

Repercussões psicossociais da dependência funcional no cotidiano de idosos longevos

Psychosocial repercussions of functional dependence in the daily life of long-lived elderly citizens

Efectos psicosociales de la dependencia funcional en la vida diaria de las personas más ancianas

Pollyanna Viana Lima
Tatiane Dias Casemiro Valença
Luciana Araújo dos Reis

RESUMO: O objetivo deste estudo é conhecer e discutir as repercussões psicossociais da dependência funcional no cotidiano de sete idosos longevos de uma Unidade de Saúde da Família. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizada em uma Unidade de Saúde da Família. Ficou evidente, entre as repercussões psicológicas, a presença de sentimentos de medo, tristeza e depressão. Em relação a repercussões sociais, a principal encontrada foi a redução nas relações sociais e o isolamento social, com consequente solidão.

Palavras-chave: Idosos; Longevidade; Efeitos Psicossociais.

ABSTRACT: *The objective of this study is to know and discuss the psychosocial repercussions of functional dependence in the daily life of seven elderly people who are living in a Family Health Unit. This is an exploratory-descriptive study, with a qualitative approach, performed in a Family Health Unit. It was evident among the psychological repercussions the presence of feelings of fear, sadness and depression. In relation to social repercussions, the main one found was the reduction in the social relations and the social isolation, with consequent solitude.*

Keywords: *Elderly; Longevity; Psychosocial repercussions.*

RESUMEN: *El objetivo de este estudio es conocer y discutir los efectos psicosociales de la dependencia funcional de las siete personas más ancianas todos los días en una Unidad de Salud Familiar. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo con enfoque cualitativo, realizado en una Unidad de Salud Familiar. Era evidente a partir de los efectos psicológicos de la presencia de sentimientos de miedo, la tristeza y la depresión. Encuanto al impacto social, los encontrados principal fue la reducción de las relaciones sociales y e laislamiento social, com la consiguiente soledad.*

Palabras clave: *Edad avanzada; Longevidad; Efectos Psicosociales.*

Introdução

Conforme Ana Amélia Camarano (2011) a demarcação do início da velhice é complexa, pois envolve questões sociais, econômicas, regionais, culturais, étnicas e de gênero. Por esse fato, não há uma definição exata de marcação para a transição da fase da vida que pode definir uma pessoa como idosa.

A partir de uma demarcação cronológica, a Política Nacional do Idoso define o idoso o indivíduo com 60 anos ou mais (Brasil, 2010). Concorda-se com Camarano que esse conceito baseado na idade cronológica é um tanto limitante, pois coloca o idoso numa homogeneidade, sem considerar as trajetórias de vida de cada indivíduo, as condições econômicas, de gênero e raça, ou seja, não considera outras dimensões às quais o sujeito está exposto. Todavia, para este estudo, foi necessário delimitar uma idade cronológica, para a qual se considerou a população de 80 anos ou mais, aqui definida como idosos longevos (Lenardt, & Carneiro, 2013).

Estudos demográficos têm demonstrado o crescente aumento da população idosa no mundo e também no Brasil. Os dados de projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que a esperança de vida ao nascer em 2014 era de 71,6 anos para homens e 78,8 anos para mulheres, e que em 2060 deve atingir 78,0 e 84,4 anos, respectivamente (IBGE, 2015).

O processo de envelhecimento ocorre de maneira singular e complexa e varia de acordo com cada pessoa, dependendo de fatores biológicos, psicológicos e sociais (Chaimowicz, 2013).

Nesse sentido, um idoso pode chegar à longevidade apresentando capacidade funcional preservada e independente funcionalmente de outros; porém, há idosos que passam dos 80 anos e podem enfrentar a dependência funcional, aqui caracterizada como a incapacidade de manter a independência física e mental (Gordilho, 2000). Um idoso dependente funcionalmente apresenta dificuldade ou necessidade de ajuda para executar tarefas no seu dia a dia, tanto as atividades básicas de vida diária, como as atividades instrumentais de vida diária (Minosso, Amendola, Alvarenga, & Oliveira, 2010).

