

ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
MESTRADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

MÁRCIA REJANE ESTIMA PEDONE

**RELAÇÃO ENTRE ESPERANÇA, FUNCIONAMENTO COGNITIVO E SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM IDOSOS**

Porto Alegre, 2021



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA
BIOMÉDICA

MÁRCIA REJANE ESTIMA PEDONE

**RELAÇÃO ENTRE ESPERANÇA, FUNCIONAMENTO COGNITIVO E
SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS**

Porto Alegre, 2021.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

MÁRCIA REJANE ESTIMA PEDONE

**RELAÇÃO ENTRE ESPERANÇA, FUNCIONAMENTO COGNITIVO E
SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para a obtenção de grau de mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Linha de pesquisa: Aspectos clínicos e emocionais do envelhecimento

Orientador: Dr. Newton Luiz Terra

Porto Alegre, 2021

Ficha Catalográfica

P371r Pedone, Márcia Rejane Estima

Relação entre esperança, funcionamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos / Márcia Rejane Estima Pedone. – 2021. 135.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Newton Luiz Terra.

1. Idosos. 2. Funcionamento cognitivo. 3. Sintomas depressivos. 4. Esperança. I. Terra, Newton Luiz. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Clarissa Jesinska Selbach CRB-10/2051

MÁRCIA REJANE ESTIMA PEDONE

**RELAÇÃO ENTRE ESPERANÇA, FUNCIONAMENTO COGNITIVO E
SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para a obtenção de grau de mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Linha de pesquisa: Aspectos clínicos e emocionais do envelhecimento

Aprovada em: 12 de março de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Newton Luiz Terra – PUCRS (orientador)

Profa. Dra. Tatiana Quarti Irigaray

Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto

Porto Alegre, 2021

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos que, de uma certa forma, contribuíram direta ou indiretamente para que eu conseguisse realizar este sonho.

Os caminhos tiveram que ser alterados durante a pandemia, mas a agência ou motivação de perseverar no caminho não mudou. Como meu orientador sempre me comentava – “Te reinventa”, ou seja, muda o caminho”.

O presente trabalho “foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”. “This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

Às pessoas que estiveram diretamente comigo, como Deus, os meus pais, Magaly, Clarinha, Denise e todos os idosos que contribuíram para a realização desta pesquisa, pois não só ajudaram em sua realização, mas também acrescentaram na minha vida o respeito por cada história, por cada dificuldade. Principalmente demonstrarem que há motivação para continuar, por pensarem no futuro e possuírem atitudes e comportamentos para atingir os seus objetivos.

Aos que indiretamente contribuíram, como professores, colegas, funcionários, bibliotecários, e todos que fizeram parte desse momento de isolamento, incertezas, frustração, dedicação, esperança, fé e superação.

Ser idoso...

Ser idoso não é olhar o tempo passar pela janela sem esperança do amanhã.

Não é ficar tricotando no sofá ou olhando os netos parecendo que isso é a única coisa que ainda resta a fazer na vida.

Ser idoso não é ter muitos anos de vida de tal forma a se achar que o único recurso é pensar no passado.

Ser idoso é mais... É merecer respeito...

É receber amor...

É ter reconhecimento de tudo quanto fez e plantou ao longo de sua jornada...

É saber que ainda há tempo para aprender e ensinar...

É olhar para o céu e saber que o amanhã existe e será bem melhor do que o hoje foi...

É saber que existe sempre um motivo para sorrir...

Ser idoso é ser como é e lutar por um único objetivo, a felicidade. E a felicidade é algo que todos independente da idade tem o direito a usufruir.

Então, aprenda a ser feliz, ainda que seja idoso...

Autor desconhecido

RESUMO

A população de idosos vem aumentando, e a projeção para o futuro é que este número cresça. Mas é preciso que, ao envelhecer, as pessoas tenham qualidade de vida, e temas, como esperança, funcionamento cognitivo e sintomas depressivos, devem ser mais explorados academicamente, pois são muito relevantes. Então, o objetivo geral desta pesquisa foi verificar a relação entre esperança, funcionamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos. Os específicos foram caracterizar os idosos em relação aos níveis de esperança, funcionamento cognitivo e sintomas depressivos; averiguar se existia relação entre características sociodemográficas e níveis de esperança, funcionamento cognitivo e sintomas depressivos; verificar se os níveis de esperança eram preditores do funcionamento cognitivo de idosos e dos sintomas depressivos; e averiguar que fatores podem contribuir para o melhor desempenho cognitivo dos idosos. Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, com abordagem descritiva analítica. Os instrumentos utilizados foram Miniexame do Estado Mental (MEEM), para a seleção da amostra, o *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* (CERAD), a Escala de Esperança Disposicional e a Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15). A amostra foi constituída por 101 idosos, sendo que 20 foram excluídos, já que apresentaram escores abaixo de 28 pontos no MEEM, sendo analisados, portanto, 81 idosos. Tinham idade igual ou superior a 60 anos, não apresentavam déficits cognitivos e participavam de diferentes locais de convivência em Porto Alegre, na Região Metropolitana. As análises de correlação (Spearman) entre a Escala de Esperança Disposicional foram comparadas com os instrumentos CERAD e ao GDS. Assim, na Lista de Palavras, esta se mostrou significativamente relacionada à Escala Esperança Disposicional, apontando para escores médios de Esperança mais elevados no grupo de investigados, com classificação esperada para o total Esperança ($p=0,001$) e a dimensão Caminhos ($p=0,011$). Esses fatores podem levar esses indivíduos a um melhor desempenho cognitivo em tarefas de nomeação de Boston, Fluência Verbal, Fluência Verbal Semântica e Fluência Fonológica e Linguagem, Função Executiva, Memória de Longo Prazo. A esperança é uma adaptação positiva, um fator protetor do psiquismo e de transformação dos comportamentos, pensamentos e sentimentos negativos em novas possibilidades, capacitando os idosos para o enfrentamento das circunstâncias e eventos estressantes acumulativos da vida. Elevados níveis esperança e sem a presença de sintomas depressivos contribuíram para que esses indivíduos apresentassem um melhor desempenho cognitivo em tarefas de nomeação de Boston, Fluência Verbal e Fluência Verbal Semântica e Fluência Fonológica e Linguagem, Função Executiva e Memória de Longo Prazo.

Palavras-chave: Idosos. Funcionamento cognitivo. Sintomas depressivos. Esperança

ABSTRACT

Elderly population has been increasing, and the projection for the future is that this number will grow. However, it is necessary that, as people get older, they have quality of life, and themes, such as hope, cognitive functioning and depressive symptoms, should be explored more academically, as they are very relevant. So, the general objective of this research was to verify the relationship between hope, cognitive functioning and depressive symptoms in the elderly; and the specific ones were to characterize the elderly in relation to their levels of hope, cognitive functioning and depressed symptoms; find out if there was a relationship between sociodemographic characteristics and levels of hope, cognitive functioning and depressed symptoms; verify if the levels of hope have influenced the cognitive functioning of the elderly and the depressive symptoms; and find out what factors can contribute to the better cognitive performance of the elderly. It is an observational, cross-sectional study with a descriptive analytical approach. The instruments used were Mini-Mental State Examination (MEEM), for sample selection, the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD), the Dispositional Hope Scale and the Geriatric Depression Scale (GDS-15). The sample was composed by 101 elderly people, and 20 were excluded, since they had scores below 28 points in the MEEM, so 81 were analyzed. They were 60 years old or older, had no cognitive deficits and participated in different elderly community centers in Porto Alegre, in the Metropolitan Region. The correlation analyzes (Spearman) between the Dispositional Hope Scale were compared with the CERAD and GDS instruments. In the List of Words, we verified that it was significantly related to the Dispositional Hope Scale, pointing to higher average Hope scores in the group of respondents, with an expected classification for the total Hope ($p = 0.001$) and the paths dimension ($p = 0.011$). These factors can lead these individuals to a better cognitive performance in Boston naming tasks, Verbal Fluency, Semantic Verbal Fluency and Phonological Fluency and Language, Executive Function, Long Term Memory. Hope is a positive adaptation, a protective factor of the psyche and of transforming negative behaviors, thoughts and feelings into new possibilities, enabling the elderly to cope with the cumulative stressful circumstances and events of life. High levels of hope and without the presence of depressive symptoms have contributed to these individuals to have a better cognitive performance in Boston Naming tasks, Verbal Fluency and Semantic Fluency, Phonological Fluency and Language, Executive Function and Long-Term Memory.

Keywords: Elderly. Cognitive functioning. Depressive symptoms. Hope.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVDs – Atividades Básicas da Vida Diária

AIVDs – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA – *American Psychological Association*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CERAD – Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease

COMED – Competitive Memory Training

DA – Demência do tipo Alzheimer (DA)

DSM 5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais EC – Estimulação Cognitiva

ECT – Terapia Eletroconvulsiva

ELSI-Brasil – Estudo Longitudinal da Saúde do Idoso no Brasil FE – Função Executiva

GC – Grupo Controle

GDS – Escala de Depressão Geriátrica IS – Síndrome da Geriatria

MEEM – Exame do Estado Mental OMS – Organização Mundial da Saúde

SABE – Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento SNC – Sistema Nervoso Central

PENSA – Processo do Envelhecimento Saudável PP – Psicologia Positiva

RN – Reabilitação Neuropsicológica

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida SNC – Sistema Nervoso Central

TC – Treino Cognitivo

TCC – Terapia Cognitiva Comportamental

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TNL – Transtorno Neurocognitivo Leve

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 ENVELHECIMENTO.....	15
2.2 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	15
2.3 DOMÍNIOS DE SAÚDE DOS IDOSOS E AS SÍNDROMES GERIÁTRICAS	18
2.4 COGNIÇÃO	20
2.4.1 Avaliação cognitiva e os fatores que influenciam nessa área	25
2.5 DEPRESSÃO	28
2.5.1 Epidemiologia	29
2.5.2 Caracterização	29
2.5.3 Aspectos para a prevenção da depressão nos idosos	32
2.6 ESPERANÇA	33
2.6.1 História do estudo da esperança e da Psicologia Positiva	33
2.6.2 Características da Psicologia Positiva	37
2.6.3 Esperança e otimismo	39
2.6.4 Características da esperança	41
3 JUSTIFICATIVA	47
4 HIPÓTESES	49
5 OBJETIVOS	50
5.1 GERAL.....	50
5.2 ESPECÍFICOS.....	50
6 MÉTODO	51
6.1 DELINEAMENTO.....	51
6.2 AMOSTRA E AMOSTRAGEM.....	51
6.3 LOCAL DO ESTUDO	51
6.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	51
6.4.1 Critérios de inclusão	51
6.4.2 Critérios de exclusão	51
6.5 COLETA DE DADOS	52
6.5.1 Rotina de coleta de dados	52
6.5.2 Variáveis do estudo e instrumentos de avaliação	53
6.5.3 Instrumentos	53
6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	56
6.6.1 Tamanho amostral	56

6.6.2 Análise estatística.....	56
6.7 LIMITAÇÕES DE PESQUISA.....	57
6.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	57
7 ARTIGO CIENTÍFICO	58
8 CONCLUSÃO.....	89
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	114
APÊNDICE II – Medidas descritivas para o GDS e MEEM	117
APÊNDICE III – Ficha de dados sociodemográficos.....	118
ANEXO I – Miniexame do Estado Mental.....	120
ANEXO II – Bateria CERAD.....	121
ANEXO III – Escala de Depressão Geriátrica Resumida (GDS).....	129
ANEXO IV – Escala de Esperança Disposicional	131
ANEXO V – Aprovação da Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS	132
ANEXO VI – Parecer Consubstanciado do CEP – PUCRS	133
ANEXO VII - Comprovante de Submissão do Artigo em Revista Científica.....	134

1 INTRODUÇÃO

A população de idosos no mundo vem aumentando consideravelmente, podendo chegar, em 2050, a 395 milhões (NAÇÕES UNIDAS, 2007). No Brasil, estima-se que essa população aumentará e será composta por 20% da população brasileira, conforme a Rede Intergeracional de Informações para a Saúde (2009). Entre a população idosa, há um aumento no percentual de mulheres (MARTIN; CORDINI JUNIOR; BASTOS, 2005), e calcula-se que, para 100 mulheres, há aproximadamente 81 homens, com a previsão de, no ano 2050, haver 100 mulheres para cada 76 homens (NASRI, 2008). De acordo com os resultados do censo, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, os idosos brasileiros já totalizavam 11% da população e, nas próximas décadas, em 2030, estima-se que já serão 13,4% da população (ERVATI; BORGES; JARDIM, 2015).

Então, é preciso que os fenômenos dessa fase da vida, principalmente os que estão ligados ao seu bem-estar, sejam analisados com maior atenção. Nesta pesquisa, portanto, o foco do estudo está na relação entre esperança, funcionamento cognitivo e sintomas depressivos. O desenvolvimento do tema “esperança” tem se demonstrado central na área da saúde, reabilitação, adesão ao tratamento e enfrentamento de doenças. No envelhecimento, o comprometimento cognitivo e a depressão frequentemente co-ocorrem, porém não se sabe se este é um fator de risco para diminuição cognitiva, uma reação psicológica ou sintomas depressivos (CHAMELIAN; FEINSTEIN; BRAILEN et al., 2017).

Nesse sentido, a pessoa que possui altos níveis de esperança tem um pensamento direcionado a objetivos, os quais incluem a capacidade de encontrar rotas em direção aos objetivos e pensamentos motivadores, necessários para atingir esses objetivos (HARTMANN JÚNIOR et al., 2018). A esperança tem associação positiva com as relações psicossociais, dimensões afetivas, cognitivas, comportamentais e é orientada para o futuro. Os instrumentos, utilizados para avaliar a esperança, podem ajudar os profissionais da saúde na avaliação contínua da cognição, depressão, a fim de diferenciar os sintomas normais da senescência e dos patológicos e, conseqüentemente, proporcionar uma assistência adequada durante todo percurso de vida das pessoas até o envelhecimento (BARROS-OLIVEIRA, 2008; NOBLE; MCGRATH, 2008; SELIGMAN; STEEN; PARK; PETERSON, 2005; GABLE; HAIDT, 2005; SELIGMAN;

CSIKSZENTMIHALYI, 2000; SELIGMAN, 2011; SCORSOLINI-COMIN; FONTAINE; KOLLER; SANTOS, 2013; SELIGMAN, 2011; SCHIAVON; MARCHETTI; GURGEL, 2017; PATERSON; YEUNG; THORNTON, 2016; OLIVER et al., 2017, HIRSH et al., 2011).

Além disso, constata-se que a escolaridade pode ser um fator de proteção para o declínio cognitivo, pois os idosos, com níveis de escolaridade maiores, podem apresentar índices mais altos em suas funções cognitivas (ZHU et al., 2012). No envelhecimento normal, há um declínio das funções intelectuais, mas estas não interferem nas habilidades cognitivas dos idosos, diferentemente da senilidade que envolve patologias (ARGIMON; STEIN, 2005) Sendo assim, é necessário utilizar e aprimorar instrumentos e intervenções para a realização de um diagnóstico eficaz e distinguir os problemas normais da idade das patologias, além de estimular a cognição, por meio de técnicas que os auxiliem a encontrar as vias para conseguirem atingir as suas metas, mesmo na idade avançada.

Desta forma, as questões a serem respondidas neste estudo são: Há relação entre esperança e funcionamento cognitivo em idosos? Os idosos, com maiores níveis de esperança, apresentam menor humor deprimido?

Em relação à metodologia, esta pesquisa se caracteriza por ser um estudo observacional, do tipo transversal, com uma abordagem descritiva analítica. A amostra foi constituída por 101 idosos, sendo que 20 foram excluídos, já que tiveram escores abaixo de 28 no teste MEEM, ficando, portanto, 81 participantes. Eles tinham idade igual ou superior a 60 anos, não apresentavam déficits cognitivos e participavam de diferentes locais de convivência em Porto Alegre, na Região Metropolitana, RS.

Quanto aos instrumentos aplicados, estes foram o Miniexame do Estado Mental (MEEM), Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD), a Escala de Esperança Disposicional e a Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15).

A fim de que os objetivos fossem alcançados, esta dissertação foi dividida em dez capítulos: no primeiro, apresenta-se a introdução, no segundo, a fundamentação teórica, a qual aborda os seguintes assuntos, o envelhecimento, a cognição, a depressão e a esperança; no terceiro, apresenta-se a hipótese; no quarto capítulo, os objetivos; no quinto, a justificativa; no sexto, a metodologia; no oitavo, o artigo; no novo, as conclusões; e, no décimo, as considerações finais

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um conceito multidimensional, relacionado aos aspectos gerais, quais sejam, os demográficos e os subjetivos, como a idade cronológica, funcional, biológica, psicológica e social. Todos esses fatores estão relacionados à cultura na qual o indivíduo está inserido, às suas representações sociais, históricas, políticas, econômicas e geográficas. É um processo heterogêneo e individual, bem como uma integração entre vivências pessoais, contexto social e cultural, conforme as determinadas épocas (BARKER; O'HANLON; MCGEE, HICKEY; CONROY, 2007; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Pode, também, ser determinado geneticamente (ÁVILA; GUERRA; MENESES, 2007).

2.2 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O envelhecimento demográfico está associado ao aumento da população idosa, se comparado a um menor índice dos mais jovens (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2013). No Brasil, o último censo do IBGE (2010) registrou que as pessoas com 60 anos ou mais representavam quase três vezes a população brasileira. Como explica Brito (2008), as projeções para 2050 para a população brasileira indicam que essa população será a quinta maior do mundo, perdendo apenas para países, como China, Estados Unidos da América e Indonésia.

A seguir, serão apresentados os diferentes tipos de idades: cronológica, biológica, social e psicológica.

Considera-se a idade o marcador principal, para caracterizar o envelhecimento (SAN MARTÍN; PASTOR, 1996), no entanto este não pode ser definido apenas pela cronologia, porque as divisões cronológicas da vida do ser humano não são absolutas nem correspondem às etapas do processo de envelhecimento natural. Podemos, assim observar diferentes idades biológicas e subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

No tocante à divisão da idade cronológica, esta apresenta-se em três grupos:

idosos jovens, idosos velhos e idosos mais velhos. Os idosos jovens têm entre 65 a 74 anos, são pessoas independentes e ativas; os idosos velhos têm entre 75 a 84 anos, possuem mais fragilidades e dificuldades no funcionamento diário, além de possíveis doenças; e os idosos mais velhos, de 85 anos ou mais, são os que podem apresentar maior fraqueza, mais enfermidades, o que dificulta o desempenho da vida diária (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

A idade biológica no envelhecimento é caracterizada como um processo do desenvolvimento e definida pelas modificações corporais e mentais, que têm início antes do nascimento do indivíduo e se estende por toda sua existência (COSTA; PEREIRA, 2005). As transformações, mudanças e perdas fazem parte do envelhecimento, como, por exemplo, a diminuição da massa óssea e muscular; os problemas na audição, visão e pele; alteração no peso, no volume do cérebro, que pode ser diminuído, entretanto a sua capacidade funcional permanece preservada (COSTA; PEREIRA, 2005).

A idade social é definida pelos hábitos e papéis sociais que são representados culturalmente, de acordo com a idade cronológica e psicológica do indivíduo (SCHROOTS; BIRREN, 1990). Nesse sentido, para Neri (2005), a referida idade está associada ao grau de adequação ao qual o indivíduo desempenha esses papéis, ou seja, ao comportamento esperado para as pessoas de sua idade em um determinado momento da história e conforme cada sociedade. Portanto, é esperado que o idoso tenha uma mudança social no seu papel, no comportamento e até na maneira de vestir-se (SCHROOTS; BIRREN, 1990). Também é preciso que a pessoa tente se adequar, ao sair do mercado de trabalho, quando se aposenta, pois deixa de ser economicamente ativa, ocorrendo uma redução no salário e em suas relações sociais (NERI; FREIRE, 2000).

A idade psicológica está relacionada à idade cronológica e às capacidades psicológicas, como percepção, aprendizagem e memória, e estas se associam à capacidade funcional em relação ao futuro do indivíduo (NERI, 2005). Essa habilidade, a de se adaptar ao meio, ocorre pelo controle emocional, além dos fatores referidos acima (HOYER; ROODIN, 2003). As características psicológicas podem ter diferentes graus, ou seja, ser maiores ou menores – as pessoas que possuem graus maiores são consideradas psicologicamente jovens e as com graus menores como psicologicamente velhas

É preciso lembrar ainda que, no processo de envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas, como a rapidez de aprendizagem e a memória, podem diminuir em relação às suas habilidades cognitivas anteriores, o que pode ocasionar lapsos de

memória, algumas dificuldades na aprendizagem, atenção, orientação e concentração. Porém, a diminuição da função cognitiva é fruto de diferentes motivos, como a falta de prática cognitiva; as doenças (depressão); os fatores comportamentais (o uso e abuso de álcool e medicamentos); os fatores psicológicos (desmotivação e baixas expectativas); e os fatores sociais (a solidão, o isolamento), mais do que o envelhecimento em si (OMS, 2005). Para Giatti e Barreto (2003), os idosos que não estavam no mercado de trabalho apresentaram maior taxa de mortalidade, maiores problemas psicológicos, problemas de hipertensão, um maior consumo de cigarros e bebidas.

Ao analisar as habilidades cognitivas, Argimon e Stein (2005), em sua pesquisa, verificaram que, apesar da idade avançada, os idosos apresentaram declínio cognitivo leve, mas isto não acarretou mudanças significativas em seu padrão cognitivo. As autoras acrescentam que a escolaridade pode ser um fator de proteção para o declínio cognitivo, porque os idosos que tinham mais escolaridade tiveram resultados melhores em muitas funções cognitivas. Concluem que, na senescência, ou seja, no envelhecimento normal, há um declínio das funções intelectuais, entretanto este não está ligado a problemas que interferem nas habilidades cognitivas dos idosos, diferentemente da senilidade que envolve patologias.

Nesse contexto, Neri (2005) explica que a idade psicológica é considerada um julgamento subjetivo, que associa a idade psicológica à idade cronológica e ao meio, e depende da forma como cada pessoa avalia a presença ou a ausência do envelhecimento

biológico, social e psicológico em relação a outras pessoas de sua idade. A idade psicológica pode também ser definida pelos padrões de comportamento, adquiridos e mantidos ao longo da vida, e tem uma influência direta na maneira como as pessoas envelhecem. O envelhecimento é, portanto, o resultado de uma construção que o indivíduo fez durante toda a sua vida.

A idade percebida está ligado ao fato de, com o avançar do tempo, há a necessidade de o idoso desenvolver a capacidade de adequar-se às novas situações, empenhando-se em realizar as mudanças necessárias e dar um maior sentido para a vida, com apoio de profissionais, dos familiares e da sociedade (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Destaca-se ainda que são várias as crenças acerca do processo de envelhecimento que afetam a forma como se encara e lida com o envelhecimento. Um dos estereótipos negativos, bastante comum acerca deste processo, é em relação à doença, como se

envelhecer e doença fossem sinônimos. Essas crenças têm consequências psicológicas negativas na vida do idoso, o que resulta em baixa autoestima, falta de autoconfiança e presença de depressão, entre outras patologias (SIMÕES, 1990).

