

# **Avaliação dos quadros de depressão em idosos de um centro de convivência e de uma instituição de longa permanência em uma cidade do interior da Zona da Mata mineira**

Thaís Alves da **SILVA**<sup>1</sup> (thaisalvesicm@gmail.com); Giselle Braga de **AQUINO**<sup>2</sup> (gi07ba@yahoo.com.br)

1. Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário UNIFAMINAS, Muriaé (MG).
2. Doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (RJ); professora e coordenadora do curso do Centro Universitário UNIFAMINAS, Muriaé (MG); professora do curso de Pedagogia da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), Leopoldina (MG).

**RESUMO:** O envelhecimento teve aumento considerável na população brasileira nos últimos anos, fato que trouxe consigo inúmeras modificações que afetam toda a sociedade. Com a expectativa de vida maior faz-se necessário pensar os conceitos de promoção e prevenção à saúde, em especial na terceira idade. Em contrapartida, o que se vê são muitos casos de adoecimento entre os idosos como, por exemplo, casos de depressão. Diante disso, o presente estudo identificou a ocorrência de episódios depressivos a partir da aplicação do EDG-15, a fim de comparar se esses índices são distintos em idosos de realidades diferentes, sendo uma amostra de um Centro de Convivência de Idosos e outra de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos em uma cidade do interior da Zona da Mata mineira. Os resultados apontam que é expressivo o índice de depressão entre idosos, o que pode afetar diretamente na qualidade de vida dessas pessoas, e que existe uma disparidade entre os grupos pesquisados: os idosos institucionalizados compõem o grupo de maior risco, no qual 50% da amostra mostrou-se suscetível à patologia.

**Palavras-chave:** idosos, qualidade de vida, depressão.

## **Introdução**

A longevidade da população brasileira é um fenômeno que vem modificando a sociedade em todos os aspectos e, por isso, se tornou motivo de preocupação e inúmeros estudos começaram a surgir para pontuar seus reais impactos em nossa realidade. Compreendido por diferentes perspectivas, o envelhecimento pode ser estudado por suas bases biológicas, físicas e sócio-históricas (PAPALIA, 2006).

Do ápice da sabedoria à inutilidade produtiva, da positiva melhoria na qualidade de vida ao inquietante desequilíbrio da previdência social, “o envelhecimento e a velhice são pontuados por mitos e estereótipos, crenças, concepções equivocadas e uma inevitável aproximação a inquietações e angústia” (ALVES JR., 2009, p. 18).

“Desde o seu surgimento, a metáfora médica da velhice passou a exercer acentuada influência social, definindo não somente o envelhecimento físico como também as

representações sobre a experiência de envelhecer” (SILVA, 2008, p. 160). Esse fator contribuiu para o lugar reservado ao idoso na sociedade, sobretudo nos sistemas culturais, sociais e econômicos (ALVES JR., 2009).

Para combater essa visão, novas concepções surgem a fim de garantir melhores condições de saúde, participação e segurança dos mais velhos, e termos como envelhecimento bem sucedido, envelhecimento sadio e envelhecimento ativo passam a ser empregados (OMS, 2005). Diante disso, “os sistemas de saúde necessitam ter uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidado primário e de longo prazo de qualidade” (OMS, 2005, p. 22).

Embora existam esforços que visam contemplar a qualidade de vida dos mais velhos, nos parece que em muitos momentos essas ações estão em segundo plano, já que a maior preocupação gira em torno do sistema previdenciário. Enquanto isso, altos índices de ocorrência de psicopatologia entre idosos, como por exemplo a depressão, são negligenciados e muitos dos sintomas são confundidos com o processo de envelhecimento (PAZ, ALEXANDRINO, PEREIRA, 2009).

A partir dessa inquietude, este estudo faz uma revisão bibliográfica acerca do envelhecimento e busca atentar para a importância da superação dos estigmas aos quais idosos diariamente são expostos. Em seguida, discute sobre a depressão em idosos, a fim de atentar para a necessidade de sua identificação, já que em muitos momentos esses sinais e sintomas tendem a ser naturalizados ao processo de envelhecimento. Por fim, apresenta as diferenças entre os índices de depressão em idosos que participam de um Centro de Convivência comparados aos que estão asilados em uma Instituição de Longa Permanência.

Para realizar esse estudo, aplicou-se a Escala de Depressão Geriátrica em forma reduzida como instrumento de coleta de dados nos dois grupos de idosos descritos anteriormente, a fim de rastrear o índice de episódio depressivo entre internos de uma instituição de longa permanência e de participantes de um Centro de Convivência de uma cidade localizada no interior da Zona da Mata mineira. Posteriormente, foi realizada comparação entre os dados levantados nas diferentes instituições em que se realizou a pesquisa.

A relevância deste trabalho se dá pela frequente reprodução, na atualidade, da naturalização da depressão como decorrente do processo de envelhecimento, o que pode postergar e prejudicar o tratamento afetando diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa.

## **I – O envelhecimento: diferentes perspectivas históricas**

A oposição dialética sobre a velhice e o envelhecimento encontra raízes históricas perceptíveis no século XVIII e posteriores. Num primeiro momento, o discurso era favorável e positivo em relação ao aumento da população idosa, mais tarde passa a ser considerado como um problema que traria consequências como o enfraquecimento econômico e social. Esta noção se perpetuou por anos e ainda se faz presente nos dias atuais. De um lado, temos os que acreditam na representatividade do idoso aposentado, mas ativo e capaz de ser

produtor social e, do outro, existe uma visão de dependência e improdutividade dessa parcela da população (ALVES JR., 2009).

Silva (2008) menciona que o processo de categorização etária se deu a partir da inserção da ideia de infância como período distinto da idade adulta. Até então, “fatores demográficos, culturais e sociais combinavam-se de tal modo que as sociedades pré-industriais não precediam à separação nítida ou especializações funcionais de cada idade” (SILVA, 2008, p. 156). A formação de identidades etárias através de características de conduta, crenças, hábitos corporais, ideais de satisfação começaram a definir a participação do indivíduo em diferentes etapas da vida.

Callis (1996 apud GOLDMAN, 2009) aponta que a história da velhice é um fenômeno multifacetado e diferente entre as civilizações. Cita, como exemplo, os costumes dos esquimós que incitavam o suicídio dessa população, o descarte dos idosos não lúcidos na cultura hotentotes na África e os antigos rituais de aldeias japonesas que conduzia seus velhos as “montanhas da morte”.

O oposto pode ser observado na antiguidade greco-romana cujos idosos eram prestigiados pela sua experiência de vida e sabedoria (GOMES, 2007). Na cultura Yahgans, os idosos também ocupavam lugares de destaque, respeitados como sendo detentores do saber, e no Sudão, na comunidade dos Zandas, por possuir poderes mágicos (CALLIS, 1996 apud GOLDMAN, 2009).