Nos últimos anos, tem ocorrido um expressivo aumento da dependência funcional, principalmente em idosos longevos acima de 80 anos de idade (Nogueira, Ribeiro, Rosado, Franceschini, Ribeiro, & Pereira, 2010). Para tanto, a capacidade funcional é um excelente marcador de como tem sido vivida a longevidade, bem como ela tem contribuído para avaliar o estado de saúde dos idosos, pois a existência de múltiplas patologias, especialmente as crônicas não transmissíveis, pode influenciar no desenvolvimento da dependência funcional (Barbosa, Almeida, Barbosa, & Barbosa, 2014).

A Dependência Funcional de idosos longevos tem repercussões físicas e psicológicas, comprometedoras à capacidade funcional, à independência e à autonomia, mas também implicações sociais que invadem todos os aspectos da vida (Lourenço, Lenardt, Kletemberg, Seima, Tallmann, & Neu, 2012). Apresenta ainda implicações importantes para a família, para a comunidade, para o sistema de saúde, mas, sobretudo, para a individualidade dos idosos, uma vez que contribui para a redução de bem-estar e qualidade de vida (Brito, Brito, Fernandes, Coqueiro, & Jesus, 2013). Acrescenta-se a isso o fato de a dependência funcional ter um impacto dramático sobre a expectativa de vida, o que torna ainda mais importante a sua avaliação contínua (Keeler, Guralnik, Tian, Wallace, & Reuben, 2010).

Diante disso, é importante frisar que toda uma equipe de saúde precisa realizar a avaliação da capacidade funcional de forma frequente no atendimento a um idoso, especialmente o longo, haja vista a necessidade de intervir nos primeiros sinais de dependência funcional.

Portanto, diante do breve exposto, salienta-se que a dependência funcional é um problema de saúde pública (Gratão, Talmelli, Figueiredo, Rosset, Freitas, & Rodrigues, 2013) que precisa de uma atenção particular, o que torna fundamental a realização de estudos que tratem da temática, com o intuito principal de subsidiar políticas públicas que deem conta da problemática.

Apesar de a literatura científica atual estar publicando estudos sobre a dependência funcional, ainda há necessidade de explorar mais conhecimentos, especialmente no que se refere às repercussões psicossociais.

Assim, este estudo tem por objetivo conhecer e discutir as repercussões psicossociais da dependência funcional na vida de idosos longevos de uma Unidade de Saúde da Família no município de Vitória da Conquista, BA.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com sete idosos com idade igual ou superior a 80 anos (idosos longevos), de ambos os sexos que fazem parte dos bairros de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família do Município de Vitória da Conquista, BA, Brasil, e que apresentam dependência, definidas a partir do Índice Barthel e Escala de Lawton.

Durante o período da pesquisa, foram identificados 34 idosos longevos cadastrados na USF. Estes foram visitados pelos pesquisadores e 16 foram classificados como funcionalmente dependentes, com base na realização dos testes de Índice Barthel e Escala de Lawton. Destes 16 idosos, 5 não apresentaram condições cognitivas preservadas para responder à entrevista com base na avaliação do Mini-exame do Estado Mental (MEEM) (pontuação \leq 24 pontos). Dos 11 idosos que restaram, apenas 7 aceitaram participar do estudo.

A escolha dos idosos foi independente de cor, raça e grupo social, sendo adotado como critério de inclusão apresentar dependência funcional (mensurada a partir do Índice de Barthel e da Escala de Lawton) e condições mentais aceitáveis para responder ao instrumento da pesquisa, quantificado pelo Mini-Exame do Estado Mental versão reduzida, MEEM, tendo como ponto de corte a pontuação \geq a 6 pontos (Bertolucci, Brucki, Campacci, & Julian, 1994).

Para a avaliação da dependência funcional, aplicou-se, assim, o Índice de Barthel e a Escala de Lawton. O primeiro é utilizado para avaliar capacidade funcional, sendo composto por 10 atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, transferência para higiene íntima, transferência - cadeira e cama, deambulação e subir escadas. Neste caso, a quantificação dos pontos na escala varia de 0-100.

De modo que o indivíduo que atingir 100 pontos é independente, pontuações até 75 pontos correspondem à dependência leve, até 50 pontos dependência moderada e abaixo de 25 pontos indica dependência grave (Mahoney, & Barthel, 1965).

