

Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos

Maria da Penha de Lima Coutinho¹

Bernard Gonttiès

Ludgleydson Fernandes de Araújo

Roseane Christhina da Nova Sá

Resumo

Este estudo empírico, de cunho quali/quantitativo, desenvolveu-se em escolas públicas e grupos de convivência para idosos, na cidade de João Pessoa/PB. Participaram da amostra 32 crianças e 31 idosos. Foram utilizados os instrumentos: *Beck Depression Inventory*, *Inventory Children Depression*, Entrevistas Semi-Estruturadas e a Técnica de Associação Livre de Palavras. Os dados coletados pelas entrevistas foram codificados pela Análise de Conteúdo e os obtidos por meio da técnica de associação livre de palavras foram processados através do *Tri-Deux-Mots*. Os resultados apontam convergências e divergências quanto às concepções, causas e tratamentos da depressão. Observou-se que as representações dos atores sociais possuem como elementos figurativos a tristeza e a morte, oriundos de situações traumáticas, carências existenciais, isolamento social e sentimentos de rejeição. Percebe-se que ambos os grupos apreendem suas representações não apenas pelo conhecimento teórico e comunicação informal, mas também pelo conjunto de problemas imediatos que se defrontam na vida cotidiana.

Palavras-Chave: Depressão; Representações sociais; Idosos-institucionalizados; Crianças.

Depression, a misery without border: Social representations between children and elderly

Abstract

Characterized as a qualitative and quantitative investigation, this empirical study was developed in two public schools and three social institutions for the elderly, in the city of João Pessoa/PB. The sample was a group of 32 children and 31 elders. The instruments used were *Beck Depression Inventory*, *Children Depression Inventory*, semi-structured interviews and the Technique of Free Association of Words. The data collected in the interviews were codified using a content analysis, and the answers analyzed with the Technique of Free Association of Words were processed through the software *Tri-Deux-Mots*. The results pointed out convergences and divergences about the conceptions, causes and treatments of depression. It was observed that the social actors representations possess as figurative elements the sadness and death, derived from traumatic situations, needs, social isolation and feelings of rejection. Also both the children and the elders not only apprehend their representations from the theoretical knowledge and informal communication, but also from the set of immediate problems they confront in the daily life.

Keywords: Depression; Social representation; Institutionalized elders; Children.

A depressão enquanto manifestação de sintomas inter-relacionados a fatores psíquicos, orgânicos, hereditários, sociais, econômicos, religiosos, entre outros, vem se apresentando na sociedade pós-moderna com um índice bastante elevado, ocasionando um sofrimento que interfere significativamente na diminuição da qualidade de vida, na produtividade e incapacitação social do indivíduo, atingindo desde crianças a pessoas idosas, rompendo fronteiras de idade, classe socioeconômica, cultura, raça e espaço geográfico.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a década de 90, a depressão vem ocupando uma posição de destaque no rol dos problemas de saúde pública, considerada a quarta doença mais cara de todas as doenças em todo o mundo, e que até o ano de 2010 só perderá o primeiro lugar para as doenças isquêmicas cardíacas graves.

Ainda segundo a OMS, esta síndrome, no ano de 2020, será a segunda moléstia que mais afetará os países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento (Nascimento, 1999; Lafer & Amaral, 2000).

Para Angst (1999), a depressão é uma doença freqüente caracterizada por episódios de longa duração, alta cronicidade, recaídas e recorrências, prejuízo psicossocial e físico, e alto risco de suicídio. Em média, dois milhões de novos deprimidos surgem a cada ano no mundo. Só no Brasil, mais de 10 milhões de pessoas vêm sofrendo deste mal, sendo assim a depressão considerada como uma das maiores ameaças do equilíbrio do bem-estar do novo milênio.

Para Camon (2001), a depressão emerge como resultante de uma inibição global da pessoa que afeta a função da mente, altera a maneira como a pessoa vê o mundo, sente a realidade, entende as coisas e manifesta

Endereço para correspondência:

¹ E-mail: penhalcoutinho@bol.com.br

suas emoções. Desse modo, é considerada uma doença do organismo como um todo, que compromete o ser humano na sua totalidade, sem separação entre o psíquico, social e o físico. Ainda segundo o pensamento desse autor, o desespero em relação à vida, a angústia, o desejo de um fim, a morte como presença, o medo como aliado da existência, o abandono da auto-estima, o suicídio como proposta, expressam entre outros sinais a dor do deprimido.

Sougey, Azevedo & Taveira (2001) postulam que ao sofrer de depressão, o indivíduo depara-se com sentimentos e pensamentos de pessimismo, desamparo, tristeza profunda, apatia, falta de iniciativa, descontentamento físico, dificuldade na organização e fluidez das idéias, comprometimento do julgamento cognitivo, entre outros sintomas.

No cotidiano, constata-se que a palavra depressão é utilizada de forma genérica, abrangendo um grande número de doenças, principalmente aquelas ditas mentais, distorcida do seu significado real. No senso comum, designa desde alterações psicológicas e perturbações psiquiátricas graves à flutuações de humor ou de caráter (Coutinho, 2001). Para Stoppe & Segal (1998), atualmente existem três usos diferentes do termo depressão: o leigo, que se refere à tristeza e ao desânimo, não necessariamente relacionada a um distúrbio ou doença; o uso em psiquiatria, referindo-se a um sintoma geralmente relacionado ao humor depressivo; e o uso para definir uma síndrome, com base em de um conjunto de sintomas.