“A transição demográfica e o modelo social hegemônico fizeram com que as relações entre as idades da vida recebam novas conotações” (JUNIOR, 2009, p. 24). No campo epistêmico, por exemplo, o estudo do envelhecimento passa do declínio cognitivo para a potencialidade de ganhos (NERI, 2001).

A medicina, no século XIX, debruçando-se sobre o corpo envelhecido, se apropriou de novos saberes e introduziu na literatura médica o termo geriatria que passa a demarcar o envelhecimento como degeneração.

A partir de então, a medicina moderna reconstrói o corpo com base na anatomia patológica, buscando o micronível dos tecidos e das células para explicar o processo de degeneração do corpo. Gradualmente a velhice passa a ser entendida como um estado fisiológico específico [...] tende-se a estudar a velhice e o processo de envelhecimento como problemas clínicos, certezas biológicas e processos invariáveis. A morte passou a ser vista, então, como resultado de doenças específicas da velhice; a longevidade possui limites biológicos insuperáveis; a velhice é a etapa necessária da vida na qual o corpo se degenera (SILVA, 2008, p. 158).

Na tentativa de explicar de forma causal o envelhecimento, algumas linhas de pensamento sobressaem: a teoria da programação genética, por exemplo, visa que o corpo envelhece por motivos biológicos determinados geneticamente ao longo do desenvolvimento (PAPALIA, 2006). Os estudiosos dessa teoria acreditam que após certo número de divisões celulares (mitose) as células do nosso organismo estão programadas para morrer causando

mau funcionamento dos órgãos e conseqüentemente o desequilíbrio das funções biológicas necessária para a sobrevivência (CANCELA, 2007).

Já a teoria das taxas variáveis sustenta que as causas do envelhecimento são diferenciadas em cada indivíduo e é resultado de influências internas e/ou externas nos quais seus efeitos são causados por falhas que afetam o sistema biológico, tais como acúmulo de radicais livres, desregulação do sistema imunológico, entre outros. Os radicais livres são substâncias tóxicas, com número ímpar de elétrons, que circulam pelo corpo a fim de se emparelhar. Nesse movimento, além de formar novos radicais livres através da oxidação, destroem enzimas e atacam células causando o mau funcionamento do corpo e levando à morte (CANCELA, 2007; PAPALIA, 2006).

Embora não haja consenso em relação ao que causa o envelhecimento, alguns marcadores biológicos são inegáveis. Além dos cabelos brancos e ralos, a flacidez da pele e outros aspectos visíveis, podem surgir déficits relacionados ao sistema sensorio e motor, que dificultam alguns movimentos e afetam de certa forma a sensibilidade. É possível constatar a presença de mudanças cardiovasculares que causam aumento da pressão arterial e alterações na frequência dos ritmos cardíacos que tendem a ficarem mais lentos. Em alguns casos observam-se também declínios na visão, audição, olfato e paladar, além de alterações nas funções cognitivas e executivas que podem ou não estar atreladas a algum tipo de doença (PAPALIA, 2006).

Outro marcador também fundamental para a instituição da velhice é a aposentadoria. O processo de industrialização possibilitou a elaboração de pensões como resposta às modificações e aos problemas que ocorreram no século XIX e XX, quando se começou a pensar o que fazer com os “incapazes” de trabalhar e produzir seu próprio sustento. “Desse ponto de vista, a velhice passava a ser confundida com todas as formas de invalidez que atingiam a classe trabalhadora, passando a ser utilizada para identificar todos àqueles que, ao fim de sua vida, não estão mais aptos para o trabalho” (SILVA, 2008, p. 160).

Esse processo possibilitou uma progressiva generalização dos sistemas públicos de saúde e privados de aposentadoria que por um lado colaboraram para o surgimento de políticas sociais de apoio e, por outro, declaravam a precariedade de sua saúde, de negligências e solidão sofridas por essa parcela da população (LEAL; ANDRADE; QUEIROZ, 2007). Silva (2008) menciona que, apesar das primeiras campanhas terem se apropriado de um modelo muito apelativo para reivindicar políticas de atenção à saúde para os idosos, essas foram de suma importância para sua implantação.

É possível identificar que a classificação do idoso na sociedade é perpassada pelos processos biológicos, mas também socioculturais. Esses estabelecem os papéis e os lugares que os idosos devem ocupar e, geralmente, reproduzem a lógica dos primeiros termos cunhados pela geriatria e do mercado, direcionando essa população para as margens e, conseqüentemente, suas necessidades permanecem em segundo plano. Goldman (2009) complementa dizendo que a opressão exercida pelo mercado capitalista e consumista transformam pessoas em mercadorias e nesse sentido os idosos são descartáveis.

Do ponto de vista das teorias do desenvolvimento psicológico, surge, na década de 50, o termo ciclo de vida cunhado por Erikson (NERI, 2001). Até então, existiam estudos

isolados sobre o processo de desenvolvimento, geralmente relacionados à diferença de uma etapa da vida em relação à infância (GOMES, 2007). A teoria eriksoniana propõe o desenvolvimento humano dividido em estágios baseados na idade cronológica (PAPALIA, 2006). Essa teoria consistiu em considerar a vida humana em toda sua extensão e a proposição que as influências socioculturais incidem na manifestação e resolução das crises evolutivas (NERI, 2001; 2004).

As crises psicossociais representariam um jogo de forças, sendo uma sintônica e outra distônica, e a resolução de cada conflito possibilita a emergência de uma força básica ou qualidade do ego. Um processo individual necessário para o crescimento do homem. Trata-se de uma teoria psicossocial, pois o contexto no qual esse indivíduo está inserido oferece as condições e possibilidades para seu desenvolvimento (NERI, 2004).

Erikson (1971 apud RAPPAPORT; FIORI; DAVIS, 1982) propôs oito estágios e a etapa final da maturidade humana é descrita como a da sabedoria. Ela só seria atingida por aquele que se apropriou dos triunfos e desilusões experienciadas nas etapas anteriores para crescer, reconhecer sua finitude e assumir sua contribuição para a continuidade humana e, assim, enfrentar o grande desafio: manter a integralidade do eu (Quadro 1).