O envelhecimento normal não acarreta necessariamente doenças, e a percepção positiva desse processo tem um papel importante (YAGHOOBZADEH et al., 2018) na saúde psicológica do indivíduo e em sua satisfação com a vida. Importa dizer que tais aspectos já têm sido relatados e reconhecidos na literatura sobre o tema (BARKER; O'HANLON; MCGEE; HICKEY; CONROY, 2007). Essa influência positiva faz com que o indivíduo enfrente os desafios da idade com maior satisfação e qualidade de vida.

Nessa perspectiva, em um estudo transversal com 504 idosos que viviam no Irã, foram analisados aspectos, como a percepção do envelhecimento quanto à esperança, satisfação com a vida e status socioeconômico. Percebeu-se que a esperança do caminho, ou seja, planejar, permanecer ou até mesmo mudar a rota ou o caminho de suas ações, para atingir as metas desejadas, com motivação e persistência (SNYDER et al. 1991a), são os fatores mais importantes na percepção do envelhecimento em comparação a outras variáveis, como satisfação com a vida e *status* socioeconômico (SADEGH MOGHADAM et al., 2016; YAGHOOBZADEH; SCHÜTZE, 2017).

2.3 DOMÍNIOS DE SAÚDE DOS IDOSOS E AS SÍNDROMES GERIÁTRICAS

A saúde nos idosos está relacionada à funcionalidade global, ou seja, à capacidade de agir sozinho, administrar a própria vida e cuidar de si mesmo; e às atividades de vida diária com autonomia e independência, mesmo possuindo alguma doença. Nesta perspectiva, a independência e autonomia são, por conseguinte, consideradas as habilidades de a pessoa decidir sobre si mesma, o seu futuro, as suas escolhas, conforme a sua própria vontade, regras e preferências. Os idosos podem ser dependentes, ao realizarem alguma tarefa doméstica, mas ser independentes em suas decisões e atitudes (OMS, 2005). A autonomia refere-se à cognição, ao humor e à independência, com mobilidade e comunicação (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A cognição inclui memória, função executiva, linguagem, função visuoespacial, gnosis e praxia; e o humor está relacionado à motivação, tornando-se uma incapacidade cognitiva, quando a cognição e humor não estiverem adequados, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (ASSOCIAÇÃO

AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2016). É a capacidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano, sendo constituída por um conjunto de funções cerebrais, o qual é formado pela memória (capacidade de armazenamento de informações); função executiva (capacidade de planejamento, antecipação, sequenciamento e monitoramento de tarefas complexas); linguagem (capacidade de compreensão e expressão da linguagem oral e escrita); praxia (capacidade de executar um ato motor); gnosia (capacidade de reconhecimento de estímulos visuais, auditivos e táteis); e função visuoespacial (capacidade de localização no espaço e percepção das relações dos objetos entre si), juntamente com o humor, que é a motivação necessária para os processos mentais (HARADA et al., 2013; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2016).

Quanto à mobilidade, esta é considerada a capacidade de independência do idoso, a qual inclui a postura, a capacidade aeróbica e a marcha, que é a capacidade de caminhar e de se locomover e de continência esfinteriana. Além disso, problemas na mobilidade ocasionam desequilíbrio, o que poderá gerar instabilidade postural e um maior risco de quedas e fraturas, bem como diminuição da massa magra que pode levar à sarcopenia e a lesões por pressão de decúbito (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A comunicação, a capacidade de se comunicar, de estabelecer uma relação com o meio externo pela visão, audição e fala, e, sem ela, os idosos apresentam uma incapacidade de se expressar e, conseqüentemente, de decidir sobre a sua própria vida (ISAACS; 1969; MORAES, 2008; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Para avaliar a capacidade de autonomia/independência, são utilizados, como critérios, as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). As ABVDs são as atividades, centradas no cuidado do corpo, em sua higiene, vestimenta e nutrição; e as AIVDs, nos cuidados com a casa, atividades fora do lar, fazer compras, se locomover, controlar a sua própria medicação e finanças (MORAES, 2008).

Especificamente sobre as grandes síndromes geriátricas, enfatiza-se que estas surgem quando os domínios da saúde dos idosos não funcionam adequadamente, resultando nas incapacidades cognitivas, na instabilidade postural, na imobilidade e nas incapacidades em geral (ISAACS, 1969; MORAES, 2008; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010), quais sejam: cognitiva; instabilidade corporal; imobilidade; incontinência esfinteriana; iatrogenia; incapacidade comunicativa: visão, audição; e

insuficiência familiar (HARADA et al., 2013; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2016; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Também, os idosos acabam apresentando doenças crônicas e, com estas, há as comorbidades, sem falar na alteração de todo sistema de absorção, distribuição, metabolização e eliminação dos medicamentos nos idosos, que têm suas peculiaridades (SGNAOLIN; NOGUEIRA; ENGROFF, 2019). Somando-se a isso, assinala-se a polifarmácia que ocorre quando o paciente consome cinco ou mais medicamentos, o que acarreta maiores riscos de interações e reações adversas a medicamentosas, podendo gerar dificuldade na adesão ao tratamento e maiores erros, tanto no uso dos medicamentos, como em iatrogenias (STOBÄUS; KOWALSKI, 2018).

No que concerne às alterações biológicas, constata-se que estas afetam o Sistema Nervoso Central (SNC), quando são associadas a fatores psicossociais, produzindo mudanças no funcionamento cognitivo dos idosos. No entanto, no envelhecimento normal, ou seja, na senescência, ocorrem alterações graduais. Nesse contexto, é preciso destacar ainda a necessidade da preparação profissional, para atender os idosos que, por serem pacientes adultos, tornam-se mais vulneráveis, já que não são vistos e tratados com a sua singularidade nem levados em conta aspectos, como o processo de senescência e de senilidade (NOGUEIRA; FELIPES; COIMBRA, 2005).

2.4 COGNIÇÃO

O sistema cognitivo é complexo e dinâmico, possui diferentes funções cognitivas, as quais são divididas em uma série de domínios, e cada qual tem os seus papéis definidos, mas todos exercem atividades em conjunto (TIRAPU-USTÁRROZ; CÉSPEDES, 2005). Quanto aos domínios cognitivos, conforme o DSM 5, estes encontram-se divididos nos seguintes aspectos: inteligência, atenção, memória, linguagem, função executiva, aprendizagem e cognição social (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2016).

Em se tratando do envelhecimento cognitivo, incluem-se os domínios da inteligência e da cognição. Já em relação à inteligência, esta se refere a dois tipos: a cristalizada que tende a se manter e até aumentar, conforme a acumulação de informações; e a fluida que diminui, devido às alterações biológicas habituais, que acabam afetando tanto as funções cognitivas (FC) quanto a velocidade de processamento

cerebral, a memória, as funções executivas (FEs), a atenção e a capacidades visuomotoras e de aprendizagem (HARADA et al., 2013; HORN; CATTELL, 1967; PREROST, 2013; SALECH et al. 2012; WERNHER; LIPSKY, 2015).

Na cognição, segundo Ghosh et al. (2017), as áreas mais afetadas são a atenção e a memória. Na primeira, as alterações ocorrem mais na atenção complexa, que envolve a atenção que é sustentada e seletiva. Quando há um problema neste tipo de atenção, são observadas dificuldades em manter novas informações, relembrar números de telefone ou fazer cálculos (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2016). Em relação à memória, esta pode ser a imediata e recente e a de longo prazo. A imediata está relacionada à recordação livre, que ocorre mediante pistas e reconhecimento e mantém as informações por períodos curtos; a de longo prazo se refere à semântica, autobiográfica e aprendizagem implícita (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2016). Porém, nem todas as dimensões da memória sofrem da mesma maneira, isto é, a memória de curto prazo tende a diminuir, e a de longo prazo, a se manter preservada. Como ela é multidimensional, acaba influenciando outras áreas da FE, como resolução de problemas (HARADA et al., 2013).

No tocante à linguagem, esta integra as aptidões não somente da inteligência cristalizada como também da fluída, mas, apesar de o vocabulário e a nomeação não sofrerem tantas alterações, a influência verbal pode ser a mais afetada (HARADA et al., 2013), como, por exemplo, quando o indivíduo apresenta dificuldades em se lembrar dos nomes de amigos mais próximos e até dos familiares (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2016). A velocidade de processamento, quando sofre alterações, pode interferir no desempenho de outras tarefas cognitivas e motoras, tal como na fluência verbal (HARADA et al., 2013).

O FE é um termo cognitivo complexo, multifacetado, que envolve processos e subprocessos cognitivos (CARVALHO, 2012), que estão ligados ao lobo frontal no processo de atenção e de monitoramento e à configuração de tarefa. O lobo frontal está associado, em especial, às regiões pré-frontais, que controlam, organizam e coordenam diferentes funções cognitivas, emocionais e comportamentais (TIRAPU-USTÁRROZ; CÉSPEDES, 2005). Goldberg (2002) e Restrepo (2008) descrevem o referido controle executivo dos lobos frontais como o "diretor de orquestra", no sentido de ser responsável pela coordenação das informações do cérebro, para atingir os objetivos (RESTREPO, 2008; STRUSS, 2011; ARGIMON; ESTEVES WENT 2015). É um dos domínios, cuja

maioria das aptidões sofre alterações no envelhecimento, como planejamento, organização, flexibilidade mental, inibição, tomada de decisões e raciocínio abstrato, as quais são influenciadas pela velocidade motora, que diminui com a idade (ARGIMON; STEIN, 2005; ARGIMON; ESTEVES; WENDT, 2015).

O estudo sobre FE começou no ano de 1858, quando Phineas Gage sofreu um acidente, que causou lesões em seu lobo frontal. Com esse dano, Gage passou a ter mudanças em seu comportamento e personalidade, passando a ser extravagante, antissocial e mentiroso. O médico que o acompanhou, John Harlow, relatou que Gage teve lesões nos lobos frontais e que estas regiões eram responsáveis pela planificação e adequação de comportamentos sociais (MARANHÃO-FILHO, 2014).

Ao falarmos sobre domínio-perceptomotor, também relacionado à FE, percebe-se que este abrange muitas habilidades, como a percepção visual, visuoespacial, percepção motora, praxis e gnosia. A percepção visuoespacial está atrelada à percepção e ao reconhecimento dos objetos e pode não sofrer tantas alterações, contudo a visuoespacial ou motora, que envolve vários sentidos, exige uma maior coordenação, como, por exemplo, entre olhos e as mãos. A praxis possui a capacidade de executar movimentos intencionais e organizados, como imitar gestos, abanar, ao dar adeus; e a gnosia é a integração da percepção da consciência, do reconhecimento de faces e cores (HARADA et al., 2013; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2016).

Para Chan, Shum, Touloupoulou e Chen (2008), as FEs são divididas em dois grandes componentes: uma é a parte fria, e a outra, a parte quente. A parte fria está ligada aos aspectos cognitivos lógicos, que envolvem o raciocínio verbal, resolução de problemas, planificação, sequenciação, atenção, *feedback*, multitarefas, flexibilidade cognitiva e habilidade de lidar com situações novas. Por outro lado, as FEs e o aspecto emocional são os quentes, que envolvem crenças e desejos, a partir dos quais o sujeito regula o seu próprio comportamento social e a tomada de decisões.

Complementando a ideia do autor acima, segundo Lezak (1995), as FEs são sistematizadas em quatro componentes essenciais: capacitar a intenção do comportamento, que é diferente da capacidade de concentração e atenção, além da consciência em relação às sensações subjetivas e aos estímulos físicos; definir os comportamentos que o levarão ao objetivo, eliminando as informações que não são necessárias; selecionar estratégias e métodos adequados, para atingir as etapas; e controlar impulsos; e realizar a ação, adequando o seu comportamento ao contexto e à situação,

mantendo ou alterando os comportamentos complexos de forma integrada e ordenada.

Quando a FE está prejudicada, as tarefas do cotidiano ficam também comprometidas (HONBON; LEEDS, 2001; LOPES; BASTOS; ARGIMON, 2017), causando disfunções e inadequação no processamento das ações, que são chamadas de “lesões” ou “disfunção no lobo frontal” ou “disfunção executiva” (BADDELEY; WILSON, 1988).

Vê-se, assim, que a FE é responsável pelo comando e interação das atividades cognitivas; manutenção e inibição de ações; pensamento abstrato e conceitual; capacidade para organizar o comportamento; controle da atenção (atenção dirigida); flexibilidade mental; estratégias de seleção na resolução de problemas; e capacidade adaptativa em novas situações (GREEN, 2000; SPREEN; STRAUSS, 1998; RESTREPO, 2008). De acordo com Argimon e Esteves e Went (2015), os indivíduos, na FE, devem realizar atividades de forma independente, planejada, com um propósito, e ela se apresenta em fases: se tivermos como objetivo melhorar habilidades de uma determinada tarefa, é preciso organizar os comportamentos, para atingir a meta com um cronograma; avaliar quais as que demandam maior concentração (planejamento), quais os conteúdos e comportamentos que apresentam maior dificuldade na atenção seletiva, o que envolve rapidez e controle do tempo; resistir, quando algo inesperado acontecer externamente (controle inibitório); e modificar o cronograma, na ocorrência de algo inesperado (flexibilidade cognitiva). Com o propósito de manter os comportamentos e o comprometimento com o objetivo desejado, é fundamental ter constância e aproveitar os estímulos do meio ambiente e de experiências anteriores, para se ter foco na meta (manutenção).

É preciso lembrar ainda que, no envelhecimento normal, podem ser observadas alterações cognitivas que não chegam a comprometer a funcionalidade do indivíduo. Esse processo é marcado por alterações estruturais e funcionais e, em decorrência de alterações no cérebro, e, mesmo quando saudável, podem ocorrer declínios cognitivos (MALLOY-DINIZ, 2017). A cognição pode diminuir, permanecer estável ou até mesmo melhorar (RIBEIRO et al. 2010). Em outras palavras, com a idade, mesmo com a diminuição cognitiva, os idosos que não são acometidos por doença podem compensar essas perdas por ganhos em conhecimento, sabedoria e experiência (YASSUDA; ABREU, 2006).

Contudo, no envelhecimento patológico, tal como nas demências, as perdas neurológicas resultam em limitações na funcionalidade, que afetam os domínios social,

ocupacional, de lazer e as atividades da vida diária do paciente (ABREU; TAMAI, 2006). A incapacidade cognitiva pode ocorrer, quando existe diminuição nas ABVDS básicas e/ou nas AIVDs, associadas a mudanças na cognição, humor, consciência, pensamento e sensopercepção, que podem ser caracterizadas pelo *delirium*, doença mental, depressão e demência. No *delirium*, ocorre uma diminuição de consciência, cujos principais traços são desatenção, desorientação temporal, espacial, sensopercepção e psicomotricidade. Já, na doença mental, são observadas alterações do pensamento e da sensopercepção, que podem ser auditivas, visuais, táteis, olfativas, gustativas, cinestésicas etc. Na depressão, o humor é o componente comprometido e, na demência, existem diferentes déficits cognitivos, como amnésia, afasia, apraxia, agnosia e disfunção executiva (ALBRIGHT; KANDEL; POSNER, 2000; SIERRA-FITZGERALD; MUNÉVAR, 2007; EYSENCK; KEANE, 2007; AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2016). Quanto à demência, esta pode alterar as atividades mentais, como percepção, memória, linguagem e consciência (ALBRIGHT; KANDEL; POSNER, 2000; SIERRA-FITZGERALD; MUNÉVAR, 2007; EYSENCK; KEANE, 2007; FUENTES; MALLOY-DINIZ; COSENZA; MALLOY-DINIZ, 2008, PATERSON et al., 2020; SHUDIR et al., 2020). Todavia, considera-se a demência uma patologia crônica do cérebro e progressiva (OMS, 2017).

Em relação à neurociência cognitiva, esta é a área que busca entender a relação entre cognição, comportamento e atividades do sistema nervoso em condições normais e patológicas. Porém, a sobreposição de sintomas cognitivos e psiquiátricos tem dificultado a elaboração do diagnóstico de déficits cognitivos e depressão (BORA; BECK, 2016).

No estudo de Chamelian e Feinstein (2006), os déficits cognitivos estavam ligados à comorbidade “depressão”. A amostra foi composta por 63 indivíduos, na maioria mulheres, que tiveram lesão cerebral traumática de grau leve a moderado. Constatou-se que elas apresentavam pior desempenho em várias medidas de memória, atenção e funcionamento executivo. Além de queixas cognitivas, tinham o diagnóstico de depressão maior. Corroborando com esse estudo, para Brailen et al. (2017), Paterson, Yeung e Thornton (2016) e Sudhir et al. (2020), o comprometimento cognitivo e a depressão frequentemente co-ocorrem em adultos mais velhos, porém não se sabe se a depressão é um fator de risco para a diminuição cognitiva, se é uma reação psicológica ou se são sintomas depressivos, que já ocorriam ao longo do tempo.

Paterson, Yeung e Thornton (2016), estudaram as mudanças cognitivas em 1506

idosos com idade igual ou superior a 65 anos. Como resultados, constatou-se uma diminuição na velocidade de processamento e um aumento nos sintomas da depressão ao longo do tempo. Os sintomas somáticos da depressão aumentaram simultaneamente com a diminuição da velocidade de processamento, sugerindo-se, assim, a existência de processos neurodegenerativos comuns. Conforme os autores, essas relações entre sintomas depressivos e função cognitiva têm implicações importantes no tratamento, no funcionamento diário e na independência de idosos.

2.4.1 Avaliação cognitiva e os fatores que influenciam nessa área

No Brasil, as pesquisas, para identificar a diminuição cognitiva em fase inicial e diferenciar o envelhecimento normal, têm aumentado nos últimos anos (BERTOLUCCI et al., 1994; BERTOLUCCI; OKAMOTO; TONIOLO NETO; RAMOS; BRUCKI, 1998; BERTOLUCCI et al., 2001; BRUCKI; NITRINI; CARAMELLI; BERTOLUCCI; OKAMOTO, 2003; BRUCKI; ROCHA, 2004; LAKS; BAPTISTA; CONTINO; DE PAULA; ENGELHARDT, 2007; OKAMOTO, 2001; PORTO; FICHMAN, CARAMELLI; BAHIA; NITRINI, 2002).

O instrumento que tem se mostrado eficaz para essa tarefa é o *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*, denominado “Bateria CERAD”, que avalia diferentes funções cognitivas e identifica quadros iniciais de demências em idosos (RIBEIRO et al., 2010). Em 1998, no Brasil, Bertolucci et al. (1998) aplicaram a referida bateria em um estudo com uma população de 80 idosos, sendo que 21 deles foram diagnosticados com demência do tipo Alzheimer (DA) em fase inicial, e os demais participantes do estudo eram saudáveis. Os resultados da pesquisa mostraram que os idosos com DA tiveram uma diferença significativa no desempenho, comparado com os outros grupos em todos os testes, com exceção no teste de nomeação, de praxia construtiva. Mais tarde, Bertolucci et al. (2001) avaliaram 85 idosos sem comprometimento cognitivo, dos quais 31, com diagnóstico de DA, na fase inicial; e 12, na fase moderada. Houve diferenças significativas entre os grupos em todos os testes, exceto na nomeação e praxia construtiva.

Confirma-se, pelos estudos realizados, a validade do CERAD, como instrumento para o diagnóstico de demência inicial em idosos brasileiros (RIBEIRO et al., 2010). A Bateria CERAD também é utilizada em pesquisas de coorte internacionais, como em

países de alta renda econômica: nos Estados Unidos, Inglaterra e Irlanda (LANGA et al., 2009; SAVVA et al., 2013); nos países de média e baixa renda, como na China (LEI; SMITH; SUN; ZHAO 2014), México (MEJÍA-ARANGO; WONG; MICHAELS-OBREGÓN, 2015) e Brasil (CASTRO-COSTA et al., 2018).

Estudos internacionais (LANGA 2009; SAVVA et al., 2013; LEI; SMITH; SUN; ZHAO 2014; MEJÍA-ARANGO; WONG; MICHAELS-OBREGÓN, 2015) e nacionais (LIMA-COSTA et al., 2018) demonstraram, de maneira consistente, que o aumento da idade e o baixo nível educacional são os principais fatores sociodemográficos para o funcionamento cognitivo em idosos (ARGIMON; STEIN, 2005; BERTOLUCCI, BRUCKI; CAMPACCI; JULIANO, 1994; BRITO-MARQUES; CABRAL-FILHO, 2005; BRUCKI; ROCHA, 2004; ERVEN; JANCZURA, 2004; FOSS, VALE; SPECIALI, 2005; MEGURO et al., 2001; NITRINI, 1999; OSTROSKY-SOLSI, ARDILA, ROSSELLI, LOPEZ-ARANGO; URIEL-MENDOZA, 1998; ROSSELLI; ARDILA, 2003; BERTOLUCCI, 1998), além do fator étnico (ASSARI; LAMKARANI, 2016) e de gênero (MERCHANT et al., 2017; DALE et al., 2018).

O estudo longitudinal de Castro-Costa et al. (2018) do ELSI-Brasil, mesmo tendo uma amostra mais jovem, apresentou resultados inferiores em todas as avaliações da memória imediata, tardia e combinada, quando comparado aos estudos em países de alta renda, como os da Inglaterra, Estados Unidos e Irlanda (LANGA et al., 2009; SAVVA et al. 2013). No ELSI-Brasil, a maior parte da amostra dos brasileiros tinha 50 anos ou mais e possuía menos de 12 anos de escolaridade; nos países de alta renda, a amostra era composta por 56% de pessoas com 65 anos; e 39%, entre 57 a 64 anos (LANGA et al. 2009; SAVVA et al. 2013).

Também, o estudo longitudinal de Castro-Costa et al. (2018) sobre a Saúde do Idoso (ELSI-Brasil) investigou a função cognitiva e a dinâmica do envelhecimento nas regiões brasileiras, como Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Os adultos mais velhos da macrorregião Sul apresentaram o melhor desempenho nas variáveis “memória imediata” e “memória combinada”, enquanto o melhor desempenho na “memória tardia” e “fluência verbal” ocorreu nos residentes do Centro-Oeste e Sudeste, respectivamente. Residentes mais velhos e com baixa escolaridade tiveram índices mais baixos nos testes de memória imediata, tardia e combinada, além da fluência verbal em todas as macrorregiões, com exceção do Sudeste, na qual os níveis mais baixos na fluência verbal não estavam correlacionados às idades mais elevadas (PASSOS; GIATTI; BENSENOR; TIEMEIER;

IKRAM; FIGUEIREDO et al., 2015).