Alguns estudos têm relatado que pessoas que vivenciam no seu dia-a-dia tipo de situações de conflitos, perdas, carência afetiva, limitações físicas, problemas familiares, entre outras adversidades, são mais suscetíveis a sofrer dessa síndrome. Ressalva-se, contudo, que nem todos os indivíduos, mesmo compartilhando de estilo de vida e situações similares, desenvolvem a sintomatologia depressiva. Então, em que elas se diferenciam? A literatura específica assinala a existência de fatores que tornam algumas pessoas mais predispostas do que outras, entre estes destacando-se as suscetibilidades, o sexo, a hereditariedade, a idade e a influência do meio (Camon, 2001; Lafer & Amaral, 2000).

Sabe-se que o reconhecimento clínico do quadro da depressão, tanto da criança como do idoso, data dos fins da década de 1960 e início da década 1970, apresentando, desde então, controvérsias acerca do seu diagnóstico, dificultando o seu reconhecimento nessas duas fases vitais do desenvolvimento humano. Apesar de sua existência reconhecida, a depressão na criança e no idoso continua um desafio para os estudiosos que lidam com essa problemática. Na criança, essas dificuldades devem-se, principalmente, à resistência que os pais têm em reconhecer no filho um estado

depressivo; às dificuldades que as próprias crianças possuem em informar espontaneamente seus sentimentos e à manifestação da sintomatologia depressiva de forma distinta nas diferentes etapas do desenvolvimento infantil.

Os dados epidemiológicos, nas últimas décadas, têm demonstrado uma maior incidência de sintomas depressivos em crianças de seis a onze anos. Segundo Valla & Bergeron (1993), das crianças que procuraram serviços clínicos entre 1989 e 1990, a frequência foi de 25% na faixa etária mencionada.

Quanto ao idoso, o reconhecimento clínico dessa síndrome, também é bastante complexo. Por um lado, os sintomas são muitas vezes atribuídos a processos genéticos, sociais, degenerativos cerebrais e a doenças físicas que contribuem em proporções variadas. Por outro, o fato de as pessoas idosas serem mais suscetíveis à depressão, sobretudo, quando perdem sua auto-estima e começam a se considerar inúteis, um peso para a sociedade e para suas famílias. O convívio com a solidão, a perda de sentido de vida, a renúncia, a desistência, são desafios constantes no processo de envelhecimento.

Do ponto de vista epidemiológico, estima-se que cerca de 15% dos idosos apresentam alguns sintomas da depressão, sendo 2% do tipo grave (Louzã Neto, 2000). Em algumas populações (hospitalizadas ou institucionalizadas) a frequência é mais elevada, atingindo de 5% a 13% dos pacientes hospitalizados e de 12% a 16% dos residentes em asilos (Das Gupta, 2001).

A incidência de depressão é mais elevada em populações asilares ou em hospitais para internação de doentes agudos do que na comunidade (Caldas & cols, 1994). As taxas de sintomas depressivos nessas populações são de 31% e 23%, respectivamente. Cerca de 13% dos idosos asilados desenvolvem episódio depressivo dentro de um ano.

O que se sabe é que diversas situações podem ocasionar a depressão, e que o diagnóstico preventivo faz-se necessário, principalmente, para evitar que se instale um quadro agudo. Segundo Ballone (2001), uma vez diagnosticada, o tratamento deve basear-se nos aspectos biológicos e psicossociais.

Com o expressivo progresso das pesquisas sobre o fenômeno da depressão, vários são os aportes teóricos que vêm sendo pesquisados e analisados sobre esse fenômeno, uns focalizando mais os aspectos organicistas, outros os aspectos psicológicos. No entanto, em virtude da complexidade, e por apresentar-se de forma prolixa e multifacetada, explicá-la a partir de uma determinada visão é estabelecer no mínimo conceitos reducionistas que não dão conta da pluralidade e complexidade do fenômeno.

Diante dessas premissas, optou-se por fazer uma leitura da depressão à luz da teoria das Representações Sociais (RS). Este aporte favorece estudar esse fenômeno não apenas por meio das teorizações e normatizações científicas, mas com vistas a um novo olhar, voltado para a elaboração de um conhecimento prático e compartilhado por grupos sociais de pertença, neste estudo, crianças e idosos depressivos.

Neste contexto, a elaboração desse conhecimento implica, necessariamente, a combinação de dois fatores, o das permanências e o das diversidades. As primeiras se referem à rede de representações construídas pelo homem ao longo da sua existência e que são veiculadas numa sociedade específica como produções sociais, enquanto as diversidades contêm representações subjetivas nos seus aspectos singulares, próprios do vivenciar da problemática em questão.

Para Moscovici (1981),

a representação social é compreendida como um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no decurso do cotidiano e no decurso das comunicações interindividuais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podendo até mesmo ser vistas como uma contemporânea de senso comum. (p. 181)

Partindo desses pressupostos, esta pesquisa objetivou estudar as Representações Sociais da depressão, em grupos distintos da evolução do ciclo vital (crianças e idosos), buscando compreender as formas como esses dois grupos representam o fenômeno da depressão. Além disso, se existem diferenças de representação social da depressão entre esses dois grupos pesquisados, visando contribuir para estratégias preventivas e para o aperfeiçoamento das práticas sociais de profissionais que lidam com a problemática da depressão.