A Escala de Lawton é utilizada para avaliar a capacidade funcional para atividades mais complexas imprescindíveis para uma vida social mais autônoma, como: telefonar, efetuar compras, preparar as refeições, usar meios de transporte etc. Cada questão possui três opções de resposta, sendo: 3 pontos - independência; 2 pontos - dependência parcial e 1 ponto - dependência total. A pontuação vai de 9 a 27 pontos, sendo que, quanto maior o escore, maior será o grau de independência (Lawton, & Brody, 1969).

Foram incluídos os idosos que apresentaram pontuação abaixo de 100 pontos em relação ao índice de Barthel e idosos com pontuação abaixo de 27 pontos avaliados pela escala de Lawton. Vale ressaltar que, dos 7 idosos avaliados, apenas 1 apresentou dependência grave (Barthel) ou total (Lawton).

Para a avaliação do estado mental, aplicou-se o Mini-Exame do Estado Mental de Pfeiffer, o qual é composto por 10 perguntas que avaliam quatro parâmetros: memória a curto e longo prazo, orientação, informações do cotidiano, e capacidade de cálculo. Em sua versão reduzida, a pontuação é feita da seguinte forma: 0-2 erros: funcionamento mental normal; 3-4 erros: defeito cognitivo ligeiro; 5-7 erros: defeito cognitivo moderado; 8 ou mais erros: defeito cognitivo grave. A pontuação máxima é de 10 pontos (Bertolucci, Brucki, Campacci, & Julian, 1994).

O instrumento de coleta de dados foi composto de duas partes: a primeira parte foi constituída de perguntas referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes, como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, profissão anterior, renda, moradia; e de saúde, como: patologias e sequelas. A segunda parte foi composta por uma entrevista semi-dirigida com a seguinte questão: O que mudou na vida do(a) senhor(a) após o momento que passou a ser dependente de outras pessoas?

As entrevistas ocorreram na residência do idoso, no período de janeiro a março de 2015, em horário agendado previamente com o idoso, sendo as mesmas gravadas em áudio com conhecimento e consentimento do idoso.

Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo temático-categorial (Bardin, 2011). Com base nessa técnica, a organização da análise ocorreu em torno de três etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste, com Parecer de aprovação n.º 759.441. Todos os participantes tiveram pleno conhecimento do estudo e de seus objetivos, assinando, para tanto, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução n.º 466/12 para pesquisa com seres humanos.

Os nomes dos participantes foram alterados para preservar o anonimato e garantir a confidencialidade, sendo identificados com as letras IL (Idoso Longevo) seguidas da numeração de 1 a 5.

Resultados e discussão

Os resultados do questionário, social, demográfico e econômico, apresentaram os seguintes dados: a idade média dos idosos foi de 87,2 anos, sendo a maioria do sexo masculino (n=5).

Quanto à escolaridade variou, sendo Analfabeto (n=2), Alfabetizado (n=3), Ensino Fundamental (n=1) e Ensino Médio (n=1).

A renda familiar predominante foi a de um salário mínimo, obtido a partir da aposentadoria.

As ocupações foram: trabalhador rural (n=2); professora (n=1); ferreiro (n=1); motorista (n=1); mecânico (n=1); do lar (n=1).

Com relação à religião, os entrevistados se denominaram católicos (04); evangélicos (02); e espírita (01).

As patologias apontadas entre os entrevistados mostraram o predomínio da hipertensão arterial sistêmica (n=6); seguida de osteoporose (n=2); artrose (n=3); cardiopatia (n=2); trombose pulmonar (n=1); e gastrite (n=1).

Os dados apresentados acima não serão analisados, pois este não é objetivo do estudo; porém foram apresentados apenas para que se conheça o perfil dos participantes do estudo.

A entrevista semiestruturada permitiu conhecer o olhar dos idosos participantes desse estudo, acerca das repercussões psicossociais, sendo expresso em duas categorias que se seguem: “Repercussões emocionais da dependência” e “Repercussões sociais da dependência”.

Repercussões emocionais da dependência

Existem diversas maneiras de perceber e vivenciar o envelhecer. Essa fase da vida ora assume um significado positivo, enfatizado pela felicidade, união familiar, experiência de vida, ora representa-se de forma negativa sendo caracterizado como uma fase de doença, solidão, medo e tristeza decorrente das perdas, e da presença de sintomas físicos e/ou emocionais (Meneses, Silva, Melo, Silva, Luz, & Figueiredo, 2013).