Nesse sentido, a pesquisa de Ribeiro, Oliveira, Cupertino, Neri e Yassuda (2010) avaliou o desempenho de 158 idosos, integrantes do grupo de “Processo do Envelhecimento Saudável (PENSA)”, nos testes cognitivos da Bateria CERAD. Notou-se a relação entre idade e escolaridade. A média de idade foi de 70 anos e a de escolaridade, de 7 anos, e os melhores resultados cognitivos, na maior parte dos testes, também estavam associados a mais anos de escolaridade, menor idade e viver com companheiro.

A partir da pesquisa de Herrera, Caramelli, Silveira e Nitrini (2002), igualmente observou-se que as variáveis sociodemográficas estavam relacionadas à funcionalidade cognitiva e que a demência esteve mais prevalente no Brasil em indivíduos com baixa escolaridade, com maior idade e no gênero feminino (RIBEIRO; OLIVEIRA; CUPERTINO; NERI; YASSUDA, 2010; MERCHANT et al., 2017).

Similarmente, no Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), a prevalência de declínio cognitivo foi maior nos grupos de escolaridade mais baixa e com idade mais avançada (LEBRÃO; DUARTE, 2003; LEBRÃO; LAURENTI, 2005; MERCHANT et al., 2017; DALE et al., 2018; ZHU, 2012). Corroborando com o estudo de Lopes (2006), percebeu-se que a baixa escolaridade e o aumento da idade estavam associados à maior prevalência de demência (FARINA; COSTA; OLIVEIRA; LIMA; MACHADO; MORET-TATAY; LOPES; ARGIMON; IRIGARAY, 2019).

Nesse contexto, o fenômeno feminino, ou seja, do aumento do número de mulheres no processo do envelhecimento foi comprovado (PATERSON; YEUNG; THORNTON, 2016; MERCHANT et al., 2017; DALE et al. 2018). Conforme Netto (2002), a tendência de até os 45 anos a quantidade de homens e mulheres seria quase igual, e, aos 70 anos, haverá aproximadamente seis mulheres para cada cinco homens e, aos 80 anos, o número será de quatro mulheres para um homem. Na comparação entre o gênero feminino e masculino, na pesquisa de Castro-Costa et al. (2018), notou-se que o feminino apresentou o pior desempenho nos testes de fluência verbal, mas estes resultados não foram consistentes.

Já no estudo de Ribeiro, Oliveira, Cupertino, Neri e Yassuda (2010), constatou-se que o melhor desempenho foi o dos homens no teste de nomeação e, nos testes de memória, a associação foi com a melhor percepção da saúde. Esse estudo incluiu outros fatores, como os sociodemográficos que tiveram influência significativa no desempenho

cognitivo dos idosos, além da escolaridade e idade, do gênero, do estado civil e da saúde geral percebida (RIBEIRO; OLIVEIRA; CUPERTINO; NERI; YASSUDA, 2010).

Conforme Murphy e O’Leary (2009), a memória e a linguagem são as funções cognitivas mais afetadas, sobretudo, nos homens. Essa situação é explicada pelo fato de os homens terem uma menor quantidade de substância cinzenta no hemisfério esquerdo, comparada ao sexo feminino. Verifica-se uma atrofia do hemisfério esquerdo no sexo masculino que vai se salientando com o avanço da idade.

No entanto, o estudo Brucki e Rocha (2004), sobretudo em relação ao desempenho cognitivo e à variável gênero, mostrou que homens tiveram o melhor desempenho no teste de fluência verbal. Houve, portanto, uma discordância do estudo de Colom, Quiroga e Juan-Espinosa (1999), em que os homens foram melhor nas habilidades visuoespaciais e matemáticas, e as mulheres, nos testes verbais (RIBEIRO; OLIVEIRA; CUPERTINO; NERI; YASSUDA, 2010). Entretanto, nas pesquisas, focadas na cognição e com variável sexo, os resultados são contraditórios e inconsistentes (FERREIRA; FERREIRA; FERNANDES 2014; PASSOS et al., 2015).

2.5 DEPRESSÃO

A depressão é uma doença que envolve muito preconceito e mitos populares, sendo considerada uma fraqueza, ligada à ociosidade, a qual pode ser curada pela própria pessoa. Isto é, com algum esforço pessoal, o indivíduo que está passando por um período depressivo pode sair dessa situação, mesmo sem ajuda de um profissional (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012).

Contudo, ela é definida como um distúrbio da área afetiva ou de humor e, nos idosos, muitas vezes, ignorada, porque os profissionais de saúde entendem que os sinais e os sintomas depressivos seriam manifestações normais do envelhecimento. Mas, se essa doença não for tratada, ela pode se agravar, podendo haver perdas de autonomia e, inclusive, levar ao suicídio (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012).

Segundo DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014), para o diagnóstico clínico da depressão de um grau maior, devem ser levados em consideração cinco dos nove sintomas: duração de duas semanas ou mais, com consequências significativas para a família e o trabalho; os sintomas relacionados aos

pensamentos (morte e suicídio), à dificuldade de concentração e falta de memória; comportamentos (alterações do sono para mais ou para menos, do apetite e peso); perda de interesse por atividades antes consideradas prazerosas, agitação ou retardo mental, isolamento, fadiga ou perda de energia; higiene pessoal precária, pois o idoso não lava as mãos, não troca nem limpa as roupas, não toma banho nem aperta a descarga; e sentimentos de vazio, como pessimismo, desesperança, inutilidade e culpa (OMS, 2017). No caso da depressão em idosos, esta surge através de manifestações somáticas ou dolorosas, queixas de esquecimento, falta de memória e sentimentos de tristeza (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2016).

2.5.1 Epidemiologia

A depressão no idoso é um problema de saúde pública, e cerca de 350 milhões de pessoas são afetadas por ela. Destaca-se que 5% dos idosos norte-americanos têm este diagnóstico, e entre 8% a 16% apresentam sintomas clinicamente significativos. No Brasil, há uma projeção de que, em 2050, de 9% a 10% da população idosa poderão apresentar esse problema (OMS, 2017).

A depressão pode ocorrer em qualquer fase da vida, e os sintomas variam, conforme o indivíduo, a idade e a personalidade, causando um sentimento intenso e duradouro de tristeza (TEIXEIRA, 2018). Diferem-se de pessoa para pessoa (NETTO, 2004), portanto, e dependem das situações que permeiam toda a sua existência, o seu estilo de vida, contexto social e familiar (CAMPÔA, 2009).

2.5.2 Caracterização

O episódio depressivo pode apresentar-se como leve, moderado ou grave, e estes níveis vão depender da intensidade dos sintomas. Esse episódio pode ocorrer durante um período prolongado de tempo ou ser recorrente, quando envolve repetidos episódios (OMS, 2017). Para melhor eficácia no tratamento da depressão, profissionais da saúde e pacientes precisam saber sobre a bioquímica relativa a essa doença e os seus diferentes diagnósticos. Ela é complexa e multifatorial, na qual estão envolvidos fatores, como endógeno, psicogênico e somatogênica (SAVIOLI, 2013).

O fator endógeno está relacionado a alterações no sistema nervoso central, em

uma região que é responsável por nossas emoções, o chamado “o Grande Sistema Límbico”, localizado ao lado dos lobos temporais do cérebro. O Sistema Límbico funciona em conjunto com Hipotálamo e o Tronco Encefálico, e estas estruturas estão no entorno do Tronco Encefálico. Nesse sistema, nascem os instintos humanos básicos, como raiva, ódio, alegria, felicidade, além de comportamentos alimentares, do sono, da sexualidade, incluindo preocupações e medos. Quando a depressão atinge essa parte do cérebro, as células do Sistema Límbico diminuem a capacidade de produção de substâncias químicas, denominadas “neurotransmissores”, que são a noradrenalina, a dopamina e a serotonina. Quando as vias metabólicas, responsáveis por levar as enzimas e aminoácidos, como o triptofano, para os neurotransmissores, aquelas passam a não ser produzidas de forma adequada, surgindo, por conseguinte, doenças, como depressão crônica (SAVIOLI, 2013).

Já a psicogênica caracteriza-se pelas perdas afetivas, as quais estão atreladas a fatores sociais e de estresse, tais como: a história de vida do indivíduo, perda de emprego, rompimento de relações e falecimento de parentes (SAVIOLI, 2013). A somatogênica, também denominada “comportamental”, relaciona-se à aprendizagem do indivíduo, ao seu temperamento e personalidade, às tristezas e à forma de o indivíduo responder a elas ao longo das várias fases de sua vida, de sua formação – vida uterina – até a adolescência, momento em que é formada a sua personalidade (SAVIOLI, 2013).

Destaca-se que a tristeza e a depressão apresentam diferenças na duração, intensidade e frequência. A tristeza tem uma causa, e o indivíduo reage a estímulos positivos. É um sentimento normal, pois ajuda a pessoa a elaborar uma perda e vai melhorando com o tempo. Entretanto, na depressão, a pessoa não reage a nenhum estímulo positivo e este sentimento nem precisa ter nenhuma causa, porque é uma patologia e precisa de tratamento, caso contrário, a tendência é somente piorar (OMS, 2017).

A depressão pode se apresentar de duas formas: primária ou secundária. A primária ou unipolar pode ser endógena, psicogênica ou somatogênica e não precisa ter causa orgânica nem ligação direta com fatores estressantes. Na primária bipolar, são observados sintomas depressivos e de euforia, e a pessoa sente uma energia anormal, acompanhada de uma autoestima elevada, redução do sono, podendo ocorrer desconexões com a realidade. Já a depressão secundária está ligada ao uso de algum medicamento, a fatores estressantes e a doenças metabólicas, reumatológicas e neurodegenerativas

(SUDHIR; SANGU; AGOSTINHO, 2020). Ela pode ser bidirecional, e as pessoas que possuem doenças crônicas têm, como consequência, a depressão. Com referência aos idosos deprimidos, estes, se não tratados, têm maiores chances de apresentar problemas e doenças neurológicas (SUDHIR, SANGU; AGOSTINHO, 2020; REICHARD et al., 2019). Segundo Savioli (2013), a depressão secundária ocorre em aproximadamente 50% dos pacientes com demência; 50%, com doenças de Parkinson; e 25 %, com doenças cerebrovasculares.

No que concerne à desesperança, este é um aspecto principal de um estilo cognitivo depressivo, pois a tríade cognitiva negativa e perspectivas negativas em relação ao futuro, que é desesperança, fazem parte da tríade cognitiva negativa. A desesperança desempenha um papel fundamental na trajetória da depressão e do suicídio (BECK, 2008; MATOS; OLIVEIRA, 2013).

Os sintomas depressivos podem estar ligados à etnia, pois, segundo o estudo de Assari e Lankarani (2016), nesta perspectiva, tais sintomas se apresentaram com maior frequência nos adultos idosos brancos do que em negros. Indivíduos brancos com depressão apresentam níveis mais elevados de desesperança do que negros sem depressão (ASSARI; LAMKARANI, 2016).

Quando ocorrem os primeiros sintomas da depressão nos idosos, os médicos deverão fazer um trabalho detalhado até descartar qualquer doença clínica, solicitando exames laboratoriais, hemograma completo – para excluir deficiências nutricionais – até mesmo neuroimagem. Também, quando os pacientes apresentam resistência ao tratamento medicamentoso para depressão, além de sinais neurológicos ou comprometimentos cognitivos, é preciso avaliar essas situações, para descartar comprometimentos cognitivos, demência e *delirium* (SUDHIR; SANGU; AGOSTINHO, 2020),

Salienta-se ainda que a anamnese é incluída no diagnóstico clínico, considerando-se o estado mental do idoso, e o profissional da saúde precisa observar aspectos, tais como: atenção, orientação, senso de percepção, juízo crítico, abstração, pensamento e cognição. O afeto é representado pelo humor, e as emoções são expressas pelo indivíduo. Por último, é percebida a volitação, ou seja, os impulsos apresentados (OMS, 2017; BIRCH et al., 2016).

Constata-se também que os sintomas depressivos diminuem a capacidade de resolução de problemas em idosos (BIRCH et al., 2016). Em um estudo realizado, embora

os idosos não apresentassem critérios para depressão, as pontuações mais baixas foram prevalentes nos instrumentos que avaliaram a memória e as tarefas executivas (GANGULI et al., 2009). Os sintomas depressivos estiveram relacionados à diminuição da saúde e ao estado funcional em idosos (DALE et al. 2018).

2.5.3 Aspectos para a prevenção da depressão nos idosos

Para manter o qualidade de vida e o bem-estar dos idosos, vários fatores podem colaborar para isto, tais como as atividades realizadas em grupo, as relacionadas ao corpo, a religião ou espiritualidade, o suporte familiar, a terapia ocupacional, entre outros (SUDHIR; SANGU; AGOSTINHO, 2020).

No estudo de Irigaray e Schneider (2007), os idosos apresentaram ausência e baixa prevalência de sintomas depressivos, quando participam de atividades grupais em um período igual ou superior a um ano, além de serem observadas melhoras nas áreas pessoal e cognitiva. Nesse sentido, os grupos de convivência têm demonstrado benefícios e prevenção na saúde do idoso, já que proporcionam atividades sociais, físicas, vínculos de amizade, viagens, eventos, entre outros, inserindo-o novamente na sociedade e restaurando a sua autoestima (DACHES, 2002). Porém, nem todos têm acesso a estes benefícios pela dificuldade de locomoção ou, até mesmo, pelos sentimentos negativos, principalmente, de solidão e exclusão social.

As pesquisas têm mostrado que os exercícios físicos igualmente ajudam nas mudanças estruturais e funcionais no cérebro, determinando benefícios no funcionamento cognitivo e no bem-estar, além de serem um fator protetor para a neurodegeneração (MANDOLESI, 2018). Em um estudo, envolvendo várias modalidades de atividade física durante seis meses, realizados três vezes por semana, foi observado que aqueles que praticaram exercício aeróbico obtiveram melhora na memória e na ativação dos córtices pré-frontal e do cíngulo anterior, o que ajudou na manutenção dos neurônios e permitiu o crescimento e a diferenciação de novos neurônios e sinapses (RUSCHEWEY et al. 2010).

No que concerne à religião, uma revisão de estudos acerca do bem-estar psicológico, da saúde física e mental dos idosos associou as crenças religiosas a menos doenças, como depressão, menos comportamentos suicidas e abuso de álcool e drogas (GLIDDEN et al. 2019).

Apontamos também que intervenções psicológicas, como as de Homes, Lang e

Shah (2009), as quais com que os idosos tenham melhores condições de enfrentar os problemas, . Os autores, em seu estudo experimental, fazem com que os participantes ressignifiquem as representações negativas e disfuncionais, bem como diminuam a quantidade de envolvimento e frequência com que pensam desta forma. Na pesquisa, foi adotada uma atitude de aceitação e fortalecidas as redes cognitivas emocionais, com estímulos audiovisuais, motor e de verbalizações repetidas, com 98 idosos randomizados, distribuídos em dois grupos, durante sete semanas. O Grupo 1 ficou com o treinamento *Competitive Memory Training* (COMED) para ruminação, e o Grupo 2, com treinamento tradicional, que inclui medicamentos, com ou sem psicoterapia, tratamento de suporte, psicoeducação e solução de problemas.

O COMED é constituído por seis etapas: 1. desenvolver motivação através das vantagens e desvantagens da ruminação; 2. fortalecer a capacidade de aceitar ou ser indiferente; 3. desenvolver a consciência no que envolve a sua ruminação, com que intensidade e frequência acontecem; 4. exercícios de imaginação, com cenas do passado;

5. combinação de imaginação, postura, expressões faciais, autoverbalização repetidas vezes, com registros diários e lições de casa; 6. atenção para temas que possam surgir no futuro (EKERS et al., 2011).

No estudo de Daches (2002), constatou-se que a memória apresenta uma associação de distorções cognitivas que caracterizam a ruminação e que, com a intenção e o controle, pode diminuir este conteúdo negativo. Os participantes receberam estímulos de duas palavras (uma negativa e a outra neutra) e aprenderam a ignorar uma delas. Os que foram treinados para inibir o conteúdo negativo mostraram posteriormente um viés de negatividade reduzido, manifestando uma menor preferência pelas imagens negativas. Salienta-se ainda a importância de intervenções, focadas na modificação de distorções cognitivas, como uma maneira de ajudar as pessoas a interromperem hábitos ruminativos e, assim, prevenir os sintomas da depressão.

2.6 ESPERANÇA

2.6.1 História do estudo da esperança e da Psicologia Positiva

A esperança é reconhecida há muito tempo e, na cultura ocidental, a sua

concepção apareceu, pela primeira vez, no mito de Pandora. Nessa história, Zeus ficou furioso com Prometeu por roubar o fogo dos deuses e, como vingança, enviou à Terra para Pandora uma caixa cheia de criaturas do mal. Falou a ela para não abrir a caixa, mas sabia que a curiosidade logo a dominaria. Como previsto, finalmente, ela abriu a tampa, para olhar o que havia dentro, e várias criaturas saíram, as quais permaneceram na Terra para sempre, atormentando a humanidade com uma série de problemas, tais como diferentes tipos de doenças, inveja, despeito e vingança. Porém, uma única criatura continuou na caixa, quando Pandora conseguiu fechá-la – a esperança – que faz com que os problemas humanos pareçam suportáveis, enquanto seguem em direção aos objetivos da vida (SNYDER, 2000, SNYDER et al. 1991; BETTO; CORTELLA, 2012; BARROS-OLIVEIRA, 2008).

No mito de Pandora, conforme Snyder (2000), há aspectos que podem ser considerados negativos em relação à esperança, como os problemas que o ser humano tem dificuldade em enfrentar. Ainda, nesse sentido, para Marcus Fabius Quintilianus, na obra “De Institutione Oratoria” (1822), a esperança é vã, como os sonhos daqueles que acordam. Já, para Patrick Henry (1981), no “Discurso na Convenção da Virgínia”, é natural que os homens se entreguem à ilusão de esperança. Nesse sentido, de acordo com Benjamin Franklin (1757), no almanaque do “Pobre Richard”, a pessoa que vive da esperança morrerá em jejum e, como afirma Francis Bacon, ela “é uma bom café da manhã, mas, uma ceia ruim” (SNYDER, 2000; BARROS-OLIVEIRA, 2008).

Entretanto, há autores que possuem opiniões divergentes, pois acreditam que, embora haja aspectos negativos em relação à esperança, é preciso considerar os positivos em relação a ela e à vida homem. Essa visão foi afirmada por Tillich (1965, p.17), o qual sugere que “a esperança é fácil para os tolos, mas difícil para os sábios”. Todos podem se perder na esperança tola, mas a esperança genuína é algo raro e grande”. É de grande necessidade e real para o homem e não é considerada uma compensação, cheia de ilusões, para as suas frustrações, ou um meio para que ele se acomode e não queira modificar os seus problemas. (BARROS-OLIVEIRA, 2008) “É a virtude mais importante na vida, pois ninguém iniciaria nenhuma atividade se não possuísse coragem para enfrentar as incertezas do futuro” (ALBERONI, 2001). Para construir a vida, é preciso que haja expectativas de ação no futuro. Também, a esperança acaba com a certeza da morte, quando o horizonte ressurgue com novas oportunidades e incertezas existenciais (BARROS-OLIVEIRA, 2008).

É representada por símbolos positivos, como a cor verde, indicando a primavera, os raios da luz solar da manhã que promovem um lindo dia e garantem que um barco, a navegar, não irá naufragar. Está representada por um ramo de oliveira, apontando para a paz; igualmente, por um farol que indica o porto seguro; enfim, a Fênix renascendo das próprias cinzas (BARROS-OLIVEIRA, 2008).

Nesta perspectiva, abordando a necessidade da esperança, Canova (1989), em seu livro “As chaves da esperança”, cita uma passagem de Lutero, o qual afirma que ela “está presente em toda a parte, e tudo o que se faz é em nome da esperança. Por exemplo, nenhum agricultor irá plantar sementes de trigo sem ter a esperança de colher” (CANOVA, 1989 apud BARROS-OLIVEIRA, 2008). Sem esperança, como assinala Barros-Oliveira (2008), o mundo pararia, bem como não haveria mais homens, nem nascimentos, e os médicos não teriam vontade de curar ou tentar curar, enfim não haveria motivação para continuar a viver.

Com um ponto de vista interessante, Snyder (1991, 2000) sugere que a esperança pode fazer a vida ser mais suportável pelos contínuos planos e objetivos, e Barros-Oliveira (2008) complementa essa ideia, ao dizer que ter esperança é uma questão de atitude, emoção e virtude, sendo esses aspectos bastante necessários para o ser humano.

De fato, ninguém pode duvidar que a esperança é uma das coisas mais importantes, senão a mais importante do homem, porque ele encontra sentido para a vida e a morte. Ao ter esperança, sabe que tudo não se acaba, mas que as suas ações poderão ser refletidas na eternidade (AQUINO, 2012; SILVEIRA; MAHFOUD, 2008; BARROS-OLIVEIRA 2008; FREDRICKSON; TUGADE, WAUGH; LARKIN, 2003).

Nesse contexto, o palavra “esperança” é considerada um “guarda-chuva”, que engloba teorias e pesquisas sobre emoções positivas, características individuais e institucionais positivas, sobre o que fazer para a vida valer a pena de ser vivida (NOBLE; MCGRATH, 2008; SELIGMAN; STEEN; PARK; PETERSON, 2005, ZANON et al. 2020).

Dada a sua importância, a esperança foi estudada por filósofos, teólogos e psicólogos. Platão, por exemplo, foi considerado o primeiro pensador a escrever sobre a esperança como algo divino; e Kant questionava se a existência poderia ser uma transcendência e perguntou: “O que podemos esperar?” (BARROS-OLIVEIRA, 2008).

Já os teólogos cristãos, na própria Bíblia, escreveram, como Hebreu (11,1), acerca da garantia das coisas esperadas em relação a fé, e Romanos (5:3-4), sobre as tribulações

que geram paciência; a paciência que gera a experiência; e a experiência que gera a esperança. Há, ainda, a mensagem de coragem e persistência nos Salmos (31:24): “Esforçai-vos, e Ele fortalecerá o vosso coração, vós todos que esperam no Senhor” (BÍBLIA, 1979).

Erikson (1964), psicólogo e psicanalista, considerou a esperança como a primeira e a mais indispensável virtude inerente do ser humano, e o psiquiatra, Viktor Frankl, esteve nos campos de concentração e acredita que a liberdade máxima do ser humano é poder escolher a atitude frente as situações da vida e da morte – decidir, desistir ou enfrentar a dor e o sofrimento. Sua Teoria, chamada “Logoterapia” ou “Psicoterapia do Sentido da Vida”, busca compreender a existência, incluindo a dimensão espiritual ligada à esperança (ERIKSON, 1964 apud AQUINO, 2012; SILVEIRA; MAHFOUD 2008; FREDRICKSON; TUGADE; WAUGH; LARKIN, 2003).

