

Crenças sobre depressão entre idosos de uma Universidade Aberta à Terceira Idade

Beliefs about depression among the elderly in an Open University for Seniors

Fábia Helena Muniz

Samila Sathler Tavares Batistoni

Priscila Pascarelli Pedrico do Nascimento

RESUMO: Investigaram-se conceitos e atribuição de causa à depressão e suas relações com variáveis sociodemográficas e de saúde física e mental entre 35 idosos (M= 66,9 anos; DP=5,73; 65,7% feminino), participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. Dados foram coletados por questionário sociodemográfico, de saúde percebida, sintomas depressivos, conceitos, causas e busca por atendimento para depressão. Depressão foi conceituada enquanto “Sintomas comportamentais” (37,7%), “Estado Psicológico” (35,9%); “Doença física” (18,9%) e “Fraqueza moral/psicológica” (7,5%) e suas causas atribuídas à “Eventos Psicossociais” (30,1%); “Personalidade” (25,4%); “Frustração” (20,6%) e “Perdas” (23,9%). O conceito “Sintomas Comportamentais” foi mais presente entre os de menor idade e atribuição a “Perdas” entre os de pior saúde. Ações de prevenção e tratamento devem levar em conta as crenças dos idosos e incluir educação do paciente.

Palavras-chave: Depressão; Crenças; Idosos.

ABSTRACT: *Concepts and attribution of cause of depression and its relationship with sociodemographics variables and physical and mental health were investigated among 35 elderly (M = 66.9 years, SD = 5.73, 65.7% female) participating in an Open University to Seniors. Data were collected by questionnaire about sociodemographics variables, perceived health, depressive symptoms, concepts, causes and search for treatment for depression. Depression was defined as "behavioral symptoms" (37.7%), "Psychological status" (35.9%), "Physical illness" (18.9%) and "Moral/psychological weakness" (7.5%) and its causes assigned to the "Events psychosocial" (30.1%), "Personality" (25.4%), "Frustration" (20.6%) and "Losses" (23.9%). The term "Behavioral Symptoms" was more prevalent among more younger people and the attribution to "losses" among the worst health. Prevention and treatment must take into account the beliefs of the elderly and include patient education.*

Keywords: *Depression; Beliefs; Elderly.*

Na velhice, a presença de sintomas depressivos associa-se com maior incapacidade para atividades de vida diária e piores índices de qualidade de vida, com a presença de comorbidades, maior uso de medicações, maior número de eventos estressantes de vida, maior mortalidade, pior saúde autorrelatada e menor suporte social percebido (Blazer, 2003; Fiske, Wetherell & Gatz, 2009). Afeta também comportamentos em saúde como a não aderência a tratamentos médicos, levando a piora em quadros crônicos de doenças físicas, ampliando riscos de comorbidades e mortalidade, em especial por suicídio (Blazer, 2003; Marinho, 2007), tornando premente a identificação de manifestações depressivas e de fatores predisponentes e mantenedores entre idosos.

Estudos de orientação sociocognitiva em Psicologia da Saúde defendem que as crenças e atribuições sobre as doenças físicas e transtornos mentais são fundamentais para compreender o modo como os indivíduos respondem aos sintomas e como tomam decisões sobre a busca de ajuda e se apresentam aos serviços (Zylstra & Steitz, 1999; Lawrence e colaboradores, 2006). Nessa direção Langman-Levy, Cooper e Evans (2007) apontaram para a importância de se atentar para as narrativas pessoais de sintomas depressivos, conceitos e atribuições que os idosos fazem sobre causas de depressão, pois essa identificação pode reduzir barreiras para

detectar e tratar depressão na velhice, facilitar o trabalho psicológico com idosos depressivos e trazer mudanças nas concepções sobre depressão da sociedade através da educação sobre o transtorno. Wittink e colaboradores (2008) acreditam que as definições conceituais dos idosos ou de grupos específicos são a chave para promover maior reconhecimento e tratamento da depressão na velhice.

Estudos internacionais têm levantado evidências a respeito das peculiaridades das crenças e atribuição de causa à depressão entre idosos, apontando as influências de fatores sociais, culturais e de saúde, tais como diferenças de gênero, entre coortes etárias, de escolaridade e classe social, autoavaliação de saúde e experiência prévia de depressão. Nesse sentido, Lawrence e colaboradores (2006) investigaram conceitos e causas de depressão em estudo *cross-cultural* entre 45 idosos britânicos brancos, 33 sul-asiáticos e 33 negros caribenhos.

A depressão foi concebida por todos os grupos como uma doença que surge de diversas circunstâncias pessoais e sociais que se acumulam com a idade. Participantes dos grupos de britânicos e caribenhos definiram depressão em termos como “mau humor” e “desesperança” enquanto os asiáticos e alguns caribenhos frequentemente definiram depressão como “preocupação”. Para a amostra total, os participantes que estavam em tratamento com antidepressivos tenderam a apontar questões psicológicas como causas da depressão.