Método

Participantes

Esta pesquisa trata de um estudo de cunho qualitativo e quantitativo, em uma abordagem de multimétodos, fundamentada nos aportes teórico-metodológicos das Representações Sociais. A pesquisa foi desenvolvida em duas escolas públicas de ensino fundamental e três instituições de grupos de convivência para idosos, todas localizadas na cidade de João Pessoa/PB. Participaram deste estudo 32 crianças, de ambos os sexos, com idade entre 7 e 11 anos, que cursavam da primeira à quarta série do ensino fundamental, e 29 idosos de ambos os sexos, com faixa etária entre 60 e 83 anos, que

freqüentavam grupos de socialização, da cidade de João Pessoa-PB.

Instrumentos

Inventário da Depressão Infantil (CDI). O *Children's Depression Inventory* (CDI) foi elaborado por Kovacs e Beck (1977). Seu objetivo geral é o de detectar a presença e a severidade do transtorno depressivo em crianças e adolescentes. É um instrumento adaptado do *Beck Depression Inventory* (BDI) para adultos. Aplica-se em crianças e adolescentes situados na faixa etária dos sete aos dezessete anos. Na sua forma original, constava de vinte e sete itens, podendo ser aplicado de forma individual e coletiva. Tem sido utilizado como instrumento de *screening* na identificação de crianças e adolescentes com alterações afetivas, alterações de humor, de capacidade hedônica, de funções vegetativas, de auto-avaliação e de outras condutas interpessoais. O CDI utilizado nesta pesquisa foi a forma adaptada e normatizada por Barbosa e cols. (1995) em uma população brasileira. Nessa nova versão, o CDI ficou constituído de 20 itens. Cada um dos seus itens consta de três opções de respostas; para cada uma delas, um valor correspondente (a=0; b=1 e c=2). O sujeito deveria assinalar a opção que melhor descrevesse sua situação nas duas últimas semanas. Das três opções, uma referia-se à normalidade, outra à severidade dos sintomas e a terceira à enfermidade clínica mais significativa. O ponto de corte é a partir do somatório de dezessete pontos.

Inventário de Depressão (BDI). O BDI foi originalmente criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh e, posteriormente, revisado por Beck, Rush e Emery (1961). Tal instrumento é válido para medir a intensidade da depressão, podendo ser aplicado a sujeitos de 17 a 80 anos (embora também possa ser aplicado em faixas etárias inferiores e superiores a essas). Trata-se de uma escala de auto-relato, contendo 21 itens, cada um com quatro alternativas, com escores que variam de 0 (zero) a 3 (três), sendo o ponto de corte a partir do somatório de 11 pontos.

Entrevista Semi-estruturada. Utilizou-se uma entrevista semi-estruturada, compreendendo uma primeira parte, constituída de itens referentes à identificação sociodemográfica dos sujeitos, definindo o seu perfil, e uma segunda parte composta por uma pergunta básica, para os dois grupos: o que o(a) Sr.(a) e/ou Você entende por depressão? ou o que significa a depressão, para o(a) Sr.(a) e/ou Você? Elas foram todas aplicadas de forma individual e o conteúdo apreendido foi analisado, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977).

Técnica de Associação Livre de Palavras. A Técnica de Associação Livre de Palavras desenvolvida por Jung

em 1905 é um tipo de investigação aberta que se estrutura na evocação de respostas dadas com base em um ou mais estímulo(s) indutor(es). Nesta pesquisa utilizou-se como estímulo a palavra depressão. Este instrumento já foi validado em pesquisas de representações sociais (De Rosa, 1988; Di Giacomo, 1986). Esta técnica permite a evidência de universos semânticos de palavras que agrupam determinadas populações.

Procedimentos

Participaram inicialmente desta pesquisa 276 crianças que foram submetidas ao Inventário da Depressão Infantil (CDI), enquanto instrumento de *screening* com a finalidade de selecionar a amostra. Após a avaliação deste instrumento, observou-se que 32 crianças obtiveram somatório superior ao ponto de corte (17 pontos) que, segundo Barbosa & cols. (1995), é representativo da sintomatologia depressiva. A mesma metodologia foi utilizada com os idosos, tendo como instrumento de *screening* o (BDI), de 52 idosos, dos quais 31 alcançaram escores acima do ponto de corte. Posteriormente, as crianças e os idosos constituintes da amostra foram submetidos a entrevista e a associação livre de palavras.

Os dados coletados por meio das entrevistas foram codificados pela análise de conteúdo temático (Bardin, 1977), que visa obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das

mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) e analisados quantitativamente por meio da análise das frequências e percentuais. Enquanto os dados coletados pela técnica de associação livre de palavras foram processados através do software *Tri-Deux-Mots* (Cibois, 1990) e interpretados por meio da análise fatorial de correspondência (AFC). O princípio básico da AFC consiste em destacar eixos que explicam as modalidades de respostas, mostrando estruturas constituídas de elementos do campo representacional.

Resultados e Discussão

O conhecimento elaborado acerca da representação social da depressão por crianças e idosos, com base no material coletado pela entrevista, e analisado pela análise de conteúdo, foi dimensionado em três categorias empíricas: concepções/descrição, causas e tratamentos. Quanto às concepções/descrições, observou-se uma pluralidade de conceitos que vão desde elementos associados às esferas psicoafetivas, psicossociais às físico-orgânicas. Observou-se ainda que os conceitos independentes do tipo da concepção/descrição giraram não apenas em torno da depressão, mas da indissociabilidade do que seja depressão “doença” e ser depressivo “doente”.