**QUADRO 1** Os oito estágios do desenvolvimento segundo Erikson

<b>Modalidade</b>	<b>Crise psicossocial</b>	<b>Valor emergente</b>
Oral-sensorial	Confiança básica x desconfiança	Esperança
Locomotora	Autonomia x vergonha e dúvida	Domínio
Genital	Iniciativa x culpa	Propósito
Latência	Indústria x inferioridade	Competência
Adolescência	Identidade x confusão de papéis	Fidelidade
Idade adulta Jovem	Intimidade x isolamento	Amor
Maturidade	Geratividade x estagnação	Cuidado
Velhice	Integridade do ego x desesperança	Sabedoria

FONTE: Teoria Psicossocial de Erikson (1971 apud RAPPAPORT, FIORI, DAVIS, 1982)

Neri (1995; 2001), baseada nos preceitos da *life-span*, expõe que todos os aspectos que norteiam o ser humano são importantes na noção do envelhecer e como esse será experienciado. A interação entre esse sistema complexo (psicológico, social, físico, biológico) excita transformações com tendência à organização crescente no equilíbrio das perdas e ganhos. Desse modo, o envelhecimento que era compreendido apenas como o fim da vida passa ter um novo caráter.

Na teoria da *life-span*, a ideia norteadora é a adaptação do idoso neste balanceamento “perda” versus “ganho”. Assim atribui-se algumas especificidades sobre potencial e limites, que são alcançados de formas diferentes entre indivíduos desde que possam gozar de condições adequadas. Para Neri (1995), essas condições poderiam ser entendidas como

usufruir de condições adequadas de educação, urbanização, habitação, saúde e trabalho durante todo o seu curso de vida. Esses são elementos cruciais à determinação a saúde (a real percebida) e da longevidade; da atividade, da produtividade e da satisfação; da eficácia cognitiva e da competência social; das capacidades de auto regulação da personalidade; do nível de motivação individual para a busca de informação e interação social, dentre outros indicadores comumente apontados pela literatura como associados a uma *velhice bem-sucedida* (NERI, 1995, p. 38).

Neste sentido, Papalia (2006) menciona que o acesso à diversidade de suprimentos alimentícios, o desenvolvimento econômico, a assistência à saúde, a distribuição de água potável à grande parte da população e as instalações de saneamento básico contribuíram para melhorar a qualidade de vida e, conseqüentemente, a expectativa de vida. A Organização Mundial da Saúde (2005) reconhece que “o maior desafio na atenção a pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com máxima qualidade possível” (p. 9). Os excepcionais casos de centenários reconhecidos como um evento fantástico e mágico é hoje uma realidade. O Brasil está envelhecendo (SILVA, 2008).

Dados do último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) apresentam que a população idosa no país é de 26,1 milhões de pessoas. A expectativa de vida dos brasileiros nascidos em 2010 chegará à média de 78,5 anos para as mulheres e 71,2 anos para os homens. O instituto já projeta que ambos os sexos terão uma expectativa de vida média de 81,2 anos em 2060 (IBGE, 2013).

Conforme Camaran (2002), o estopim que impulsionou o crescimento demográfico da população idosa no Brasil foram as altas taxas de natalidade que ocorreram em meados do século passado juntamente com a redução da mortalidade provenientes de avanços tecnológicos na medicina que foram capazes de controlar muitas doenças, seguidas por um decréscimo da fecundidade. Essa nova reorganização populacional traz inúmeros desafios, principalmente no que diz respeito ao estreitamento da pirâmide etária (PAPALIA, 2006).

Os números cada vez menores de nascimentos, alto índice de mortalidade na juventude (assassinatos, comportamentos de risco) e aumento da expectativa de vida tem gerado um temor com relação a quem irá movimentar a engrenagem econômica do país. Aspectos como gastos com a previdência social, saúde, trabalho, mudanças no espaço físico, político, social, dentre outros, se tornaram assuntos de grande relevância devido aos abalos que essa mudança causa no sistema, principalmente no previdenciário (CAMARAN, 2002; PAPALIA, 2006).

Segundo a OMS (2005), “superar esses desafios requer um planejamento inovador e reformas políticas substanciais tanto em países desenvolvidos como em países em transição” (p. 34). Essas devem incluir, também, uma perspectiva de curso de vida que reconheça a importante influência das experiências de vida para a maneira como os indivíduos envelhecem. Neste sentido, é imprescindível que nos ambientes de grande concentração de idosos, como nas instituições de longa permanência e os centros de convivência, sejam implementados programas e redes de suporte social que contribuam para a manutenção da autonomia, valorização dos direitos, necessidades e preferências dessa população.

## **II – Os idosos, as instituições de longa permanência e os centros de convivência**

Embora se reconheça o envelhecimento como processo indissociável da sociedade, os idosos se sentem violados nos espaços públicos, nas instituições privadas e públicas e até mesmo no seio familiar. Não é raro observar casos de desrespeito em instituições de saúde e os inúmeros relatos de maus tratos em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), mais conhecidos por asilos (PAZ; ALEXANDRINO; PEREIRA, 2009).

O surgimento de asilos não é recente. Os primeiros eram direcionados aos pobres, oprimidos e desamparados sendo que, geralmente, essas instituições eram de cunho filantrópico e abrigavam mendigos, crianças órfãs ou abandonadas, velhos, entre outros (ARAUJO; SOUZA; FARO, 2010). Na década de 1960, quando teve início as atividades da Organização da Sociedade Brasileira de Geriatria, a institucionalização de idosos deixa de ter apenas cunho filantrópico e passa a visar fonte de renda (ESPITIA; MARTINS, 2006).

O Ministério da Saúde (1989), através da portaria 810/89, estabeleceu alguns padrões mínimos para funcionamento das instituições para idosos em relação às instalações físicas, tais como, tipo de construção, acesso, iluminação, ambiente interno, dormitórios, área de lazer, entre outras especificações. Postulou que as instituições ainda devem dispor de assistência médica, psicológica, odontológica, de enfermagem, reabilitação física, assistência social, apoio jurídico e administrativo.

As ILPIs subdividem-se em três modalidades: a primeira destinada a idosos independentes para realizar as atividades de vida diária (ADVs); a segunda, mista, destinada aos idosos dependentes e independentes que necessitam de cuidados especiais nas AVDs; e a terceira voltada a idosos totalmente dependentes que precisam de atenção redobrada para as AVDs (ARAUJO; SOUZA; FARO, 2010).

O IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2011) divulgou que no Brasil funcionam 3.548 ILPIs (públicas e privadas) e cerca de 83 mil idosos, na maioria mulheres, vivem nessas instituições. Apontou também que mais da metade das instituições brasileiras, 65,2%, são filantrópicas e mantidas pelos recursos dos idosos ou de familiares, mesmo as que recebem algum tipo de financiamento público.

Papalia (2006) expõe que, frequentemente, os institucionalizados sentem-se rejeitados, considerando essa uma opção de vida não desejada. Já os familiares, na maioria das vezes, se sentem culpados, mas garantem ser essa a melhor opção perante a correria cotidiana. Afirma ainda que, para que essa seja uma solução benéfica para ambos os lados, é necessário a

escolha de uma boa instituição, que preste total assistência e que também a família mantenha contato constante com o interno a fim de minimizar as intempéries causadas pela institucionalização e promover qualidade de vida.