Os idosos dependentes podem ser mais vulneráveis a tristezas, e à instalação de um quadro de depressão devido ao isolamento social imposto pelas doenças crônicas e pelas limitações funcionais (Mota, 2013). Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a depressão pode ser caracterizada pela tristeza persistente, falta de interesse e deficiência de energia (Wannmacher, 2016). Também é ressaltado que o envelhecimento e suas consequências favorecem o risco para a depressão, especialmente a partir dos 85 anos devido a problemas, como a incapacidade de locomoção, diminuição da visão, prejuízo cognitivo leve, entre outros fatores.

A tristeza e o medo foram mencionados em três relatos dos idosos entrevistados, apresentando a velhice dentro de uma perspectiva negativa:

“O que tem mais em mim é tristeza.” (IL1)

“Eu sempre fiz tudo sozinha. Criei esses três filhos, tudo sozinha sem ajuda, hoje eu que preciso de ajuda pra tudo. Fico triste com isso.” (IL2)

“Eu não saio. Ajunta o medo de eu cair na rua e me arrebentar todo, e a tristeza é tanta que eu não acho mais coragem, aquela vontade, aquela coisa de, aquele prazer de sair. E a minha vida eu levo assim. E o mais de mim é tristeza.” (IL3)

Tais relatos corroboram com o estudo realizado no município de Cascavel, PR com idosos dependentes, no qual ficou constatado que a dependência funcional provocou sentimentos de ansiedade, tristeza, irritação, medo e a necessidade de adaptação a um novo estilo de vida (Tavares, Scalco, Vieira, Silva, & Bastos, 2012).

As dificuldades em realizar atividades da vida diária são aspectos que ameaçam o bem-estar individual e podem gerar angústia, sentimentos de solidão, problemas de saúde mental e quadro sintomático depressivo.

Esses sentimentos negativos podem agravar-se e determinarem sintomas de um quadro depressivo, podendo ser potencializados pela dependência funcional, haja vista que o idoso longo dependente está numa situação de perdas continuadas, e que estas despertam muitas vezes sentimentos de desânimo e tristeza que acabam por originar síndromes depressivas (Teixeira, 2010). Nas falas a seguir, é possível perceber que os idosos sentem-se desanimados, desestimulados, deprimidos, cansados diante das dificuldades em lidar com a impossibilidade de realizar ações que desempenhavam normalmente:

“Não tem nada pra fazer mesmo. Na cozinha eu não faço nada, não aguento, aí fico aqui, nessa salinha sentada.” (IL1)

“Você vai perdendo o ânimo das coisas, o estímulo. Quando a gente fica pensando o que fazer e não tem mais condição de fazer.” (IL2)

“Deprimida, deprimida, porque a gente percebe que a pessoa também já está cansada.” (IL2)

“Nessa idade eu não tenho mais a saúde que eu tinha antes. Eu não tenho apetite pra comer, não tenho mais forças.” (IL3)

“Já me cansei, estou com a mente cansada.” (IL4)

Um estudo, realizado com 63 participantes divididos em dois grupos, um com idosos dependentes e outro com idosos independentes, observou que o grupo com idosos dependentes apresentaram maiores níveis de depressão do que o grupo de idosos ativos, concluindo que a percentagem de idosos com sintomatologia depressiva é significativamente superior (72.4%) no conjunto dos idosos dependentes do que no conjunto de idosos ativos (41.2%) (Mota, 2013). As perdas com que o idoso dependente se depara, tais como o aumento da solidão, o corte com o mundo exterior, e o isolamento social, contribuem certamente para o aumento de sintomas depressivos.

Portanto, tais sentimentos ampliam o risco de os idosos dependentes necessitarem de uma rede de suporte assistencial em suas vidas. Daí, a importância da inserção dos idosos em grupos de apoio, em ações sócio-educacionais e recreativas, em espaços e Centros de Convivência, que favoreçam o convívio social, prevenindo ou minimizando o aparecimento da solidão, tristeza e depressão (Meneses, *et al.*, 2013). Bem como é preciso investir esforços na manutenção da independência e autonomia de idoso, especialmente os longevos.

Repercussões sociais da dependência

Segundo pesquisa do psicólogo John Cacioppo, diretor do Centro de Neurociência Cognitiva e Social da Universidade de Chicago (EUA), a extrema solidão aumenta em 14% o risco de morte prematura de quem chegou à terceira idade.

