

ARTIGO ORIGINAL

NÍVEIS DE DEPRESSÃO E ESPERANÇA EM PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE

LEVELS OF DEPRESSION AND HOPE IN PARTICIPANTS OF A UNIVERSITY OF THE THIRD AGE PROGRAM

Pedro Vinicius de Souza Brito¹ Ivonise Fernandes da Motta²

¹ Graduado em Relações Internacionais. Pós-Graduado em Gerontologia. Aluno da Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo. E-mail: pedrovinicius.brito.pos@usp.br

² Graduada em Psicologia. Doutora em Psicologia Clínica. Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo. E-mail: ivonise@usp.br

Resumo

Objetivo: analisar os níveis de depressão e esperança em participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade, comparando variáveis socioeconômicas, saúde e participação. Método: Estudo transversal feito com 80 participantes. Foram aplicados as Escala de Esperança de Herth e de Depressão Geriátrica, dados sociodemográficos (sexo, habitação, nível educacional, renda, grupos sociais), informações referentes à saúde (atividade física, autoavaliação da saúde, doença crônica, diagnóstico de depressão e uso de medicamentos de depressão) e dados de participação no programa (tempo de permanência, formato das atividades, atividade principal e tempo de trajeto). São apresentadas as estatísticas descritivas das variáveis e devido às características dos dados, adotou-se os modelos não paramétricos Mann-Whitney para variáveis com duas categorias, Kruskal-Wallis para variáveis com mais de duas categorias, sendo utilizado o *post hoc test* de Dunn com correção de Bonferroni, além da correlação de Spearman para avaliar as variáveis quantitativas. Resultado: Observou-se que os participantes pesquisados apresentaram baixos níveis de depressão (média 2,17 e desvio padrão $\pm 2,52$) e altos níveis de esperança (média 38,33 e desvio padrão $\pm 5,32$). Quanto à depressão, os resultados sugerem que pertencer a um grupo social, receber diagnóstico de depressão e fazer uma autoavaliação positiva da saúde influenciam o escore de depressão. Em relação à esperança, constatou-se que o diagnóstico de depressão, o uso de medicamentos para depressão e a autoavaliação da saúde exercem um impacto estatisticamente significativo. Conclusão: Os idosos entrevistados da Universidade Aberta à Terceira Idade apresentam alto nível de esperança e baixo nível de depressão.

PALAVRAS-CHAVE

Depressão. Esperança. Envelhecimento. Universidade Aberta à Terceira Idade.

Abstract

Objective: To analyze the levels of depression and hope in participants of the University for Third Age, comparing socioeconomic variables, health, and participation. Method: Cross-sectional study with 80 participants. The Herth Hope Scale and Geriatric Depression Scale, sociodemographic data (gender, housing, educational level, income, social groups), health-related data (physical activity, self-rated health, chronic illness, diagnosis of depression and use of depression medications) and data on participation in the program (length of stay, format of activities, main activity, and travel time). The descriptive statistics of the variables are presented and, due to the characteristics of the data, the non-parametric Mann-Whitney models were adopted for variables with two categories, Kruskal-Wallis for variables with more than two categories, and Dunn's post hoc test was used with Bonferroni correction, in addition to Spearman correlation to assess quantitative variables. Result: It was observed that the researched participants

had low levels of depression (mean 2.17 and standard deviation ± 2.52) and high levels of hope (mean 38.33 and standard deviation ± 5.32). As for depression, the results suggest that belonging to a social group, receiving a diagnosis of depression, and making a positive self-rated health influence the depression score. Regarding hope, it was found that the diagnosis of depression, the use of medication for depression and self-assessment of health has a statistically significant impact. Conclusion: The elderly people interviewed at University for third age have a high level of hope and a low level of depression.

KEYWORDS

Depression. Hope. Aging. University for Third Age.

1 Introdução e objetivo

Uma das grandes conquistas da humanidade foi a possibilidade de ter uma vida mais longa. No entanto, essa nova realidade abriu uma série de questionamentos sobre o que se faria durante a velhice, dentro de uma sociedade em que grande parte das pessoas tem dificuldade em aceitar e respeitar o processo de envelhecimento. Um sintoma preocupante desse desrespeito aos mais velhos é o aumento dos casos de depressão nessa faixa etária.

De acordo com as diretrizes do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) alguns dos sintomas a serem analisados para o diagnóstico de depressão incluem: mudança significativa de peso sem explicação, perda ou diminuição do interesse em atividades cotidianas, tristeza persistente, problemas psicomotores, sentimentos extremos de culpa e inutilidade, dificuldades de concentração, falta de energia, problemas de sono, chegando até a ideias suicidas. Dependendo do número de sintomas relatados, a condição será classificada em três escalas: depressão maior, caracterizada pela presença de cinco ou mais sintomas persistindo por pelo menos duas semanas; distímia, com três a quatro sintomas presentes por no mínimo dois anos; e depressão menor, com dois a quatro sintomas presentes por duas semanas ou mais.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), mais de 264 milhões de pessoas ao redor do mundo sofrem de depressão. Essa é a doença mental que mais afeta as pessoas e, frequentemente, está associada a outras comorbidades. Em muitos casos, a depressão é apontada como a principal causa de suicídios, e seu tratamento varia significativamente de acordo com a estrutura de saúde de cada país. Infelizmente, em países de baixa ou média renda, entre 76% e 85% das pessoas não recebem o cuidado adequado. Essa situação resulta de várias questões, que incluem a falta de preparo dos profissionais de saúde no tratamento dessa doença e a ausência de diagnósticos coerentes e precisos, o que dificulta o alívio dos sintomas (OMS, 2020).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019) estimou que 10,2% da população com mais de 18 anos recebeu diagnóstico de depressão. É importante destacar que, em 2013, essa porcentagem era de 7,6%, o que representava 16,3 milhões de brasileiros. A faixa etária mais afetada foi a de 60 a 64 anos, com uma proporção de 13,2%. Outro dado relevante é que, para o grupo de 60 anos ou mais, o uso de medicação é mais comum e superior à média nacional. Enquanto a média nacional foi de 43,8% para homens e 49,3% para mulheres, a proporção de uso de medicação para o grupo de 60 a 64 anos foi de 56,8%; para o grupo de 65 a 74 anos, foi de 56,8%; e para o grupo acima de 75 anos, atingiu 61,9%. Esses dados evidenciam a persistência da depressão nessa faixa etária e a necessidade de buscar ações para ajudar no enfrentamento dessa situação.

