), 173-187. Retirado de: <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/view/1416/santosv8n1.pdf>
- Santos, J. A. (2015). *Tornar-se “velha”: significados de velhice para mulheres idosas na cidade de Salvador-Bahia*. (Dissertação de mestrado, UFB). Retirado de: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/24415>
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25 (4), 585-593. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>
- Silva, K. G. & Santiado, I. F. (2014). Um estudo sobre as relações de gênero e sexualidade no processo de feminização e envelhecimento da epidemia do hiv/aids. *Qualitas Revista Eletrônica*, 16(2), 1-21. Doi: <http://dx.doi.org/10.18391/qualitas.v15i2.2221>
- Smith, M., Haedtke, C., & Shibley, D. (2015). Late life depression detection: An evidence-based guideline. *Journal Gerontological Nursing*, 41(2), 18-25. Doi: 10.3928/00989134-20150115-99.
- Soares, N., Poltronieri, C. F., & Costa, J. S. (2014). Repercussões do envelhecimento populacional para as políticas sociais. *Argumentum*, 6 (1), 133-152. Doi: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v6i1.7474>
- Soares, P. F. C. et al. (2013). Depressão em idosos assistidos nas unidades básicas de saúde. *Revista de Enfermagem da UFPE*, 7(9), 5453-5459. Doi: 10.5205/r euol.3529-29105-1-SM.0709201312

- Song-lee H.; Hasche, L.; Bowland, S. (2009). Structural Relationships Between Social Activities and Longitudinal Trajectories of Depression Among Older Adults. *Gerontologist*, 49(1), 1-11. Doi: 10.1093/geront/gnp006
- Teston, E.F.; Carreira, L.; & Marcon, S.S. (2014). Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 450-456. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140060>
- Torres, T., Camargo, B., Boulsfield, A., & Silva, A. (2015). Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12), 3621-3630. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.01042015>
- Vala, J. & Castro, P. (2013). Pensamento social e representações sociais. In Vla, J. & Monteiro, M. B. (Coord.), *Psicologia Social* (pp. 569-602). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Wannmacher, L. (2016). Abordagem da depressão maior em idosos: medidas não medicamentosas e medicamentosas. *OPAS/OMS – Representação Brasil*, 1(1), 1-10. Retirado de: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&alias=1529-abordagem-da-depressao-maior-em-idosos-medidas-nao-medicamentosas-e-medicamentosas-9&Itemid=965
- Wolter, R. P.; Wachelke, J.; & Naiff, D. (2016). A Abordagem Estrutural das Representações Sociais e o Modelo dos Esquemas Cognitivos de Base: Perspectivas Teóricas e Utilização Empírica. *Temas em psicologia*, 24(3), 1139-1152. Doi: 10.9788/TP2016.3-18
- World Health Organization (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization. Retirado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=0C41E2D201DFACD7339345918248C4D8?sequence=1>
- Zanello, V.; Silva, L. C. & Henderson, G. (2015). Saúde Mental, Gênero e Velhice na Instituição Geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 543-550. Doi: <http://dx.doi.org/10.15900102-37722015042444543550>

Anexo

Anexo – Parecer de aprovação do Comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DEPRESSÃO: UMA COMPARAÇÃO ENTRE IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA E IDOSOS DA COMUNIDADE GERAL

Pesquisador: LUDGLEYDSON FERNANDES DE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90030418.5.0000.5214

Instituição Proponente: UFPI - Campus Ministro Reis Velloso

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.689.683

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo intitulado " REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DEPRESSÃO: UMA COMPARAÇÃO ENTRE IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA E IDOSOS DA COMUNIDADE GERAL", que tem como pesquisador responsável LUDGLEYDSON FERNANDES DE ARAÚJO. É uma pesquisa qualitativa, exploratória, transversal, com amostra por conveniência.

A pesquisa será realizada nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e nos espaços públicos da cidade de Parnaíba - Piauí. O pesquisador pretende contar com um total de 100 mulheres que se encaixem na faixa etária para ser considerada pessoa idosa (60 anos ou mais), sendo 50 de grupos de convivência e 50 que não participam de nenhum grupo social. Como critério de inclusão será levado em consideração idosos que tenham um grau considerável de entendimento e sem déficits cognitivos. Para a amostra referente às idosas que participam de grupos de convivência serão incluídas no estudo somente aquelas que participarem com frequência mínima de algum grupo; para as idosas da comunidade geral, incluir-se-ão aquelas que não fazem parte de nenhum grupo social. Os critérios de exclusão da amostra, referem-se a idosas que não possuem condições cognitivas para responder à pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do estudo é conhecer as representações sociais de mulheres idosas acerca da

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

Apêndices

Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que será utilizada para a Dissertação de Mestrado de Lana Carine Soares Dias Camelo, intitulado “**Mulheres idosas e suas concepções psicossociais da depressão: um estudo das representações sociais**”. Sua participação é isenta de qualquer custo, em caso de eventuais danos, será garantido o ressarcimento das despesas e indenizações. Você tem liberdade de acessar o instrumento mesmo antes de confirmar a sua participação e tem o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. A sua participação é livre e voluntária, não conta com remuneração. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. A pesquisadora deverá esclarecer todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar.