Para ele, idosos que se encontram afastados das relações sociais apresentam mais problemas de pressão arterial, insônia, memória e complicações cardiovasculares (Oliveira, 2014).

A solidão é um fenômeno complexo, de significado amplo e subjetivo, dependendo da maneira como cada pessoa perante determinada situação avalia seu estado de solidão e de que forma a suporta. A maioria das pessoas idosas, especialmente as dependentes funcionalmente, reduz a sua participação na comunidade, o que pode originar sentimentos de solidão e desvalorização, com efeitos ao nível da integração social e familiar, e ao nível da saúde física e psíquica (Teixeira, 2010).

Ficou nítida essa realidade no *corpus* do estudo, pois todos os idosos mencionaram a inexistência de participação na comunidade e o afastamento das relações sociais devido à limitação funcional:

“Agora só fico em casa. Não saio mais, a não ser pra ir pro médico e vou de táxi, porque ônibus não pego mais. Não consigo.” (IL1)

“Minha vida é esse paradeiro. Nunca mais eu vi nada. Nunca mais eu saí. Só saio mesmo pra ir pra médico e pronto.” (IL2)

“É daqui pra dentro do quarto e de dentro do quarto pra sala ou no portão. Daí pra cá. Tenho uns amigos aí que fala: fulano você não vai em minha casa e eu falo, num vou não, é porque eu não tenho condição de ir.” (IL3)

“Eu frequentava muito os encontros que tinha aí no posto de saúde, no prédio da igreja, era da terceira idade, mas hoje eu não frequento mais, porque está lá no centro da cidade. Pra ir, preciso de alguém pra me levar, não posso mais pegar ônibus sozinho.” (IL4)

“Sinto falta dos meus amigos do trabalho, hoje não posso encontrar mais com eles, porque eu tô doente, não aguento viajar mais e nem eles também, tão doente também.” (IL5)

A realidade mencionada por esses idosos condiz com o estado atual de limitação funcional, pois não têm a possibilidade de sair, visitar amigos, ir aos encontros de grupos de terceira idade, ir à igreja, entre outras atividades cotidianas.

Assim, deixam de exercer atividades antes vivenciadas com prazer, sendo privados de convívio social. Nesse sentido, o idoso sofre, torna-se triste, e limitado em seu convívio social.

As relações sociais entre mais velhos estimulam a mente e o pensamento, tendo múltiplos efeitos benéficos sobre a saúde e bem-estar, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

Além disso, é importante mencionar que o suporte social contribui para a melhoria nos níveis de saúde (Rodrigues, & Silva, 2013), em oposição à ruptura dos laços sociais que podem gerar doenças (Alvarenga, Oliveira, Domingues, Amendoa, & Faccenda, 2011).

As redes de apoio social são fundamentais para o convívio social do idoso dependente, pois colaboram para que eles se sintam queridos, valorizados e tenham o sentimento de pertença a um grupo (Rodrigues, & Silva, 2013). Portanto, faz-se necessário possibilitar-lhes algumas formas de incremento nas redes de apoio social, pois a necessidade do outro é mais fortemente desejada na velhice, no sentido de que “A objetividade orgânica da velhice, aliada à condição pessoal de ser velho, remete os indivíduos às vivências primeiras de necessidade do Outro para manter-se vivo” (Py, & Trein, 2002).

A velhice associada ao comprometimento da capacidade funcional faz com que o idoso tenha muitas perdas sejam elas profissionais, financeiras, familiares, de saúde, entre tantas outras (Teixeira, 2010). Assim, o apoio social tem função importante no enfrentamento dessas perdas e limitações da velhice, pois pode contribuir na manutenção ou mesmo promover a saúde física e mental dos idosos (Rodrigues, & Silva, 2013). O apoio social se caracteriza pelos recursos disponibilizados por grupos e/ou pessoas com quem são mantidos contatos sistemáticos e que derivam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos (Amaral, Nascimento, & Falcão, 2013).

As redes de apoio social podem ser consideradas formais e informais, sendo que as formais são compostas pelas políticas públicas direcionadas à população idosa em geral, incluindo serviços de atenção à saúde, instituições jurídicas, órgãos da previdência social. As redes informais, por sua vez, compõem a própria família, amigos, vizinhos e comunidade (Amaral, *et al.*, 2013).