Lavender, Khondoker e Jones (2006) pesquisaram idosos pertencentes a grupos étnicos que viviam no sul de Londres, sendo eles oriundos de Yoruba e Bangladesh e os compararam com idosos brancos britânicos. Vinte indivíduos de cada grupo foram recrutados em locais de cuidados primários de saúde. Os indivíduos do grupo de Yoruba apontaram causas místicas/espirituais à depressão; essa mesma crença foi encontrada, embora em menor grau, no grupo de Bangladesh. A religião foi apontada como importante para muitas pessoas de todos os grupos. Os participantes de Bangladesh atribuíram como causa fatores familiares, enquanto os britânicos apontaram as causas psicológicas e, em ambos os grupos, o tratamento com antidepressivos não foi concebido como uma prioridade.

Burroughs e colaboradores (2006) pesquisaram, na Inglaterra, profissionais que trabalham em locais de cuidados em saúde primária e pacientes idosos que frequentavam esses mesmos locais. As causas de depressão atribuídas pelos profissionais foram solidão, falta de rede social e redução da funcionalidade do idoso. Esses profissionais reconheceram fazer parte

de sua competência gerir casos de depressão, mas, ao mesmo tempo, apontaram limitações nas suas habilidades e capacidades nessa área, já que identificaram mais causas sociais do que clínicas para o problema. Os pesquisadores identificaram características semelhantes entre os pacientes idosos que refletiam passividade e expectativas limitadas em relação ao tratamento.

Estudo de Black, White e Hannum (2007) pesquisou 20 idosas afro-americanas sob a ótica do construcionismo social, as quais declararam que os sintomas depressivos faziam parte da vida e os conceberam enquanto “tristeza” e “sofrimento” que afetam todas as pessoas em algum momento da vida, em especial na velhice. Os autores argumentam que elementos do curso de vida dessas mulheres podem ter tido influências sobre essa avaliação, uma vez que elas experienciaram guerras mundiais e o período da Grande Depressão americana e as consequentes faltas de oportunidades sociais para esse gênero.

No Brasil, não se identificou a existência de estudos que exploraram especificamente os conceitos e as atribuições de causa de depressão entre idosos. Contudo, dados obtidos junto à população em geral oferecem uma ilustração importante a respeito do tema, tais como os apresentados no estudo de Peluso e Blay (2008). Tais autores entrevistaram 500 indivíduos entre 18 e 65 anos, na cidade de São Paulo, a respeito do reconhecimento e atribuição de causa à depressão. Os pesquisadores apresentaram uma vinheta que descrevia uma pessoa com sintomas depressivos (segundo critérios do DSM-IV), e, então, solicitavam que o entrevistado identificasse o problema descrito e atribuísse uma causa para o problema. As principais respostas em relação à vinheta foram: depressão, tristeza, desemprego, estresse, problema físico e solidão. Mesmo sendo citada a depressão, só o foi por menos da metade da amostra investigada.

Os autores do referido estudo evidenciam que a população identifica a depressão principalmente como situação pessoal e de vida, e de caráter transitório. Então, agruparam as atribuições que os indivíduos fizeram sobre as causas do problema da vinheta em três categorias, sendo elas: 1) Psicossociais (isolamento, desemprego, uso de drogas, problemas familiares, eventos estressantes, entre outros), 2) Biológicas (problema no cérebro, problema genético, vírus ou infecção, pancada forte na cabeça), e; 3) Religiosas/Morais (fraqueza de caráter, falta de amor próprio, falta de fé em Deus, destino, ser muito nervoso e mau-olhado). Nesse estudo, as mulheres revelaram maior tendência a atribuir mais causa de natureza

psicossocial e biológica à depressão, os indivíduos de baixa escolaridade atribuíram causas de natureza religiosa/moral e biológica e os indivíduos que tiveram experiência pessoal com depressão revelaram causas psicossociais. Além disso, a identificação de depressão como doença mental associou-se com respostas causais ligadas a fatores biológicos.

Frente às lacunas sobre a temática a respeito das crenças dos idosos sobre a depressão no contexto de pesquisa nacional, o presente estudo investigou, de forma exploratória, os conceitos e as atribuições de causa à depressão entre idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. Pretendeu-se também analisar as relações destas variáveis com indicadores sociodemográficos (gênero, idade, escolaridade, estado civil, classe social), experiência anterior de depressão, auto-relato de saúde e presença atual de sintomas depressivos. Complementarmente, buscou-se investigar a ocorrência de busca por ajuda profissional para depressão ao longo da vida e explorar os motivos envolvidos nessa busca.