Nessa linha falar em esperança torna-se essencial em uma fase da vida na qual muitos preconceitos são sofridos, além de mudanças físicas, cognitivas, perdas de pessoas e o próprio enfrentamento da mudança de paradigma que essa fase necessita. De acordo com Motta (2018, p.303) podemos definir esperança:

“A palavra esperança tem origem do latim, deriva de *spe*, que tem o significado de ‘confiança em algo positivo’. Deu origem ao verbo *sperare*, ‘esperar’, em latim ‘ter esperança’. Esperar algo positivo em aliança com o gesto, que nos direciona para o encontro com o outro. E nesse encontro com o outro, há também a integração com o passado (cultura), a comunicação (eu-outro) e a criação (presente e futuro)”.

No caso dos idosos, a esperança é uma poderosa ferramenta para enfrentar as mudanças advindas com a idade e fortalecer o indivíduo diante das incertezas da vida, alimentando a perseverança e a resiliência (Silva et al., 2020). A esperança também estimula uma visão mais otimista da vida, contribuindo para uma existência mais significativa (Silveira, Silva Júnior e Eulália, 2022). Por outro lado, a desesperança pode levar ao surgimento de enfermidades, à não aceitação de limitações e, conseqüentemente, à falta de vontade de viver.

Nesse contexto, a participação no programa da Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade de São Paulo pode significar acreditar no desenvolvimento cultural, intelectual e social por meio do encontro com o outro. Em nosso estudo, é importante lembrar das possibilidades de convívio entre os participantes e de quão positivo esse encontro tem sido para eles

O termo "Universidade Aberta à Terceira Idade" teve início em 1972, na região de Toulouse, na França. Inicialmente, era um curso oferecido como uma extensão cultural voltada para o grupo idoso. Em 1975, foi criada a Associação Internacional das Universidades Abertas aos Idosos, *Association Internationale des Universités du Troisième Age (AIUTA)*, com sede na Bélgica para reunir as diversas universidades voltada para as pessoas idosas nos mais diversos países (Loures; Gomes; Alencar, 2005).

Lemieux (1990) analisa a evolução das Universidades Abertas à Terceira Idade (Uniati) ao longo do tempo. Na década de 1960, já se observava a existência de algumas faculdades que ofereciam cursos destinados a idosos, mas foi ao longo dos anos seguintes que esse modelo ganhou força e se consolidou. Durante os anos 1970, as universidades passaram a oferecer cursos que incentivavam os idosos a se envolverem em programas de intervenção na sociedade, enxergando a importância de sua participação ativa na comunidade. A década de 1980 trouxe um novo desafio, com a aposentadoria relativamente precoce dos idosos. Nesse contexto, as universidades se prepararam para recebê-los, adaptando suas estruturas e programas para atender às necessidades e interesses dessa parcela da população. Já nos anos 1990, ficou evidente que a inclusão dos idosos na universidade deveria ocorrer sob uma perspectiva intergeracional. Compreendeu-se a relevância de promover a interação e a troca de experiências entre diferentes gerações, enriquecendo o ambiente acadêmico e estimulando o aprendizado mútuo.

Ao longo desse percurso histórico, as Universidades Abertas à Terceira Idade se consolidaram como importantes espaços de educação, socialização e valorização da contribuição dos idosos na sociedade. Esse desenvolvimento contínuo reflete o reconhecimento do potencial e da importância de promover o aprendizado ao longo da vida, independentemente da idade.

A iniciativa para inserir os idosos no ambiente acadêmico na Universidade de São Paulo começou em 1994, com os esforços da professora Ecléa Bosi. O programa da Universidade Aberta à Terceira Idade teve sua primeira oferta de disciplinas nesse mesmo ano. Os professores foram convidados a oferecer a oportunidade para que suas disciplinas fossem frequentadas por pessoas a partir dos 60 anos. O programa, que hoje é chamado de USP60+, continua atuando com os seguintes princípios norteadores: abertura ampla, convivência entre as gerações e oferta gratuita de cursos.

O objetivo do trabalho é verificar a hipótese de que participar das atividades oferecidas pelo programa USP60+ está associado com baixos níveis de depressão e altos níveis de esperança.

2 Método

O estudo é uma observação transversal, de natureza quantitativa, conduzida através de informações obtidas no presente momento, com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Psicologia da

Universidade de São Paulo (parecer número 6.046.892), seguindo todas as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 que regula pesquisas envolvendo seres humanos. A participação dos indivíduos foi voluntária e todos os participantes tiveram que ler e confirmar o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada de forma virtual, através do envio de um formulário eletrônico aos participantes das diversas atividades oferecidas pelo programa. O questionário incluiu questões sobre aspectos sociodemográficos, a Escala de Depressão Geriátrica, a Escala de Esperança de Herth e perguntas relacionadas à participação no Programa USP60+.

A Escala de Depressão Geriátrica foi desenvolvida inicialmente por Yesevage (1983). Em sua versão original, ela consistia em 25 questões, onde o entrevistado idoso deveria responder "sim" ou "não", com base nos acontecimentos da última semana. Para este estudo, será utilizada a versão reduzida com 15 questões, que foi traduzida e validada para uso no Brasil por Almeida e Almeida (1999). De acordo com as respostas dos entrevistados, o escore máximo é de 15 pontos, sendo considerado normal de 0 a 5 pontos, depressão leve de 6 a 10 pontos e depressão severa de 11 a 15 pontos.