Um estudo com idosos atendidos por equipes de Saúde da Família concluiu que a rede de suporte social dos idosos é pequena na maioria das dimensões avaliadas e que o sistema provedor mais presente é o familiar (Alvarenga, Oliveira, Domingues, Amendoa, & Faccenda, 2011). Esse achado corrobora o presente estudo, pois a maior parte do apoio social dos idosos vem da família.

“O apoio maior é da família. Eles sempre estão de acordo comigo em tudo que eu quero. É só coisa para o bem; então eles estão sempre comigo.”
(IL4)

“A minha família, apesar de pequena, está sempre perto, mesmo que demora uns dias, um mês, mas está sempre por perto, liga, vem aqui me ver.” (IL6).

Quando se fala em família aqui, estamos mencionando a família nuclear ou os mais próximos como netos. Vale ressaltar que apenas dois idosos têm como cuidadora a filha, os demais são as netas que são as cuidadoras e que dão o suporte mais de perto. Nesse sentido, a família continua sendo o centro de solidariedade intergeracional para os idosos, especialmente os dependentes, ao desempenhar uma função fundamental no restabelecimento e manutenção de saúde e bem-estar dos seus membros (Sebastião, & Albuquerque, 2011).

No estudo intitulado “Solidão em idosos: Percepção em Função da Rede Social”, os resultados obtidos apontaram o papel importante que a rede social pode desempenhar como estratégia para lidar com a experiência da solidão, bem como evidenciou que, quanto maior a rede social, menor a escala de solidão e, quanto menor é a rede, maior a probabilidade de o indivíduo apresentar solidão (Freitas, 2011).

Desse modo, a incapacidade física e outras comorbidades podem contribuir para a solidão e a depressão, especialmente nos idosos longevos. Conseqüentemente, a solidão compromete as atividades de vida diária e a qualidade de vida do idoso e provoca um sentimento de vazio interior (Rodrigues, & Silva, 2013).

Estudos têm revelado que o envolvimento social pode influenciar diretamente na saúde dos idosos dependentes, em seu bem-estar psicológico e na satisfação com a vida. Nesse sentido, o envolvimento com atividades sociais e de lazer apresentam um caráter protetivo para essa população (Brito, & Pavarini, 2012; Francine, & Pinto, 2015).

Percebeu-se, especialmente por dois idosos deste estudo, o sentimento de solidão. O IL3 demonstrou durante toda a entrevista ser vítima de solidão, pois além dele não poder sair para visitar amigos, eles também não o visitam, a família que mora longe o vê esporadicamente, e os que estão próximos, como diz o próprio idoso, esqueceram-se de que ele existe, como podemos observar em sua fala. Em contrapartida, a IL7 diz que, mesmo tendo companhia, tem o sentimento de solidão:

“Me sinto muito mal, fico triste, choro por causa da solidão.” (IL3)

“Ajunta a solidão. Tenho meu povo aqui, mas assim... não tenho ninguém pra conversar com uns aos outros. Eu sou só. Eu fico aqui aguardado aqui dentro de casa.” (IL3)

“Meus filhos não pode me visitar, porque eles têm os trabalhos deles, não pode abandonar... eles demoram um monte de ano sem vim aqui, só liga e quando eu aguento atender, eu atendo...assim é nossa comunicação.” (IL3)

“Solidão é uma coisa ruim demais. Tenho solidão mesmo tendo companhia de algumas pessoas.” (IL7)

Pode ser observado, na fala da IL7, que ela tem companhia, mas apresenta o sentimento de solidão. A solidão se manifesta mais nitidamente na companhia de outras pessoas; assim, não é necessário estar sozinho para ter solidão, isso porque ela é um sentimento subjetivo (Arendt, 2006). Muitas vezes uma pessoa se vê cercada por outros com os quais não pode estabelecer contato, ou seja, coexiste uma hostilidade. Portanto, é de extrema importância incentivar os laços afetivos de familiares e amigos, pois só o fato de fazer companhia não garante ao(à) idoso(a) a compreensão, o amor, o respeito, sentimentos importantíssimos para contribuir na superação de problemas.