Método

Procedimentos e amostra

Uma amostra de conveniência foi composta a partir de visitas a cinco oficinas regulares desenvolvidas na Universidade Aberta à Terceira Idade da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (UNATI EACH-USP) durante o segundo semestre de 2009. Em média, 120 idosos participavam semestralmente das diversas atividades da UNATI. Nessas visitas as pesquisadoras apresentaram o estudo e convidaram os idosos interessados a participar de uma pesquisa exploratória. Após convite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, uma entrevista individual foi agendada e realizada nas dependências da EACH-USP. Participaram da pesquisa 35 idosos com idade entre 60 e 81 anos ($M= 66,91$; $DP=5,73$). O sexo predominante foi o feminino (65,7%) e o estado civil, casado (51,4%). A escolaridade predominante foi o colegial completo (37,1%).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da USP (protocolo n.º 2009.063).

Instrumentos

Utilizou-se um questionário com questões abertas e fechadas, incluindo: 1) Variáveis sociodemográficas: gênero, idade; escolaridade; estado civil; 2) Classe social percebida (expressa pela resposta categórica à seguinte pergunta: “O Sr(a) considera que atualmente pertence a que classe social?”: Alta; Média Alta; Média; Média baixa; Baixa); 3) Saúde autorrelatada: expressa pela resposta categórica à seguinte pergunta: “Como avalia a sua própria saúde de modo geral?” Com as possíveis respostas: Excelente; Muito boa; Boa; Razoável; Péssima; 4) Crenças sobre depressão: a) Conceito de depressão - Expressa pela resposta aberta à seguinte pergunta: “Na sua concepção o que é depressão?”; b) Atribuição de causa - Expressa pela resposta aberta à seguinte pergunta: “Na sua concepção quais as causas da depressão?”; 5) Experiência prévia de depressão: Expressa pela resposta aberta à seguinte pergunta “O senhor (a) já procurou algum atendimento médico ou psicológico para depressão?”; 6) Sintomas depressivos atuais: expressos pelo resultado da aplicação da escala CES-D (*Center for Epidemiological Studies – Depression*, Radlof, 1977): escala de 20 itens de 0 a 3 pontos cada um, que comporta a avaliação da frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à entrevista (nunca, raramente, às vezes, frequentemente, sempre). A escala inclui questões sobre humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor. O score final varia de 0 a 60 pontos. Em estudo de validação com idosos brasileiros, Batistoni, Neri e Cupertino (2007) identificaram o ponto de corte válido (> ou = 12 pontos) para identificar possíveis casos de depressão entre idosos.

Análise dos dados

Os dados quantitativos foram descritos por meio de frequência simples e medidas de posição e dispersão. Para comparação entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado. Os dados qualitativos sobre conceitos, atribuições de causa e experiência prévia de

depressão foram submetidos à Análise de Conteúdo, de Bardin, com a finalidade de se criarem categorias de respostas e serem passíveis de tratamento estatístico como variáveis categóricas. Para tanto, foram seguidas as etapas de análise descritas por Bardin (2008): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Em seguida, as categorias foram definidas e classificadas de acordo com seu conteúdo. Criaram-se categorias analíticas que permitiram abarcar a totalidade das entrevistas em eixos temáticos. As categorias e as unidades do texto referentes a cada categoria criada foi submetida à análise de dois juízes independentes, cujo nível de concordância foi de 97%. Após a categorização, foi feita análise quantitativa das unidades de análise, o que permitiu a ponderação da frequência e representatividade dos eixos.

O nível de significância para os testes estatísticos foi de 5%, os quais foram apoiados pelo uso do programa computacional SPSS 15.

Resultados

A Tabela 1 revela as características da amostra. Houve predominância do sexo feminino (65,7%) e da faixa etária de 60-69 anos (65,7%). A idade dos participantes variou entre 60 e 81 anos (M= 66,9; DP= 5,76). A maioria dos participantes é casada (51,4%), seguida de uma porção semelhante de solteiros/divorciados/separados (25,7%) e viúvos (22,9%). A escolaridade predominante foi até o ginásio (40,0%) e uma parcela significativa cursou até o colegial (37,1%). Em relação à classe social percebida, as únicas citadas foram média (54,3%) e média baixa/ baixa (45,7%). No que tange à autopercepção de saúde, grande parte da amostra considerou sua saúde como sendo boa (45,7%), e uma parte considerável considerou a saúde como razoável (34,3%). Interessante observar que 20% da amostra considerou a saúde como excelente ou muito boa (20%). A Tabela 1 também revela que todos os participantes responderam já ter ouvido falar em depressão e que 22,9% da amostra revelou presença significativa de sintomas depressivos. Observa-se também que cerca de um terço da amostra relatou já ter procurado atendimento médico/psicológico para depressão em algum momento do seu curso de vida.