A Escala de Esperança de Herth foi desenvolvida por Keneth Herth (1992). Trata-se de um questionário de autorrelato, composto por 12 itens avaliados em uma escala Likert de 1 a 4 pontos, onde 1 significa "discordo completamente" e 4 indica "concordo completamente", com os itens 3 e 6 tendo os escores invertidos. O escore final pode variar de 12 a 48 pontos, sendo que um resultado mais alto indica um maior nível de esperança. Essa escala foi validada inicialmente nos Estados Unidos por Herth em 1992 e no Brasil por Sartore & Grossi em 2008.

A amostra foi composta por 80 idosos que atenderam aos critérios estabelecidos, sendo participante de uma ou mais atividades oferecidas pelo programa, sendo que foram excluídos aqueles que não aceitaram o TCLE ou que após terem enviado suas informações manifestaram o desejo de serem retirados da pesquisa.

Os parâmetros de interesse de estudo foram coletados através das seguintes estratégias:

- Dados sociodemográficos – sexo (masculino ou feminino, idade (em anos), estado civil (casada, solteira, divorciada, separada), com quem o participante mora (sozinho - cônjuge, filhos, genro/nora, netos, irmãos, não familiares foram unificados na categoria “acompanhado”), nível educacional (sem estudo, primário, ginásio, colegial, graduação, mestrado, doutorado), fonte de renda (aposentadoria por tempo de serviço, aposentadoria por doença ou invalidez – unidos na categoria “aposentadoria” - pensão, benefício de prestação continuada (BPC), funrural, aluguel ou aplicações bancárias, salário, bicos – concatenados na modalidade “outros”), participação em grupos sociais (nenhum, religioso, trabalho voluntário, ONG, partido político, clube, associação – unidos da categoria “possui um grupo social”).
- Informações referentes à saúde - atividade física (não faz, faz de uma a duas vezes por semana, faz de três a quatro vezes por semana, faz de cinco a sete dias na semana), autoavaliação da saúde (muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim), existência de doença crônica, se já recebeu diagnóstico de depressão e se faz uso de medicamentos para a depressão.
- Depressão – mensurado pela Escala de Depressão Geriátrica, instrumento com 15 questões com alternativa de respostas sim e não. Sendo considerada como variável dependente.
- Esperança - mensurado pela Escala de Esperança de Hert, instrumento com 12 itens com alternativa de respostas discordo completamente, discordo, concordo, concordo plenamente. Também considerada como variável dependente.

- Participação no programa USP60+ - tempo de permanência no programa (menos de 1 anos, de 1 ano a 3 anos, mais de 3 anos), formato da atividade que participa (presencial, híbrido, virtual), o tipo de atividade principal que participa/participou (aulas da graduação, exercícios físicos, oficinas culturais, visitas orientadas e concurso), tempo de trajeto até o local da atividade (até 30 minutos, de 30 minutos até 1 hora, de 1 hora até 1 hora e meia, de 1 hora e meia até duas horas, mais de 2 horas).

Na estatística descritiva foram estimados os valores de média, mediana, moda, desvio padrão para as variáveis quantitativas do estudo (escore de esperança, escore de depressão e idade). Para analisar se há distribuição normal das variáveis quantitativas foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk, dado a violação encontrada da hipótese de normalidade, adotou-se modelos estatísticos não paramétricos. Para avaliar as diferenças entre os grupos foram utilizados o modelo Mann-Whitney quando eram duas categorias a serem comparadas e Kruskal-Wallis para três ou mais categorias. Foi usado como post-hoc test o teste de Dunn para estudadas as interações quando eram mais de três categorias. Além disso, foi calculada uma correlação entre o escore de depressão e o escore de esperança e para análise de violação da hipótese nula, um p-valor de 0,05.

3 Resultados

Na Tabela 1 apresentamos as estatísticas descritivas das variáveis quantitativas. Para a análise dos escores é importante lembrar que estamos trabalhando com categorias que foram numeradas. Por essa razão mostraremos a média apenas com um caráter de informação, pois seguindo o ensinamento de Field (2016, p.85) de que “se você utiliza um teste paramétrico quando seus dados não são paramétricos, os resultados talvez não sejam apropriados”, trabalharemos com a mediana para fazer as estatísticas não paramétricas. Para o escore de depressão a média foi de 2,18 ($\pm 2,52$), mediana 1, e moda 0 sendo que o escore máximo foi 13, o qual representa depressão severa, enquanto o valor mínimo foi zero. Quanto ao escore de esperança, o valor médio foi de 32,26 ($\pm 5,32$), mediana 37, moda 36 sendo que o valor mínimo foi 27 e o máximo 48. Vemos que nos testes de Shapiro-Wilk em todos os casos tivemos violação quanto a normalidade, além disso como ensina Field (2016, p.93) “as outras medidas importantes para o nosso objetivo são a assimetria e a curtose; ambas apresentam um erro padrão associado. O valor da assimetria e da curtose deverão ser zero em uma distribuição normal”, o que sugere que nenhum desses três conjuntos de números segue uma distribuição normal.

Os dados sobre os escores de depressão e esperança e a idade são apresentados através de boxplot. De acordo com Field (2016, p.96), o Boxplot, mostra a distribuição dos quartis e principalmente em relação aos outliers. Notamos tanto para idade quando para depressão a existência de três *outliers* e estes não foram retirados. Para esperança não apresentou nenhum valor discrepante como mostrado na Figura 1.

Para a correlação das variáveis quantitativas (escore de depressão, escore de esperança e idade), devemos lembrar que de acordo com os resultados da Tabela 1, nenhuma das variáveis quantitativas estudadas, escores de depressão e esperança além da idade apresentaram distribuição normal, por essa razão utilizaremos a correlação de Spearman. A hipótese nula é de que não há associação entre as variáveis. Para idade e escore de depressão foi calculado um $\rho = -0,08$ e $p = 0,47$; entre idade e o escore de esperança $\rho = -0,11$ e $p = 0,33$. Logo nessas duas situações, não se rejeita a hipótese nula, mostrando que estatisticamente não teria uma correlação entre essas duas variáveis. Quando analisado o escore de depressão com o escore de esperança $\rho = -0,62$ e $p < 0,001$, rejeitando a hipótese e sugerindo que as duas variáveis têm uma correlação negativa e forte (LEVIN, FOX e FORDE, 2012). É importante notar que a correlação não fornece informações de causa e efeito, ela fornece a força de associação entre as variáveis.