Os psicólogos igualmente passaram a estudar esse tema, e um dos primeiros foi Fromm (1984), o qual escreveu o livro, “A revolução da esperança”, na qual afirmou que, quando ela acaba, acaba a vida. Acrescentou ainda que a esperança é um elemento intrínseco e estrutural da vida e do espírito humano.

Assinala-se ainda que, após a Segunda Guerra Mundial, muitos dos combatentes voltaram para casa com transtornos emocionais, sofrimentos físicos e psicológicos, surgindo, assim, a necessidade de se focar na Psicopatologia, nos diagnósticos e tratamentos, conforme modelo médico, para suprir esta demanda (CHEN; LAZARUS 1979 apud SNYDER, 2000) e trabalhar a esperança.

Nesse cenário, embora a esperança tenha sido estudada vastamente por Snyder (1994 a, 2002), ficou mais conhecida em 1998, quando o então presidente da *American Psychological Association* (APA), o psicólogo Martin Seligman, apresentou a Psicologia Positiva (PP) e tentou mudar o foco da ciência, que estava nos aspectos patológicos e nos riscos do desenvolvimento humano, devido à guerra, passando para os estudos das potencialidades, virtudes e aspectos saudáveis dos seres humanos (SELIGMAN, 1998). Esses construtos estão associados à resiliência, esperança, otimismo, espiritualidade, gratidão, compaixão, apoio social, amor, felicidade, competência social e criatividade (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHAL, 2000).

Para compreender um pouco mais sobre a evolução do pensamento em relação à esperança, é preciso lembrar que, no artigo, “The will and the ways”, de Snyder et al. (1991), foi criada a Teoria da Esperança, definida como um construto aprendido que pode

ser estimulado ao longo da vida. Consideram os autores que ela não significa somente traçar metas ou objetivos, mas também possuir os meios e as capacidades para alcançá-los. Quatro anos depois, Snyder (1994a) complementa o seu pensamento, dizendo que a esperança é intencional, multidimensional, cujo pensamento leva à adaptação do comportamento. No ano seguinte, aprimorando a definição de esperança, o autor acredita ser ela “um processo de pensamento, para atingir os objetivos, que inclui a agência e os caminhos ou vias. Sugere ainda que ter mais esperança significa ter o pensamento e os meios suficientes para atingir os objetivos (SNYDER, 1995). Surge, desta forma, a Teoria de Snyder, relativa à esperança (SNYDER, 1994a; SNYDER, 2000; SNYDER et al., 1991), a qual é definida como “um estado motivacional positivo dinâmico e interativo”.

2.6.2 Características da Psicologia Positiva

A Psicologia Positiva (PP), ligada à esperança, inclui emoções, relacionamentos e realizações positivas e não significa somente a ausência de saúde mental (SELIGMAN, 2008). Seligman e Csikszentmihaly (2000) publicaram um artigo sobre construtos virtuosos, como bem-estar subjetivo, esperança, otimismo, espiritualidade e como estes aspectos afetam a saúde, a autonomia e a autorregulação (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALY, 2000). A referida Teoria tem como objetivo fortalecer as emoções, os relacionamentos e as realizações positivas (SELIGMAN, 2008), mesmo diante das adversidades. A Logoterapia ou a Psicoterapia do Sentido da Vida de Viktor Frankl (AQUINO 2012), já mencionada anteriormente, é composta por tratamentos que seguem a mesma linha da PP (SNYDER; LOPEZ, 2002), pois também busca o enfrentamento dos problemas pela resiliência (FREDRICKSON; TUGADE, WAUGH; LARKIN, 2003).

Silveira e Mahfoud (2008) examinaram as contribuições de Viktor Frankl para o conceito de resiliência, que é ressaltado na PP como uma adaptação positiva em resposta às adversidades, a partir da qual o ser humano é capaz de enfrentar, superar e sair mais forte dessas experiências. Então, os autores concluíram que a resiliência é fator protetor do psiquismo e de transformação dos comportamentos negativos em novas possibilidades (AQUINO, 2012; SILVEIRA; MAHFOUD, 2008). Em outras palavras, é a habilidade de enfrentar efetivamente as circunstâncias e os eventos estressantes e cumulativos da vida para ressurgir, adaptar-se, recuperar-se e ascender para uma vida significativa e produtiva diante das adversidades (AQUINO, 2012; KOTLIARENKO; FONTECILLA;

CÁCERES, 1997; SILVEIRA; MAHFOUD, 2008).

Estudos também comprovam que sentimentos e emoções positivas predizem a resiliência perante a adversidade (FREDRICKSON; TUGADE; WAUGH; LARKIN, 2003), aumentam a felicidade, o otimismo (FREDRICKSON; JOINER, 2002), fortalecem os aspectos psicológicos (FREDRICKSON; TUGADE, WAUGH; LARKIN, 2003) e reduzem os níveis de cortisol em relação ao estresse (STEPTOE; WARDLE; MARMOT, 2005). Nessa perspectiva, Snyder (1994a b, 2002) escreveu vários artigos em diferentes áreas do desenvolvimento do ciclo vital (GOTTSCHALK, 1974; MELGES; BOWLBY, 1969), da Pedagogia da Educação, direcionados aos professores, pais e funcionários e profissionais da saúde, ressaltando a esperança.

Além disso, na clínica terapêutica, a esperança tem sido estimulada em pessoas com câncer, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), doenças graves (WORRELL; HALE, 2001), como as cardiovasculares (FREDRICKSON, BRANIGAN; MANCUSO; TUGADE, 2000) e a depressão (ELLIOTT; WITTY; HERRICK; HOFFMAN, 1991; MACHADO et al. 2017; JI et al., 2017). É, portanto, um recurso de enfrentamento, necessário para vencer os desafios da doença de uma forma positiva (MICHELATO, et al. 2019). De acordo com Affleck et al. (1996), os pacientes com fibromialgia que apresentaram maior esperança eram mais capazes de encontrar os aspectos positivos de sua condição de doença e que eles próprios lembravam desses benefícios.

Atualmente, os estudos em PP seguem em diferentes contextos e populações, contudo os resultados mais efetivos são encontrados no aumento da longevidade, reabilitação e prognóstico de doenças (SELIGMAN, 2008). Essa teoria ainda vem sendo estudada cientificamente nos aspectos humanos, com o propósito de promover e melhorar o *florescimento* das pessoas, grupos e instituições em suas potencialidades e motivações (GABLE; HAIDT, 2005; SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000; SELIGMAN, 2011).

Quanto ao termo “florescimento” (*flourishing*), muito utilizado em pesquisas sobre esperança, está relacionado ao sentir-se bem e ao funcionar bem. Indica ter saúde mental, bem-estar psicológico (HUPPERT; SO, 2009, 2013), bem como altos níveis de emoções, relacionamentos positivos, engajamento, propósito, realização e otimismo (SCORSOLINI-COMIN; FONTAINE; KOLLER; SANTOS, 2013; SELIGMAN, 2011). A referida palavra indica que a vida está indo bem, ou seja, é uma combinação de sentir-

se bem e funcionar de forma eficaz, indicando um nível alto de bem-estar psicológico e saúde mental. Quando uma pessoa percebe que a sua vida vai bem, significa que está florescendo e, com isso, tem mais emoções positivas do que negativas. Assim, a pessoa, quando realiza o seu potencial individual, vive com um propósito (HUPPERT; SO, 2009, 2013; FREDRICKSON; LOSADA, 2005; FRANKL; 1997).

No florescimento, estão incluídos diferentes aspectos: ter emoções positivas, como alegria, gratidão; engajar-se positivamente, possuindo interesse e curiosidade; realizar-se, de maneira positiva, buscando resultados significativos; possuir um propósito positivo, ao contribuir socialmente e ajudar outras pessoas; e ter relações positivas através de habilidades sociais e emocionais (Modelo PERMA) (SELIGMAN, 2011). Esses domínios e outros do florescimento, como resiliência e otimismo, fluem no sentido de manter a ação para o desenvolvimento das forças de caráter de uma pessoa (AQUINO, 2012; PETERSON; SELIGMAN, 2004; NORRISH et al., 2013; SILVEIRA; MAHFOUD, 2008).

Igualmente, estudos têm mostrado que as pessoas, as quais estão em processo de florescimento ou que possuem um alto grau de “bem-estar psicológico, aprendem de forma eficaz, trabalham de maneira produtiva, têm melhores relações sociais, são mais propensas a contribuir com a sua comunidade e têm melhor saúde e expectativa de vida” (HUPPERT; SO, 2009, p. 1).

2.6.3 Esperança e otimismo

Para entender mais sobre o que é esperança, é preciso fazer a distinção entre ela e o otimismo. Conforme Barros-Oliveira (2008), a esperança é uma expectativa e atitude otimista em relação ao futuro. Na verdade, o otimismo está associado à esperança. Para o autor, a esperança é mais ampla e talvez tenha uma conotação mais afetivo-motivacional, enquanto, no otimismo, prevalece a dimensão cognitiva, do ponto de vista subjetivo, que tende a ver os fatos a partir de uma perspectiva positiva. Ainda acrescenta, nesse contexto, as situações ambientais e meteorológicas.

Contudo, para Canova (1989 apud BARROS-OLIVEIRA, 2008), o otimismo é muito mais do que a esperança. Ao citar um escritor francês, o autor afirma que “o otimismo é um substituto da esperança, podendo encontrar-se em qualquer lugar, mesmo no fundo de uma garrafa; ao contrário, a esperança deve conquistar-se e chegar-se a ela

através de grandes esforços e grande paciência”.

Sob outra perspectiva, Bandura (1989) considera a esperança e o otimismo como um conjunto cognitivo generalizado, que pode ser utilizado em contextos específicos e antecipado em relação aos objetivos. Já Barros-Oliveira (2003), Carver e Scheier (1990), ao falarem acerca do otimismo, consideram-no como expectativas para o alcance de algo desejado, uma característica da personalidade, porque são crenças cognitivas-afetivas de como o indivíduo processa uma informação relacionada ao futuro. Para os autores, o otimismo, então, é uma expressão ou uma manifestação da esperança.

O otimismo influencia o comportamento da pessoa e está ligado ao bom humor, à felicidade, esperança, perseverança, nível de realização, resiliência, saúde física, popularidade. Os pesquisadores afirmam igualmente que, quanto maior for o otimismo do indivíduo, melhor será o seu funcionamento e maior será a sua capacidade de lidar com situações indutoras de estresse (CUSTÓDIO; PEREIRA; SECO, 2010; VITORINO; MORGADO; SEQUEIRA, 2011).

Reforça-se, mais uma vez, que a esperança se relaciona positivamente ao otimismo e à resiliência, sendo estes muito importantes para a qualidade de vida do ser humano. Ainda que sejam conceitos diferentes, estão relacionados, eis que ambos envolvem processos cognitivos, baseados em objetivos e expectativas nos resultados positivos (BAILEY, ENG; FRISCH; SNYDER, 2007; GUPTA; SINGH, 2020).

Scotland, Gottschalk e Godfrey (1969, p. 2, apud LOPEZ; SNYDER; PEDROTTI, 2003) definem a esperança como “uma expectativa superior a zero em alcançar um objetivo.” No entanto, conforme Gottschalk (1974 apud LOPEZ; SNYDER; PEDROTTI, 2003), é considerado um recurso, uma medida de otimismo em relação ao resultado positivo. Já, segundo Staat (1989 apud LOPEZ; SNYDER; PEDROTTI, 2003), é a interação que se estabelece entre desejos e expectativas e entre os aspectos afetivos e cognitivos. É uma força mediadora que pesa nas expectativas de alcance e na intensidade afetiva dos desejos, porque os objetivos têm que ser alcançados a partir da utilização de um funcionamento ideal de comportamentos, relacionados à saúde física e mental, mesmo que as pessoas estejam enfrentando problemas (ERICKSON et al. 1975; GOTTSCHALK, 1974; MELGES; BOWLBY, 1969).

Enfim, para que o indivíduo possa lidar com as dificuldades, os obstáculos da vida e as situações desafiadoras, seja na família, no trabalho, na escola ou no ambiente comunitário, a esperança poderá orientar as ações da melhor forma possível (SNYDER,

1994b). Nesse contexto, manter a esperança nas situações adversas e, principalmente no tocante à saúde do idoso, ajuda, de maneira positiva, o enfrentamento das incertezas do futuro, de uma forma mais eficaz e com melhores resultados (SCHIAVON; MARCHETTI; GURGEL, 2017; MICHELATO, 2019; ZANON, 2020).

2.6.4 Características da esperança

O conceito da esperança tem sido muito discutido na literatura e procura-se saber se é uma emoção ou uma cognição ou uma emoção e cognição juntas. Consoante a Teoria da Esperança, acredita-se ser ela um sistema inter-relacionado de pensamento, direcionado a objetivos que responde, emocionalmente, ao *feedback* durante a busca destes (LOPEZ; SNYDER; PEDROTTI, 2003). Também pode ser considerada a crença que dura, para que os desejos sejam alcançados (ERIKSON, 1964; LOPEZ, SNYDER; PEDROTTI, 2003).

É egocêntrica, porque é a percepção da pessoa em relação aos seus objetivos de vida (SNYDER et al. 1991), ou seja, cada situação e cada indivíduo responderá, conforme as suas características pessoais. Além disso, segundo Ferreira (2009), pode ser aprendida, dada a capacidade de o cérebro criar, continuamente, novas conexões cerebrais, conhecidas como neuroplasticidade, mas este processo necessita de treinamento (BÜSSING; OSTERMANN; MATTHIESSEN 2005). Não é, por conseguinte, conforme Cabral e Ferreira (2014), determinada pela hereditariedade, pois é apreendida e está associada ao pensamento direcionado a objetivos

Quanto à sua formação, a esperança, de acordo com a Teoria de Snyder, é composta por dois aspectos: (a) o agenciamento (a energia direcionada para objetivos); e (b) caminhos também chamados de “vias” (o planeamento para encontrar objetivos)” (SNYDER, IRVING; ANDERSON, 1991; SNYDER, 2000), os quais estão relacionados aos aspectos emocionais e cognitivos (LOPEZ; SNYDER; PEDROTTI, 2003).

Assim, para que se mantenha em direção aos objetivos, os dois sentidos são importantes, tanto o de agência quanto o de caminhos, contudo, a fim de definir a esperança, estes ainda não são suficientes, visto que o comportamento deve estar na direção dos objetivos, que consistem nos acúmulos de agência e caminhos (BARROS-OLIVEIRA, 2008).

Os objetivos (*goals*) consistem nas sequências de metas para a ação, levando-se em

consideração o que a pessoa deseja ter, fazer, ser e experienciar (SNYDER; FELDMAN; SHOREY; RAND, 2002), podendo ser para o momento presente ou algo a longo-prazo (MARQUES; PAIS-RIBEIRO; LOPEZ, 2008). No entanto, os objetivos devem ser monitorados (CHEAVENS; FELDEMAN; GUM; SCOTT; SNYDER, 2006), para que sejam alcançados.

Na Teoria da Esperança, ressalta-se ainda que os objetivos devem ser claros, para que as múltiplas vias de pensamento possam ser atingidas, conhecidas e utilizadas, seja para lidar com os obstáculos ou ultrapassá-los (LOPEZ; SNYDER; PEDROTTI, 2003). Ainda, segundo essa Teoria, a esperança será apropriada, quando os objetivos forem: “(a) razoavelmente colocados; (b) sob controle; (c) considerados importantes para os indivíduos; e (d) aceitos em nível social e moral” (AVERILL; CATLIN; CHON, 1990; LOPEZ; SNYDER; PEDROTTI, 2003).

No tocante ao agenciamento, este consiste no pensamento de agência (*agency*), o elemento motivacional da Teoria da Esperança e um estado de persistência (SNYDER, 2002), que se refletem nas cognições sobre a capacidade para começar e continuar um comportamento em direção aos objetivos (SNYDER; LOPEZ; SHOREI; RAND; FELDMAN, 2002). No estudo de Bailey et al. (2007), o agenciamento está fortemente relacionado à satisfação com a vida. Parece que, quando o indivíduo acredita que vai alcançar certos objetivos, o seu bem-estar aumenta por confiar em sua capacidade de gerar meios para ultrapassar obstáculos.

Ao ser analisada a relação da esperança com a cognição, destaca-se que ambas são pautadas em elementos cognitivos, e o ambiente tem consequências no desenvolvimento e no declínio da esperança (AVERILL; CATLIN; CHON, 1990; BANDURA, 1985; LOPEZ, SNYDER; PEDROTTI, 2003).

De acordo com Fredrickson e Losada (2005), as emoções positivas podem mudar aspectos cognitivos das pessoas. Nesse sentido, pesquisas mostraram que sentimentos positivos podem refletir-se na atenção, no desenvolvimento, na intuição e na criatividade. Como exemplo, cita-se Mowrer (1960), em sua pesquisa com animais, sob a perspectiva da Teoria de Aprendizagem e Comportamento, no modelo estímulo-resposta. O autor notou que a emoção, relacionada à esperança, tende a melhorar o comportamento, quando está relacionada a um estímulo agradável.

No que concerne ao pensamento sobre os caminhos (*pathways*), este se relaciona ao gerenciamento de planos, rotas, centrados nos objetivos desejados (SNYDER et al.,

1991). Segundo Snyder (2002), há várias formas para desenvolver pensamentos de diferentes maneiras, como, por exemplo, dividindo o objetivo em subobjetivos, focando em cada um separadamente, seguindo os caminhos, e, se necessário, tentando caminhos alternativos e pedindo ajuda, se for preciso (GUM; SNYDER, 2004).

Esse pensamento foi chamado por Snyder (1991) de “formas” (*ways*), as quais podem estar relacionadas às crenças acerca das experiências passadas (BAILEY et al., 2007), entretanto, para se chegar aos objetivos, será necessário enfrentar os obstáculos, que podem impedir o alcance da meta desejada. Geram-se, então, diferentes caminhos, que são as alternativas, enfrentadas como temporárias (HEAVEN; CIARROCHI, 2008). Esse elemento, também denominado “vontade” por Snyder (1991), significa entendimento de sucesso no alcance dos objetivos no passado, presente e futuro.

As vias de pensamento podem ser mensagens internas positivas, como as observadas na frase “Encontrarei uma forma para conseguir fazer isto!”. Desta forma, o pensamento agenciado é complementar, recíproco e positivamente relacionado (SNYDER et al., 1991; MARQUES; LOPEZ; PAIS-RIBEIRO, 2009). Os pensamentos, associados a esse componente, baseiam-se em autoafirmações positivas, como “Eu consigo fazer isto” (SNYDER, 2002) e na antecipação de potenciais dificuldades (GUM; SNYDER, 2004).

Atualmente, vêm sendo considerados, como parte dos objetivos, o agenciamento e as vias ou caminhos de pensamento (BLAKE; NORTON, 2014; SNYDER; ILARDI; MICHAEL; CHEAVENS, 2000), acrescidos de otimismo, em um modelo que contém os elementos afetivos e cognitivos, interligados para alcançar os objetivos:

vias de pensamento (planificação), capacidade cognitiva, de se autoavaliar, para criar vias de pensamento, para alcançar os objetivos e pensamento agenciado (determinação), que é a capacidade de se autoavaliar, para criar vias de pensamento e providenciar a direção motivacional em direção ao alcance de um objetivo (SNYDER, 2002, p. 557).

Dessa forma, cada via possui uma capacidade cognitiva de avaliar as situações, desenvolver planos e trocá-los, se necessário, para alcançar os objetivos. Nesse momento, as crenças individuais percebidas podem ser determinantes na produção desses elementos (BLAKE; NORTON, 2014), indo ao encontro do modelo ecológico de Bronfenbrenner e Morris (1998). Os autores perceberam, ao longo de sua pesquisa, que pode ser percebida uma série de interações que são recíprocas, as quais que dependem das características das pessoas, dos contextos em que vivem, bem como da época de sua ocorrência, que podem

gerar tanto competências quanto disfunções no desenvolvimento (BANDURA, 1985; BRONFENBRENNER; EVANS, 2000; ERIKSON, 1964; LOPEZ, SNYDER; PEDROTTI, 2003; SNYDER, 2000; BLAKE; NORTON, 2014).

Também, estudos comprovam que esses sentimentos e emoções positivas predizem a resiliência frente a adversidade (FREDRICKSON; TUGADE, WAUGH; LARKIN, 2003), o aumento da felicidade (FREDRICKSON; JOINER, 2003), o fortalecimento psicológico (FREDRICKSON, TUGADE; WAUGH; LARKIN, 2003) e a redução dos níveis de cortisol ao estresse (STEPTOE; WARDLE; MARMOT, 2005).

Nesse ponto, é importante lembrar que a Teoria da Esperança possui algumas semelhanças com outras teorias da PP, como a Teoria do Otimismo (SCHEIER; CARVER, 1987; SELIGMAN, 1991), a Teoria da Autoeficácia (BANDURA, 1985), a Teoria da Autoestima (HEWITT, 1998) e Teoria da Resolução de Problemas (HEPPNER; PETERSEN, 1982). Mesmo que haja diferenças entre elas, na Teoria da Esperança, os caminhos e a agência, para se chegar aos objetivos, têm a mesma importância (LOPEZ; SNYDER; PEDROTTI, 2003).

A esperança envolve ação recíproca entre expectativa de eficácia e expectativa de resultado. A expectativa de eficácia está associada à agência, à motivação para se chegar aos objetivos; e à expectativa de resultado, às estratégias de caminhos para se chegar aos objetivos (LOPEZ; SNYDER; PEDROTTI, 2003). Bandura (1989) reconheceu a bidirecionalidade das expectativas de resultados e eficácia, bem como considerou tais expectativas as mais poderosas que se refletem nos comportamentos para se chegar aos objetivos (LACKAYE; MARGALIT, 2008).

Ainda, destacam Snyder, Feldman, Shorey e Rand (2002) que as pessoas possuem diferentes níveis de esperança e em diferentes áreas da vida. Essas diferenças podem se apresentar em pequenas esperanças da vida cotidiana, como encontrar um lugar para estacionar o carro, que o seu clube ganhe uma partida ou um campeonato, assim como em grandes esperanças, tais como desejar a paz e a solidariedade na Terra, e que reine a justiça e a liberdade para todos. Porém, nem todas as esperanças são reais e possíveis, podendo ocorrer as ilusórias, egocêntricas e patológicas (BARROS- OLIVEIRA, 2008).