Tabela 1. Caracterização da amostra por indicadores sociodemográficos, saúde, conhecimento e presença de depressão (n=35)

	n (%)
Gênero	
Feminino	23 (65,7)
Masculino	12 (34,3)
Idade	
60-69 anos	23 (65,7)
70 anos ou mais	12 (34,3)
Estado civil	
Casado	18 (51,4)
Solteiro/Divorciado/Separado	9 (25,7)
Viúvo	8 (22,9)
Escolaridade	
Até ginásio	14 (40,0)
Colegial	13 (37,1)
Superior	8 (22,9)
Classe social percebida	
Média	19 (54,3)
Média Baixa/Baixa	16 (45,7)
Saúde percebida	
Excelente/Muito boa	7 (20,0)
Boa	16 (45,7)
Razoável	12 (34,3)
Conhece o termo depressão	
Sim	35 (100,0)
Não	-
Sintomas depressivos	
Sim	8 (22,9)
Não	27 (77,1)
Procura de atendimento	
Sim	12 (34,3)
Não	23 (65,7)
Conceitos de depressão	
Sintomas comportamentais	20 (37,7)
Estado psicológico	19 (35,9)
Doença física	10 (18,9)
Fraqueza moral/psicológica	4 (7,5)
Causas de depressão	
Eventos psicossociais	19 (31,1)
Personalidade	16 (25,4)
Perdas	15 (23,9)
Frustração	13 (20,6)

A Tabela 1 também revela a frequência de emissões dos idosos às questões sobre o conceito e as causas de depressão. A partir da análise de conteúdo das respostas dos idosos sobre o conceito de depressão, pôde-se identificar quatro categorias de respostas: “Fraqueza Moral/Psicológica”; “Doença Física/Biológica”; “Sintomas Comportamentais” e “Estado Psicológico”. Na categoria “Fraqueza moral/psicológica”, foram incluídas as emissões que mencionaram a depressão como a expressão de uma fraqueza moral, psicológica ou de características da personalidade de um indivíduo. Algumas emissões que representam essa categoria foram, por exemplo: “*A depressão é preguiça, falta de ocupação*” (Indivíduo 11); “*Há pessoas que são sensíveis demais, não conseguem se controlar e acabam caindo em depressão*” (Indivíduo 14). Na categoria “Doença Física/Biológica”, foram consideradas as emissões que conceituavam a depressão como uma doença ou como tendo origem biológica: “*É uma enfermidade física muito grave, no cérebro (...)*” (Indivíduo 34). Na categoria “Sintomas Comportamentais” foram incluídas emissões que definiam a depressão como a manifestação de sintomas e sinais comportamentais específicos, tais como: “*(...) é ficar dormindo o tempo todo*” (Indivíduo 2). Por fim, na categoria “Estado psicológico” foram agrupadas as emissões que definiam a depressão como um estado psicológico específico de emoções e sentimentos desagradáveis e persistentes, como os exemplos a seguir: “*Falta de ânimo, sentir-se mal amada, ter pensamentos negativos*” (Indivíduo 3); “*Depressão é perder a vontade de fazer tudo*” (...) (Indivíduo 2). Os conceitos de depressão mais frequentes foram os relacionados à categoria “sintomas comportamentais”, seguida das emissões relativas à depressão enquanto “Estado psicológico”.

A análise qualitativa dos dados referentes às causas de depressão resultaram em quatro categorias de emissões: “Eventos Psicossociais”; “Personalidade”; “Frustração” e, “Perdas”. Na categoria denominada “Eventos Psicossociais”, incluem-se as emissões dos sujeitos que atribuíam causas de natureza social, financeira ou familiar (crises) à ocorrência de depressão, como “*A depressão é causada por dificuldade financeira, ou separação*” (Indivíduo 11). As emissões incluídas na categoria “Personalidade” atribuíam a causa da depressão a características pessoais dos indivíduos ou a comportamentos específicos destes, como: “*Isolamento, não cuidar de si, não ter confiança, falta de dedicação à vida*” (Indivíduo 30).

“Frustração” foi a categoria criada para incluir emissões que citaram como causa da depressão desgostos na vida ou frustrações, como “(...) *é passar por várias decepções (...)*” (Indivíduo 19). Em relação à categoria “Perdas”, foram incluídas as atribuições a eventos específicos de perdas causadas por mortes ou pelo envelhecimento, como o exemplo “*Perda de algum ente querido, velhice, perda do marido*” (Indivíduo 2).

A Tabela 2 mostra as distribuições de frequência das categorias de conceitos depressão por critérios sociodemográficos, de classe social e saúde percebida, de depressão e por busca por atendimento.

Tabela 2. Distribuição dos conceitos de depressão segundo critérios sociodemográficos, de saúde, de conhecimento e presença de depressão e busca por atendimento