Tabela 1 – Distribuição das frequências, percentuais da categoria e das subcategorias de descrições sobre a depressão segundo os grupos constituídos por crianças e idosos

Categorias	GC		GI		Total	
	f	%	f	%	f	%
Descrições						
Psicoafetiva	79	42	96	45	175	44
Psicossocial	58	32	66	31	124	31
Psicossomática	49	26	51	24	100	25
Total	186	100	213	100	399	100

Os dados demonstram convergências entre ambos os grupos no que tange às frequências das unidades temáticas referentes à categoria *concepções/descrições* e suas respectivas subcategorias. As crianças apresentam uma frequência mais elevada, na subcategoria psicoafetiva (42%); seguida da subcategoria psicossocial (32%) e da psicossomática (26%). Os idosos apresentam, respectivamente, na subcategoria psicoafetiva (45%); na subcategoria psicossocial (31%) e na psicossomática (24%). Denota-se que em ambos os grupos a subcategoria mais realçada foi a psicoafetiva. Esta subcategoria foi dimensionada em dois eixos,

depressão enquanto sinônimo de tristeza; e depressão enquanto pensamentos nefastos, conforme as falas mencionadas abaixo. Depressão enquanto sinônimo de um estado de tristeza:

... uma tristeza sem fim, que apavora, dá medo (...) dor que ninguém sabe o que é (...) pessoa que não é feliz (...) é viver doente de tristeza (...) é viver chorando (...) é estar muito triste porque não gosta da escola (...) é não ter amigos (...) é não gostar de ninguém (C)

....pessoa que vive chorando (...) pessoa muito triste (...) é viver sozinho (...) pessoa sem existência (...) pessoa fraca,

que não tem iniciativa (...) que cai e não se levanta (...) não tá ligando pra nada...; (...)*é uma pessoa que vive triste (...) que não conversa com ninguém (I)*

Verificou-se que o elemento tristeza permeia todo o percurso da produção desse conhecimento, sendo a mesma oriunda de situações traumáticas, frustradoras, carências existenciais, isolamento social, sentimentos de rejeição, e na perda de sentido de vida, representações que se coadunam com estudos desenvolvidos por Sougey (2001). Mesmo tendo esse autor utilizado metodologia diferenciada, seus resultados ratificam a depressão ancorada nos sentimentos de tristeza profunda, desamparo e apatia. Concomitantemente, Stoppe e Segal (1998), utilizam esses mesmos elementos como critério para simbolizar a depressão no senso comum, não estando necessariamente relacionada a um distúrbio ou doença. A depressão enquanto esfera de pensamentos nefasto:

(...) às vezes sinto vontade de morrer (...) não tenho vontade de fazer nada (...) é uma coisa ligada a morte (...)*eu sou feio (...) só penso em me matar...; (...) pensa que é um drogado (...). (C)*
(...) só pensa em coisa ruim (...) a pessoa fica pensando em morrer (...)*imagina atravessar na frente de um carro (...)* me dá uma vontade de morrer (...)*fica pensando em matar os outros (...) pensando em se matar (...) não existe nada bom (...). (I)*

Nesse segundo eixo, as representações sociais ancoraram-se em pensamentos nefastos relacionados à morte, coisa ruim, angústia, auto-imagem negativa, conforme, as falas acima mencionadas. São pensamentos, caracterizados como extremamente impresumíveis, que mantêm uma visão negativista acerca de si mesmos e do mundo que os cerca. Os dados corroboram estudos realizados por Camon (2001), em que esse autor vincula a depressão ao desespero em relação à vida, a angústia, o desejo de um fim, a morte como presença. Enfim, pensamento e/ou emoções desagradáveis que invadem e se instalam na mente dos indivíduos.

Observou-se, portanto, que o campo da representação social da depressão da criança e do idoso estrutura-se em nível psicoafetivo através de uma concepção psicodinâmica, baseada em vivências conflituosas em que a depressão possui como espinha dorsal a tristeza e pensamentos nefastos.

Na segunda subcategoria, a concepção/descrição da depressão ancora-se na esfera psicossocial, enquanto *sentimento de impotência ou não-realização*. A depressão enquanto sentimento de impotência ou não-realização:

é saber que a mãe tem uma doença (...) e não poder fazer nada (...) a pessoa vive sozinha sem pai nem mãe (...)*é saber que o pai não tem dinheiro pra comprar comida (...)* é ter problemas familiares (...)*problemas de drogas como a cola... (C)*
a família nos abandona (...) imaginar quem já foi e hoje não é mais(...)*lado sombrio da vida (...)* quando a pessoa pensa num caso e ele não é resolvido (...)*é estar sempre muito irritável, nervoso, preocupado (...)* fica com raiva (...)*falta de paciência (...)* problemas sociais(...)**(I)**

Nesta subcategoria percebeu-se que os dois grupos possuem representações consensuais e diferenciadas, essas últimas baseadas no critério da temporalidade, em que as pessoas idosas associam a depressão a experiências passadas, enquanto as crianças expressam-na às suas vivências no presente. A semelhança entre os dois grupos é que ambos objetivam a depressão no sentimento de impotência ou não-realização, em face das adversidades do meio social, os quais deixam os indivíduos impossibilitados de reagir aos estímulos hostis presentes no contexto sociocultural, no qual encontram-se inseridos. Deste modo, a depressão é expressamente representada pela fatalidade que foge ao controle do indivíduo e vivenciada pelo conflito do desejo de solução do problema e a impossibilidade de concretizá-lo.