A Tabela 2 traz os resultados do teste Qui-Quadrado sobre a distribuição das categorias. A distribuição equitativa é importante para analisar se não há viés e se a amostra é representativa. A hipótese nula é de que as categorias seguem uma distribuição equitativa. Nos valores apresentados, notamos que apenas há distribuição equitativa nas categorias “Doença crônica” e “Modo de participação”, o que significa que a

quantidade de participantes em cada uma das categorias está próxima do esperado. E que em relação as demais variáveis, por não apresentarem essa equidade as interpretações dos resultados podem ser afetadas. Em relação às porcentagens é possível notar que a maior parte da amostra são formadas por: mulheres (82%), pessoas que moram acompanhadas (65%), aposentadas (89%), participam de grupos sociais (69%), possuem doença crônica (53%), não receberam diagnóstico de depressão (84%), pessoas casadas (47%), que possuem graduação (63%), fazem atividade física de 3 a 4 dias por semana (41%), tem uma autoavaliação da sua saúde como bom (48%), o resultado do escore de depressão foi normal (85%), participam do programa a mais de 3 anos (42%), participam presencialmente das atividades (40%) e como atividade principal participa tanto de oficinas (33%) quanto aula da graduação (33%).

Nas Tabelas 3 e 4, apresentamos os resultados dos testes estatísticos relacionados às características que podem ajudar a compreender os fatores que impactam nos valores dos escores de depressão e esperança. Como mencionado anteriormente, os escores não seguem uma distribuição normal e, portanto, não podem ser tratados como valores contínuos, inviabilizando o uso de estatísticas paramétricas.

Para cada uma das variáveis independentes estudadas, reiteramos a aplicação do teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade da distribuição e o teste de Levene para estudar a homocedasticidade. Embora haja casos em que os resultados desses testes não mostrem violação da hipótese nula, devemos enfatizar que não podemos utilizar testes paramétricos devido à natureza das variáveis analisadas.

Na Tabela 3, utilizamos o teste de Mann-Whitney para avaliar se as duas amostras independentes vêm da mesma distribuição, ou seja, se não há diferença significativa nas medianas entre grupos comparados. Esse teste não exige pressupostos de normalidade e homocedasticidade, tornando-o adequado para a análise de variáveis não paramétricas.

Já na Tabela 4, aplicamos o teste Kruskal-Wallis, uma extensão do teste de Mann-Whitney, adequado para comparar as medianas entre mais de duas categorias independentes. Esse teste nos permite verificar se há diferenças significativas nas medianas entre os grupos. Além disso, na análise de múltiplas categorias, realizamos o post hoc test de Dunn com a correção de Bonferroni para investigar possíveis interações entre as categorias. Esse teste nos ajuda a identificar quais grupos específicos apresentam diferenças significativas nas medianas e é utilizado se e somente se é rejeitada a hipótese nula no teste Kruskal-Wallis.

Ao utilizar testes não paramétricos, garantimos que nossa análise seja robusta e adequada para as características das variáveis estudadas, considerando que não podemos assumir distribuição normal ou homogeneidade de variâncias. Dessa forma, podemos interpretar com confiança os resultados e entender como as variáveis independentes podem estar relacionadas aos escores de depressão e esperança.

Analisando os resultados da Tabela 3, podemos observar algumas conclusões interessantes relacionadas às variáveis independentes e seus impactos nos escores de depressão e esperança. Em relação à variável "sexo", não houve violação da hipótese nula, o que sugere que o gênero pode não ter um efeito significativo sobre os níveis de depressão e esperança dos participantes. Isso indica que homens e mulheres apresentaram escores semelhantes em ambas as medidas. Quanto à variável "morar sozinho ou com alguém", também não foi encontrada violação da hipótese nula em nenhum dos casos. Isso indica que a condição de viver acompanhado ou sozinho não parece ter uma influência significativa nos escores de depressão e esperança. Também em relação ao "fator origem da renda", não foram observadas diferenças significativas entre receber aposentadoria ou receber de outras fontes de renda em relação aos escores de depressão e esperança. Isso sugere que a fonte de renda não está associada a variações nos níveis de depressão e esperança dos participantes. Ao analisar a existência ou não de doença crônica, não foram encontradas diferenças significativas nos escores de depressão e esperança. Isso sugere que a presença de doença crônica não parece estar diretamente associada aos níveis de depressão e esperança dos participantes.

Por outro lado, a variável "pertencer a um grupo social" apresentou violação da hipótese nula em relação à depressão, o que indica que pertencer a um grupo social pode ter um impacto significativo nos níveis de depressão dos participantes. No entanto, não houve violação para a esperança, sugerindo que o fato de pertencer a um grupo social pode não influenciar de maneira significativa os níveis de esperança. Ao comparar o "diagnóstico de depressão", encontramos diferenças significativas tanto nos escores de depressão quanto nos escores de esperança. Isso indica que o fato de ter ou não um diagnóstico de depressão pode ter um impacto significativo nos níveis de depressão e esperança dos participantes. Ademais, ao avaliar o "uso de medicamento para a depressão", foi observada violação da hipótese nula apenas para a variável "esperança", sugerindo que o uso de medicamento para a depressão pode influenciar os níveis de esperança de uma pessoa, mas não parece ter um efeito significativo nos níveis de depressão. Por fim, a análise do resultado do questionário de depressão houve violação da hipótese nula, sugerindo que o resultado alcançado pode influenciar tanto o escore de depressão quanto o escore de esperança. É importante ressaltar que uma pessoa se enquadrava na categoria "depressão severa", o que inviabiliza testes estatísticos, por essa razão esse registro não foi contabilizado e foi analisado apenas as categorias "normal" e "depressão leve".