De modo geral, a literatura aponta que para uma velhice bem sucedida é necessário que o indivíduo goze de condições adequadas de educação, saúde, trabalho, urbanização e habitação (NERI, 2001). Neste sentido, a OMS (2005) conclui que ter qualidade de vida ou não, na velhice, depende não só das oportunidades ou vulnerabilidades experimentadas durante toda a vida, mas também das gerações subseqüentes que podem oferecer ajuda e apoio mútuo quando necessário.

Segundo Brasil (2008), visando à qualidade de vida e o acesso a atividades socioculturais, educativas e de lazer foram criados os grupos e Centros de Convivência para Idosos (CCIs). Eles são espaços que buscam promover “a sociabilidade entre seus membros, o envelhecimento ativo e saudável da pessoa idosa, fortalecendo os vínculos familiares e comunitários, prevenindo o isolamento e o asilamento” (BRASIL, 2008, p. 34). Enfim, seu principal objetivo é ampliar a defesa de direitos, participação social, a autonomia da pessoa idosa e o exercício da cidadania.

Brasil (2013) conclui que os CCIs privilegiam o exercício do pensamento e a permanente atividade para promoção da harmonia e bem-estar, valorizando a experiência do idoso. Como também contribui para o cuidado com a saúde na ampliação do conhecimento das transformações de seu corpo e para a cidadania na transmissão dos fundamentais direitos e deveres, a fim de vivenciar o presente sem desprezar seu passado e emoções.

### **III – A depressão na terceira idade**

Apesar do reconhecimento do envelhecimento e da velhice, é comum “mitos e estereótipos, crenças, concepções equivocadas e uma inevitável aproximação a inquietações e angustias todas originadas da recorrente fragilidade com que os mais velhos são confrontados” (SILVA, 2008, p. 18). Fragilidade pressupõe “uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina com estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos” (BRASIL, 2006, p. 50). Vulnerabilidade que funciona como disparador para a instalação de patologias, como a depressão, que repercutem na autoestima, no bem-estar e na qualidade de vida (TEIXEIRA, 2010). Brasil (2006) destaca que a depressão está classificada como a quarta causa de incapacitação em uma escala global de comparação e projeção entre doenças.

A depressão é reconhecida como problema prioritário em saúde pública e pode interferir diretamente na qualidade de vida do indivíduo. Do ponto de vista psicopatológico, as características marcantes são humor triste e desânimo. Sobretudo, sabe-se que o transtorno acarreta multiplicidades de sintomas afetivos, instintivos, neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à autoavaliação, volição e psicomotricidade (DALGALARRONDO, 2008).

A depressão não é provocada por causa única. Existe uma gama de fatores entrecruzados: psicológicos, biológicos, sociais, culturais, familiares entre outros (BRASIL, 2006). Sobretudo Dalgalarro (2008) relaciona as causas desencadeadoras da patologia a fatores genéticos, neuroquímicos, biológicos e fundamentalmente à relação com experiências de perdas significativas. Tais perdas podem estar relacionadas a pessoas muito estimadas, doenças, emprego, moradia, status social, econômico ou mesmo a elementos simbólicos.

“Entre as pessoas idosas, a depressão talvez seja o exemplo mais comum de uma doença com apresentação clínica inespecífica e apática” (BRASIL 2006, p. 101). Melo e Teixeira (2011) consideram que a depressão em idosos é multifatorial: aspectos ligados às alterações metabólicas dos neurotransmissores, hormonais, frequência cardíaca, bem como fatores de saúde, socioeconômico e as mudanças físicas contribuem imensamente para desencadear a patologia.

Existem três grandes determinantes que são comumente importantes no surgimento da depressão nos idosos: (a) determinantes ambientais, nomeadamente, o isolamento e a falta de convívio social, a ausência de trabalho, a morte do cônjuge, e a desvalorização social e profissional; (b) determinantes genéticos predisponentes para a depressão em idades tardias; e (c) determinantes orgânicos que se referem à enorme variedade de doenças orgânicas que podem apresentar sintomas desta natureza (TEIXEIRA, 2011, p. 8).

Existe a ideia bastante arraigada de que a depressão é um fato "normal" na velhice (BRASIL, 2006). Essa é uma perspectiva equivocada, mas que acaba encontrando na própria ciência aparatos para se afirmar. Exemplo disso são os estudos que apontam que o córtex pré-frontal, área cerebral responsável por coordenar as funções executivas, é comprometido pelo envelhecimento. Alterações nessa área causam problemas como a memória operacional, bem como deficiência na capacidade de planejamento e execução de plano de ação, dificuldade na sustentação da atenção, perda de iniciativa, espontaneidade e capacidade de tomar decisões (COSENZA, 2014).

Tal fato aponta a dificuldade de se diagnosticar a patologia visto que muitas das vezes os sintomas aparecem velados ou são confundidos como processo natural do envelhecimento. Apesar dos expressivos números de depressão entre os idosos, existe uma negligência dos profissionais da saúde quanto ao diagnóstico e tratamento, trazendo impactos evidentes tanto na qualidade de vida dos indivíduos quanto no aumento da carga econômica nos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Para redução desses impactos e reabilitação, sugere-se a identificação precoce da patologia, que deveria, preferencialmente, ser constatada na atenção básica pelo programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo adotado pelo Ministério da Saúde em 1994, que visa práticas interdisciplinares na atenção integral e humanizada à saúde (BRASIL, 2006). O tratamento, geralmente de cunho medicamentoso e psicoterápico, tem maior eficácia

quando se dá no início da doença e recebe o apoio familiar ou social (MELO; TEIXEIRA, 2011).

#### **IV – Metodologia**

Buscando verificar a presença de depressão em grupos de idosos, foi realizado um estudo transversal descritivo em duas instituições de uma cidade no interior da Zona da Mata mineira: a primeira, uma ILPI e a segunda um CCI. A pesquisa de base quantitativa, vinculada a um projeto de extensão da instituição das pesquisadoras, além de verificar o índice de depressão nos idosos de cada instituição também objetivou, a partir dos resultados, comparar os impactos do ambiente e as atividades oferecidas por cada uma dessas instituições no que diz respeito ao processo de envelhecimento ativo.