	Fraqueza moral/ Psicológica n (%)	Doença física n (%)	Sintomas comportamentais n (%)	Estado psicológico n (%)
Gênero				
Feminino	4 (17,4)	5 (21,7)	15 (65,2)	11 (47,8)
Masculino	0 (0)	5 (41,7)	5 (41,7)	8 (66,7)
p-valor*	0,125	0,215	0,181	0,288
Idade				
60-69 anos	2 (8,7)	5 (21,7)	16 (69,6)	14 (60,9)
70 anos ou mais	2 (16,7)	5 (41,7)	4 (33,3)	5 (41,7)
p-valor*	0,482	0,215	0,040**	0,279
Estado civil				
Casado	1 (5,6)	6 (33,3)	13 (72,2)	9 (50,0)
Solteiro/Separado	2 (22,2)	1 (11,1)	4 (44,4)	5 (55,6)
Viúvo	1 (12,5)	3 (37,5)	3 (37,5)	5 (62,5)
p-valor*	0,436	0,395	0,172	0,837
Escolaridade				
Até ginásio	1 (7,1)	5 (35,7)	7 (50,0)	9 (64,3)
Colegial	2 (15,4)	2 (15,4)	9 (69,2)	6 (46,2)
Superior	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (50,0)	4 (50,0)
p-valor*	0,793	0,413	0,540	0,616
Classe social percebida				
Média	2 (10,5)	4 (21,1)	14 (73,7)	9 (47,4)
Média baixa/Baixa	2 (12,5)	6 (37,5)	6 (37,5)	10 (62,5)
p-valor*	0,855	0,283	0,031**	0,371
Saúde percebida				
Excelente/Muito boa	0 (0,0)	2 (28,6)	4 (57,1)	2 (28,6)
Boa	3 (18,8)	2 (12,5)	10 (62,5)	7 (43,8)
Razoável	1 (8,3)	6 (50,0)	6 (50,0)	10 (83,3)

p-valor*	0,394	0,094	0,804	0,036**
Sintomas depressivos				
Sim	1 (12,5)	2 (25,0)	5 (62,5)	6 (75,0)
Não	3 (11,1)	8 (29,6)	15 (55,6)	13 (48,1)
p-valor*	0,914	0,799	0,727	0,181
Procura por atendimento				
Sim				
Não	1 (8,3)	1 (8,3)	7 (58,3)	8 (66,7)
p-valor*	3 (13,0)	9 (39,1)	13 (56,5)	11 (47,8)
	0,678	0,056	0,918	0,288

*p-valor referente ao teste qui-quadrado; **p<0,05.

Em geral, não houve diferenças estatisticamente significativas na distribuição dos conceitos por critérios sociodemográficos. Apenas o grupo etário de 60 a 69 anos tendeu a conceituar depressão descrevendo sintomas comportamentais específicos. Observa-se relação significativa entre conceitos de depressão com classe social e saúde percebida. A maioria dos indivíduos que se incluíram na classe social média definiu a depressão como “Sintomas Comportamentais”. Entretanto, grande parte da amostra que considerou sua saúde razoável disse acreditar que depressão é um “Estado Psicológico”. A presença de sintomas depressivos não influenciou as definições utilizadas para depressão. Contudo, para a variável procura de atendimento médico/psicológico, os resultados revelaram uma tendência de que indivíduos que não procuraram atendimento médico/psicológico para depressão no seu curso de vida definiram depressão como “Doença física”.

A Tabela 3 mostra a distribuição das causas para a depressão, critérios sociodemográficos, de classe social e saúde percebida, depressão de busca por atendimento. Houve apenas uma tendência entre as mulheres de apontarem “eventos psicossociais” como causas da depressão. Idade, estado civil, escolaridade, classe social e presença de sintomas depressivos não revelaram distribuições estatisticamente diferentes. Contudo, os participantes que consideraram sua saúde “Boa” revelaram relações com a atribuição de causa a “Perdas”. Também não foram significativas as relações entre causas e procura de atendimento.

Tabela 3. Conceitos utilizados para definir a causa de depressão distribuídos por critérios sociodemográficos, de saúde, de conhecimento e presença de depressão e busca por atendimento

	Eventos psicossociais n (%)	Personalidade n (%)	Frustração n (%)	Perdas n (%)
Gênero				
Feminino	15 (65,2)	11 (47,8)	8 (34,8)	11 (47,8)
Masculino	4 (33,3)	5 (41,7)	5 (41,7)	4 (33,3)
p-valor*	0,072	0,728	0,689	0,411
Idade				
60-69 anos	13 (56,5)	9 (39,1)	10 (43,5)	11 (47,8)
70 anos ou mais	6 (50,0)	7 (58,3)	3 (25,0)	4 (33,3)
p-valor*	0,713	0,279	0,283	0,411
Estado civil				
Casado	9 (50,0)	10 (55,6)	7 (38,9)	7 (38,9)
Solteiro/Divorciado/ Separado	5 (55,6)	3 (33,3)	3 (33,3)	5 (55,6)
Viúvo	5 (62,5)	3 (37,5)	3 (37,5)	3 (37,5)
p-valor*	0,837	0,478	0,961	0,670
Escolaridade				
Até ginásio	9 (64,3)	7 (50,0)	6 (42,9)	5 (35,7)
Colegial	5 (38,5)	5 (38,5)	3 (23,1)	8 (61,5)
Superior	5 (62,5)	4 (50,0)	4 (50,0)	2 (25,0)
p-valor*	0,351	0,803	0,394	0,203
Classe social percebida				
Média	10 (52,6)	10 (52,6)	8 (42,1)	7 (36,8)
Média baixa/Baixa	9 (56,3)	6 (37,5)	5 (31,3)	8 (50,0)
p-valor*	0,830	0,371	0,508	0,433
Saúde percebida				
Excelente/Muito boa	2 (28,6)	5 (71,4)	3 (42,9)	0 (0,0)
Boa	9 (56,3)	7 (43,8)	6 (37,5)	9 (56,3)
Razoável	8 (66,7)	4 (33,3)	4 (33,3)	6 (50,0)
p-valor*	0,268	0,268	0,917	0,036**
Sintomas depressivos				
Sim	4 (50,0)	4 (50,0)	2 (25,0)	4 (50,0)
Não	15 (55,6)	12 (44,4)	11 (40,7)	11 (40,7)
p-valor*	0,782	0,782	0,418	0,642
Procura de atendimento				
Sim	6 (50,0)	6 (50,0)	5 (41,7)	5 (41,7)
Não	13 (56,5)	10 (43,5)	8 (34,8)	10 (43,5)
p-valor*	0,713	0,713	0,689	0,918