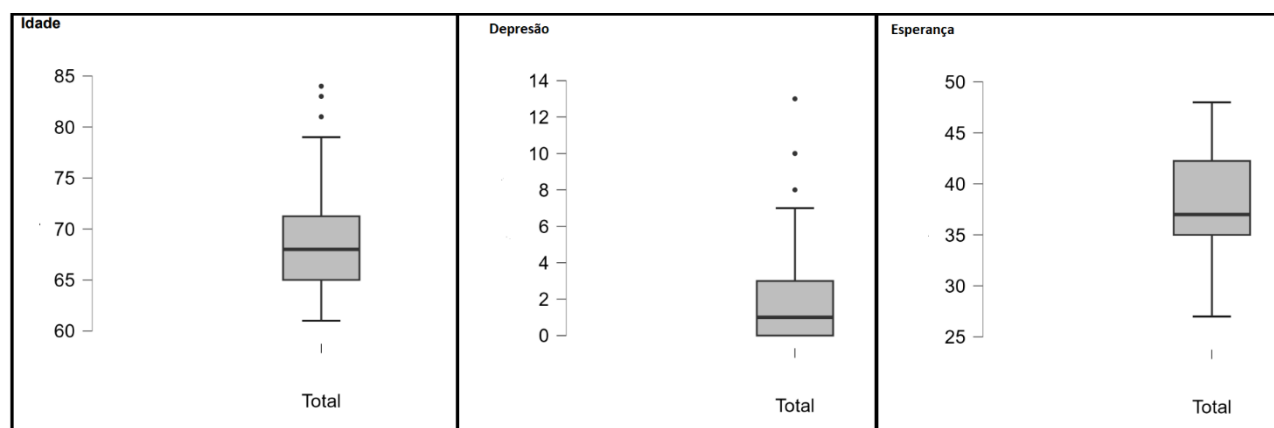
A análise dos resultados na Tabela 4 fornece informações sobre as variáveis que apresentam mais de duas categorias e seu impacto nos escores de depressão e esperança. Para as variáveis "estado civil", "escolaridade", "tempo de permanência", "modo de participação", "atividade física" e "atividade principal", não houve violação da hipótese nula, indicando que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação a essas categorias em relação aos escores de depressão e esperança. Isso sugere que o estado civil, o nível de escolaridade, o tempo de permanência no programa, o modo de participação e a atividade principal não parecem ser fatores determinantes nos níveis de depressão e esperança dos participantes. No que diz respeito à "autoavaliação da saúde", houve violação da hipótese nula em relação à depressão entre as pessoas que responderam "muito bom" e as que responderam "regular". Isso indica que a percepção da própria saúde é uma variável importante ao avaliar o escore de depressão, sugerindo que a autoavaliação negativa da saúde pode estar associada a níveis mais elevados de depressão. Além disso, a autoavaliação da saúde também apresentou violação em relação à esperança, o que sugere que a percepção da saúde pode ter um impacto significativo nos níveis de esperança dos participantes.

Tabela 1. Dados Descritivos das variáveis quantitativas.

Medida \ Variável	Idade	Escore de Depressão	Escore de Esperança
Moda	67	0	36
Mediana	68	1	37
Média	68,84	2,17	38,33
Desvio padrão	5,35	2,52	5,32
Mínimo	61	0	27
Máximo	84	13	48
Teste Shapiro-Wilk - valor-p	W=0,94, p<0,001	W=0,79, p<0,001	W=0,97, p=0,04
Assimetria	0,86	1,89	0,03
Desvio padrão da assimetria	0,27	0,27	0,27
Curtose	0,32	4,32	-0,57
Desvio padrão da curtose	0,53	0,53	0,53

Elaborado pelos autores (2023)

Figura 1. Boxplot das variáveis quantitativas.



Elaborado pelos autores (2023)

Tabela 2. Descrição dos participantes de acordo com os aspectos sociodemográficos (N=80)

Variáveis	Tamanho ; Porcentagem (N; %)	Teste Qui-Quadrado
Sexo	Feminino (66 ; 82%) Masculino (14 ; 18%)	$\chi^2_{(1)} = 33,80; p < 0,001$
Morar	Sozinha (28 ; 35%) Acompanhada (52 ; 65%)	$\chi^2_{(1)} = 7,20; p = 7,29 \times 10^{-3}$
Renda	Aposentadoria (71 ; 89%) Outras fontes (9 ; 11%)	$\chi^2_{(1)} = 48,05; p < 0,001$
Grupo Social	Participa (55 ; 69%) Não participa (25 ; 31%)	$\chi^2_{(1)} = 11,25; p < 0,001$
Doença Crônica	Possui (42 ; 53%) Não possui (38 ; 47%)	$\chi^2_{(1)} = 0,20; p = 0,65$
Diagnóstico de Depressão	Sim (13 ; 16%) Não (67 ; 84%)	$\chi^2_{(1)} = 36,45; p < 0,001$
Medicamento para Depressão	Sim (10 ; 12%) Não (70 ; 88%)	$\chi^2_{(1)} = 45; p < 0,001$
Categoria da Depressão	Normal (68 ; 85%) Depressão Leve (11 ; 13,75%) Depressão Severa (1 ; 1,25%)	$\chi^2_{(2)} = 41,13; p < 0,001$
Estado Civil	Casada (38 ; 47%) Divorciada (22 ; 28%) Solteira (11 ; 14%) Viúva (9 ; 11%)	$\chi^2_{(3)} = 42,50; p < 0,001$
Escolaridade	Ginásio (2 ; 3%) Cotegial (9 ; 11%) Graduação (50 ; 63%) Mestrado (9 ; 11%) Doutorado (10 ; 12%)	$\chi^2_{(4)} = 92,88; p < 0,001$
Atividade Física	Não faz atividade física (11 ; 14%) Faz atividade física de 1 a 2 dias (27 ; 34%) Faz atividade física de 3 a 4 dias (33 ; 41%) Faz atividade física de 5 a 7 dias (9 ; 11%)	$\chi^2_{(3)} = 21; p < 0,001$
Autoavaliação da Saúde	Muito bom (31 ; 39%) Bom (39 ; 48%) Regular (8 ; 11%) Ruim (2 ; 2%)	$\chi^2_{(3)} = 47,50; p < 0,001$
Tempo de permanência	Menos de 1 ano (13 ; 17%) Entre 1 ano e 3 anos (33 ; 41%)	$\chi^2_{(2)} = 10,53; p = 5,18 \times 10^{-3}$