Complementa-se ainda que os indivíduos, com altos níveis de esperança, permanecem com comportamentos de esperança (agenciamento e caminhos); os de nível médio têm menos agenciamento, todavia continuam a gerar caminhos; e os de nível baixo demonstram baixo agenciamento e poucos caminhos, para chegar ao objetivo (SNYDER

et al., 1991). De acordo com Snyder et al. (1991), os que possuem altos níveis de esperança têm objetivos maiores em várias áreas da vida e executam tarefas mais complexas do que os com níveis baixos de esperança e, quando enfrentam dificuldades, são mais flexíveis e encontram objetivos e caminhos alternativos; já os com baixos níveis de esperança apresentam pensamentos ruminativos, ficando paralisados frente aos obstáculos (SNYDER, 1999 apud SNYDER, 2002).

Também, de acordo com o estudo realizado por Allen, Goldwasser e Leary (2012), a esperança e a qualidade de vida dos idosos se relacionam igualmente à autocompaixão. O estudo mostrou que os idosos, com altos níveis de autocompaixão e satisfação, apresentaram menos problemas físicos. No entanto, os com baixos níveis de autocompaixão demonstraram maiores dificuldades e precisaram de mais assistência (CASTILHO; GOUVEIA, 2011). Nota-se, em outra investigação, que a autocompaixão se relaciona positivamente com a esperança, já que as pessoas mais autocompassivas tendem a apresentar maiores níveis de esperança e conseguem compreender os seus desejos e motivações, para alcançar os seus objetivos e, conseqüentemente, atingir uma melhor qualidade de vida (YANG, ZHANG; KOU, 2016).

Há outros fatores também analisados, como a questão de gênero. Nesse quesito não foram encontrados diferenças significativas em relação à resiliência e esperança entre os idosos. Quanto à escolaridade em níveis mais altos, estes pontuaram maior resiliência e esperança do que os outros idosos com menos. Também, os que conviviam com membros da família desenvolveram um melhor senso de lidar com uma situação adversa (GUPTA; SINGH, 2020).

No estudo longitudinal de Feldman, Rand e Kahle Wroblewski (2009), percebeu-se uma relação positiva entre a agência e o alcance do objetivo, o que confirma que ter um objetivo influencia a motivação cognitiva, ou seja, os pensamentos de agência. A investigação comprovou aquilo que a Teoria da Esperança afirma, isto é, que os indivíduos ajustam a sua esperança, conforme as suas experiências de sucesso ou de fracasso no alcance das suas metas (SNYDER et al., 1991; SNYDER, 2002).

Mas a esperança também pode ser aprendida, e nesse sentido, Hartmann Júnior et al. (2018) analisaram o construto “esperança” em 51 idosos, com 60 anos ou mais no tocante ao treinamento, como uma estratégia de prevenção e promoção da saúde mental em idosos. A esperança foi analisada como estimulação cognitiva, e os resultados mais significativos nos idosos foram os que tiveram estimulação inicial, em especial, na

permanência e solução de problemas nos caminhos envolvidos. O treinamento da esperança refletiu-se na remissão dos sintomas depressivos e no aumento dos níveis de esperança, mostrando eficácia na redução do humor deprimido.

A partir dessa exposição, são percebidas formas de como enxergar os problemas, como traçar objetivos e achar os caminhos para superá-los. São, portanto, habilidades que podem ser treinadas, quando o ser humano está se desenvolvendo, como na infância e na adolescência. Tais atitudes positivas, como a esperança e o otimismo, poderão ajudá-las ao longo de suas vidas, principalmente, na fase do envelhecimento, no qual os obstáculos se tornam ainda maiores, e a esperança, um elemento chave, para que os idosos possam ter bem-estar.

Salienta-se ainda a necessidade de abordar a questão da saúde mental de maneira mais proativa e preventiva (GREEN et al., 2011; CINTRA; GUERRA, 2017). Nesse contexto, em diferentes instituições educacionais (HUITT, 2010), as pessoas são percebidas e preparadas como um todo. Utiliza-se, assim, a PP com intervenções do bem-estar, para o florescimento dos indivíduos que fazem parte desses contextos, como funcionários, professores e estudantes (NORRISH, 2015). O objetivo dessas ações é promover o ser humano, unindo o lado pessoal com o profissional (GREEN et al., 2011; NORRISH et al.; 2013; WATERS, 2011), reforçando a satisfação com a vida. Conseqüentemente, com a esperança teremos menos doenças, mais bem-estar e menos depressão (SELIGMAN et al., 2009).

3 JUSTIFICATIVA

É fundamental que os fenômenos que ocorrem no envelhecimento, em especial, os que estão ligados ao seu bem-estar, sejam analisados com maior atenção. Neste caso, o comprometimento cognitivo e os sintomas depressivos frequentemente ocorrem, contudo não se sabe se a depressão é um fator de risco para diminuição cognitiva, uma reação psicológica ou se são sintomas depressivos que já ocorriam ao longo do tempo.

Nesse contexto, assinala-se que esperança é uma característica afetiva e cognitiva, porque pode ajudar na prevenção e no controle dos sintomas depressivos e cognitivos no envelhecimento. É um estado emocional que relaciona desejos e expectativas, voltados para o futuro sob um olhar positivo, ou seja, é a crença de que coisas positivas podem acontecer mesmo quando as circunstâncias são adversas (BURY et al., 2016). Atua igualmente como um fator protetivo contra eventos negativos e sintomas depressivos (VISSER; LOESS; JEGLIC; HIRSCH, 2013). Reforça-se a ideia que esperança está ligada ao aspecto cognitivo, já que está relacionada ao melhor desempenho, pois o indivíduo tem claras as suas metas e consegue desenvolver estratégias eficazes para alcançá-las (PETERSON; BYRON, 2007; PACICO; ZANON; BASTINELLO; REPPOLD; HUTZ, 2013).

Desta forma, o desenvolvimento do tema “esperança” torna-se de grande relevância na área da saúde, na reabilitação, na adesão ao tratamento e no enfrentamento de doenças nessa fase da vida, principalmente, quanto aos sintomas depressivos. A partir da esperança, é possível traçar objetivos, caminhos para uma vida mais feliz e com mais qualidade. Nesse sentido, vários estudos apontam que altos níveis de esperança podem transformar situações adversas em desafios, pela busca de novas rotas até o alcance dos objetivos estipulados, proporcionando a continuidade da tarefa e o aumentando da motivação para concluí-la (SNYDER, 2002). Igualmente, quando os níveis de esperança são elevados, percebe-se uma diminuição dos prejuízos cognitivos em idosos e sintomas cognitivos.

Ainda, é preciso destacar que este tema é academicamente pouco explorado, havendo, portanto poucos estudos científicos relacionados a ele, o que mostra a necessidade de que este receba um olhar mais atento das múltiplas áreas que o envolvem.

Enfim, para que o indivíduo possa lidar com as dificuldades, os obstáculos da vida e as situações desafiadoras, seja na família, no trabalho, na escola ou no ambiente

comunitário, a esperança poderá orientar as ações da melhor forma possível. Nesse contexto, manter a esperança nas situações adversas e, principalmente no tocante à saúde do idoso, ajuda, de maneira positiva, o enfrentamento das incertezas do futuro, de uma forma mais eficaz e com melhores resultados.

4 HIPÓTESES

H0: Não existe relação entre Esperança, Cognição e Sintomas Depressivos.

H1: Existe relação entre Esperança, Cognição e Sintomas Depressivos.

5 OBJETIVOS

5.1 GERAL

Verificar a relação entre esperança, funcionamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos.

5.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar os idosos em relação aos níveis de esperança, funcionamento cognitivo e sintomas depressivos.

Averiguar se existe relação entre características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, coabitação, cônjuge, espiritualidade), níveis de esperança, funcionamento cognitivo e sintomas depressivos.

Verificar a influência dos níveis de esperança no funcionamento cognitivo de idosos e de sintomas depressivos.

Averiguar que fatores podem contribuir para o melhor desempenho da cognição dos idosos em tarefas de nomeação de Boston, Fluência Verbal e Fluência Verbal Semântica e Fluência Fonológica e Linguagem, Função Executiva, Memória de Longo Prazo.

6 MÉTODO

6.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, com uma abordagem descritiva analítica.

6.2 AMOSTRA E AMOSTRAGEM

O cálculo amostral foi de 81 idosos, sendo avaliados 101 e excluídos 20, já que tiveram escores abaixo de 28 no teste MEEM, ficando. Os participantes tinham idade igual ou superior a 60 anos, não apresentam déficits cognitivos e participavam de diferentes centros de convivência em Porto Alegre-RS.

Foram excluídos idosos com deficiência cognitiva, humor depressivos e os que não completaram todos os instrumentos.

6.3 LOCAL DO ESTUDO

Diferentes centros de convivência de idosos.

6.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

6.4.1 Critérios de inclusão

- ✓ Idade igual ou superior a 60 anos; que não apresentassem déficits cognitivos, conforme Tabela de medidas descritivas para o GDS e MEEM (APÊNDICE II) participantes de diferentes centros de convivência em Porto Alegre-RS.

6.4.2 Critérios de exclusão

- ✓ Não apresentassem déficits cognitivos e demência;

- ✓ Não completassem todos os instrumentos analisados.

6.5 COLETA DE DADOS

6.5.1 Rotina de coleta de dados

A coleta de dados da pesquisa foi realizada por meio de entrevista com os participantes, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A forma como foram realizadas as entrevistas será relatada abaixo.

Primeiro, foram realizadas estas ações: o recrutamento nos diferentes centros de convivência, o esclarecimento, a explicação e a garantia do sigilo da participação voluntária do presente estudo. Os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Algumas pessoas desta pesquisa, antes da pandemia do Sars-CoV-2, foram entrevistadas presencial e individualmente, em 2019. No período de março a novembro de 2020, o cenário mudou e foram necessários outros centros de convivência para o término da pesquisa. Os primeiros contatos foram realizados nesses centros, os quais forneciam para a pesquisadora os números dos telefones dos idosos que concordassem em participar da pesquisa. Os números de telefone eram passados para a ela, que agendava as entrevistas por vídeo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era assinado digitalmente pela ferramenta do Google.

Após o agendamento, a pesquisadora fazia uma ligação para as pessoas agendadas pelo WhatsApp, por vídeo. Nessa ligação, todos os instrumentos que envolviam frases e gestos eram observados, e os desenhos, realizados pelos participantes, eram fotografados e enviados pelo WhatsApp, sendo, posteriormente, impressos e anexados. Este processo fora feito sucessivamente até ser atingido o cálculo amostral.

Tais entrevistas duravam em torno de 30 minutos a uma hora. Durante a pesquisa, foi observado humor depressivo em alguns idosos, que foram encaminhados para serviços especializados.

6.5.2 Variáveis do estudo e instrumentos de avaliação

Foram coletados dados sociodemográficos que englobavam as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação de moradia, ocupação atual, uso de medicação, uso bebida alcoólica e tabaco (quantidade e frequência), atividade física realizada e participação em grupo de idosos (APÊNDICE III).

6.5.3 Instrumentos

Foi empregado o teste Miniexame do Estado Mental (MEEM) (LIMA; TONELLO, 2008) (ANEXO I), um instrumento de avaliação das funções cognitivas, composto por questões que avaliam a orientação para tempo e local, o registro de três palavras, a atenção e o cálculo, a lembrança de três palavras, a linguagem e a capacidade construtiva visual. O escore pode variar de zero até 30 pontos (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Foi utilizada a versão em português de Kochhann et al. (2009) no G1. Neste estudo, o MEEM foi empregado, a fim de excluir os idosos com escores sugestivos de demência. Escore bruto é de 0 a 30.

Esse teste é composto por duas seções que medem funções cognitivas (KOCHHANN et al., 2009) A primeira contém itens que avaliam orientação, memória e atenção, totalizando 21 pontos; a segunda mede a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal e a um escrito, de redação livre de uma sentença e de cópia de um desenho complexo (polígonos), perfazendo nove pontos. O escore total é de 30 pontos, baseado em itens dicotômicos. Os pontos de corte 28 são usados por recomendação de Folstein et al. (1975), como sugestivos de déficit cognitivo.

Tal instrumento apresenta sete categorias, que avaliam o indivíduo quanto à orientação temporal, espacial, atenção e cálculo, evocação, linguagem, praxias, escritas e habilidades construtivas. Possui também como coadjuvante o grau de escolaridade, que são: 13 pontos para analfabetos; 18 pontos para a baixa e média escolaridade (1 a 4 anos e 4 a 8 anos de estudo, respectivamente); e 26 pontos para indivíduos com alta escolaridade (mais de 8 anos) (BERTOLUCCI et al. 1994).

Também, foi aplicada a Bateria neuropsicológica *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* (CERAD) (ANEXO II), um instrumento utilizado para

detecção de demência em fase inicial, para avaliar múltiplas funções cognitivas, tais como: fluência verbal, linguagem, capacidade de nomeação e de percepção visual, memória episódica e memória de longo prazo, habilidades perceptivas e visuoconstructive (MORRIS et al. 1989; WELSH et al. 1991; BERTOLUCCI et al., 1998, BERTOLUCCI et al., 2001). Este instrumento fora validado no Brasil por Ribeiro et al. (2010). A seguir, são apresentados os testes utilizados nesta bateria.

No Teste de Fluência Verbal, é solicitado ao respondente que fale todos os animais que conseguir se lembrar. São pontuados todos os animais lembrados pelo sujeito no período de um minuto. Esse teste avalia a fluência verbal, que depende da capacidade de acesso semântico e da riqueza de vocabulário do participante. Tradicionalmente, a fluência verbal é vista como uma prova de linguagem e de Função Executiva.

No Teste de Nomeação de Boston (versão reduzida), o respondente deve nomear as 15 figuras que lhe são apresentadas (árvore, cama, apito, flor, casa, canoa, escova de dente, vulcão, máscara, camelo, gaita, pegador de gelo, rede, funil, dominó). Cada nomeação correta corresponde a um ponto. O referido teste é considerado uma prova de linguagem, que avalia a capacidade de nomeação e de percepção visual.

Na Memória da Lista de Palavras, o examinador lê em voz alta uma lista de 10 palavras em um ritmo de dois segundos por palavra. Após a leitura, é feita a evocação livre dessas palavras, por um período máximo de 90 segundos. O procedimento é repetido outras duas vezes. A pontuação é obtida pela soma das palavras, evocadas nas três tentativas. Esse teste avalia a memória episódica, os três resgates consecutivos e a curva de aprendizagem.

Na Praxia Construtiva, são apresentadas quatro figuras (círculo, losango, retângulos sobrepostos e cubo) e é solicitado ao examinando que faça cópia de cada uma delas, e cada cópia é avaliada separadamente. A pontuação é obtida, avaliando-se o formato, os ângulos, a dimensão e o tamanho das figuras, sendo a pontuação máxima de 11 pontos. Essa prova avalia habilidades perceptivas e visuoconstrutivas.

Foi aplicada igualmente a Escala Geriátrica de Depressão resumida (GDS-15) (YESAVAGE et al., 1983), validada no Brasil (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999) e testada por Paradela et al. (s. d. *on line*) (ANEXO III). É uma medida utilizada para identificação e quantificação de sintomas depressivos em idosos. A versão curta é composta por 15 perguntas, com respostas classificadas em 'sim' ou 'não'. O escore total é feito a partir do somatório das respostas, assinaladas pelos examinandos, nos 15 itens. O menor escore

possível é zero, e o maior, 15. Foi utilizada a versão do instrumento em português (YESAVAGE et al., 1983). O bruto de 1 a 15 é a classificação.

A versão brasileira da Escala de Esperança Disposicional para Adultos foi utilizada para examinar a esperança e apresentou 0,80 de *Cronbach alpha*. Essa escala fora validada por Pacico et al. (2013). Nesse instrumento, é solicitado aos participantes que avaliem cada um dos 12 itens em uma escala Likert de 1 (definitivamente falsa) a 5 (definitivamente verdadeira): quatro deles se referem ao agenciamento; quatro, às rotas; e quatro, a distratores que não são utilizados para pontuar a esperança. Os escores mais altos indicam níveis mais altos de esperança (SNYDER et al., 1991; PACICO et al., 2013) (ANEXO IV).

É preciso lembrar que a escala *Likert* é formada por itens, que representam subconceitos diferentes do objeto medido, e, quanto às respostas, estas são apresentadas, com o objetivo de indicar diferentes graus, conforme a pergunta (GRAY, 2012).

As vias de pensamento (rotas ou planos) compreendem a capacidade cognitiva de se autoavaliar, para criar vias de pensamento, alcançar os objetivos; e o pensamento agenciado (determinação) é a capacidade de se autoavaliar, com vistas a criar vias de pensamento, bem como providenciar a direção motivacional em direção ao alcance de um objetivo (SNYDER, 2002).

Os fatores do instrumento Esperança são apresentados a seguir, os quais se relacionam às perguntas que constam no referido instrumento.

Distratores – são os fatores que limitam, dificultam as ações.

3- Eu me sinto cansado a maior parte do tempo.

5- Eu sou facilmente derrotado em discussões.

7- Eu me preocupo com minha saúde.

11-Frequentemente eu fico me preocupando com alguma coisa.

Agência – senso de determinação tanto implícito quanto explícito relacionado aos objetivos bem-sucedidos.

Dois itens implícitos relacionados ao passado e futuro (perguntas 9 e 12).

Dois itens explícitos relacionado à agência atual (2 e 10)

9- Minhas experiências no passado me preparam bem para enfrentar o futuro.

12- Eu atinjo os objetivos que estabeleço para mim.

2- E me esforço para atingir os meus objetivos.

10- Eu tenho tido muito sucesso na vida.

Caminhos – está associado à determinação em relação aos objetivos, senso de determinação implícita e explícita, bem-sucedido.

Dois itens implícitos relacionados ao passado e futuro

- 1- Eu posso pensar em várias formas de lidar com situações difíceis.
- 4- Existem sempre muitas formas de resolver os problemas.
- 6- Eu posso pensar em muitas formas de conseguir as coisas que são muito importantes para a minha vida.
- 8- Mesmo quando os outros desistem, eu sei que posso encontrar alguma forma de resolver os problemas.

A consistência interna da escala, bem como de suas dimensões, mensuradas pelo alpha de Cronbach (α_C), apresentam níveis aceitáveis ($\alpha_C > 0,600$) na dimensão da agência e confiabilidade satisfatória ($\alpha_C > 0,700$) e na dimensão caminhos.

6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

6.6.1 Tamanho amostral

O tamanho da amostra foi dimensionado, levando-se em conta que a principal análise realizada refere-se à correlação entre a Escala da Esperança Disposicional, cognição e sintomas depressivos (GDS). Foram utilizados os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, coeficiente de correlação (r) de, pelo menos, 0,300 e erro (w) máximo aceitável de $\pm 0,1$. Para calcular o tamanho da amostra, partiu-se da fórmula do erro padrão da correlação $[(1-r^2)/\sqrt{n}]$ (ARMITAGE; BERRY, 1971), definindo-se o erro máximo aceitável (w) como $[1,96 (1-r^2)/\sqrt{n}]$. Desta forma, estimou-se um tamanho mínimo de amostra de 81 investigados. A amostragem seguiu o caráter não probabilístico no formato conveniência.

6.6.2 Análise estatística

A análise dos dados foi realizada da seguinte forma:

- ✓ Frequências absoluta e relativa, bem como medidas de tendência central e de variabilidade – Simetria teste de Kolmogorov-Smirnov.

- ✓ Consistência interna das escalas coeficiente *Alpha de Cronbach*.
- ✓ Análise bivariada: ○ Duas variáveis categóricas: Qui-quadrado de *Pearson* ou exato de *Fisher* ○ Variáveis contínuas, comparadas entre grupos independentes testes *t-Student* ou *Mann-Whitney U*. ○ Duas variáveis contínuas: coeficiente de correlação de *Pearson* ou *Spearman*
- ✓ Análise multivariada: efeito das variáveis independentes sobre a Escala da Esperança.

6.7 LIMITAÇÕES DE PESQUISA

Entre as limitações do presente estudo, destaca-se que, no início da coleta de dados, pensou-se que todos os instrumentos seriam coletados coletivamente, entretanto percebeu-se que o MEEM e o CERAD não poderiam ser aplicados desta forma, porque devem ser realizados como entrevistas individuais. Sendo assim, a pesquisadora passou a ir aos outros encontros, a fim de serem aplicados individualmente para os participantes interessados em completar os instrumentos MEEM e CERAD.

Também, como referido anteriormente, outros centros de convivência que não estavam previstos foram recrutados para a realização deste trabalho. Além disso, as entrevistas presenciais precisaram ser realizadas por vídeo, tendo em vista a pandemia da Sars-CoV-2, que exigia distanciamento entre as pessoas, para a segurança, principalmente, dos idosos, população mais vulnerável à doença.

6.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Primeiramente, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes (APÊNDICE I). Depois, a pesquisa foi aprovada pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS (ANEXO V) e pelo Parecer Consubstanciado do CEP (ANEXO VI).

Foi respeitada a vontade do indivíduo em participar do estudo, e todos os participantes assinaram o TCLE. Os dados desta pesquisa estão em um banco de dados, constando apenas o número de protocolo de avaliação, o que garante, desta forma, o sigilo das informações coletadas.

7 ARTIGO CIENTÍFICO

RELAÇÃO ENTRE ESPERANÇA, FUNCIONAMENTO COGNITIVO E
SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS

**RELATIONSHIP BETWEEN HOPE, COGNITIVE FUNCTIONING
AND DEPRESSED SYMPTOMS IN ELDERLY**

MÁRCIA REJANE ESTIMA PEDONE¹ NEWTON LUIZ TERRA²

RESUMO

Introdução: Ao envelhecer, as pessoas precisam ter qualidade de vida, e, para isto, temas, como esperança, funcionamento cognitivo e sintomas depressivos, são extremamente relevantes e precisam ser mais aprofundados. **Objetivo:** verificar a relação entre esperança, funcionamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos. **Método:** um estudo observacional, do tipo transversal, com abordagem descritiva analítica. Os instrumentos utilizados foram Miniexame do Estado Mental (MEEM), para a seleção da amostra, o *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* (CERAD), a Escala de Esperança Disposicional e a Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15). As análises de correlação (Spearman) entre a Escala de Esperança Disposicional foram comparadas com os instrumentos CERAD e GDS.. **Resultados:** A amostra foi constituída por 101 idosos, sendo que 20 foram excluídos, já que apresentaram escores abaixo de 28 pontos no MEEM, sendo analisados, portanto, 81 idosos. Tinham idade igual ou superior a 60 anos, não apresentavam déficits cognitivos e participavam de diferentes locais de convivência em Porto Alegre, na Região Metropolitana. Na Lista de Palavras, esta se mostrou significativamente relacionada à Escala Esperança Disposicional, apontando para escores médios de Esperança mais elevados no grupo de investigados, com classificação esperada para o total Esperança ($p=0,001$) e a dimensão caminhos ($p=0,011$). **Conclusão:** Tais fatores podem levar esses indivíduos a um melhor

¹ Psicóloga, especialista em família e em Técnicas Cognitivas Comportamentais. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da PUCRS, mepedone@gmail.com.