*p-valor referente ao teste qui-quadrado; **p<0,05.

Discussão

Conforme já observado em outros estudos com idosos participantes de Universidades Abertas à Terceira Idade (Leite *et al.*, 2006; Converso & Iartelli, 2005), a amostra do presente estudo também se caracterizou pelo predomínio de mulheres, idade mais jovem, casadas ou viúvas, que avaliam a saúde de forma positiva. De forma peculiar, a maioria dos idosos relatou altos níveis de escolaridade, fato que diferencia essa amostra de conveniência da população geral de idosos, cuja média de escolaridade é de 3,4 anos de estudo (IBGE, 2002). Contudo, apenas as classes sociais média, média baixa/baixa foram representadas, dado que espelha as condições socioeconômicas do entorno da UNATI/EACH-USP, distrito de Ermelino Matarazzo, caracterizado por uma população com baixa renda per capita (IBGE, 2002).

A respeito da variável Critério do estudo, observou-se que todos os participantes disseram já ter ouvido falar em depressão, o que talvez seja reflexo da escolaridade e participação social dos mesmos. Contudo, houve considerável heterogeneidade no que se referiu às crenças dos idosos sobre o conceito e sobre as causas de depressão. O conceito de depressão vigente entre o grupo foi o de depressão como a manifestação de “Sintomas Comportamentais”, seguido das definições de depressão enquanto um “Estado Psicológico”, enquanto uma “Doença de origem Física” ou como uma característica do indivíduo, representada pela categoria “Fraqueza Moral/Psicológica”. Peluso e Blay (2008) consideraram que a população em geral identifica a depressão principalmente como situação pessoal e de vida de caráter transitório. Assim como no estudo de Peluso e Blay (2008), realizado com uma amostra brasileira adulta, a amostra do presente estudo tendeu a definir depressão, descrevendo os sintomas, podendo ser sintomas comportamentais, físicos ou psicológicos/emocionais, tais como: tristeza, estresse, solidão, e menos como um transtorno mental ou doença física.

As causas atribuídas pelos idosos à depressão indicaram interessantes relações com a literatura revisada. Lawrence *et al.* (2006), por exemplo, encontraram causas como: doença, tristeza, perda de confiança, desesperança, humor baixo, preocupação ou questão de personalidade. Contudo, é interessante observar que mesmo utilizando referentes semelhantes, a literatura mostra que, em cada cultura, ou mesmo entre faixas etárias diferentes, alguns conceitos ou crenças são mais enfatizados do que em outras. No caso da presente amostra, a

mais enfatizada foi “Eventos Psicossociais”, embora as emissões dos indivíduos em outras categorias foram relevantes, mostrando que, em geral, um mesmo indivíduo não descreveu uma única causa. A esse respeito, Baptista e colaboradores (2006) defende a importância de crenças que expressem causas multifatoriais para a depressão, uma vez que não há um único fator para seu desencadeamento, desenvolvimento e manutenção. De forma semelhante, estudo de Peluso e Blay (2008) identificaram fatores psicossociais, espirituais, morais e biológicos como causas para depressão. Contudo, para a presente amostra, fatores espirituais não foram citados, o que talvez esteja relacionado à maior escolaridade da amostra e pelo fato de a pesquisa ser realizada no contexto universitário, facilitando emissões que tentam expressar um caráter mais científico às respostas.

Por meio da aplicação da CES-D, observou-se uma prevalência de 22,9% dos idosos apresentando presença significativa de sintomas depressivos, prevalência menor que a encontrada em estudo com idosos da comunidade (33,8%) que utilizou a mesma escala (Batistoni, Neri & Cupertino, 2007). A prevalência, entretanto, assemelhou-se à variação (24 - 31%) encontrada em outros estudos realizados em contextos de universidades abertas à terceira idade e centros de convivência (Leite *et al.*, 2006; Irigaray & Schneider, 2007). Cabe ressaltar que essa prevalência ainda é significativa, uma vez que a coleta dos dados ocorreu em um contexto socioeducativo e cultural, onde em geral, supõe-se encontrar um perfil de envelhecimento bem-sucedido e saudável em vários aspectos.