A terceira subcategoria de concepções/descrições ancora-se nas manifestações físicas/orgânicas objetivadas em doença, insônia, falta de ânimo, perda do apetite, tremores do corpo, conforme recortes das falas a seguir. A depressão ancorada na esfera físico-orgânica:

é viver doente da cabeça (...) é uma doença que não tem cura (...)*que não dorme direito (...)* que não come direito (...)*é não ter ânimo (...)*que não tem vontade de fazer nada(...)**(C)**
a pessoa fica sem querer dormir (...) fica sem comer (...)*perde o apetite (...)* sentir dor (...)*dor de cabeça. (...)* dói o pé, dói o coração (...)*não pode dormir (...)* tremura no corpo (...)*febre(...)* eu perco o sono (...)*não consegue fazer nada. (I)*

Esta subcategoria associa a concepção/descrição da depressão a elementos funcionais da doença, principalmente na esfera psicossomática, cujos resultados são corroborados pelas teorizações de Ballone (2001), segundo as quais a depressão manifesta-se através de sintomas psicossomáticos. O referido autor menciona, ainda, enquanto manifestações da depressão, a mudança quanto à percepção do mundo, expressões de sentimentos e ausência de disposição para com a vida.

Tabela 2 – Distribuição das freqüências, percentuais da categoria e das subcategorias das causas da depressão segundo os grupos constituídos por crianças e idosos

Categorias Causas	GC		GI		Total	
	f	%	f	%	f	%
Psicológicas	53	65	22	37	54	45
Socioculturais	20	25	31	52	51	42,5
Físico-orgânicas	08	10	07	11	15	12,5
Total	81	100	60	100	120	100

A segunda categoria representada pelos atores sociais da pesquisa concerne às *causas da depressão*. Tanto as crianças quanto os idosos representam a etiologia vinculada à esfera psicológica, sociocultural e físico-orgânica.

Os dados apresentados pelas crianças distribuem-se nas subcategorias psicológicas (65%), socioculturais (25%), e físico-orgânicas (10%). Entre os idosos, esses resultados revelam: psicológicas (37%), socioculturais (52%), e físico-orgânicas (11%). Observa-se que a subcategoria de maior expressão entre as crianças foi a psicológica, corroborando os dados obtidos por Coutinho (2001), enquanto nos idosos, a subcategoria enfatizada foi a sociocultural, o que provavelmente pode ser reflexo das atividades culturais e sociointeracionais presentes nas experiências nos grupos de convivência.

Entre as unidades temáticas extraídas das falas das crianças foi possível detectar que as representações das causas psicológicas são desencadeadas, principalmente, por *sentimentos de solidão, morte, abandono, carência afetiva, separação*. As causas socioculturais associam-se ao fato de *não ter dinheiro para comprar brinquedo, não ter dinheiro para comprar comida; não ter casa*

onde morar, é ver o pai sem emprego, é presenciar briga entre os pais. As causas físico-orgânicas são objetivadas nas expressões: *ficar doente, problemas de alimentação, problemas do sono, ficar doente do corpo*. Verificou-se, ainda, pelas falas e observações feitas durante todo o percurso do desenvolvimento da pesquisa, que as crianças possuíam uma tendência *ao retraimento, à irritabilidade, a um desinteresse pelo contato com os amiguinhos e pelas atividades escolares e atividades recreativas*.

Os idosos apresentam como causas psicológicas a tristeza associada ao fato do adoecer, e a morte *...é triste ver os amigos morrerem, preocupação com tudo, com a família, com a doença, a saudade*. As causas socioculturais encontram-se correlatas à *perda de emprego, separação da família e dos colegas, saber que é desprezado pela família, e briga*. As causas físico-orgânicas associam-se a *doenças, principalmente as psicossomáticas e mutiladoras*. Esses resultados coadunam-se com os da pesquisa desenvolvida por Stoppe e Segal (1998), quando este advoga que a ocorrência de doenças clínicas, dor crônica, um maior consumo de medicações, isolamento social e perdas secundárias ao longo da vida facilita o desenvolvimento da sintomatologia depressiva nas pessoas de idade mais avançada.

Tabela 3 – Distribuição das freqüências, percentuais da categoria e das subcategorias de tratamentos da depressão segundo os grupo de crianças e idosos

Categorias Tratamentos	GC		GI		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Psicológico	29	41	22	29	51	35
Sociorecreativo	30	43	31	41	61	42
Médico	11	16	10	13	21	14
Espiritual	0	0	13	17	13	9
Total	70	100	76	100	146	100

A terceira categoria refere-se ao *tratamento da depressão*. Os dados revelam que as crianças associam o tratamento psicológico (41%), o psicossocial – atividades recreativas (43%), e médico (16%); e, na fala dos idosos, ancoram-se nos aspectos: psicológico (29%), psicossocial – atividades recreativas (41%), tratamento espiritual (17%) e médico (13%). Denota-se

que a subcategoria tratamento psicossocial – atividades recreativas, tanto para as crianças como para os idosos, obtiveram ênfase significativa para intervenção da sintomatologia depressiva. Percebe-se ainda que a “tratamento psicológico” foi expressa no grupo das crianças, opção de terapêutica em face dos sintomas da depressão.