	Mais de 3 anos (34 ; 42%)	
Modo de participação	Híbrido (21 ; 26%) Virtual (27 ; 34%) Presencial (32 ; 40%)	$\chi^2_{(2)} = 2,28; p=0,32$
Atividade principal	Atividade Física (18 ; 23%) Aulas de graduação (26 ; 33%) Concurso (10 ; 11%) Oficina (26 ; 33%)	$\chi^2_{(3)} = 8,80; p=0,03$

Elaborado pelos autores (2023)

Tabela 3. Comparação das variáveis com duas categorias.

DEPRESSÃO						ESPERANÇA			
Variável / Teste		Média do Escore (±DP) // Moda // Mediana	Shapiro-Wilk	Levene	Mann-Whitney	Média do Escore (±DP) // Moda // Mediana	Shapiro-Wilk	Levene	Mann-Whitney
Sexo	Feminino	2,41 (±2,67) // 0 // 2	W=0,81 p<0,001	$F_{(1,78)}=4,50$ p=0,04	U=598 p=0,08	37,91 (±5,39) // 36 // 37	W=0,93 p=0,05	$F_{(1,78)}=0,36$ p=0,55	U=228 p=0,42
	Masculino	1,07 (±1,14) // 0 // 1	W=0,83 p=0,01			40,29 (±4,63) // 35 // 40	W=0,94 p=0,37		
Morar	Sozinha	1,89 (±2,17) // 0 // 1	W=0,81 p<0,001	$F_{(1,78)}=0,65$ p=0,42	U=667,50 p=0,54	37,75 (±5,23) // 36 // 36	W=0,93 p=0,06	$F_{(1,78)}=0,03$ p=0,86	U=624,50 p=0,30
	Acompanhada	2,33 (±2,70) // 0 // 1,5	W=0,78 p<0,001			38,63 (±5,39) // 36 // 36	W=0,97 p=0,31		
Renda	Aposentado	2,10 (±2,49) // 0 // 1	W=0,77 p<0,001	$F_{(1,78)}=1,31$ p=0,26	U=356 p=0,58	38,23 (±5,14) // 36 // 37	W=0,97 p=0,07	$F_{(1,78)}=2,66$ p=0,11	U=347 p=0,68
	Outras fontes	2,78 (±2,86) // 1 // 1	W=0,83 p=0,04			39,11 (±4,23) // Não há // 42	W=0,92 p=0,41		
Grupo Social	Participa	1,73 (±1,97) // 0 // 1	W=0,81 p<0,001	$F_{(1,78)}=6,56$ p=0,01	U=879 p=0,04	39,16 (±4,97) // 36 // 38	W=0,94 p=0,01	$F_{(1,78)}=0,62$ p=0,43	U=503,50 p=0,06
	Não participa	3,16 (±3,27) // 1 // 2	W=0,81 p<0,001			36,48 (±5,70) // 34 // 36	W=0,96 p=0,47		
Doença crônica	Possui	2,74 (±2,96) // 0 // 2	W=0,82 p<0,001	$F_{(1,78)}=5,55$ p=0,02	U=614,15 p=0,07	38,24 (±5,98) // 34 // 37,5	W=0,95 p=0,08	$F_{(1,78)}=4,41$ p=0,04	U=811 p=0,9
	Não possui	1,55 (±1,77) // 0 // 1	W=0,79 p<0,001			38,42 (±4,56) // 36 // 37	W=0,95 p=0,11		
Diagnóstico de depressão	Sim	4,54 (±4,20) // 0 // 3	W=0,92 p=0,21	$F_{(1,78)}=29,66$ p<0,001	U=267,50 p=0,03	33,69 (±5,57) // 27 // 33	W=0,91 p=0,16	$F_{(1,78)}=0,31$ p=0,58	U=651,50 p=4,84x10 ⁻³
	Não	1,72 (±1,76) // 0 // 1	W=0,84 p<0,001			39,22 (±4,81) // 36 // 38	W=0,95 p=5,20x10 ⁻³		
Medicamento para depressão	Sim	4,30 (±4,47) // 0 // 3	W=0,88 p=0,14	$F_{(1,78)}=17,42$ p<0,001	U=246 p=0,12	34,10 (±4,01) // 38 // 34,5	W=0,87 p=0,09	$F_{(1,78)}=2,20$ p=0,14	U=518 p=0,01
	Não	1,87 (±1,98) // 0 // 1	W=0,82 p<0,001			38,93 (±5,23) // 36 // 38	W=0,96 p<0,04		

Elaborado pelos autores (2023)

Tabela 4. Comparação do efeito das variáveis com mais de duas categorias

DEPRESSÃO						ESPERANÇA				
Variável / Teste	Categorias	Média do Escore (±DP) // Moda // Mediana	Levene	Kruskal Wallis	Post Dunn	Hoc	Média do Escore (±DP) // Moda // Mediana	Levene	Kruskal Wallis	Post Dunn
Estado Civil	Casada	2,23 (±2,74) // 0 // 2	$F_{(4,75)}=0,44$ p=0,78	$H_{(4)}=1,01$ p=0,91	Não houve violação para nenhuma interação		38,10 (±4,95) // 36 // 38	$F_{(4,75)}=0,78$ p=0,54	$H_{(4)}=2,54$ p=0,64	Não houve violação para nenhuma interação
	Divorciada	1,94 (±2,14) // 1 // 1					39,06 (±5,88) // 35 // 41			