Conclusão

A partir deste estudo, foi possível conhecer e compreender as repercussões psicossociais no cotidiano de idosos com dependência funcional de uma Unidade de saúde do Município de Vitória da Conquista, BA. Ficou evidenciada, entre as repercussões psicológicas, a presença dos sentimentos de medo, tristeza e depressão. Com relação às repercussões sociais, as principais encontradas foram a redução nas relações sociais, seja no ambiente familiar, de trabalho, entre outras, e o isolamento social. A associação dessas repercussões se mostrou fundamental para a solidão desses indivíduos, contribuindo, dessa forma, para o aumento da sua incapacidade funcional, dependência e declínio da qualidade de vida.

A limitação deste estudo está relacionada com a falta de outras pesquisas na área para possível comparação, assim como a não generalização de seus resultados para toda a população idosa, pois este estudo representa um grupo específico de pessoas idosas cadastradas em uma Unidade de Saúde no município de Vitória da Conquista, BA.

Esta investigação se mostrou relevante porque pode servir como referência para que os profissionais que prestam assistência à pessoa idosa, para que possam desenvolver ações junto ao idoso e a sua família que venham a prevenir ou minimizar as repercussões psicossociais no cotidiano da pessoa idosa, proporcionando, assim, uma melhor qualidade de vida para esses indivíduos.

Referências

- Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. C., Domingues, M. A. R., Amendoa, F., & Faccenda, O. (2011). Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 16(5), 2603-2611. Recuperado em 09 outubro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a30v16n5.pdf>.
- Amaral, F. L. J. S., Nascimento, A. F., & Falcão, A. C. C. M. (2013). Perfil do apoio social de idosos no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, 2010-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 22(2), 335-346. Recuperado em 12 abril, 2016, de: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n2/v22n2a15.pdf>
- Arendt, H. (2006). *Origens do totalitarismo*. Roberto Raposo, Trad. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Barbosa, B. R., Almeida, J. M., Barbosa, M. R., & Barbosa, L. A. R. R. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 19(8), 3317-3325. Recuperado em 09 outubro, 2015, de: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03317.pdf>.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Julian, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *ArqNeuropsiquiatr*, 52(1), 1-7. Recuperado em 08 outubro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>.
- Brasil. (2010). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional do Idoso. *Lei n.º 8.842*, de janeiro de 1994. Recuperado em 15 setembro, 2015, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm.
- Brito, T. R. P., & Pavarini, S. C. I. (2012). A relação entre o apoio social e capacidade funcional em idosos com alterações cognitivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), 677-684. Recuperado em 15 setembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000400007>.
- Brito, T. A., Fernandes, M. H., Coqueiro, R. da S., & Jesus, C, S, de. (2013). Falls and functional capacity in the oldest old dwelling in the community. *TextContextNursing*, 22(1),43-51. Recuperado em 15 setembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/06.pdf>
- Camarano, A. A. (2011). Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência. *Revista Coletiva*, 5, 1-7. Recuperado em 15 setembro, 2015, de: <http://www.coletiva.org/index.php/artigo/envelhecimento-da-populacao-brasileira-continuacao-de-uma-tendencia/>
- Chaimowicz F. (2013). *Saúde do idoso*. Minas Gerais: Nescon. Recuperado em 07 outubro, 2015, de: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/saude-do-idoso-2edicao-revisada.pdf>.

Francine, N. F. R., & Pinto, D. C. O. (2015). Capacidade funcional e envolvimento social em idosos: há relação? *RBCEH*, 12(1), 56-68. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/4687/pdf>.

Freitas, P. C. B. (2011). *Solidão em idosos: percepção em função da rede social*. Dissertação Mestrado em Ciências Sociais. Universidade Católica Portuguesa. Recuperado em 13 setembro, 2015, de: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8364/1/SOLID%C3%83O%20EM%20IDOSOS.pdf>.

Gratão, A. C. M., Talmelli, L. F. da S., Figueiredo, L. C., Rosset, I., Freitas, C. P., & Rodrigues, R. A. P. (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Ver Esc Enferm USP*, 47(1), 137-144. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a17v47n1.pdf>.

(IBGE). (2015). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2014*. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro, RJ. Recuperado em 01 junho, 2015, de: ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2014/notastecnicas.pdf.

Keeler, E., Guralnik, J. M., Tian, H., Wallace, R. B., & Reuben, D. B. (2010). The impact of functional status on life expectancy in older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. Recuperado em 01 junho, 2015, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20363833>.

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-185. Recuperado em 09 outubro, 2015, de: http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton_Gerontol_19691502121986/Lawton_Gerontol_1969.pdf.