A ILPI é uma sociedade filantrópica que visa acolher idosos. A instituição é composta por um diretor e gerente administrativo, um enfermeiro chefe, seis técnicos de enfermagem, um assistente social, um fisioterapeuta, cuidadores de idosos, cozinheiros e auxiliares de serviços gerais. Quanto aos recursos financeiros, a instituição possui 70% de arrecadação dos internos e os demais recursos são obtidos através de doações e por verba pública. A ILPI tem capacidade para 48 internos, dos quais estão preenchidas 42 acomodações (21 mulheres; 21 homens) e tem por objetivo abrigar, amparar, alimentar e oferecer assistência médica a esses idosos através do SUS e da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O CCI, localizado na área central da cidade pesquisada, atende mulheres e homens com idade a partir dos 60 anos. O local, regido por um presidente e um vice, eleitos a cada dois anos pelos internos da instituição, oferece atendimento médico e psicológico. Além de atividades como coral, forró, bailes de carnaval, aulas de ginástica, pintura, capoeira, campeonatos de sinuca, e música, entre outros. Está vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Social da cidade do qual recebe os recursos orçamentários. Possui mais de 900 inscritos, 160 ativos, porém os frequentadores variam de acordo com as atividades diárias.

Para rastrear a suspeita de depressão, optou-se pela aplicação do questionário EDG-15 (Escala de Depressão Geriátrica). Ele é um instrumento frequentemente utilizado para rastrear sintomas depressivos na população idosa. Uma das vantagens do instrumento é possuir perguntas de simples compreensão, pequena variação de resposta, fácil aplicação e forma reduzida (PARADELAS; LOURENÇO; VERAS, 2005), além de permitir rastrear se os idosos apresentam baixa autoestima, falta de energia, ansiedade, perda de ânimo, de esperança, apatia ou isolamento social (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012).

A escala, de confiabilidade e validade comprovadas, é composta de 15 perguntas cada qual com duas alternativas, sim e não, e atribuição de valor 0 e 1 de acordo com as questões (conforme Quadro 2). A interpretação dos resultados foi baseada nos critérios indicados pelos autores: de 0 a 5 pontos, exame normal; acima de 5 a 10 pontos, indícios de quadro depressivo leve; e valores maiores que 11 pontos, provável depressão severa (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; PARADELLA; LORENÇO; VERAS, 2005).

A amostra foi composta por 14 idosos (42,85% mulheres; 57,14% homens) da ILPI, com idades variando entre 62 e 83 anos. Quanto ao estado civil dos entrevistados, 64,28% relatou ser solteiro, 28,57% divorciado e 7,14% viúvo. E 29 idosos (24,1% homens; 75,9% mulheres) do CCI com variação de idade de 56 a 94 anos, cujos estados civis relatados foram 10,34% de solteiros, casados de 27,58%, divorciados 10,34%, viúvo 48,27% e amasiados 3,44%.

Foi utilizado como critério de inclusão: pessoas de ambos os sexos inscritos na instituição e que não apresentavam doença incapacitante, tipo Alzheimer e demência, segundo prontuário de enfermagem. Os critérios para exclusão foram aqueles que apresentaram dificuldade de interpretação, rebaixamento do nível de consciência, patologia incapacitante e os que optaram em não responder. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido confirmando suas participações na pesquisa.

## V – Análise e discussão dos resultados

### 4.1 – Os quadros de depressão em idosos da ILPI

Por meio da análise dos resultados obtidos (Quadro 2), observou-se que 50% da amostra da ILPI apresentou sintomatologia depressiva de grau leve e os outros 50% não possuem quadro de depressão. Um fator importante e ao mesmo tempo preocupante, que foi possível observar, é que, dentre os idosos que não apresentaram suspeita de depressão, 85% estão enquadrados no ponto de corte limite para a patologia. Verificou-se também que é maior o índice de suspeita de depressão entre os homens (71,4%) do que entre as mulheres (28,5%), contrariando a estimativa de outros trabalhos que utilizaram o mesmo instrumento, como o realizado por Nascimento, Brito e Santos (2013).

**QUADRO 2** Escala de depressão geriátrica – Resultado da ILPI

<b>RESPOSTA</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Nulo</b>
1. Está satisfeito (a) com sua vida?	50%	50%	-
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	71,40%	28,60%	-
3. Sente que a vida está vazia?	64,30%	21,40%	14,30%
4. Aborrece-se com frequência?	57,14%	35,71%	7,14%
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	50%	21,40%	28,60%
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	50%	42,86%	7,14%
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	50%	35,71%	14,29%

8. Sente-se frequentemente desamparado (a)?	42,86%	57,14%	-
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	35,71%	57,14%	7,14%
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	21,40%	78,57%	-
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	92,85%	-	7,14%
12. Vale a pena viver como vive agora?	100%	-	-
13. Sente-se cheio(a) de energia?	35,71	64,30%	-
14. Acha que sua situação tem solução?	50%	7,14%	42,86%
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	78,57%	21,40%	-

**Fonte:** Versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) forma reduzida e dados tabulados da pesquisa.

Analisando de forma mais detalhada as respostas emitidas na EDG-15, alguns itens se tornaram mais indicativos da presença de um quadro depressivo. Ao responder ao item 2 (“Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?”), 71,4% da amostra responderam que sim, o que pode demonstrar que esses idosos não realizam com frequência atividades de forma geral, ficando à mercê das rotinas institucionais e de cuidados basicamente biológicos.

Esse fato pode até mesmo antecipar a perda da independência da capacidade funcional, que “pode ser definida como a manutenção da capacidade de realizar atividades básicas da vida diária” (FERREIRA et al., 2012, p. 514) e está intimamente relacionada ao envelhecimento saudável e à qualidade de vida. À medida que a idade avança existe uma perda natural dessa capacidade, porém entre os idosos institucionalizados pode ser ainda mais acentuado pelo fato de seguirem rotinas institucionais pouco autônomas, o que, de certa forma, diminui a independência sobre suas vidas (ROSSETTO et al., 2012).

A presença de um quadro depressivo também pode ser verificada nas respostas emitidas nos itens 3 e 4: “Sente que a vida está vazia?”, 64,3% disseram que sim; e “Aborrece-se com frequência?”, 57,14% responderam positivamente. Quanto ao questionamento do item 13 (“Sente-se cheio(a) de energia?”), 64,3% da amostra respondeu que não. Deve-se estar atento a essas respostas, pois Oliveira, Gomes e Oliveira (2006) demonstram que a depressão no idoso pode afetar a qualidade de vida, causar insatisfação, interrupção em seus estilos de vida, privação social, tendência suicidas, entre outros aspectos. O impacto da patologia é severo e quanto mais grave o grau inicial, aliado a falta de tratamento adequado, pior o prognóstico (BRASIL, 2006).

Embora a maioria dos idosos entrevistados (78,5%) tenham respondido não ao questionamento do item 10 (“Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?”), deve-se atentar para o que diz Brasil (2006): “As pessoas com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional” (p. 36). Alvarenga, Bittencourt e

Wanderley (2011) complementam dizendo que os idosos com depressão também “apresentam desempenho rebaixado em teste de memória, e comprometimento ainda maior nas funções executivas, seguidos de déficits na atenção e diminuição na velocidade de pensamento” (p. 797).