² Médico geriatra, doutor em Gerontologia Biomédica, professor adjunto da Escola de Medicina da PUCRS, professor do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, terranl@pucrs.br

desempenho cognitivo em tarefas de nomeação de Boston, Fluência Verbal, Fluência Verbal Semântica e Fluência Fonológica e Linguagem, Função Executiva, Memória de Longo Prazo. A esperança é uma adaptação positiva, um fator protetor do psiquismo e de transformação dos comportamentos, pensamentos e sentimentos negativos em novas possibilidades, capacitando os idosos para o enfrentamento das circunstâncias e eventos estressantes acumulativos da vida. Elevados níveis esperança e sem a presença de sintomas depressivos contribuíram para que esses indivíduos apresentassem um melhor desempenho cognitivo em tarefas de Nomeação de Boston, Fluência Verbal e Fluência Verbal Semântica e Fluência Fonológica e Linguagem, Função Executiva e Memória de Longo Prazo.

Palavras-chave: Idosos. Funcionamento cognitivo. Sintomas depressivos. Esperança.

ABSTRACT

Introduction: As people get older, they need to have quality of life, and for this, topics such as hope, cognitive functioning and depressed symptoms are extremely relevant and need to be further investigated. **Objective:** to verify the relationship between hope, cognitive functioning and depressed symptoms in the elderly. **Method:** an observational, cross-sectional study with a descriptive analytical approach. The instruments used were Mini-Mental State Examination (MEEM), for sample selection, the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD), the Dispositional Hope Scale and the Geriatric Depression Scale (GDS-15). The correlation analyzes (Spearman) between the Dispositional Hope Scale were compared with the CERAD and GDS instruments. **Results:** The sample was composed by 101 elderly people, and 20 were excluded, since they had scores below 28 points in the MEEM, so 81 were analyzed. They were 60 years old or older, had no cognitive deficits and participated in different elderly community centers in Porto Alegre, in the Metropolitan Region. In the List of Words, we verified that it was significantly related to the Dispositional Hope Scale, pointing to higher average Hope scores in the group of respondents, with an expected classification for the total Hope ($p = 0.001$) and the paths dimension ($p = 0.011$). **Conclusion:** These factors can lead the individuals to a better cognitive performance in Boston naming tasks, Verbal Fluency, Semantic Verbal Fluency and Phonological Fluency and Language, Executive Function,

Long Term Memory. Hope is a positive adaptation, a protective factor of the psyche and of transforming negative behaviors, thoughts and feelings into new possibilities, enabling the elderly to cope with the cumulative stressful circumstances and events of life. High levels of hope, without the presence of depressive symptoms, contributed to these individuals to have a better cognitive performance in Boston Naming tasks, Verbal Fluency and Semantic Fluency and Phonological Fluency and Language, Executive Function and Long-Term Memory.

Keywords: Elderly. Cognitive functioning. Depressed symptoms. Hope.

1 INTRODUÇÃO

A saúde dos idosos está relacionada à funcionalidade global, ou seja, à capacidade de funcionar sozinho, administrar a própria vida e cuidar de si mesmo, ainda que possua alguma doença (MALLOY-DINIZ; MATOS, 2017; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010). Nesse sentido, destacam-se os critérios relacionados à funcionalidade global, que são as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs), centradas no cuidado do corpo, em sua higiene, vestimenta e nutrição; e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), relacionadas aos cuidados com a casa, às fora do lar, como fazer compras, locomover-se, além de controlar a sua própria medicação e finanças (MORAES, 2008).

Independência e autonomia são, por conseguinte, consideradas as habilidades de a pessoa decidir sobre si mesma, o seu futuro, as suas escolhas, conforme a sua própria vontade, regras e preferências (MORAES, 2008). Nesse contexto, assinala-se que autonomia se refere à cognição e ao humor. A cognição inclui memória, função executiva, linguagem, função visuoespacial, gnosis e praxia; e o humor está relacionado à motivação, tornando-se uma incapacidade cognitiva, quando a cognição e o humor não estiverem adequados, segundo DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2016).

Quanto à cognição, esta é constituída por um conjunto de funções cerebrais, formado pela memória (capacidade de armazenamento de informações); função executiva (capacidade de planejamento, antecipação, sequenciamento e monitoramento de tarefas complexas); linguagem (capacidade de compreensão e expressão da linguagem oral e escrita); praxia (capacidade de executar um ato motor); gnosis (capacidade de reconhecimento de estímulos visuais, auditivos e táteis); e função visuoespacial

(capacidade de localização no espaço e percepção das relações dos objetos entre si), juntamente com o humor, que é a motivação necessária para que os processos mentais ocorram (HARADA et al., 2013; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2016), aspectos estes analisados neste artigo.

Como parte da cognição, uma das principais funções é a executiva (FE) – um dos domínios em que a maioria das aptidões sofre alterações no envelhecimento, como planejamento, organização, flexibilidade mental, inibição, tomada de decisões e raciocínio abstrato, os quais são influenciados pela velocidade motora, que diminui com a idade (FARINA, 2020; LOPES, BASTOS; ARGIMON, 2017).

Também, é preciso lembrar que, no processo de envelhecimento, é possível associar os sintomas depressivos com a cognição, já que há uma diminuição da capacidade de resolução de problemas em idosos (BIRCH et al., 2016). Tal fenômeno pode ser observado em pesquisas. Em um estudo, realizado sobre esta relação, embora os idosos não apresentassem critérios para depressão, as pontuações mais baixas foram prevalentes nos instrumentos que avaliaram a memória e as tarefas executivas (GANGULI et al., 2009).

Os sintomas depressivos estiveram relacionados à diminuição da saúde e ao estado funcional em idosos (DALE et al. 2018). Segundo DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2016), para o diagnóstico clínico da depressão em um grau maior, devem ser levados em consideração cinco dos nove sintomas: duração de duas semanas ou mais, com consequências significativas para a família e o trabalho; sintomas relacionados aos pensamentos (morte e suicídio), à dificuldade de concentração e falta de memória; comportamentos (alterações do sono para mais ou para menos, do apetite e peso); perda de interesse por atividades antes consideradas prazerosas, agitação ou retardo mental, isolamento, fadiga ou perda de energia; higiene pessoal precária, já que não lava as mãos, não troca nem limpa as roupas, não toma banho nem aperta a descarga; e sentimentos de vazio, como pessimismo, desesperança, inutilidade e culpa (OMS, 2017).

Indo ao encontro do que fora apresentado acima, no estudo de Chamelian e Feinstein (2006), os déficits cognitivos estavam ligados à comorbidade depressão e principalmente no gênero feminino. A amostra foi composta por 63 indivíduos, na maioria mulheres. Constatou-se que elas apresentavam pior desempenho em várias medidas de memória, atenção e funcionamento executivo. Além de queixas cognitivas,

tenham o diagnóstico de depressão maior. Ainda, pesquisas mostram que o comprometimento cognitivo e a depressão frequentemente co-ocorrem em adultos mais velhos, porém não se sabe se a depressão é um fator de risco para a diminuição cognitiva, se é uma reação psicológica ou se são sintomas depressivos, que já ocorriam ao longo do tempo (BRAILEAN; AARTSEN; MUNIZ-TERRERA et al., 2017; PATERSON; YEUNG; THORNTON, 2016; SUDHIR, SADUR; AGOSTINHO, 2020).

Paterson, Yeung e Thornton (2016) estudaram as mudanças cognitivas em 1506 idosos, com idade igual ou superior a 65 anos. Como resultados, notou-se uma diminuição na velocidade de processamento e um aumento nos sintomas da depressão ao longo do tempo. Os sintomas somáticos da depressão aumentaram simultaneamente com a diminuição da velocidade de processamento da memória, ou seja, verifica-se a existência de processos neurodegenerativos comuns.

Ressalta-se ainda que a depressão afeta a qualidade de vida e desencadeia outras doenças físicas. Se não for diagnosticada e tratada, aumenta o risco de suicídio e impacta a vida da pessoa que está doente, além de toda sua rede, amigos e familiares (OMS, 2017). Um dos principais sintomas da depressão é a desesperança, pois está associada às distorções cognitivas – uma percepção generalizada e equivocada das experiências vivenciadas, além de uma perspectiva negativa em relação ao futuro. A desesperança desempenha um papel fundamental na trajetória da depressão e do suicídio (BECK; KNAPP, 2008; MATOS; OLIVEIRA, 2013). Dachs (2002), em seu estudo, constatou que a sintomas depressivos apresentaram uma associação com as distorções cognitivas e pensamentos ruminação, o que segue a linha de estudo de Assari e Lankarani (2016), em que a desesperança se correlacionou positivamente com depressão e suicídio e negativamente com a felicidade.

Por outro lado, a felicidade é um dos construtos da Psicologia Positiva (PP), assim como a resiliência, esperança, otimismo, espiritualidade, gratidão, compaixão, amor, competência social e criatividade, entre outros (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHAL, 2000). Nessa perspectiva, a PP tem ajudado, através de estímulos cognitivos, para o melhor enfrentamento dos problemas que ocorrem no processo do envelhecimento, pois esta etapa da vida é marcada por perdas importantes e incertezas sobre futuro. (MICHELATO et al., 2019; PACICO; BASTIANELLO; ZANON et al., 2020; GLIDDEN et al., 2019; SILVA; MOREIRA-ALMEIDA; CASTRO, 2018; HARTMANN JÚNIOR et al., 2018). Construtos da PP podem fazer a vida valer a pena a

ser vivida. São aprendidos e estimulados ao longo da vida e possuem aspectos subjetivos, intencionais e multidimensionais, porque relacionam níveis emocionais e cognitivos para realização de objetivos (NOBLE; MCGRATH, 2008; SELIGMAN; STEEN; PARK; PETERSON, 2005).

Um dos elementos de destaque na PP é o otimismo que está ligado à esperança, definida como uma expectativa e atitude otimista em relação ao futuro, é a capacidade de criar objetivos para a sua vida (BARROS- OLIVEIRA, 2008). Entretanto, para que a pessoa se mantenha em direção aos objetivos, dois sentidos são importantes – o agenciamento, que é a energia direcionada para objetivos; e caminhos, também chamados de “vias”, que compreendem o planejamento para encontrar objetivos (SNYDER; IRVING; ANDERSON, 1991; SNYDER, 2000). Assim, verifica-se um elo bastante forte entre o agenciamento e os caminhos de pensamento, além do otimismo, que contém os elementos afetivos e cognitivos, interligados para alcançar os objetivos:

- (1) Pensamento caminhos (planificação), capacidade cognitiva, de se autoavaliar, para criar vias de pensamento, para alcançar os objetivos e
- (2) pensamento agência (determinação), que é a capacidade de se autoavaliar, para criar vias de pensamento e providenciar a direção motivacional em direção ao alcance de um objetivo (SNYDER et al. 2002, p. 557) .

No tocante ao agenciamento, este consiste no pensamento de agência (*agency*), o elemento motivacional da Teoria da Esperança e também é um estado de persistência (SNYDER, 2002), os quais se refletem nas crenças sobre a capacidade para começar e continuar um comportamento em direção aos objetivos (SNYDER et al., 2002). No estudo de Bailey et al. (2007), o agenciamento estava fortemente relacionado à satisfação com a vida. Parece que, quando o indivíduo acredita que vai alcançar certos objetivos, aumenta seu bem-estar. No que concerne ao pensamento sobre os caminhos (*pathways*), este se relaciona ao gerenciamento de planos, rotas, para os objetivos desejados (SNYDER et al., 1991).

Para o desenvolvimento de pensamentos visando a traçar os objetivos, segundo Snyder (2002), há várias maneiras. O autor sugere dividir o objetivo em subobjetivos e focar-se em cada um separadamente, seguindo os caminhos; se necessário, tentar caminhos alternativos e, se for preciso, pedir ajuda (GUM; SNYDER, 2004). Assim, a esperança leva à flexibilidade cognitiva, criatividade e habilidades de resolução de problemas; e a emoção, relacionada à esperança, pode levar a uma melhora na saúde física e psicológica, sendo apontada como uma força importante nos processos psicológicos

terapêuticos (GLIDDEN et al, 2019).

Quanto aos níveis de esperança, acredita-se que as pessoas que possuem os mais altos (SCORSOLINI-COMIN; FONTAINE; KOLLER; SANTOS, 2013; SELIGMAN, 2011), “têm melhores relações sociais, são mais propensas a contribuir com a sua comunidade e possuem melhor saúde e expectativa de vida” (HUPPERT; SO, 2009, p. 1). Estudos também comprovam que sentimentos e emoções positivas predizem a resiliência perante a adversidade (FREDRICKSON; TUGADE; WAUGH; LARKIN, 2003), aumentam a felicidade, o otimismo (FREDRICKSON; JOINER, 2002), fortalecem os aspectos psicológicos (FREDRICKSON; TUGADE; WAUGH; LARKIN, 2003) e reduzem os níveis de cortisol em relação ao estresse (STEPTOE; WARDLE; MARMOT, 2005). Também, a resiliência é fator protetor do psiquismo e de transformação dos comportamentos negativos em novas possibilidades (AQUINO, 2012; SILVEIRA; MAHFOUD, 2008).

Além do otimismo, é preciso destacar outros aspectos. Conforme o estudo de Gupta e Singh (2020), ao realizar uma pesquisa sobre a relação entre resiliência e esperança em pessoas idosas, observou-se que os participantes que tinham alta escolaridade, residiam com membros da família pontuaram maior resiliência e esperança, bem como desenvolveram um melhor senso de lidar com uma situação adversa. Em outros estudos sobre o mesmo tema, destaca-se também que o aumento da idade e o baixo nível educacional foram os principais fatores sociodemográficos para o funcionamento cognitivo em idosos (MERCHANT et al., 2017; DALE et al., 2018; FARINA et al., 2019). É preciso ainda acrescentar que, embora haja um aumento no número de mulheres no processo de envelhecimento (PATERSON; YEUNG; THORNTON, 2016; MERCHANT et al., 2017; DALE et al, 2018), ao serem analisadas questões de gênero, não foram encontradas diferenças significativas no que se refere à resiliência e esperança entre os idosos. Há outros estudos inclusive que são contraditórios e inconsistentes no que se refere a esse assunto (FERREIRA; FERREIRA; FERNANDES, 2014; PASSOS et al., 2015). No tocante à etnia, na pesquisa de Assari e Lankarani (2016), percebeu-se que os sintomas de depressão se apresentaram com maior frequência nos idosos brancos do que em negros

Desta forma, a compreensão sobre a esperança pode ajudar os profissionais da saúde na avaliação contínua da cognição, depressão, a fim de diferenciar os sintomas normais da senescência e dos patológicos e, conseqüentemente, proporcionar uma

assistência adequada durante todo percurso de vida das pessoas no envelhecimento (BARROS-OLIVEIRA, 2008). Para que os idosos preservem sua cognição, é necessário, o treinamento e a estimulação cognitiva, para favorecer a melhora no desempenho nas ABVDs, AIVDs e na promoção de sua qualidade. Essa possibilidade de compensação dos déficits cognitivos é capaz de aproximar-se do desempenho atual com sua capacidade máxima, por meio da plasticidade cognitiva (FARINA et al, 2020).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Verificar a relação entre esperança, o funcionamento cognitivo e os sintomas depressivos em idosos.

2.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar os idosos em relação aos níveis de esperança, funcionamento cognitivo e sintomas depressivos.

Averiguar se existe relação entre características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, coabitação, cônjuge, espiritualidade), níveis de esperança, funcionamento cognitivo e sintomas depressivos.

Verificar a influência dos níveis de esperança no funcionamento cognitivo de idosos e de sintomas depressivos.

Verificar quais são os fatores que podem levar os idosos a um melhor desempenho cognitivo.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, com uma abordagem descritiva analítica.

3.2 AMOSTRA E AMOSTRAGEM

O cálculo amostral foi de 101 idosos, sendo que 20 foram excluídos, já que tiveram escores abaixo de 28 no teste MEEM, ficando, portanto, 81 participantes. Os participantes tinham idade igual ou superior a 60 anos, não apresentam déficits cognitivos e participavam de diferentes centros de convivência em Porto Alegre-RS. Foram os idosos excluídos, devido à deficiência cognitiva, humor deprimido e os que não completaram todos os instrumentos.

3.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

3.3.1 Critérios de inclusão

- ✓ Idade igual ou superior a 60 anos; que não apresentassem déficits cognitivos, conforme MEEM, e participassem de diferentes centros de convivência em Porto Alegre-RS.

3.3.2 Critérios de exclusão

- ✓ Apresentassem déficits cognitivos e demência;
- ✓ Não aceitassem participar da pesquisa.

3.4 ROTINA DE COLETA DE DADOS

São apresentados, a seguir, os passos seguidos para a realização das entrevistas.

Primeiro, foram realizadas estas ações: o recrutamento nos diferentes centros de convivência, o esclarecimento, a explicação e a garantia do sigilo da participação voluntária do presente estudo. Os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Algumas pessoas desta pesquisa, antes da pandemia da Sars-CoV-2, em 2019, foram entrevistadas presencial e individualmente. No período de março a novembro de 2020, o cenário mudou e foram necessários outros

centros de convivência para o término desta pesquisa. Os primeiros contatos foram realizados nesses centros, os quais forneciam para a pesquisadora os números dos telefones dos idosos que concordaram em participar da pesquisa. Os números de telefone eram passados para a ela, que agendava as entrevistas por vídeo. O TCLE era assinado digitalmente pela ferramenta do Google. Após o agendamento, a pesquisadora fazia uma ligação para as pessoas agendadas pelo WhatsApp, por vídeo. Nessa ligação, todos os instrumentos que envolviam frases e gestos eram observados, e os desenhos, realizados pelos participantes, foram fotografados e enviados pelo WhatsApp, sendo, posteriormente, impressos e anexados. Este processo fora feito sucessivamente até ser atingido o cálculo amostral. Tais entrevistas duravam em torno de 30 minutos a uma hora. Durante a pesquisa, foi observado humor deprimido em alguns idosos, que foram encaminhados para serviços especializados.

3.5 INSTRUMENTOS

Foi empregado o teste Miniexame do Estado Mental (MEEM) (LIMA; TONELLO, 2008; FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975) e utilizada a versão em português de Kochhann et al. (2009). Neste estudo, o MEEM foi empregado, a fim de excluir os idosos com escores sugestivos de demência. O escore bruto é de 0 a 30. Os pontos de corte 28 são usados por recomendação de Folstein et al. (1975), como sugestivos de déficit cognitivo (BERTOLUCCI et al. 1994).

Também, foi aplicada a Bateria Neuropsicológica *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* (CERAD) (ANEXO II), um instrumento, utilizado para detecção de demência em fase inicial, para avaliar múltiplas funções cognitivas, tais como: fluência verbal, linguagem, capacidade de nomeação e de percepção visual, memória episódica e memória de longo prazo, habilidades perceptivas e visuoespaciais (MORRIS et al. 1989; WELSH et al. 1991; BERTOLUCCI et al., 1998; BERTOLUCCI et al., 2001). Esse instrumento fora validado no Brasil por Ribeiro et al. (2010).

Foi aplicada igualmente a Escala Geriátrica de Depressão resumida (GDS-15) (YESAVAGE et al., 1983), validada no Brasil (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999) e testada por Paradela et al. (s. d. *on line*). É uma medida utilizada para identificação e quantificação de sintomas depressivos em idosos. O menor escore possível é zero e o

maior, 15. Foi utilizada a versão do instrumento em português (YESAVAGE et al., 1983). O bruto de 1 a 15 é a classificação.

A versão brasileira da Escala de Esperança Disposicional para Adultos, utilizada para examinar a esperança e apresentou 0,80 de *Cronbach alpha*, fora validada por Pacico et al. (2013). Nesse instrumento, é solicitado aos participantes que avaliem cada um dos 12 itens em uma escala Likert de 1 (definitivamente falsa) a 5 (definitivamente verdadeira): quatro deles se referem ao agenciamento; quatro, às rotas; e quatro, a distratores. A consistência interna da escala e de suas dimensões, mensuradas pelo alpha de Cronbach (α_C), apresentam níveis aceitáveis ($\alpha_C > 0,600$) na dimensão da agência e confiabilidade satisfatória ($\alpha_C > 0,700$) e na dimensão caminhos (SNYDER et al., 1991; PACICO et al., 2013). A seguir, apresenta-se a descrição dos três fatores: distratores, agência e caminhos.

4 RESULTADOS

4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise dos dados fora realizada da seguinte forma:

- ✓ Frequências absoluta e relativa, bem como medidas de tendência central e de variabilidade – Simetria do teste de Kolmogorov-Smirnov.
- ✓ Consistência interna das escalas, coeficiente *Alpha de Cronbach*.
- ✓ Análise bivariada:
 - Duas variáveis categóricas: Qui-quadrado de *Pearson* ou exato de *Fisher*
 - Variáveis contínuas, comparadas entre grupos independentes: testes *t-Student* ou *Mann-Whitney U*.
 - Duas variáveis contínuas: coeficiente de correlação de *Pearson* ou *Spearman*
- Análise multivariada: efeito das variáveis independentes sobre a escala da Esperança.

4.2 TAMANHO AMOSTRAL

O tamanho da amostra foi dimensionado, levando-se em conta que a principal

análise realizada se refere à correlação entre a Escala da Esperança Disposicional, cognição e sintomas depressivos (GDS). Foram utilizados os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, coeficiente de correlação (r) de, pelo menos, 0,300 e erro (w) máximo aceitável de $\pm 0,1$. Para calcular o tamanho da amostra, partiu-se da fórmula do erro padrão da correlação $[(1-r^2)/\sqrt{n}]$ (ARMITAGE; BERRY, 1971), definindo-se o erro máximo aceitável (w) como $[1,96 (1-r^2)/ \sqrt{n}]$. Desta forma, estimou-se um tamanho mínimo de amostra de 81 investigados. A amostragem seguiu o caráter não probabilístico no formato conveniência.

4.3 ANÁLISE DESCRITIVA

Os resultados deste estudo referem-se a uma amostra parcial de 81 investigados, O cálculo amostral foi de 101 idosos, sendo que 20 foram excluídos, já que tiverem escores abaixo de 28 no teste MEEM, ficando, portanto, 81 participantes predominantemente do sexo feminino, 77,8% ($n=63$). As idades variaram de 60 a 88 anos, e a média de idade estimada foi de 67,6 ($dp = 7,1$) anos. Na abordagem da idade através de faixas etárias, a maior concentração ocorreu entre os investigados de 60 a 69 anos, 63,0% ($n=51$). Sobre o estado civil, a maior parte da amostra se declarou casada/vivendo em união, 58,0% ($n=47$); seguido da condição de viuvez, 21,0% ($n=17$). A grande maioria dos casos é residente em Porto Alegre, 80,2% ($n=65$), assim como predominou a cor branca, 93,8% ($n=75$). O exercício de atividade remunerada foi confirmado por 54,3% ($n=44$), e, sobre este grupo, destacaram-se as atividades de professor(a), 20,5% ($n=9$); empresário/microempresário, 13,6% ($n=6$); e vendedor/comerciante, 11,4% ($n=5$). Confirmaram estar estudando, no momento da entrevista, 23,5% ($n=19$). No que se refere ao grau de instrução, 50,6% ($n=41$) apresentaram Ensino Superior, seguido dos casos com Pós-Graduação, 23,5% ($n=19$). A repetência escolar foi confirmada por 26,0% ($n=21$) da amostra. Quando questionados sobre a coabitação, 35,8% ($n=29$) informaram residir com o cônjuge e filhos (netos, nora), seguido do grupo que relatou residir apenas com o cônjuge, 33,3% ($n=2$).