Lenardt, M. H., & Carneiro, N. H. K. (2013). Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. *Cogitare Enferm.*, 18(1), 13-20. Recuperado em 09 outubro, 2015, de: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31299/20008>.

Lourenço, T. M., Lenardt, M. H., Kletemberg, D. F., Seima, M. D., Tallmann, A. E. C., & Neu, D. K. M. (2012). Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.*, 33(2), 176-185. Recuperado em 09 outubro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v33n2/25.pdf>.

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med J.*, 14, 56-61. Recuperado em 12 setembro, 2015, de: http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf.

Meneses, D. L. P., Silva, J. G. J., Melo, H. S. F., Silva, J. C., Luz, V. L. E. S., & Figueiredo M. L. F. (2013). A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. *Enfermagem em Foco*, 4(1), 15-18. Recuperado em 08 outubro, 2015, de: [file:///D:/Downloads/495-1281-1-SM%20\(7\).pdf](file:///D:/Downloads/495-1281-1-SM%20(7).pdf).

- Minosso, J. S. M., Amendola, F., Alvarenga, M. R. M., & Oliveira, M. A. C. (2010). Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul. Enferm.*, 23(2), 218-223. Recuperado em 08 outubro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/11.pdf>.
- Mota, T. B. (2013). *Depressão e religiosidade: estudo exploratório na população idosa dependente*. Lisboa, Portugal. Dissertação mestrado em Psicologia. Universidade de Lisboa. Recuperado em 13 setembro, 2015, de: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10514/1/ulfpie046413_tm.pdf.
- Nogueira, S. L., Ribeiro, R. C. L., Rosado, L. E. F. P. L., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, A. Q., & Pereira, E. T. (2010). Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 14(4), 322-329. Recuperado em 08 outubro, 2015, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552010000400009.
- Oliveira, I. (2014). *Pesquisa: solidão aumenta em 14% o risco de morte prematura em idosos*. Recuperado em 08 outubro, 2015, de: http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cienciasaude/2014/02/24/interna_ciencia_s_aude,414284/pesquisa-solidao-aumenta-em-14-o-risco-de-morte-prematura-em-idosos.shtml.
- Py, L., & Trein, F. (2002). Finitude e Infinitude: dimensões do tempo na experiência do envelhecimento. In: Freitas, E. V. de, et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*, 1013-1020. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Rodrigues, A. G., & Silva, A. A. (2013). A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 16(1), 159-170. Recuperado em 08 outubro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n1/a16v16n1.pdf>.
- Sebastião, C., & Albuquerque, C. (2011). Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactes da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(4), 25-49. Recuperado em 23 abril, 2016, de: <file:///C:/Users/User/Downloads/10048-24938-1-SM.pdf>.
- Tavares, K. O., Scalc, J. C., Vieira, L., Silva, J. R., & Bastos, C. C. C. B. (2012). Envelhecer, adoecer e tornar-se dependente: A visão do idoso. *Rev. Kairós Gerontologia*, 15(3), 105-118. Recuperado em 09 outubro, 2015, de: [file:///D:/Downloads/8979-33219-1-PB%20\(15\).pdf](file:///D:/Downloads/8979-33219-1-PB%20(15).pdf).
- Teixeira, L. M. F. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Dissertação mestrado em Psicologia. Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal. Recuperado em 15 setembro, 2015, de: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf.
- Wannmacher, L. (2016). Abordagem da depressão maior em idosos: medidas não medicamentosas e medicamentosas. OPAS/OMS. *Representação Brasil*, 1(1), 1-10. Recuperado em 01 fevereiro, 2016, de: file:///C:/Users/User/Downloads/Abordagem%20idosos_F001.pdf.

Recebido em 12/12/2016

Aceito em 30/04/2017

Pollyanna Viana Lima - Enfermeira. Mestre e doutoranda em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB, Vitória da Conquista, BA.

E-mail: polly_vl@yahoo.com.br

Tatiane Dias Casemiro Valença - Fisioterapeuta. Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB. Docente do Curso de Fisioterapia da UESB, Vitória da Conquista, BA.

E-mail: tativalenca26@gmail.com

Luciana Araújo dos Reis - Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde pela UFRN. Docente Adjunto UESB e FAINOR. Vitória da Conquista, BA.

E-mail: lucianauesb@yahoo.com.br