No que se referiu à frequência de idosos que já procuraram por atendimento médico/psicológico, esta foi superior à porcentagem de idosos que atualmente apresentaram sintomas depressivos. Percebe-se, portanto, uma possível preocupação em relação à saúde da parte dos idosos, dado que estimula a atuação por meio de trabalhos preventivos e diagnósticos precoces.

Observou-se uma relação significativa entre idade e definição de depressão. Idosos de 60-69 anos tenderam a citar sintomas comportamentais como definição de depressão. Pode-se levantar a hipótese de que a ocorrência de prejuízos à funcionalidade, como alterações de sono ou na motivação para a realização de atividades, seja um aspecto relevante entre o grupo de idosos mais jovens, que, em geral, estão mais ativos e envolvidos em mais funções familiares e sociais que os mais velhos (Aldwin, 1994).

De acordo com a revisão da literatura, foram esperadas mais relações significativas com outras variáveis sociodemográficas objetivas (como escolaridade). Para a presente amostra, as definições de depressão parecem não diferir segundo critérios sociodemográficos objetivos.

Entretanto, os conceitos tenderam a ser diferentes entre indivíduos com autodescrições mais subjetivas, como a de classe social e saúde percebida. Idosos que se consideraram pertencentes à classe média definiram depressão mais frequentemente como “Sintomas Comportamentais”. Indivíduos que consideraram sua saúde como “Razoável” tenderam a definir como “Estados Psicológicos”. A esse respeito, a literatura têm revelado associações entre pior saúde percebida e ocorrência de sintomas psicológicos como rebaixamento da autoestima, culpa e desinteresse (Blazer, 2003). Talvez essa relação também se manifeste entre pior saúde percebida e definições de depressão.

A distribuição entre os idosos com e sem presença atual de sintomas depressivos entre as causas atribuídas à depressão não revelou diferença significativa. Contudo, o grupo que relatou já haver procurado atendimento médico/psicológico para depressão tendeu a defini-la enquanto um “Estado psicológico” e do grupo que relatou nunca haver procurado ajuda ter a definido como “Doença”. Não procurar ajuda para depressão e concebê-la como “doença” remete-se, em grande parte, ao estigma vigente na sociedade em relação a doenças mentais (Goffman, 1988).

Por outro lado, procurar atendimento por ocasião de um “Estado Psicológico” atenua ou diminui o estigma sobre a depressão como doença mental.

As mulheres que compuseram a amostra tenderam a atribuir como causa da depressão a ocorrência de “Eventos psicossociais”. É provável que a maior exposição e vulnerabilidade das mulheres à experiência de eventos estressantes (Aldwin, 1994; Lipp, 1996) influenciem as crenças sobre a etiologia da depressão, refletindo em um maior realce a essas causas.

Houve relação estatisticamente significativa entre os indivíduos que avaliaram a saúde como “Boa” e a atribuição de causas à depressão como provenientes de eventos de “Perdas” (principalmente mortes de entes queridos). Tal associação pode refletir o chamado “viés favorável do *Self*”, cujo argumento pressupõe que quando as pessoas têm avaliações subjetivas positivas sobre si em domínios importantes como a saúde, tendem a atribuir como causas de fenômenos negativos, como a depressão, a ocorrência de eventos externos, que fogem de seu

controle. Eventos de Perdas (como por mortes) em geral, são ocorrências que são percebidas como tendo um lócus de controle externo ao *Self* (Rotter, 1990).

Não houve relações significativas entre a procura por atendimento médico/psicológico, e a causa atribuída à mesma, diferentemente da relação da procura com o conceito. Pelo que se discutiu a respeito do estigma relacionado ao conceito de depressão como doença mental, pode-se supor que, para a procura por ajuda profissional, a causa (etiologia) não seja tão importante quanto à crença sobre o que é a depressão (conceito).

Os resultados gerais mostraram que os idosos dessa amostra, em sua maior parte, acreditam que a depressão é a manifestação de sintomas comportamentais que trazem prejuízos ao funcionamento normal do cotidiano, tais como: sono, insatisfação com a vida, apatia, entre outros. Em relação às causas, eles acreditam que a depressão é uma doença de causa multifatorial, e que acontece, principalmente, por ocorrência de eventos psicossociais, como por exemplo: dificuldade financeira, problemas em relacionamentos, doenças, traumas e acontecimentos ruins na vida. Interessante ressaltar, novamente, que boa parte da amostra já procurou atendimento médico/psicológico ao longo da vida, e os principais motivos foram: sintomas e problemas conjugais. No entanto, os que não procuraram ajuda disseram não ter precisado da mesma ou ter encontrado próprios meios de superação.