O objetivo do estudo é conhecer as representações sociais de mulheres idosas acerca da depressão. Os procedimentos a serem realizados neste estudo consistem em preenchimento de um questionário sócio demográfico, seguido por um teste de associação livre de palavras e uma entrevista semiestruturada. As respostas serão cuidadosamente tratadas, mantendo a privacidade do participante, com garantia de anonimato e sigilo com relação a todo o conteúdo fornecido. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo que os resultados desta pesquisa sejam divulgados de alguma forma. É válido destacar que será respeitado, no caso se algum participante desistir de responder aos instrumentos a qualquer momento desta pesquisa, sem nenhum ônus para os mesmos.

Não são esperados riscos de ordem física e/ou psicológica entre os participantes desta pesquisa decorrentes do preenchimento dos instrumentos. Entretanto, na eventualidade do surgimento de algum problema de fundo psicológico e/ou outros possíveis desconfortos, como por exemplo: constrangimentos, somatizações, raivas e medos ao responderem os instrumentos de coleta de dados, os responsáveis da presente pesquisa indicarão os serviços das clínicas escolas de psicologia das faculdades privadas, universidades públicas e/ou dispositivos de saúde pública na cidade de Parnaíba/PI. Como benefício, esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu, _____, aceito participar desta pesquisa, assinando este termo de consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Parnaíba, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do Participante

Nº Identidade: _____

Ludgleydson Fernandes de Araújo
Pesquisador responsável

Lana Carine Soares Dias Camelo
Pesquisador participante

Se você tiver alguma consideração ou dúvida, entre em contato com:

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Ludgleydson Fernandes de Araújo

E-mail: ludgleydson@yahoo.com.br

Pesquisador participante: Lana Carine Soares Dias Camelo

E-mail: lanacarinesd@gmail.com

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga - Pró Reitoria de Pesquisa PROPESQ - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI. web: <http://leg.ufpi.br/cep/> e-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br Tel: (86) 3237-2332

Apêndice B – Questionário Sociodemográfico

Prezado participante:

O seguinte instrumento objetiva a obtenção de informações pertinentes sobre questões sócio demográficas. Desde então, agradecemos sua participação e convidamos, caso ache oportuno, a colaborar na aplicação de um breve questionário. Estamos disponíveis para sanar qualquer dúvida a respeito do mesmo, bem como da referida pesquisa em andamento. Assim reforçamos o caráter **voluntário** para participação e garantimos todo o **sigilo** e/ou **anonimato** da sua participação, como rege o Comitê de Ética em Pesquisa.

Cordialmente,

Lana Carine Soares Dias Camelo;
Orientador Prof. Dr. Ludgleydson Fernandes de Araújo

1. Qual é sua data de nascimento? _____

2. Qual seu estado civil?

Solteiro/a

Viúvo/a

Casado/a

Outro:

Separado/a o divorciado/a

3. Qual a sua religião? _____

4. Qual a sua renda mensal? (Proveniente do seu trabalho, aposentadoria ou pensão).

R\$ _____

5. A senhora sofre de alguma doença crônica?

Sim

Não

6. A senhora faz uso de algum medicamento?

Não

Sim. Qual? _____

7. A senhora tem ou teve depressão em algum momento da vida?

Sim

Não

8. A senhora conhece alguém que tenha depressão?

Sim

Não

9. Para idosas que participam de grupos de convivência: Há quanto tempo a senhora frequenta este grupo? _____

Apêndice C – TALP

Instruções: A pesquisa em questão trata-se de um estudo científico. Desta forma, garantimos aos colaboradores que estes dados serão tratados estatisticamente, bem como o anonimato e a confidencialidade dos dados será resguardada. Por favor, fale as primeiras cinco palavras que lhe vierem à cabeça quando eu lhe digo as seguintes palavras, em seguida diga qual o grau de importância de cada uma colocando entre os parêntesis:

Palavra-Estímulo I: DEPRESSÃO

- ()
- ()
- ()
- ()
- ()

Palavra-Estímulo II: ENVELHECIMENTO

- ()
- ()
- ()
- ()
- ()

Apêndice D – Roteiro de entrevista semiestruturada

Instruções: A pesquisa em questão trata-se de um estudo científico. Desta forma, garantimos aos colaboradores que estes dados serão tratados estatisticamente, bem como o anonimato e a confidencialidade dos dados será resguardada. Por favor, responda as perguntas abaixo com a maior riqueza de detalhes e informações que lhe for possível.

1. Para a Senhora, o que é depressão?

2. O que a Senhora conhece a respeito do tratamento da depressão?

3. Fale um pouco sobre ser uma mulher idosa.

Agradecemos a participação!

Apêndice E – Roteiro de sessão dos grupos focais

1. Apresentação do moderador e membros do grupo;
2. Informações importantes a serem passadas para o grupo: duração do encontro, objetivos do encontro, motivo da escolha dos participantes, forma de registro utilizada (anotações), lembrete sobre a garantia do sigilo e anonimato.
3. Questões a serem discutidas no grupo:
 - a) O que o grupo pensa sobre **ENVELHECIMENTO**.
 - b) O que o grupo conhece sobre a **DEPRESSÃO**.
 - c) O que o grupo pensa sobre a velhice enquanto **MULHERES IDOSAS**.
4. Finalização do grupo: agradecimento às idosas por terem aceitado o convite. Caso a pesquisadora julgue necessário, a combinação do horário e data de uma próxima sessão.

Apêndice F – desenho estória com tema

Instruções: A pesquisa em questão trata-se de um estudo científico. Desta forma, garantimos aos colaboradores o anonimato e a confidencialidade deste registro. Por favor, no espaço abaixo desenhe o que você entende por depressão em mulheres idosas. Em seguida, crie uma estória com início, meio e fim para o seu desenho e dê um nome para esta estória.