Do ponto de vista das relações sociais, é importante mencionar que os idosos asilados constituem um grupo de risco que tem dupla perda: a dos vínculos familiares e sociais que a institucionalização muitas das vezes provoca. Brasil (2006) afirma que o rompimento de laços pessoais e a solidão são fontes de estresse. A OMS (2005) garante que “o apoio social inadequado está associado não apenas a um aumento da mortalidade, morbidade e problemas psicológicos, mas também à uma diminuição na saúde e no bem estar geral” (p. 29). Apesar da atenção que deve ser direcionada a esse grupo, nos itens 8 e 9 (“Sente-se frequentemente desamparado(a)?” e “Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?”), a maior parte (57,14%) dos idosos asilados responderam que não.

O diagnóstico da depressão é clínico, baseado em anamnese. Desse modo, embora ao item 11 (“Acha que é maravilhoso estar vivo agora?”) quase a totalidade dos idosos (92,85%) tenham respondido que sim, e ao item 12 (“Vale a pena viver como vive agora?”) todos (100%) tenham respondido afirmativamente, é indispensável que os profissionais da saúde despendam atenção redobrada ao rastrear a patologia. Paradela (2011) afirma que os transtornos nesta faixa etária são “subdiagnosticados e subtratados, causam grande sofrimento psíquico, aumento da dependência funcional, isolamento social, risco de suicídio, piora da qualidade de vida e aumentam a mortalidade dos indivíduos acometidos” (p. 31).

Em contrapartida, 78,57% dos idosos responderam sim ao item 15 (“Acha que tem muita gente em situação melhor?”), o que contraria as respostas anteriores. Por isso e a fim de reduzir possíveis equívocos e negligência, a avaliação dos idosos precisa ser abrangente, contemplar a vida do indivíduo em seus aspectos biopsicossociais, episódios anteriores, situação de luto entre outros (PARADELA, 2011).

É fato que mudanças físicas e/ou cognitivas ocorrerão com o passar dos anos, porém a busca de alternativas, de novas ocupações, adaptações podem suprir os obstáculos desse período de transição da vida adulta para a terceira idade (BAPTISTA, 2006). Neste sentido, Rossetto et al. (2012) sugerem que é indispensável a criação de programas nas ILPIs que propiciem estímulo psicológico e oportunizem “atividades recreativas, de lazer, oficinas e realização de trabalhos manuais, bem como a inserção em atividades sociais, levando em consideração suas possibilidades e seus limites pessoais, prevenindo ou auxiliando na diminuição da sintomatologia depressiva” (p. 351).

#### **4.2 – Os quadros de depressão em idosos no CCI**

O segundo grupo de idosos analisado pertence ao CCI. Os escores obtidos nessa instituição indicaram que 82,75% dos participantes pesquisados não apresentaram suspeita de depressão e dentre esses apenas 8,33% obtiveram pontuação limite. Os 17,3% que possuem a sintomatologia para a patologia são mulheres, sendo que entre essas 14% apresentaram suspeita de depressão leve e 3% depressão severa.

QUADRO 3 Escala de depressão geriátrica – Resultado do CCI

RESPOSTAS	Sim	Não	Nulo
1. Está satisfeito(a) com sua vida?	89,65%	6,90%	3,44%
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	48,28%	48,28%	3,44%
3. Sente que a vida está vazia?	41,38%	58,62%	-
4. Aborrece-se com frequência?	31,04%	68,96%	-
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	86,20%	10,34%	3,44%
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	41,38%	58,62%	-
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	86,20%	6,90%	6,90%
8. Sente-se frequentemente desamparado(a)?	10,34%	89,65%	-
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	10,34%	89,65%	-
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	17,24%	82,75%	-
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	96,55%	3,44%	-
12. Vale a pena viver como vive agora?	93,10%	3,44%	3,44%
13. Sente-se cheio(a) de energia?	89,65%	6,90%	3,44%
14. Acha que sua situação tem solução?	89,65%	6,90%	3,44%
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	27,58%	62,06%	10,34%

**Fonte:** Versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) forma reduzida e dados tabulados da pesquisa.

Os idosos desta instituição estão inseridos em atividades recreativas como pintura, coral, ginástica, dança e festas temáticas, entre outras, além de receberem orientação médica e psicológica. Ferreira et al. (2012) consideram que a prática de qualquer atividade é um meio de manter ou melhorar a capacidade funcional e “pode ser usada como um procedimento capaz de retardar e até mesmo reverter um processo patológico em andamento” (p. 513). “Além disso, é capaz de possibilitar uma maior inserção na comunidade, através do fortalecimento de vínculos familiares, de amizade, de lazer e sociais, promovendo mudanças na vida cotidiana, como busca de melhoria da qualidade de vida” (FERREIRA et al., 2012, p. 514).

Isso pode ser sentido nas altas porcentagens relacionadas aos itens 1 (“Está satisfeito(a) com sua vida?”), sendo que 89,65% responderam que sim. No item 4 (“Aborrece-se com frequência?”), 68,96% relataram que não; no item 5, 86,20% dos idosos pesquisados responderam que sentem-se bem com a vida na maior parte do tempo, o mesmo índice é encontrado no item 7 (“Sente-se feliz a maior parte do tempo?”); e 89,65% no item 8 não se sentem frequentemente desamparados.

As porcentagens continuaram elevadas nos itens 11 (“Acha que é maravilhoso estar vivo agora?”), 12 (“Vale a pena viver como vive agora?”), 13 (“Sente-se cheio(a) de energia?”), 14 (“Acha que sua situação tem solução?”) e as respostas foram emitidas de forma favorável, respectivamente, sendo que 96,55%, 93,10% e, nos dois últimos, 89,65%, responderam sim aos questionamentos.

Essas respostas podem ir ao encontro da OMS (2005) quando diz que “ambientes físicos adequados à idade podem representar a diferença entre a independência e a dependência para todos os indivíduos, mas especialmente aqueles em processo de envelhecimento” (p. 27). Na busca de uma melhor qualidade de vida que propicie um envelhecimento com independência e autonomia, tem-se investido no desenvolvimento de programas sociais e de saúde como metas fundamentais não só do governo, mas de outros os setores da sociedade (FERREIRA et al., 2012).

“Nesse sentido, considera-se essencial que políticas públicas favoreçam a implementação de centros de convivência em todo o país, bem como a existência de marketing para divulgação efetiva desses centros e a capacitação dos profissionais envolvidos” (GUTIERREZ; AURICCHIO; MEDINA, 2011, p. 189). Esses ambientes de convivência são apontados na literatura como espaços que podem promover o bem-estar psicológico, pois diminuem os impactos emocionais negativos da velhice, oferecem suporte e companhia aos idosos quando necessários e aumentam a sensação de segurança devido à agregação social que possibilitam (VERA; CALDAS, 2004; GUTIERREZ; AURICCHIO; MEDINA, 2011).