Os discursos das crianças destacam, o tratamento voltado para a perspectiva psicossocial – destacando-se as atividades recreativas, como atividade lúdica, elas verbalizam ainda a importância de fazer coisas alegres, fazer novos amigos, fazer o que gostam. Na perspectiva do tratamento psicológico apontam o diálogo, como o principal elemento de intervenção (conversar com outras pessoas, colegas, mãe, professoras – “tias”). Na perspectiva do tratamento médico, essa modalidade foi mencionada pelas crianças com o menor índice, provavelmente, sobretudo, pela dificuldade, ou pela resistência que os pais têm em reconhecer no filho um estado depressivo.

Em síntese, as crianças deste estudo direcionaram suas falas para o tratamento socio-recreativo seguido do psicológico, o que significa dizer que, para elas, o tratamento psicossocial possui maior eficácia de cura. É interessante registrar que uma grande maioria delas condiciona o surgimento dessa sintomatologia à ausência de atividades sociorecreativas, o que condiz com a pertinência pela opção desse tratamento. Vale registrar, ainda, que essa conscientização por parte das crianças deste estudo em escolher esse tipo de tratamento é provavelmente por elas ainda não estarem vivenciando a depressão enquanto doença que aniquila o ser em todas as potencialidades.

Para os idosos, a modalidade de tratamento mais expressiva foi ancorada na perspectiva psicossocial e objetivada em atividades sociorecreativas como *ouvir música alegre, dançar, participar de jogos, conversar com os colegas, quando estou triste gosto de sair e passear para me distrair, nadar, fazer atividades*. A segunda modalidade remete à perspectiva espiritual *“você tem que ser forte, crer em Deus; rezar, um dia Deus tira todo sofrimento, só Jesus me cura, a pessoa precisa entender a religião”*. Quanto ao tratamento médico argumentam a importância de tomar remédio, *“precisei tomar soro, a médica daqui foi um anjo, ela me dava conselho e me ajudou muito, tem que tomar remédio”*.

A forma como o idoso percebe a si mesmo e

seu envelhecimento repercute nas queixas por ele apresentadas, conseqüentemente nas formas de tratamento. É comum que os especialistas defendam a idéia de que o tratamento da depressão deva associar psicoterapia e tratamento medicamentoso. Segundo Angelotti (2001), é possível verificar, uma maior eficácia quando se utiliza modalidade de tratamentos diferenciada.

A partir desses resultados percebe-se que ambos os grupos expressam mais de uma modalidade de tratamento, o que corroboram com Ballone (2001), quando este aponta que o tratamento da depressão deve se basear nos aspectos biológicos e psicossociais. É possível constatar, ainda, que os idosos apontaram uma outra forma de tratamento que não é abordada na literatura, aquele que remete a fé, religiosidade e crença em Deus (espiritualidade).

No Gráfico 1 apresentaremos os dados coletados pelo Teste de Associação Livre de Palavras, acerca da representação social da depressão, construídos com base no estímulo indutor (depressão) e analisadas por meio do software *Tri-deux-Mots*, método desenvolvido por Cibois (1990). O Gráfico 1 a seguir nos oferece uma leitura que representa graficamente as variações semânticas na organização do campo espacial, revelando aproximações e oposições das modalidades na construção dos fatores (F1 e F2) e analisadas por meio da Análise Fatorial de Correspondência (AFC).

O princípio básico da AFC consiste em destacar eixos que explicam as modalidades de respostas, mostrando estruturas constituídas de elementos do campo representacional, o que permite representar graficamente a atração entre variáveis fixas, neste estudo (crianças e idosos), e as variáveis de opiniões, que corresponde as palavras evocadas pelos sujeitos. Deste modo, as primeiras, encontram-se em colunas e as últimas são linhas constituídas de adjetivos, que, quando cruzados no método *Tri-Deux-Mots* revelam a dinâmica de atração e distanciamento entre as modalidades de respostas e características dos grupos.