Na Tabela 1, são apresentados os aspectos sociodemográficos dos investigados.

Tabela 1 – Caracterização das informações sociodemográficas

Características sociodemográficas	Amostra ($n=81$) *	
	N	%

Sexo		
Feminino	63	77,8
Masculino	18	22,2
Idade (anos) ^A		
Média ± desvio padrão (amplitude)	67,6±7,1 (60 - 88)	
Mediana (1º - 3º quartil)	66,0 (62,0 – 72,0)	
Faixa etária		
De 60 a 69	51	63,0
De 70 a 79	22	27,2
80 ou mais	8	9,9
Estado civil – DA=1 (4,2%)		
Casado(a)/vive em união	47	58,0
Divorciado(a)/separado(a)	12	14,8
Solteiro(a)	5	6,2
Viúvo(a)	17	21,0
Estado civil – DA=1 (1,2%)		
Vive em união	47	58,0
Não vive em união	34	42,0
Residência – DA=1 (1,2%)		
Porto Alegre	65	80,2
Região Metropolitana de Porto Alegre	8	9,9
Interior e outros estados	6	7,4
Porto Alegre - Exterior (Lisboa/Miami)	2	2,5
Etnia – DA=1 (1,2%)		
Branca	75	93,8
Parada	5	6,3
Atividade remunerada atualmente		
Não	37	45,7
Sim	44	54,3
Estudando atualmente - DA=2(8,3%)		
Sim	19	23,5
Não	62	76,5
Grau de instrução AGRUPADO		
Ensino Fundamental	8	9,9
Ensino Médio	13	16,0
Ensino Superior	41	50,6
Pós-graduação	19	23,5
Repetência escolar – DA=1 (1,7%)		
0 Nenhuma	60	74,1
1 Uma	16	19,8
2 Duas ou três	5	6,2
Com que reside – DA=1 (1,7%)		
1 Sozinho(a)	25	30,9
2 Cônjuge	27	33,3
3 Cônjuge, filhos, netos, noras	29	35,8

*Percentuais obtidos sobre o total da amostra.

A: Distribuição simétrica (Teste *Kolmogorov Smirnov*; p=0,522)

DA: Dados ausentes.

Fonte: dados de pesquisa

Nas informações referentes às características clínicas, foram observados os diagnósticos de hipertireoidismo, 4,9% (n=4); e de hipotireoidismo, 16,0% (n=13). O uso de medicamentos, nos últimos cinco dias, foi confirmado por 73,1% (n=57). Quando questionados sobre o uso de medicamentos para doenças específicas, prevaleceram aqueles com hipertensão arterial sistêmica, 68,4% (n=39); hiperlipidemia, 36,8% (n=21); e diabetes melito, 12,3% (n=7). Ainda, considerando o grupo de investigados que relataram ter feito uso de medicamentos, 26,3% (n=15) confirmaram o uso de outros medicamentos, além daqueles que mencionaram doenças específicas. A maioria informou ter religião, 95,1% (n=77), e, a respeito da frequência que exercem a atividade religiosa, 37,7% (n=29) responderam uma vez por semana. Constatou-se que 33,3% (n=19) informaram nunca exercer esta atividade. Nas questões relativas à infraestrutura, toda amostra confirmou a presença de água encanada, enquanto 98,8% (n=80) possuem residências em ruas pavimentadas. A prática de atividade física foi confirmada por 63,0% (n=42) dos casos. Entre as atividades mais citadas, há as ligadas aos exercícios aeróbicos e anaeróbicos, cada uma representando 80,4% (n=41) e 47,1% (n=24), respectivamente. Também, muitos investigados praticam mais de uma atividade física. Sobre a frequência semanal da atividade física, 52,9% (n=27) realizam quatro ou mais vezes, seguido do grupo que relatou frequência de duas vezes na semana, 23,5% (n=12). Quando questionados sobre uso de álcool, 63,0% (n=51) confirmaram o seu consumo; e em relação à frequência de uso, 21,6% (n=11) relataram usar todos os dias, enquanto a maior parte dos casos informou o uso de uma a quatro vezes na semana, 41,2% (n=21). O hábito tabagista foi confirmado por 4,9% (n=4) dos investigados.

A seguir, na Tabela 2, é apresentada a caracterização dos dados clínicos e hábitos de vida.

Tabela 2: Caracterização dos dados clínicos e hábitos de vida

Características clínicas	Amostra (n=81) ^A	
	n	%
Presença de diagnósticos		
Hipertireoidismo	4	4,9
Hipotireoidismo	13	16,0
Uso de medicamentos nos últimos 5 dias – DA=3 (3,7%)		
Não	21	26,9
Sim	57	73,1
Medicamentos para doenças **		
Diabetes	7	12,3
Triglicerídeos -Hiperlipidemia	8	14,0

Colesterol	21	36,8
Hipertensão Arterial	39	68,4
Depressão	20	35,1
Uso de outros medicamentos		
Não	42	73,7
Sim	15	26,3
Religião		
Não	4	4,9
Sim	77	95,1
Frequência que exerce atividade religiosa		
Duas vezes por ano	2	2,6
Fui uma vez	4	5,2
Mais de uma vez	5	6,5
Nunca vou	29	37,7
Quinze em quinze dias	3	3,9
Todos os dias	4	5,2
Uma vez na semana	30	39,0
Infraestrutura		
Presença de água encanada	81	100,0
Apresenta rua pavimentada	80	98,8
Prática de atividade física		
Não	30	37,0
Sim	51	63,0
Quais atividades§		
Aeróbico	41	80,4
Anaeróbicos	24	47,1
Esportes individuais	3	5,9
esportes coletivos	1	2,0
Musculação	5	9,8
Frequência atividade física – DA=7 (29,2%)		
Uma vez por semana	2	3,9
Duas vezes por semana	12	23,5
Três vezes por semana	10	19,6
Quatro vezes por semana	12	23,5
Cinco ou mais vezes por semana	15	29,4
Hábitos		
Etilismo	51	63,0
Frequência		
Raramente, eventualmente	19	37,3
De uma a quatro vezes na semana	21	41,2
Todas os dias	11	21,6
Tabagismo	4	4,9

A: Percentuais obtidos com base no total de casos válidos na amostra; §: Percentuais obtidos com base na análise do número de casos (questão de múltiplas respostas); DA: Dados ausentes

Atividade física: Exercícios anaeróbicos (yoga, pilates, alongamento); Exercícios anaeróbicos (caminhada, corrida, natação, hidroginástica); Jogos individuais (*beach* tênis, triatleta, *padle*); jogos coletivos (vôlei);

Fonte: dados de pesquisa

Na Tabela 3, apresentam-se a média, o desvio padrão e a amplitude para as Escalas de Esperança Disposicional.

Tabela 3 – Média, desvio padrão e amplitude para as Escalas de Esperança Disposicional

Escalas	Amostra (n=80) Média ± desvio padrão (αC) (amplitude)	Confiabilidade alpha de Cronbach
		(αC)
Esperança Geral	3,9±0,4 (1,9 – 4,6)	0,702
Agência/iniciativa	4,2±0,6 (2 - 5)	0,688
Caminhos	4,4±0,6 (2 - 5)	0,722

Fonte: dados de pesquisa

No que se refere à escala GDS, 86,4% (n=70), os idosos apresentaram pontuações que não apontavam suspeita de sintomas depressivos. No tocante à Bateria CERAD Nomeação de Boston, as pontuações oscilaram de 4 até 15, com média estimada em 14,5 ($dp = 1,5$) pontos. Quanto à classificação das pontuações, 6,2% (n=5) apresentaram escores acima do esperado. Na Memória de Longo Prazo, Linguagem e Função Executiva de Lista de Palavras, a média foi de 18,4 ($dp = 3,9$), com pontuações variando de 9 a 29 pontos. Quanto à classificação das pontuações, 7,4% (n=6) da amostra concentrou escores abaixo do esperado. Na Habilidade Construtiva, as pontuações foram de 4 a 11, com média estimada em 8,7 ($dp = 2,0$), sendo observada como prevalente a classificação com escores abaixo do esperado, 51,7% (n=41). Em relação à Fluência Verbal Semântica de 10 animais, predominou a pontuação “10”, 98,8% (n=80), com média estimada em 9,9 ($dp = 0,7$). A Fluência Fonológica concentrou pontuações de 4 a 10 pontos, com média de 9,4 ($dp = 1,3$). Na Linguagem, Função Executiva e Memória Longo Prazo, a amostra alcançou a média de 6,8 ($dp = 1,8$), com pontuações variando de 2 a 10 pontos.

A seguir, são mostradas as medidas descritivas da Bateria CERAD, na Tabela 4

Tabela 4: Medidas descritivas para os testes da bateria CERAD

Escalas	Amostra (n=81) ^A	
	N	%
Bateria CERAD Nomeação de Boston		
Memória Longo Prazo, Linguagem, Gnosia		
Média ± desvio padrão (amplitude)	14,5±1,5 (4 - 15)	
Nomeação de Boston <i>Class</i>		
NB < 13 Abaixo do esperado	5	62
NB ≥ 13 Esperado	76	93,8
Memória Longo Prazo, Linguagem e Função Executiva na Lista de palavras de Reconhecimento		

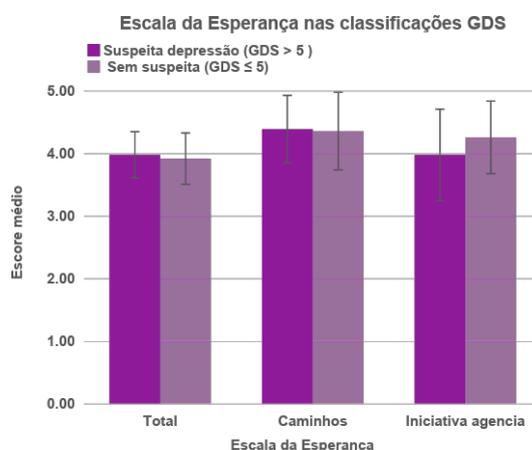
Média ± desvio padrão (amplitude)	18,4±3,9 (9 - 29)	
Lista de Palavras <i>Class</i>		
LP ≥ 14 Esperado	75	92,6
LP < 14 Abaixo do esperado	6	7,4
Habilidade Construtiva ^B		
Média ± desvio padrão (amplitude)	8,7±2,0 (4 - 11)	
Habilidade Construtiva <i>Class</i> ^B		
HC < 10 Abaixo do esperado	41	51,7
HC > 10 Esperado	29	48,3
Fluência Verbal Semântica 10 animais		
Memória Longo Prazo Linguagem		
4	1	1,2
10	80	98,8
Média ± desvio padrão (amplitude)	9,9±0,7 (4 - 10)	
Fluência Fonológica		
Média ± desvio padrão (amplitude)	9,4 ±1,3 (4 - 10)	
Linguagem, Função Executiva, Memória		
Longo Prazo WMS recall tardio		
Média ± desvio padrão (amplitude)	6,8±1,8 (2 - 10)	

A: Percentuais obtidos com base no total de casos válidos na amostra. B: Dados ausentes: n= 1 (1,2%)

Fonte: dados de pesquisa

A Escala Esperança Disposicional foi comparada ao instrumento CERAD e, em relação ao GDS, foi identificada correlação estatisticamente significativa e negativa com a Agência/Iniciativa ($r_s = -0,310$; $p=0,005$), apontando que escores elevados no GDS estão se mostrando correlacionados a baixas pontuações na dimensão da iniciativa. Quando os escores médios da Escala da Esperança foram comparados às classificações GDS, não foram identificadas diferenças significativas (Gráfico 1).

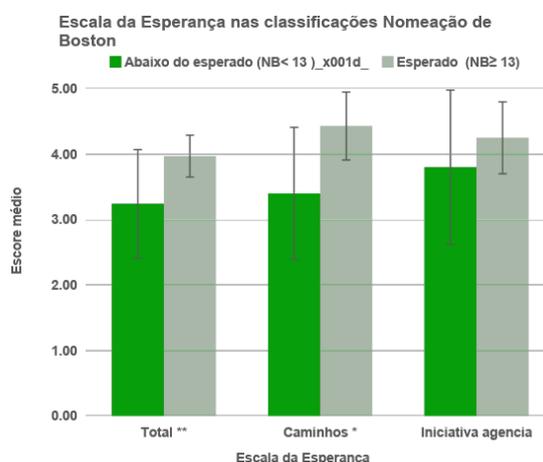
Gráfico 1: Escores médios para escala da Esperança segundo as classificações da escala GDS



Fonte: dados de pesquisa

Sobre a relação entre a Escala da Esperança Disposicional e a Bateria CERAD, houve diferença significativa na Nomeação de Boston, cujo grupo com classificação esperada apresentou média de Esperança superior no total esperança ($p < 0,001$) e na dimensão caminhos ($p < 0,001$) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Escores médios para escala da Esperança, segundo as classificações da Nomeação de Boston



Fonte: dados de pesquisa

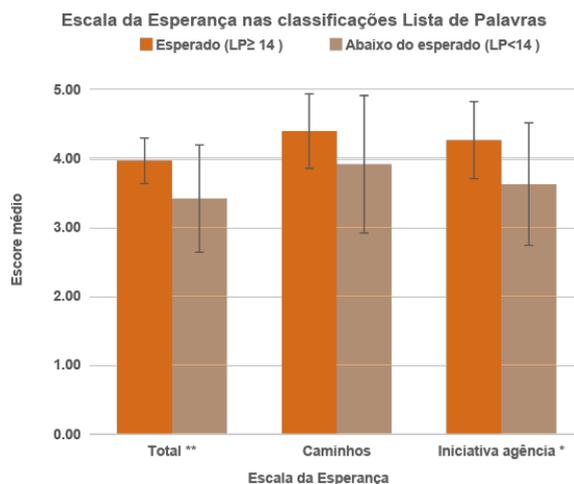
Resultados significativos também se mantiveram, quando foram comparadas as pontuações da Nomeação de Boston com a Escala Esperança Disposicional, na qual foram detectadas correlações estatisticamente significativas e positivas com o total da esperança ($r_s = 0,231$; $p = 0,038$) e a dimensão caminhos ($r_s = 0,237$; $p = 0,033$).

A Lista de Palavras mostrou-se significativamente relacionada à Escala Esperança

Disposicional, apontando para escores médios de esperança mais elevados no grupo de investigados, com classificação esperada para o total esperança ($p=0,001$) e para a dimensão iniciativa ($p=0,011$).

A seguir, apresenta-se a Escala da Esperança nas classificações de Lista de Palavras (Gráfico 3).

Gráfico 3: Escala da Esperança nas classificações Lista de Palavras



Fonte: dados de pesquisa

Sobre o teste de Memória de Longo Prazo, Linguagem, Função Executiva, houve correlação estatisticamente significativa e positiva com a dimensão caminhos ($r_s = 0,304$; $p=0,039$), indicando que elevados escores nesta dimensão se mostraram correlacionados a elevadas pontuações na Linguagem.

Na Tabela 5, é feita a análise de correlação (Spearman) e feitas as comparações de médias da escala Expectativa/Esperança e testes psicológicos. Abaixo, é mostrada a Tabela 5ª completa: Análise de correlação e comparações de médias da escala Expectativa/Esperança e testes de avaliação cognitiva.

Tabela 5ª completa: Análise de correlação e comparações de médias da escala Expectativa/Esperança e testes de avaliação cognitiva

Esperança Escalas	Total		Caminhos		Iniciativa Agência	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
GDS	$r_s = -0,065$; $p=0,567$		$r_s = -0,136$; $p=0,227$		$r_s = -0,310$; $p=0,005$	
GDS classificação						
GDS > 5 Suspeita de depressão (n=11)	3,98	0,37	4,39	0,54	3,98	0,73
GDS <=5 Sem suspeita (n=70)	3,92	0,41	4,36	0,62	4,26	0,58
p¥	0,663		0,897		0,149	
Bateria CERAD Nomeação de Boston (Memória Longo Prazo, Linguagem e Gnosia) [r_s ; p]	$r_s = 0,231$; $p=0,038$		$r_s = 0,237$; $p=0,033$		$r_s = 0,106$; $p=0,347$	
Nomeação de Boston <i>Class</i>						
NB < 13 Abaixo de esperado (n=5)	3,24	0,83	3,40	1,01	3,80	1,18
NB >= 13 Esperado (n=76)	3,97	0,32	4,43	0,52	4,25	0,55
p¥	<0,001		0,001		0,107	

r_s : Coeficiente de correlação de Spearman; ¥ Teste de Mann Whitney U;

Correlação bem fraca |0,000| a |0,199|; correlação fraca |0,200| a |0,399|, correlação moderada-; |0,400| a |0,699|; correlação forte |0,700| a |0,899|; e correlação muito forte |0,900| a |1,00|.

Fonte: dados de pesquisa

5 DISCUSSÃO

A partir dos dados obtidos, observou-se que houve uma relação entre esperança, funcionamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos. Os resultados deste estudo referem-se a uma amostra de 81 investigados, predominantemente do sexo feminino, 77,8% (n=63). Esses dados corroboram o fenômeno feminino, ou seja, o aumento do número de mulheres no processo do envelhecimento tem sido comprovado em diversas pesquisas (PATERSON; YEUNG; THORNTON, 2016; MERCHANT et al., 2017; DALE et al., 2018).

Sobre os resultados referentes ao principal fator de estudo, a Escala Esperança Disposicional, o escore para o total apresentou média de 3,9 ($dp = 0,4$). Considerando que as pontuações para a escala podem variar de 1 a 5 pontos, estima-se que os investigados se concentraram nos escores mais elevados da escala. Também, sobre as dimensões da referida escala, mantiveram-se as estimativas dos valores mais elevados, com média de 4,2 ($dp = 0,6$) para a agência e 4,4 ($dp = 0,6$) e para caminhos.

Segundo Snyder (1999 apud SNYDER, 2002), os indivíduos que permanecem com comportamentos de esperança (agenciamento e caminhos) apresentam objetivos maiores em várias áreas da vida e executam tarefas mais complexas e, quando enfrentam dificuldades, são mais flexíveis e encontram objetivos e caminhos alternativos. Os altos níveis nessas áreas demonstraram uma ação recíproca entre expectativa de eficácia (motivação) e expectativa de resultado (estratégias de caminhos) (HARTMANN JÚNIOR, 2018), o que vai ao encontro dos resultados de vários estudos. A esperança do caminho, ou seja, planejar, permanecer ou até mesmo mudar a rota ou o caminho de suas ações, para atingir as metas desejadas, com motivação e persistência, foram os fatores mais relevantes na percepção do envelhecimento em comparação a outras variáveis, como satisfação com a vida e *status* socioeconômico (SADEGH MOGHADAM et al., 2016; YAGHOOBZADEH; SCHÜTZE, 2017; SELIGMAN; CSIKSZENTMIHAL, 2000).

No que se refere à Lista de Palavras, seus resultados mostraram-se significativamente relacionados à Escala Esperança Disposicional, apontando para escores médios de esperança mais elevados no grupo investigado, com classificação esperada para o total esperança ($p=0,001$) e a dimensão caminhos ($p=0,011$).

Como a maioria da amostra era feminina, esses resultados confirmam que, nos testes de Fluência Verbal, ligados à linguagem, as mulheres apresentam escores mais elevados que os homens (HARAD et al, 2013). No entanto, nas pesquisas focadas na cognição e na variável sexo, os resultados são contraditórios e inconsistentes; FERREIRA; FERREIRA; FERNANDES 2014; PASSOS et al., 2015).

No tocante aos sintomas depressivos, os idosos desta pesquisa não apresentaram pontuações que confirmassem esse problema, como na escala GDS, 86,4% ($n=70$). Na Bateria CERAD Nomeação de Boston, as pontuações oscilaram de 4 até 15, com média estimada em 14,5 ($dp = 1,5$) pontos. Quanto à classificação das pontuações, 6,2% ($n=5$) classificaram-se, apresentando escores acima do esperado.

Destaca-se que a esperança está também relacionada a aspectos emocionais e cognitivos (LOPEZ; SNYDER; PEDROTTI, 2003; BARROS-OLIVEIRA, 2008; SNYDER; HARRIS; IRVING; ANDERSON et al., 1991; SNYDER, 2000). Assim, para que o indivíduo tenha autonomia, é necessário que a cognição e o humor estejam adequados (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2016).

As idades da presente amostra variaram de 60 a 88 anos, e a média de idade estimada de 67,6 ($dp = 7,1$) anos. Na abordagem da idade através de faixas etárias, a maior

concentração ocorreu entre os investigados de 60 a 69 anos, 63,0% (n=51). Quanto à atividade remunerada, 54% (n=44) responderam que ainda estão trabalhando, sendo que 20,5% (n=9) são professores; 13,6% (n=6), empresários/microempresários; 11,4% (n=5), vendedores/comerciantes. No que concerne ao grau de instrução, 50,6% (n=41) apresentaram Ensino Superior, seguido dos casos com Pós-Graduação, 23,5% (n=19), havendo uma baixa taxa de repetência escolar 26,0% (n=21). Conforme o estudo de Farina et al. (2020), o nível de escolaridade é um aspecto importante para a formação de uma reserva cognitiva.

Nota-se que grande parte da amostra possui menos de 70 anos, alta escolaridade e cognição esperada e não aponta suspeita de sintomas depressivos. Em várias pesquisas, percebe-se que os sintomas depressivos diminuem a capacidade de resolução de problemas em idosos, em razão da saúde, e o estado funcional (BIRCH et al., 2016; GANGULI et al., 2009; DALE et al. 2018; OMS, 2017), o que não fora observado nesta pesquisa. Lopes, Bastos e Argimon (2017) comentam que esses fatores contribuem para uma “reserva cognitiva” e que podem ajudar a retardar o aparecimento de demências, porque diferentes pesquisas associam a baixa escolaridade e o aumento da idade às dificuldades cognitivas em idosos (FARINA, 2019; MERCHANT et al., 2017; DALE et al., 2018; ZHU; HU; EFIRD, 2012; BRAILEAN et al., 2017; PATERSON; YEUNG; THORNTON 2016; SUDHIR et al., 2020).