	Solteira	1,82 ($\pm 2,04$) // 0 // 2				39,09 ($\pm$ 5,68) // 38 // 38			
	Viúva	2,44 (± 3) // 1 // 1				35,67 ($\pm 4,64$) // 36 // 36			
Escolaridade	Ginásio	2 ($\pm 1,41$) // Não há // 2	$F_{(4,75)}=6,6$ 6 $p<0,001$	$H_{(4)}=2,09$ $p=0,72$	Não houve violação para nenhuma interação	38,50 ($\pm 7,78$) // Não há // 38,5	$F_{(4,75)}=1,7$ 4 $p=0,15$	$H_{(4)}=1,46$ $p=0,83$	Não houve violação para nenhuma interação
	Colegial	4 ($\pm 4,74$) // 0 // 2				36,22 ($\pm 7,22$) // Não há // 35			
	Graduação	1,80 ($\pm 1,99$) // 0 // 1				38,56 ($\pm$ 4,65) // 36 // 38			
	Mestrado	3 ($\pm 2,96$) // 2 // 2				37,67 ($\pm$ 6,98) // 27 // 37			
	Doutorado / Pós doutorado	1,70 ($\pm$ 1,06) // 1 // 1,5				39,60 ($\pm$ 5,21) // 35 // 37			
Atividade Física	Não faz	3,64 ($\pm$ 2,94) // 3 // 3	$F_{(3,76)}=10,60$ $p<0,001$	$H_{(3)}=6,95$ $p=0,07$	Não houve violação para nenhuma interação	37 ($\pm 4,86$) // 33 // 37	$F_{(3,76)}=1,85$ $p=0,15$	$H_{(3)}=2,23$ $p=0,53$	Não houve violação para nenhuma interação
	Faz de 1 a 2 dias por semana	2,93 ($\pm 3,38$) // 0 // 1				37,44 ($\pm 6,37$) // 27 // 36			
	Faz de 3 a 4 dias por semana	1,33 ($\pm 1,08$) // 1 // 1				39,36 ($\pm 4,89$) // 36 // 38			
	Faz de 5 a 7 dias por semana	1,22 ($\pm 1,09$) // 41 // 38				38,78 ($\pm 3,60$) // 41 // 38			
Autoavaliação da Saúde	Muito bom	1,06 ($\pm 1,15$) // 0 // 1	$F_{(3,76)}=8,26$ $p<0,001$	$H_{(3)}=18,58$ $p<0,001$	Houve violação entre Regular e Muito bom $z=3,69$ $p_{\text{bonf}}=1,33 \times 10^{-3}$	40,71 ($\pm 5,14$) // 37 // 42	$F_{(3,76)}=1,64$ $p=0,19$	$H_{(3)}=12,06$ $p=7,16 \times 10^{-3}$	Apesar de ter dado violação no teste Kruskal- Wallis, para o teste de Dunn não houve violação para nenhuma interação
	Bom	2,23 ($\pm 2,28$) // 0 // 2				37,36 ($\pm 4,77$) // 36 // 37			
	Regular	5,25 ($\pm$ 1,13) // 3 // 3				35 ($\pm 5,76$) // 35 // 35			
	Ruim	6 ($\pm 1,41$) // Não há // 6				33,5 ($\pm 0,71$) // Não há // 33,5			
Tempo de permanência	Menos de 1 ano	2,28 ($\pm 2,79$) // 1 // 1	$F_{(2,77)}=1,17$ $p=0,32$	$H_{(2)}=0,32$ $p=0,85$	Não houve violação para nenhuma interação	38,54 ($\pm 6,45$) // 45 // 39	$F_{(2,77)}=0,74$ $p=0,48$	$H_{(2)}=0,69$ $p=0,71$	Não houve violação para nenhuma interação
	Entre 1 ano e 3 anos	2,06 ($\pm$ 1,89) // 1 // 2				38,73 ($\pm 5,09$) // 36 // 38			
	Mais de 3 anos	2,21 ($\pm 2,98$) // 0 // 1,5				37,85 ($\pm 5,21$) // 33 // 37			
Modo de participação	Híbrido	1,71 ($\pm 1,79$) // 1 // 1	$F_{(2,77)}=2,64$ $p=0,08$	$H_{(2)}=0,74$ $p=0,74$	Não houve violação para nenhuma interação	37,71 ($\pm 4,52$) // 41 // 37	$F_{(2,77)}=0,75$ $p=0,48$	$H_{(2)}=2,72$ $p=0,26$	Não houve violação para nenhuma interação
	Virtual	1,96 ($\pm 2,08$) // 0 // 1				39,81 ($\pm 5,39$) // 38 // 39			

	Presencial	2,33 ($\pm 3,17$) // 0 // 2				34,47 ($\pm 5,63$) // 36 // 36,5			
Atividade principal	Atividade Física	2,89 ($\pm 3,74$) // 0 // 1	$F_{(3,76)}=4,26$ $p=7,76 \times 10^{-3}$	$H_{(3)}=2,45$ $p=0,48$	Não houve violação para nenhuma interação	38,33 ($\pm 7,04$) // 36 // 38,5	$F_{(3,76)}=2,77$ $p=0,05$	$H_{(3)}=4,40$ $p=0,22$	Não houve violação para nenhuma interação
	Aulas de graduação	1,92 ($\pm 2,28$) // 0 // 1				39,81 ($\pm 4,86$) // 47 // 40			
	Concurso	2,78 ($\pm 2,11$) // 1 // 2				37,33 ($\pm 5,12$) // 37 // 37			
	Oficina	1,69 ($\pm 1,76$) // 0 // 1				37,19 ($\pm 4,45$) // 36 // 36			

Elaborado pelos autores (2023)

4 Discussão

O presente estudo realizou uma importante investigação sobre os níveis de depressão e esperança entre os participantes do programa USP60+, buscando também entender quais características podem impactar nesses escores.