Vera e Caldas (2004) mencionam que, pós a adoção do novo modelo de saúde anunciado pela OMS (1986), pôde-se, então, estabelecer ligação entre saúde e qualidade de vida e neste sentido a prevenção parece ser a solução encontrada para romper com o binômio saúde-doença até então existente. Portanto “faz-se necessário desenvolver modelos de atenção à saúde do idoso que superem as práticas tradicionais, pois o atendimento que lhes é oferecido habitualmente restringe-se, na melhor das hipóteses, ao tratamento clínico de doenças específicas” (VERA; CALDAS, 2004, p. 427).

Mesmo em ambiente mais adequado como um Centro de Convivência, é possível identificar idosos com quadros depressivos, como foi possível reconhecer nessa pesquisa, já que 3% da amostra do CCI apresentou suspeita de depressão severa. Segundo Neri (2001), o envelhecimento bem sucedido é norteador pela inteiração dos complexos âmbitos da vida, o biológico, físico, psicológico, social e o ambiente. É sabido também que o envelhecimento bem-sucedido depende da capacidade adaptativa do indivíduo, que é sua flexibilidade aos desafios biopsicossociais (NERI, 1995).

Existe um jogo de forças que os idosos enfrentam, entre lidar com as mudanças do envelhecimento e manter o bem estar (FERREIRA et al, 2012). “Os idosos estão potencialmente sob risco não apenas porque envelheceram, mas em virtude do processo de envelhecimento torná-los mais vulneráveis à incapacidade, em grande medida, decorrente de condições adversas do meio físico, social, ou de questões afetivas” (VERA; CALDAS, 2004). Portanto, o apoio adequado é necessário tanto para os idosos quanto para os que deles cuidam, trata-se de uma via de mão dupla, o jovem de hoje será o velho de amanhã (OMS, 2005).

Por mais benéfico que sejam os objetivos dos centros de convivência, a participação social é indispensável para reduzir o risco de uma marginalização, segregação da população idosa e a presença de quadros depressivos. “As sociedades que valorizam a justiça social devem lutar para assegurar que todas as políticas e práticas sejam mantidas e para garantir os direitos de todas as pessoas, independente da idade (OMS, 2005 p. 42)”. Outro aspecto importante é a descentralização dessas instituições para que todos idosos que desejarem possam ter acesso a elas.

### **Considerações finais**

O envelhecimento da população brasileira se impõe como questão emergente. É uma nova conjuntura que merece destaque porque já se projeta uma longevidade ainda maior para essa faixa etária e pelas modificações que vem causando na sociedade. Os fatores demográficos que denotam uma crescente representatividade do idoso no Brasil, decorrentes da diminuição das taxas de natalidade e fecundidade seguidas pelo aumento da expectativa de vida, foi impulsionado pelos avanços nas áreas da saúde e saneamento básico.

Por meio dos resultados apresentados pela pesquisa, pode-se inferir que os idosos que são estimulados a realizar atividades regularmente apresentam menor inclinação para a depressão se comparado com os institucionalizados. Não se pode garantir que a institucionalização é totalmente prejudicial ao envelhecimento, mas a forma que se apresenta precisa de remodelações. Considerando tais aspectos, deve-se promover políticas públicas de acesso a serviços que auxiliam o processo de envelhecimento em sua completude, não em relação a uma “juventude prolongada”, mas que valorize a condição do idoso, sua experiência e que chegue ao maior número de pessoas possível inclusive aos que residem em ILPIs.

As modificações familiares contribuiriam imensamente para o aumento de idosos em instituições de longa permanência e em centros de convivências. A existência desse tipo de instituição pode maximizar o processo de marginalização dessa população ou auxiliar no envelhecimento, dependendo das práticas que são adotadas em suas rotinas.

A ausência de sintomas aparentes não significa que o indivíduo está saudável; é necessário observá-lo em sua completude biopsicossocial. A depressão, por exemplo, é uma patologia no qual seus sinais são comumente considerados naturais em idosos, porém acarreta inúmeros prejuízos. A identificação precoce, tratamento medicamentoso e psicoterápico podem contribuir para a reabilitação e evitar evolução negativa dessa patologia.

Os dados coletados na pesquisa evidenciaram que é expressiva a suspeita de depressão em idosos institucionalizados, o que também foi confirmado em pesquisas anteriores. Isso

infeere que políticas voltadas para esses segmentos devem ser construídas e implementadas com urgência a fim de evitar problemas maiores, como, por exemplo, o aumento do índice de suicídio nessas instituições. Para tanto, é preciso promover mudanças institucionais e que abranjam a esfera social de modo que o idoso não permaneça distante do espaço social, em inatividade, relativa alienação, incapacidade física e dependência, mas que possa buscar o seu bem-estar e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida.

Os centros de convivência são aliados no desenvolvimento do envelhecimento sadio, o que se confirmou na baixa ocorrência de depressão entre os participantes do CCI. Manter os idosos funcionalmente independentes parece ser um passo importante para atingir a qualidade de vida e as atividades laborativas são elementos fundamentais para a promoção de saúde, prevenção de doenças além de auxiliar na recuperação e reabilitação de idosos.

São necessários outras pesquisas e estudos randomizados na área para maior compreensão dessas relações, porém fica evidente que o contexto pode ser agente desencadeador de patologias que afetam diretamente a qualidade de vida e o envelhecimento bem-sucedido. A psicologia social e da saúde como ciência que aborda o indivíduo em sua completude pode ampliar esses estudos, fazendo a mensuração dos aspectos subjetivos e qualitativos, visto que as ciências biológicas são as prevalentes no assunto e ainda visam muito aspectos de biologicistas. Neste sentido as intervenções psicológicas podem romper com essa lógica e auxiliar a promover um envelhecimento sadio para a população.

## Referências

- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57, n. 2. p. 421-426, 1999.
- ALVARENGA, L. N.; BITENCOURT, K. L.; WANDERLEY, K. S. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 796-802, 2009.
- ALVARENGA, M. R. M; OLIVEIRA, M. A. C; FACCENDA, O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da escala de depressão geriátrica. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 497-503, 2012. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/bdpi/39144>>. Acesso em: 12 out. 2015.
- ALVES JR., E. D. Aspectos sociodemográficos de um país que envelhece: o exemplo brasileiro. In: **Envelhecimento e vida saudável**. ALVES JR., E. D. (Org). Rio de Janeiro: Apicuri, 2009. p. 316.
- ARAÚJO, C. L. O.; SOUZA, L. A.; FARO, A. C. M. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Centro de Memória**, Campinas, v. 1, n. 2, p. 250-262, 2010. Disponível em: <[http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n2vol1ano1\\_artigo3.pdf](http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n2vol1ano1_artigo3.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2015.