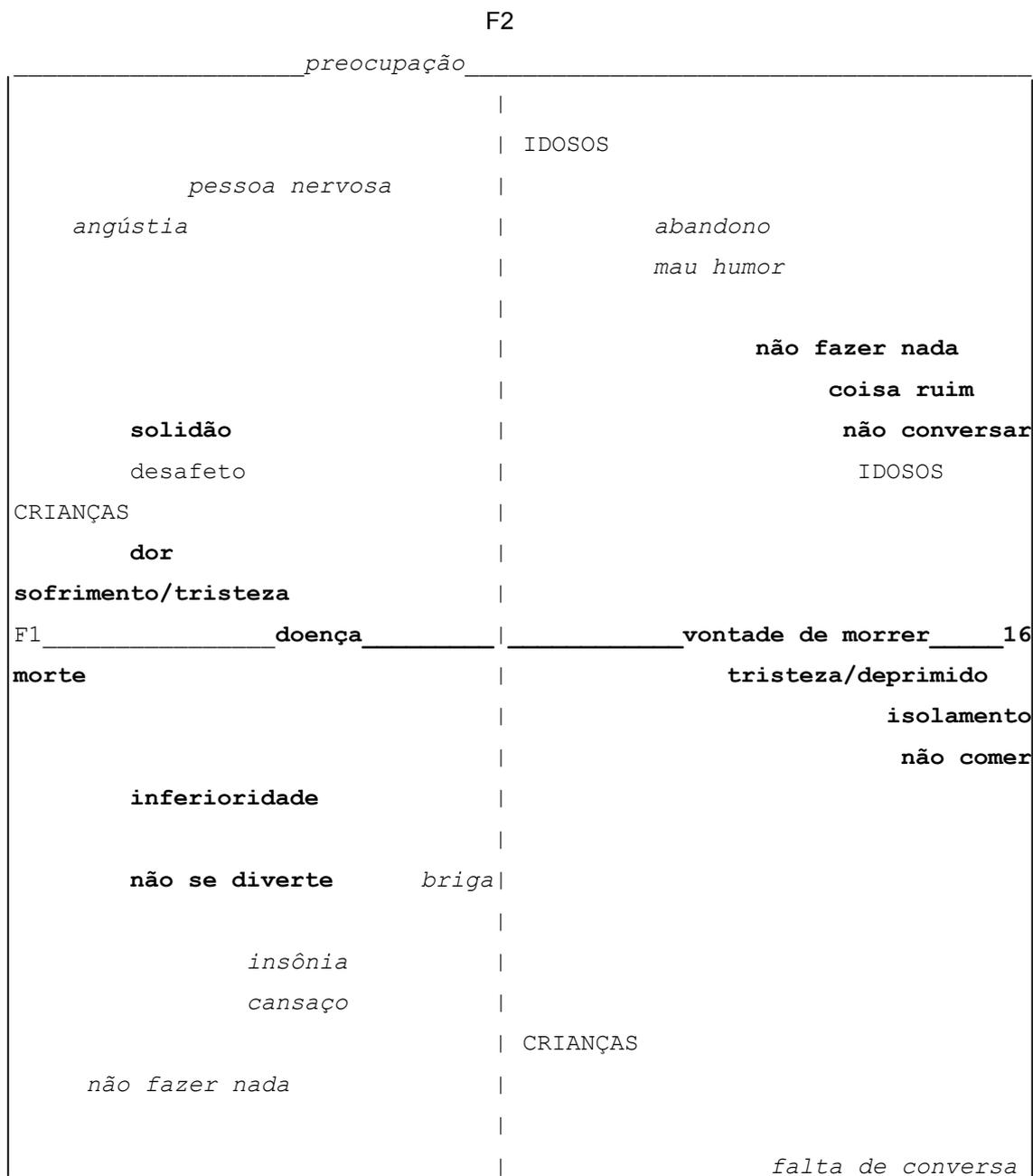


Gráfico 1 – Plano fatorial de correspondência das representações sociais da depressão na criança e no idoso

As questões que se colocam são: como interpretar as contribuições dos grupos na constituição dos dois fatores? Que relação existe entre os termos próximos e os associados a um determinado grupo? Observa-se que o Gráfico 1 destaca com clareza dois campos semânticos configurados em oposição sobre o fator 1. No eixo a esquerda, em negrito encontram-se aglomeradas as representações que caracterizam o grupo das crianças. Para esse grupo, a depressão é representada como *tristeza, morte, dor, desafeto, sentimento de inferioridade, falta de recreação e isolamento*. Inversamente,

nesse mesmo fator à direita, configura-se o campo semântico elaborado pelos idosos, em que os mesmos associam a depressão aos elementos de *doença, morte, tristeza, sofrimento, isolamento, não fazer nada, coisa ruim, deprimido, não comer*.

Percebe-se, pela representação dos campos semânticos que ambos os grupos possuem, representações similares como *tristeza, isolamento e morte*, que são considerados como elementos figurativos (Moscovici, 1981), ou elementos do núcleo central (Abric, 1998). Percebem-se, também, alguns elementos

distintos como *dor, sofrimento, desafeto, sentimento de inferioridade, não se diverte (crianças) e, não fazer nada, coisa ruim, não conversar, deprimido e não comer (idosos)*.

Com relação ao fator F2, linha vertical tracejada, os grupos de crianças e idosos encontram-se diametricamente distanciados, o que indica discordâncias representacionais. Na margem superior localizam-se as representações dos idosos, associadas a: *preocupação, pessoa nervosa, angústia, abandono e mau humor*. Na margem inferior, destacam-se as modalidades representacionais das crianças, configuradas nos elementos: *briga, separação, insônia, cansaço, não fazer nada, falta de conversa*.

Esses resultados expressam que as representações sociais da depressão das crianças e idosos estruturaram-se na interface da pluralidade e complexidade do funcionamento de elementos afetivos, mentais, sociais, cognitivos e comportamentais com a realidade social do contexto no qual encontram-se inseridos. Sob esse aspecto, o sentido que essa sintomatologia adquire nos processos interacionais é marcado pela consensualidade à medida que, independentemente das diferenças individuais e/ou de grupos (crianças e idosos), a depressão é representada por elementos figurativos “*tristeza*” e “*morte*”.

Em síntese, os resultados apreendidos por este instrumento, além de reforçar, complementam os resultados apreendidos pela entrevista. Na associação livre de palavras o ser depressivo foi representado enquanto pessoa nervosa, que não interage, que se preocupa, e a depressão enquanto doença, causada por fatores multidimensionais.

Considerações Gerais

Reconhecer as representações sociais da depressão a partir de um conhecimento elaborado e compartilhado socialmente por crianças e idosos permitiu identificar, por um lado, os modos de descrever e compreender esse fenômeno, pelas comunicações intra e intergrupo, e pelas condutas comportamentais observadas durante todo percurso do desenvolvimento desta pesquisa. Por outro, seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhadas por crenças, atitudes, valores e informações, objetivadas e ancoradas de acordo com o contexto social no qual encontram-se inseridos.