Em relação à esperança os resultados foram muito próximos do que Oliveira, Silva, Lima, Gomes & Olympio (2018) fizeram uma pesquisa com 52 participantes do programa de Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal do Espírito Santo, a fim de avaliar o nível de esperança utilizando a escala Herth (EEH). Dos 48 pontos possíveis desse questionário, a média na pesquisa foi de 35,88($\pm 4,42$), sendo que quanto maior o escore, maior o nível de esperança.

É interessante notar que, em ambos os estudos, a média dos escores de esperança foi relativamente alta, indicando um nível significativo de esperança entre os participantes. Isso sugere que o programa USP60+ e outras iniciativas semelhantes podem ter um impacto positivo na promoção da esperança e no enfrentamento das adversidades relacionadas ao envelhecimento.

Outra aplicação para mensurar o nível de esperança, foi realizada por Viana et al, 2010. As autoras fizeram um estudo em relação aos idosos que estavam sob cuidados paliativos. Também fizeram uma validação da tradução da escala de esperança de Herth para o português, em que foram retirados três itens do questionário. A amostra se constituiu de 117 pacientes, média de idade de 67,3 anos, em sua maioria mulheres 56,4%. Do total de 36 pontos, a média do estudo foi de 28,8, o que representa um bom índice de esperança. Mostrando como o cuidado e acompanhamento são muito importantes para fortalecer os níveis de esperança, o que se aproxima muito dos ambientes acolhedores que os idosos encontram nas Universidades Abertas à Terceira Idade.

5 Conclusão

A velhice é uma fase da vida que traz consigo diversas mudanças físicas, sociais e emocionais, as quais podem impactar significativamente o bem-estar dos idosos. Muitos enfrentam desafios como perdas, limitações e a necessidade de se adaptar a um novo estilo de vida. Infelizmente, essas transformações podem levar ao desenvolvimento da depressão, uma condição mental que afeta muitos idosos em todo o mundo.

No entanto, em meio a esse cenário desafiador, a esperança surge como um poderoso recurso para enfrentar as dificuldades e incertezas da velhice. Acreditar em um futuro melhor, encontrar sentido e propósito na vida e manter uma visão otimista podem contribuir para fortalecer o indivíduo diante das adversidades.

Nesse contexto, a existência de locais de acolhimento e socialização, como o programa USP60+, desempenha um papel fundamental. Essas iniciativas proporcionam um ambiente de apoio e convívio,

permitindo que os idosos enfrentem a fase da velhice com mais resiliência e esperança. Através desses programas, os participantes têm a oportunidade de compartilhar experiências, aprender coisas novas, e encontrar um sentido de pertencimento e conexão com os outros.

Os resultados do presente estudo mostram que as pessoas que buscam o programa USP60+ têm elevado índice de esperança e baixo índice de depressão. Logo, o programa passa a ser um local para manutenção da esperança e de enfrentamento da depressão para seus participantes.

A esperança se revela como um importante recurso para enfrentar as mudanças e desafios da velhice, e programas como o USP60+ oferecem um ambiente acolhedor e enriquecedor para os idosos viverem essa fase com mais otimismo, menos depressão e maior qualidade de vida.

Referências

ALMEIDA, Osvaldo P.; ALMEIDA, Shirley A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-426, 1999.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FIELD, Andy. **Discovering statistics using IBM SPSS statistics + SPSS version 22.0**. Sage Publications, 2016.

HERTH, Kenneth. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. **J Adv Nurs.**, [s.l.] v. 17, n. 10, p. 1251-1259, 1992. doi: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2023.

LEMIEUX, André. Recherche fondamentales et recherche-action. Université du Troisième âge: rôle des personnes âgées. **Gerontologie et Société**. Paris: Cahiers du la Fondation Nationale de Gerontologie, v. 55, p. 115-120, 1990.

LEVIN, Jack; FOX, James A.; FORDE, David R. **Estatística para ciências humanas**. 11. ed. São Paulo: Prentice-Hall, 2012.

LOURES, Lucy G. M. C.; ALENCAR, Josélia. Universidades abertas da terceira idade. **Revista História Da Educação**, [s.l.], v. 9, n. 17, p. 119-135, 2012. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/asphe/article/view/29204>>.

MOTTA, Ivonise F. A capacidade para a Esperança. In: MOTTA, Ivonise F.; ROSAL, Ana S.; SILVA, Cristiane Y. G. da (Org.). **Psicologia Relações com o Contemporâneo**. São Paulo: Ideias e Letras, 2018, p. 303-312.

OLIVEIRA, Leticia; MAGALHÃES, Sara; Lima et al. A esperança de vida dos idosos: avaliação pelo perfil e a Escala de Herth. **Rev Fund Care**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 167-172, 2018. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.167-172.

SARTORE, Alesandra C.; GROSSI, Sonia A. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 227-232, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200003&lng=en&nrm=iso>.

SILVA, Valéria R. O; CUNHA, Rejane S. et al. Functional capacity and life expectancy in elderly quilombolas. **Rev Bras Enferm**, [s.l.] v. 73, Suppl 3, e20190531, 2020. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0531.

SILVEIRA, Talita de A.; SILVA JÚNIOR, Edivan G. da; EULÁLIO, Maria do C. Esperança e Qualidade de Vida em Pessoas Idosas. **Revista Psicologia e Saúde**, [s.l.] v. 14, n. 1, p. 201–214, 2022. DOI: 10.20435/pssa.v14i1.1338. Disponível em: <<https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1338>>.

VIANA, Andreia et al. Avaliação da esperança em cuidados paliativos. **Rev. International Journal of Developmental and Educational Psychology**. Badajoz, v. 2, n. 1, 2010, pp. 607-616.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Depression**. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>>. Acesso em: 05 mai. 2023.

YESAVAGE, Jerome A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiat Res**, [s.l.] v. 17, p. 37-49, 1983.

Submissão: 01/08/2023

Aceite: 08/03/2024

Como citar o artigo:

BRITO, Pedro Vinicius de Souza. MOTTA, Ivonise Fernades da. Níveis de depressão e esperança em participantes de um programa de Universidade Aberta à Terceira Idade. **Estudos interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 29, e134494, 2024. DOI: 10.22456/2316-2171.134494