BAPTISTA, M. N. O diagnóstico diferencial da depressão. In: BAPTISTA, M. N. **Suicídio e depressão**: atualizações. São Paulo: Guanabara Koogan, 2004. p. 62-71.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Idoso**: Cidadão brasileiro: informações sobre serviços e direitos. Brasília, 2008, p. 64. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br>>. Acesso em: 8 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**, n. 19, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006, p. 192. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso 5 nov. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, 27 de setembro de 1989, Brasília. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1d0c748047458d179617d63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%B0+810-1989.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 1 nov. 2015.

BRASIL. **Prefeitura municipal de Pontes Gestal**. Centro de convivência do idoso. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.pontesgestal.sp.gov.br/cci-centro-de-convivencia-do-idoso.html>>. Acesso em: 6 nov. 2015.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. **Texto para Discussão**. Rio de Janeiro, n. 858, p. 1-26, jan. 2002. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0858.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2015.

CANCELA, D. M. G. **O processo de envelhecimento**. Porto: Edições Lusíada, 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2015.

CONSENZA, R. M. Neuroanatomia funcional básica para o neuropsicólogo. In: FLUENTES, D.; MALLOY-DINIZ, L; CAMARGO, C. H. P. CONSENZA, R. M. **Neuropsicologia**: teoria e prática (Org.). Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 29-46.

DALGALARRONDO, P. Síndromes depressivas. In: DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 307-313.

ESPITIA, A. Z.; MARTINS, J. J. Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n. 1, p.52-59, 2006. Disponível em: <[http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0858.pdf](http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf)>. Acesso em: 16 out. 2015.

FERREIRA, O. G. L.; MACIEL, S. C.; COSTA, S. M. G.; SILVA, A. O; MOREIRA, M. A. S. P. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 513-518. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a04>>.

GOLDMAN, S. N. As dimensões culturais, sociais e políticas de envelhecimento. In: **Envelhecimento e vida saudável**. In: ALVES JR., E. D. (Org). Rio de Janeiro: Apicuri, p. 316, 2009.

GOMES, J. O. Contextos e perspectivas sobre o envelhecimento e a teoria de *Life-Span*. In: **A memória e suas repercussões no envelhecimento saudável**. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz, 2007. p. 10-15. Disponível em: <<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/145.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2015.

GUTIERREZ, B. A. O.; AURICCHIO, A. M.; MEDINA, N. V. J. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. **J Health Sci Inst**, v. 29, n. 3, p. 186-190, 2011. Disponível em: <[http://200.136.76.129/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/03\\_jul-set/V29\\_n3\\_2011\\_p186-190.pdf](http://200.136.76.129/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/03_jul-set/V29_n3_2011_p186-190.pdf)>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas do censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população: Brasil e unidades da Federação**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 1-41, 2013. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao\\_da\\_Populacao/Projecao\\_da\\_Populacao\\_2013/srm40\\_projecao\\_da\\_populacao.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/srm40_projecao_da_populacao.pdf)>. Acesso em: 14 out. 2015.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Infraestrutura social e urbana no Brasil**: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. Série Eixos do Desenvolvimento Brasileiro. Brasília, n. 93, p. 1-17, 2011. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110524\\_comunicadoipea93.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110524_comunicadoipea93.pdf)>.

LEAL, V. C. T.; ANDRADE, E. F.A.; QUEIROZ, J. T. A influência das experiências sociais na atitude dos idosos em relação ao envelhecimento. **Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social**, v. 14, 2007. Disponível em: <[http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab\\_completo\\_272.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_272.pdf)>. Acesso em: 8 nov. 2015.

MELO, E.; TEIXEIRA, M. B. Depressão em idosos. **Revista Saúde**, Guarulhos, v. 5, n. 1, p. 42-53, 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/Família/Downloads/562-3300-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Família/Downloads/562-3300-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 2 nov. 2015.

NACIMENTO, D. C.; BRITO, M. A. C.; SANTOS, A. D. Depressão em idosos em uma instituição de longa permanência na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. **J Manag Prim Care**, v. 4, n. 3, p. 67-77, 2013. Disponível em: <[www.jmphc.com](http://www.jmphc.com)>. Acesso: 7 nov. 2015.

NERI, A. L. Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e em sociologia. In: NERI, A. L. **Desenvolvimento e envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas e sociais. Coleção Vivacidade. Campinas: Papirus, 2001.

NERI, A. L. Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In: NERI, A. L. **Psicologia do envelhecimento**: temas selecionados na perspectiva de curso de vida. Campinas: Papirus, 1995

NERI, A. N. **Desenvolvimento e envelhecimento**: perspectivas psicológicas, biológicas e sociológicas. Campinas: Papirus, 2004.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 734-736, 2006.

OMS – Organização Mundial da Saúde; Esperança de Vida, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php/AFRO:Life\\_expectancy/pt](http://www.who.int/profiles_information/index.php/AFRO:Life_expectancy/pt)>

OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization. Trad. Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 60 p, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em: 1 nov. 2015.

OMS – Organização Mundial da Saúde; Esperança de Vida, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php/AFRO:Life\\_expectancy/pt](http://www.who.int/profiles_information/index.php/AFRO:Life_expectancy/pt)>. Acesso em: 1 nov. 2015.

OMS. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**, 1986. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>.

PAPALIA, D. E. Desenvolvimento humano. In: PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN R. D. **Desenvolvimento psicossocial na terceira idade**. Porto Alegre, Artmed, 2006.

PARADELA, E. Depressão em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 10, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8850>>.

PARADELA, E. M. P; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.

PAZ, S. F.; ALEXANDRINO, M. B.; PEREIRA, H. C. Estatuto para quem precisa de estatuto: quem assegura os direitos do idoso? In: ALVES JR., E. D. (Org). **Envelhecimento e vida saudável**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009. p. 316.

RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. R.; DAVIS. C. A idade escolar e adolescência. In: RAPPAPORT (Org.). **Psicologia do desenvolvimento**. São Paulo: EPU, 1982. p. 10-44.

ROSSETTO, M.; MAIA, K. S.; SILVA, V. C.; PINTO, É. C.; COSENTINO, S. F. Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 347-352, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/4599/0>>.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, 2008.

TEIXEIRA, L. M. F. **Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos**: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. 2010. Tese de Doutorado.

VERA, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004. Disponível em: <file:///C:/Users/Familia/Desktop/centro%20de%20convivencia%202.pdf>.