Nesse sentido, as representações sociais elaboradas pelos atores sociais desta pesquisa revelaram uma similitude com a concepção/descrição, tal como descreve a nosologia psiquiátrica, destacando uma série de sintomas, entre eles, *isolamento, dor, desafeto, angústia, solidão, sensação de cansaço, sofrimento, sentimento de inferioridade, mau humor, falta de apetite, insônia, idéias suicidas*, que remetem à depressão, enquanto doença, e ao ser deprimido, *Psico-USF, v. 8, n. 2, p. 183-192, Jul./Dez. 2003*

uma *pessoa nervosa*. Também concepção/descrição mais no nível psicossocial, em face das adversidades sociais, em que a pessoa deprimida é representada como aquela que *não se diverte, que não conversa, que não faz nada, que se preocupa, que se percebe impotente*, impossibilitada de reagir aos estímulos hostis presentes no contexto sociocultural.

Em relação ao tratamento, além dos conhecidos, os idosos apontaram uma outra forma de modalidade ancorada na religiosidade, que remete à fé e à crença em Deus (espiritualidade). A partir dessas elucidações, pretende-se não apenas compreender o sofrimento provocado pela sintomatologia da depressão, mas contribuir para uma melhor qualidade de vida desses indivíduos por meio de práticas preventivas e educacionais nas instituições escolares e de grupos de convivência para idosos. Enfatiza-se também que o conjunto dos resultados deste estudo demonstrou a importância da utilização de uma abordagem multimétodo, uma vez que os resultados coletados trouxeram uma complementaridade de informações imprescindíveis para explicação e compreensão do referido fenômeno, neste estudo, a depressão.

Referências

- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. Em M. A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.). *Estudos Interdisciplinares de representações sociais*. (p. 59-82). Goiânia: AB.
- Angelotti, G. (2001). Tratamento cognitivo-comportamental da depressão. Em V. A. A. Camon (Org.). *Depressão e Psicossomática*. (p. 147-177). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Angst, J. (1999). The epidemiology of depression. *Psychopharmacology*, 106, 71-74.
- Ballone, G. J. (2001). *Depressão no idoso*. Revisto em 2002. Disponível em: www.psiqweb.med.br/geriat. Consultado em: 24/2/03.
- Barbosa, G. A. & cols. (1995). Escala de Avaliação de Depressão em Crianças (CDRS-R): uma análise exploratória. *Infanto-Revista Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 5 (1), 19-25.
- Bardin, L. (1977) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70.
- Beck, A. T., Rusch, A. J. B. & Emery, G. (1961). *Cognitive theory of depression*. New York: Guilford Press.
- Caldas, G. A. & cols. (1994). Depressão no idoso. *Revista Informação Psiquiátrica*, 3(1), 23-29.
- Camon, V. A. A. (2001). Depressão como um processo vital. Em V. A. A. Camon (Org.). *Depressão e Psicossomática*. (p. 1-44). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

- Cibois, Ph. (1990). *L'analyse factorielle*. Paris: PUF, Collection "Que sais-je?"
- Coutinho, M. P. L. (2001). *Depressão infantil: uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Editora Universitária.
- Das Gupta, K. M. D. (2001). Tratamento de Depressão em pacientes idosos. *JAMABrasil*, 5(1), 69-76.
- De Rosa, A. S. (1988). Sur l'usage des associations libres dans l'étude des représentations sociales de la maladie mentale. *Connexions*, 51, Rome: Université de Rome.
- Di Giacomo, J. P. (1986). Alliance et rejets intergroupes au sein d'un mouvement de revendication. Em W. Doise & A. Palmonari (Eds.). *L'étude des représentations sociales*, (p. 118-138). Paris: Delchaux & Niestle.
- Kovacs, C. & Beck, A. T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. Em J. G. Shulterbrandt & A. Raskin. *Depression in childhood: Diagnosis, treatment and conceptual models*. (p. 125). New York: Raven Press.
- Lafer, B. & Amaral, J. A. de M. S. (2000). *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Louzã Neto, M. R. (2000). *Depressão – Transtorno depressivo*. Disponível em: <<http://www.mentalhealth.med.br/depressao.htm>>. Consultado em: 18/7/2000.
- Moscovici, S. (1981). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Press Universitaires de France.
- Nascimento, I. (1999). Depressão unipolar: uma revisão. Rio de Janeiro. *Revista Informação Psiquiátrica*, 18(3), 75-83.
- Sougey, E. B., Azevedo, A. P. & Taveira, A. C. A. (2001). Depressão na prática clínica. Em N. Figueira et al. *Condutas em Clínica Médica*. 2. ed. São Paulo: Medsi editora.
- Stoppe, A. & Segal, A. (1998). *Depressão – Atualização Neuropsiquiatria*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Valla, J. P. & Bergeron, L. (1993). *L'épidémiologie de la santé mentale des enfants et des adolescents*. Paris: UPF.

Recebido em maio de 2003
Reformulado em novembro de 2003
Aprovado em dezembro de 2003

Sobre os autores:

Maria da Penha de Lima Coutinho é professora doutora adjunta do Departamento de Psicologia, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba e do Núcleo de Pesquisa Aspectos Psicossociais da Prevenção e da Saúde Coletiva.

Bernard Gonttiès é professor doutor adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e coordenador do Núcleo de Pesquisa Aspectos Psicossociais da Marginalização.

Ludgleydson Fernandes de Araújo é psicólogo, faz especialização em Gerontologia e foi bolsista do PIBIC/CNPq/UFPB.

Roseane Christhina da Nova Sá é psicóloga e mestranda em Psicologia Social na Universidade Federal da Paraíba.