Algumas limitações metodológicas do presente estudo podem ser ressaltadas, visando aperfeiçoamentos e aprofundamentos futuros sobre essa temática. Em primeiro lugar, considera-se a composição da amostra do estudo, formada por critérios de conveniência e pouco representativa no que tange às características dos idosos brasileiros. Futuros trabalhos deverão privilegiar amostras mais representativas de idosos, principalmente por meio de coleta de dados na comunidade, possibilitando maior conhecimento a respeito das crenças dos idosos brasileiros sobre a depressão e também análises estatísticas mais refinadas. Sugere-se que futuros trabalhos sobre a temática busquem desenvolver ou validar instrumentos padronizados para coleta de dados sobre crenças e atitudes dos idosos em relação depressão.

Em geral, os dados apontaram que a temática da depressão na velhice exige um nível de análise e compreensão mais amplo do que simplesmente listar sintomas ou identificar prevalências. Tal análise envolve a investigação de aspectos mais subjetivos, tais como as atitudes e crenças sobre a temática que vigoram entre os atores sociais envolvidos, visando a

desenvolver e a otimizar ações mais eficazes para a problemática. Salientam a importância de que novos estudos explorem o impacto das crenças geracionais ou de coorte sobre os conceitos e experiência de depressão e de espelhar a linguagem coloquial usada pelos idosos para descrever depressão no sentido de promover o enfrentamento desta nos níveis individuais, sociais e institucionais.

Referências

- Aldwin, C. (1994). *Stress, coping and development: an integrative perspective*. Nova York (EUA): The Guilford Press.
- Baptista, M. (2006). Sintomatologia depressiva, atenção sustentada e desempenho escolar em estudantes de ensino médio. *Psicologia escolar e educacional*, 10, 99-108.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Paris (France): Press Universitaire de France.
- Batistoni, S.S.T., Neri, A.L., & Cupertino, A.P.F.B. (2007). Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 41, 598-605. São Paulo (SP).
- Black, H.K., White, T. & Hannum, S.M. (2007). The lived experience of depression in elderly african american woman. *Journal of Gerontology*, 62B(6), 392-398.
- Blazer, D.G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A, M249-M265.
- Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A. & Chew-Graham, C. (2006). 'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Family Practice*, 23(3), S392-S398.
- Converso, M.E.R. & Iartelli, I. (2005). Perfil dos participantes do núcleo UNESP-UNATI do Campus Presidente Prudente. *Revista Ciência em Extensão*, 2(1), 1-10.
- Fiske, A., Wetherell, J.L. & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro (RJ): LTC.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002). Perfil dos Idosos Brasileiros responsáveis pelos domicílios. Rio de Janeiro. Recuperado em 29 novembro, 2009, de: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>.
- Irigaray, T.Q. & Schneider, R.H. (2007). Prevalência de depressão em idosos participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 19-27.
- Muniz, F.H., Batistoni, S.S.T. & Nascimento, P.P.P.do (2012, dezembro). Crenças sobre depressão entre idosos de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(7), 195-213. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

- Langman-Levy, A., Cooper, M. & Evans, K. (2007). 'What depression means to me': A qualitative exploration of experiences of depression in later life. Poster presentation. Nottingham: PSIGE national conference 2007.
- Lavender, H., Khondoker, A.H., Jones, R. (2006). Understandings of depression: an interview study of Yoruba, Bangladeshi and White British people. *Family Practice*, 23(6), 659-665.
- Lawrence, V., Murray, J., Banerjee, S., Turner, S., Sangha, K. Byng, R. *et al.* (2006). Concepts and causation of depression: A cross-cultural study of the beliefs of older adults. *The Gerontologist*, 46(1), 23-32.
- Leite, V.M.M., Carvalho, E.M.F., Barreto, K.M.L. & Falcão, I.V. (2006). Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 6(1), 31-38.
- Lipp, M.E.N. (1996). *Pesquisa sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas (SP): Papyrus.
- Marinho, V.M. (2007). Depressão de início tardio. In: Forlenza, O.V. (Org.). *Psiquiatria Geriátrica: do diagnóstico precoce*. (1ª ed.). São Paulo (SP): Atheneu.
- Peluso, E.T.P. & Blay, S.L. (2008). Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 41-48.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rotter, J.B. (1990). Internal vs. external control of reinforcement: A case history of a variable. Washington: *American Psychologist*, 45(4), 489-493.
- Wittink, M.N., Dahlberg, B., Biruk, C. & Barg, F.K. (2008). How older adults combine medical and experiential notions of depression. *Qualitative Health Research*, 18, 1174-1183.
- Zylstra, R.G. & Steitz, J.A. (1999). Public knowledge of late-life depression and aging. *Journal of Applied Gerontology*, 18, 63-76.

Recebida em 02/12/2012

Aceito em 20/12/2012

Fábia Helena Muniz – Bacharel em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

E-mail: fabiamuniz@hotmail.com

Samila Sathler Tavares Batistoni – Psicóloga. Doutora em Educação pela Unicamp. Docente do curso de Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

E-mail: samilabatistoni@gmail.com

Priscila Pascarelli Pedrico do Nascimento – Bacharel em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Mestranda em Gerontologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

E-mail: priscila.pascarelli@gmail.com