No que se refere ao estado civil, como se observou, a maior parte da amostra se declarou casada/vivendo em união, 58,0% (n=47); seguido da condição de viuvez, 21,0% (n=17). Por serem idosos jovens, grande parte continua vivendo com os companheiros, tendo uma vida ativa e independente, e este também é um fator importante nesta fase da vida, conforme Papalia, Olds e Feldman (2006). Portanto, a maioria não vive sozinha, tem o suporte social e familiar, e esses aspectos são considerados de proteção (MORAES; MORAIS; LIMA, 2010). Tais ideias também vão ao encontro das de Farina et al. (2020), já que que fatores, como não morar sozinho, contribuem para manter a função cognitiva e evitar os sintomas depressivos.

Neste estudo, constata-se ainda que o grupo de idosos investigados possui outros fatores de proteção. Um deles é o fato de ter uma atividade social ativa, os quais participam de grupos de convivência e mantêm vínculos de amizade. Este fator, além de outros que são igualmente de proteção e prevenção na saúde do idoso (DACHS, 2002),

Confirmou-se igualmente a atividade física por 63,0% (n=42) dos respondentes,

e, entre as mais citadas, foram os exercícios aeróbicos e anaeróbicos, cada uma representando 80,4% (n=41) e 47,1% (n=24), respectivamente. Muitos investigados praticam mais de uma atividade física. Sobre a frequência semanal das referidas atividades, 53% (n=27) realizam quatro ou mais vezes, seguido do grupo que relatou frequência de duas vezes na semana, 23,5% (n=12).

Esse padrão de comportamento preserva a sua autonomia e independência (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010), a sua autoestima (DACHS, 2002). Também um estilo de vida saudável (HÖTTING; RÖDER 2013) é um fator de proteção.

Quanto à religião, ou seja, à espiritualidade, 95,1% (n=77) disseram seguir algum tipo e, acerca da frequência que a exercem, 37,7% (n=29) mencionaram uma vez por semana; e 33,3% (n=19), nunca exercê-la. Percebe-se que grande parte possui algum tipo de religião, mesmo não a praticando. São incluídas, como estratégias de abordagem ao estresse, as práticas religiosas e a espiritualidade, como maneiras de aliviar as tensões, sofrimento e situações desagradáveis (GLIDDEN, et al ., 2019; SILVA; MOREIRA-ALMEIDA; CASTRO, 2018; CARVALHO, 2019).

Nesse sentido, para um envelhecimento saudável, de acordo com Sudhir; Sangu e Agostinho (2020), é precioso considerar os aspectos preconizados pela PP, como a espiritualidade ou religiosidade (ZHU; HU; ZANON, 2020, GLIDDEN, et al. 2019, SILVA; MOREIRA-ALMEIDA CASTRO, 2018; HARTMANN JÚNIOR et al., 2018). Nesse contexto, segundo Sudhir, Sangu e Agostinh (2020), a espiritualidade serve como suporte para os idosos, como construto central para a avaliação na saúde, para maior enfrentamento das enfermidades, causadas pela idade, ajudando a dar um maior significado e sentido à vida (OLIVEIRA; SILVA; LIMA et al., 2018). Outro estudo também acerca do bem-estar psicológico, da saúde física e mental dos idosos associou o que preconiza a PP com espiritualidade, resiliência, esperança a menos doenças (GUPTA; SINGH, 2020).

A amostra possui um estilo de vida saudável, espiritualidade, altos níveis de escolaridade, atua em grupos de convivência, mora com familiares, pratica atividade física, e estes comportamentos mantêm a autonomia e independência. Destaca-se que fatores de proteção são positivos e causam uma vantagem do tipo “reserva cognitiva”, retardando o aparecimento de demências (LOPES; BASTOS; ARGIMON, 2017).

5 CONCLUSÃO

A Escala de Esperança Disposicional foi comparada ao instrumento CERAD e, em relação ao GDS, foi identificada correlação estatisticamente significativa e negativa com a Agência/Iniciativa, apontando que escores elevados no GDS que se mostram correlacionados a baixas pontuações na dimensão da Iniciativa. Quando os escores médios da Escala da Esperança foram comparados às classificações GDS, não foram constadas diferenças significativas entre elas.

Sobre a relação entre a Escala da Esperança Disposicional e a Bateria CERAD, houve diferença significativa na Nomeação de Boston, cujo grupo com classificação esperada apresentou média de esperança superior no total esperança e na dimensão caminhos.

Resultados significativos também se mantiveram, quando foram comparadas as pontuações da Nomeação de Boston com a Escala Esperança Disposicional, na qual foram detectadas correlações estatisticamente significativas e positivas com o total da Esperança e com a dimensão Caminhos.

A Lista de Palavras mostrou-se significativamente relacionada à Escala Esperança Disposicional, apontando para escores médios de Esperança mais elevados no grupo de investigados, com classificação esperada para o total Esperança e a dimensão Iniciativa.

Sobre o teste de Memória de Longo Prazo, Linguagem, Função Executiva, houve correlação estatisticamente significativa e positiva com a dimensão caminhos, indicando que elevados escores neste quesito se mostraram correlacionados a elevadas pontuações na Linguagem.

Foi comprovada, portanto, a hipótese desta pesquisa - que existe relação entre esperança, cognição e sintomas depressivos. Verifica-se que a amostra, por ser composta por idosos de até 70 anos, ou seja, de idosos ainda jovens, que tem uma vida social e profissional ativa, vive com cônjuge ou familiares, possui altos níveis de escolaridade, religiosidade e tem um estilo de vida saudável, por meio da prática de atividades físicas regulares. Possui, portanto, fatores de proteção contra a doenças, tanto cognitivas quanto de humor, como apregoa a literatura sobre o tema.

Nesse contexto, percebe-se que, ao terem esperança, possuem condições cognitivas para estabelecer objetivos e encontrar meios para realizá-los. Esses aspectos

são muito importantes, para que se mantenham motivados, mesmo em situações adversas, e permaneçam no objetivo de fazer a vida valer a pena de ser vivida continuamente.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, OSVALDO P.; ALMEIDA, SHIRLEY A.. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 57, n. 2B, p. 421-426, June 1999.
Doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2021.
- AQUINO, Thiago Antonio Avellar de. Educação para o sentido da vida. *Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial*, v. 1, n. 2, 2012.
- ARMITAGE, P; BERRY, G. *Statistical methods in medical research* Oxford: Blackwell, 1971.
- ASSARI, S.; LANKARANI, M. M. Depressive Symptoms Are Associated with More Hopelessness among White than Black Older Adults. *Frontiers in Public Health*, v. 4, n. 82, 2016. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00082>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2016.00082/full>. Acesso em: 12 jan.2021.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM 5*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- BAILEY, T. C.; ENG, W.; FRISCH, M. B.; SNYDER, C. R. Hope and optimism as related to life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, v. 2, n. 3, p. 168-175, 2007. Doi: <https://doi.org/10.1080/17439760701409546>.
- BARROS-OLIVEIRA, José H. Jovens e idosos à luz de alguns tópicos da psicologia positiva. *Psicologia, Educação e Cultura*, v. XII, n. 2, pp.415-434, 2008.
- BECK, A.T.; KNAPP, P. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Ver Bras Psiquiatr.* v. 30, n. II:S54-6, 2008.
- BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O. minixame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 52, p. 1-7, 1994.
- BERTOLUCCI, P.H.F.; OKAMOTO, I. H.; BRUCKI, S. M. D.; SIVIERO, M. O.; TONIOLO NETO, J.; RAMOS, L. R. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 59, p. 532-536, 2001.
- BERTOLUCCI, P.H.F.; OKAMOTO, I.H.; TONIOLO NETO. J.; RAMOS, L.R.; BRUCKI, S.M.D. Desempenho da população brasileira na bateria neuropsicológica do Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). *Rev Psiq Clin.*São Paulo, v. 25, n. 2, p. 80-3, 1998.

BIRCH, K.; HOPE, M. T. et al. Cognitive Function as a Mediator in the Relationship Between Physical Activity and Depression Status in Older Adults. *J Aging Phys Act.* v. 24, n. 4, p. 540-546, 2016. Doi: 10.1123/japa.2015-0029.

BRAILEAN, M. J.; AARTSEN, G; MUNIZ-TERRERA, M. P. Associações longitudinais entre dimensões da depressão tardia e o funcionamento cognitivo: uma análise de curva de crescimento latente em vários domínios. *Psychological Medicine*, v. 47, n. 4, p. 690-702, 2017. Doi:10.1017/S003329171600297X.

CARVALHO, A.F.S. *A Associação da Religiosidade/Espiritualidade com a percepção de felicidade de idosos longevos*. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Católica de Brasília - DF, 2019.

CHAMELIAN, L; FEINSTEIN, A. The effect of major depression on subjective and objective cognitive deficits in mild to moderate traumatic brain injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, v.18, n. 1, p. 33-38, 2006. Doi:10.1176/jnp.18.1.33

DACHS, N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: Análise dos dados do PNAD/1998. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2002. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14596.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

DALE, W., et al. Cognitive Function and its Risk Factors Among Older US Adults Living at Home. *Alzheimer Dis Assoc Disord.*, v. 32, v. 3, p. 207-213, Jul-Sep., 2018.

FARINA, Marianne. *Cognição e reserva cognitiva em idosos: um estudo longitudinal*. Tese de Doutorado da PUCRS, 2019.

FARINA, Marianne; LIMA, Manuela Polidoro; Machado, Wagner Machado et al. Components of an indirect cognitive reserve: a longitudinal assessment of community-dwelling older adults. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 2020. Doi: 10.1080/13825585.2020.1839377.

FERREIRA L.; FERREIRA, R.S.R; FERRI, CP; FERNANDES, J.C.G. Rate of cognitive decline in relation to sex after 60 years-of-age: a systematic review. *Geriatr Gerontol Int*, v. 14, n. 1, p. 23- 31, 2014. Doi: <https://doi.org/10.1111/ggi.12093>.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res*, v. 12: p.189-98, 1975.

FREDRICKSON, B. L.; JOINER, T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, v. 13, p. 172-175, 2002.

FREDRICKSON, B.L.; TUGADE, M.; WAUGH, C.E; LARKIN, G.R. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 84, p. 365–376, 2003.

GANGULI, M. Depression, cognitive impairment and dementia: Why should clinicians care about the web of causation? *Indian J Psychiatry*, v. 51, Suppl1, p. S29–S34, 2009.

GLIDDEN, Rosina Forteski et al . A participação de idosos em grupos de terceira idade e sua relação com satisfação com suporte social e otimismo. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo , v. 39, n. 97, p. 261-275, dez. 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2021.

GUM, A.; SNYDER, C.R. Coping with terminal illness: the role of hopeful thinking. *Journal of Palliative Medicine* Vol. 5, No. 6, Jul., 2004. DoI: <https://doi.org/10.1089/10966210260499078>.

GUPTA, Shashidhar; SINGH, Abha. The Study of Resilience and Hope among Elderly People. *Indian Journal of Gerontology* 2020, Vol. 34, No. 3, pp. 343–352.

HARADA, C.N.; NATELSON LOVE, M.C.; TRIEBEL, K.L. Normal cognitive aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, v. 29, n. 4, p. 737–52, nov. 2013.

HARTMANN JÚNIOR, J. A. S et al. Hope as a behavior and cognitive process. A new clinical strategy about mental health's prevention. *Medicine* (Baltimore), v. 97, n. (36, p.: e12130, Sep. 2018. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6133436. Acesso em: 12 dez. 2021.

HÖTTING, K; RODER, B. Beneficial effects of physical exercise on neuroplasticity and cognition. In: *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Nov, v.37, n. 9, pp.2243-2257, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.04.005>.

HUPPERT, F. A.; SO, T. *What percentage of people in Europe are flourishing and what characterises them?* Briefing document for the OECD/ISQOLS meeting “Measuring subjective well-being: an opportunity for NSOs?” 23/24 July, Florence, Italy, 2009.

KOCHHANN, R; VARELA, J. S.; LISBOA, C. S. M; CHAVES, M. I. F. Mini Exame do Estado Mental: revisão de pontos de corte ajustados para a escolaridade em uma grande amostra do sul do Brasil. *Dement. Neuropsychol.* v.4, n.1 São Paulo Jan./Mar. 2010
Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642010DN40100006>.

LIMA, T.; TONELLO, M.G.M. Atividade física: um tratamento para pessoas com alzheimer. *Efdeportes.com, Buenos Aires*, v. 13, n. 125, out. 2008. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd125/atividade-fisica-um-tratamento-para-pessoas-comalzheimer.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

LOPES, Regina Maria Fernandes; BASTOS, Alan Saloum; ARGIMON, Irani I. de Lima. Treino das Funções Executivas em Idosos: Panamerican Revisão/Cuadernos de Neuropsicologia. *Journal of Neuropsychology*. vol.11.número10, 2017. 7714/CNPS/11.1.2011.ENE-ABR.

LOPEZ, S. J., SNYDER, C. R.; PEDROTTI, J. T. *Hope: Many definitions, many measures*. In: LOPEZ, S. J.; SNYDER, C. R. (Eds.). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (p. 91-106), 2003. American Psychological Association. Doi: <https://doi.org/10.1037/10612-006>.

MALLOY-DINIZ, L.; MATOS, P. *Psicogeriatría na Prática Clínica (Coleção Neuropsicologia na Prática Clínica)*. 2017.

MATOS, A.C.S.; OLIVEIRA, I.R. Terapia Cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v. 12, n.4, p. 512-519, 2013.

MERCHANT, R. A; MBCHB, F. R. C. P et al. Singapore Healthy Older People Everyday (HOPE) Study: prevalence of frailty and associated factors in older adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 18, n. 8, p. 734-e9-734.e14, 1 August 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861017302438>. Acesso em: 12 nov. 2020.

MICHELATO, Natalia et al. Idosos em tratamento quimioterápico: relação entre estresse, sintomas depressivos e esperança/Idosos em Tratamento Quimioterápico: Relação entre Nível de Estresse, Sintomas Depressivos e Esperança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 35, 2019, p. N/D, 2019.

MORAES, E.N. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Governo Federal. Fundação Oswaldo Cruz, 2008. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_912998204.pdf. Acesso: 23 abr. 2020.

MORAES, E.N.; MARINO, M.C.A.; SANTOS, R.R. Principais síndromes geriátricas. *Rev méd de Minas Gerais* [Internet], v; 20, n. 1, p.54-66, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1809-9823201800040039700003&lng=en. Acesso em: 24 maio 2020.

MORAES, Edgar Nunes de; MORAES, Flávia Lanna de; LIMA, Simone de Paula Pessoa. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev Med de Minas Gerais*, v. 20, n. 1, p. 67-73 7, 2010. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf. Acesso em: 2 maio 2020.

MORRIS, J. C., HEYMAN, A., MOHS, R. C., HUGHS, J. P., VAN BELLE, G., FILLENBAUM, G., et al. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD): Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology*, v. 9, p. 1159-1165, 1989.

NOBLE, T.; MCGRATH, H. The positive educational practices framework: A tool for facilitating the work of educational psychologists in promoting pupil wellbeing. *Educational and Child Psychology*, v. 25, p. 119-134, 2008.

OLIVEIRA, L. M., SILVA S. M., LIMA, E. F. A. et al. A esperança de vida dos idosos:

avaliação pelo perfil e a Escala de Herth. *Rev Fund Care Online*. jan./mar.; 10(1):167-172, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.167-172>

PAPALIA, D. E., OLDS, S.W.; FELDMAN, R.D. *Desenvolvimento humano*. 8a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Depression and other Common Mental Disorders. *Global Health Estimates*; 2017.

PACICO, J. C.; BASTIANELLO, M. R.; ZANON, C.; HUTZ, C. S. Adaptation and validation of the dispositional hope scale for adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 26, n. 3, p. 488-492, 2013.

PASSOS, V.M.A; GIATTI, L.; BENSENOR, I. et al. A educação desempenha um papel maior que a idade no desempenho dos testes cognitivos entre os participantes do Estudo Longitudinal Brasileiro de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), 2015. *BMC Neurol* 15, 191 (2015). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12883-015-0454-6>.

PATERSON, T.S.E.; YEUNG, S.E.; THORNTON, W. L. Positive affect predicts everyday problem-solving ability in older adults. *Aging & Mental Health*, [s. l.], v. 20, n. 8, p. 871–879, 2016. Doi: 10.1080/13607863.2015.1043619. Disponível em: <http://search-ebscohost-com.ez94.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=117818914&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 10 jul. 2020.

RIBEIRO, P.C.C.; Oliveira, B.H.D.; CUPERTINO, A.P.F.B.; NERI, A.L.; YASSUDA, M.S. Desempenho de idosos na bateria cognitiva do CERAD: relações com variáveis sociodemográficas e percepção de saúde. *Psicol. Reflexo. Crit.* Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 102-109, abril de 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 maio 2020.

SADEGH MOGHADAM, L., DELSHAD NOGHABI, A., FARHADI, A., NAZARI, S., ESHGHIZADE, M., CHOPANVAFA, F., NIAZI EVARI, M., 2016. Life satisfaction in older adults: role of perceived social support. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, [online] 22(6), pp.1043-1051. Disponível em: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=508611>. Acesso em: 15 mar.2021

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; FONTAINE, Anne Marie Germaine Victorine; KOLLER, Silvia Helena; SANTOS, Manoel Antônio dos. Da felicidade autêntica ao bem-estar: a Psicologia Positiva em florescimento. *Psicol. Reflex. Crit.* [online], v.26, n.4, pp.663-670. ISSN 0102-7972, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400006>.

SELIGMAN, M. E. P. O que é bem-estar? In: Seligman, M. E. P. *Florescer*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SELIGMAN, M.E.P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, v. 55, n. 1, p. 5-14, 2000.

SELIGMAN, M. E. P., STEEN, T. A., PARK, N.; PETERSON, C. Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, v. 60, n. 5, 410-421, 2005. Doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>.

SILVA, Monalisa Claudia Maria da; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de. Idosos cuidando de idosos: a espiritualidade como alívio das tensões. *Rev. Bras. Enferm.* [online]. 2018, vol.71, n.5, pp.2461-2468, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502461&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1984-0446. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0370>. Acesso em: 12 dez.2020.

SILVEIRA, D. R.; MAHFOUD, M. Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 25, n. 4, p. 567-576, 2012.

SNYDER, C.R. Gênese: nascimento e crescimento da esperança. In: SNYDER, C.R (ed.). *Manual da esperança: Teoria, medidas e aplicações* (pp. 25-57). San Diego, CA: Academic Press, 2000.

SNYDER, C. R.; FELDMAN, D. B.; SHOREY, H. S.; RAND, K. L. Hopeful choices: A school counselor's guide to hope theory. *Professional School Counseling*, v. 5, n. 5, p. 298-307, 2002.

SNYDER, C.R.; HARRIS, C.; ANDERSON, J. R.; HOLLERAN, S. A.; IRVING, L. M.; SIGMON, S.T; HARNEY, P. A vontade e os caminhos: desenvolvimento e validação de uma medida de esperança das diferenças individuais. *Jornal da Personalidade e Psicologia Social*, v.60, n.4, p.570-585, 1991. DOI: 10.1037 / 0022-3514.60.4.570.

SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. (Eds). *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

STEPTOE, Andrew; WARDLE, Jane; MARMOT, Michael. Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *PNAS*, May 3, v.102, n. 18, p. 6508-6512; 2005. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.0409174102>.

SUDHIR, C.T.K.; SANGU, G; AGOSTINHO, A. Treatment of late-life depression. *Journal of Geriatric Care and Research*, v. 7, n. 1, p. 9-16, 2020. ISSN 2397-5628.

WELSH, K., BUTTERS, N., HUGHES, J., MOHS, R., HEYMAN, A. Detection of abnormal memory decline in mild cases of Alzheimer's disease using CERAD neuropsychological measures. *Arch Neurol*. 1991 Mar;48(3):278-81, 1991.

YAGHOOBZADEH, Yadollah; SCHÜTZE, Heike Adel Hinrich. Noise mitigation for neural entity typing and relation extraction. *ACL Anthology*. E17-1111, p. 1183-1194, 2017.

YESAVAGE, J. A., BRINK, T. L.; ROSE, T. L.; LUM, O., HUANG, V.; ADEY, M.; LEIRER, V. O. Development and validation of a geriatric depression screening

scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.*, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1982-1983.

ZHU, S.; HU, J.; EFIRD, J.T. Role of social support in cognitive function among elders. *J Clin. Nurs.*, v. 21, n. 15-16, p. 2118-25, 2012. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04178.x.

8 CONCLUSÃO

Destaca-se que o comprometimento cognitivo e a depressão frequentemente ocorrem em idosos, e a depressão é um fator de risco para a diminuição cognitiva. Porém, salienta-se ainda a importância de intervenções, focadas na modificação de distorções cognitivas, como uma maneira de ajudar os idosos a interromperem hábitos e, assim, prevenir os sintomas da depressão. Acrescenta-se igualmente que, para que os idosos preservem sua cognição e compensem os déficits cognitivos, é necessário treiná-los e estimulá-los cognitivamente, tendo em vista a plasticidade cerebral, para que mantenham ou melhorarem o seu desempenho nas ABVD, AIVD e na promoção da qualidade de vida do idoso.

Desta forma, é de grande importância que os profissionais de saúde se preparem para atender os idosos, pois eles possuem características diferentes dos adultos, tanto biológica quanto cognitiva e emocionalmente. A depressão em idosos, muitas vezes, é ignorada, porque, no geral, os sintomas depressivos são vistos como manifestações normais do envelhecimento, e os problemas cognitivos chegam silenciosamente. Tais aspectos têm dificultado a elaboração do diagnóstico dos sintomas depressivos e cognitivos e que, geralmente, se sobrepõem. Contudo, esses problemas podem ser monitorados, treinados para manter esse idoso ativo e independente

A esperança, como instrumento, associada à afetividade, cognição, comportamentos orientados para o futuro, podem ajudar os profissionais da saúde na avaliação contínua da cognição, depressão e esperança, para diferenciar os sintomas normais da senescência e dos patológicos e, por conseguinte, proporcionar uma assistência adequada durante todo percurso de vida dos idosos

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi verificar a relação entre esperança, funcionamento cognitivo, sintomas depressivos em idosos.

Diante dos dados analisados, ao fazer a caracterização da amostra, verificou-se que a maioria é composta por idosos mais jovens, apresentou melhor desempenho nas tarefas cognitivas e o que se reflete nos sintomas depressivos.

Também, o número de anos de estudo formal, ou seja, a escolaridade pode ter influenciado no desempenho cognitivo dos idosos nesta pesquisa, pois a maioria possui Ensino Superior ou Pós-graduação. Além disso, participa de grupos de convivência, possui apoio familiar, não vivendo na solidão, e continua trabalhando, é independente e ativa. Esses fatores também contribuem para manter preservada a cognição, evitando, assim, sintomas depressivos.

Destaca-se ainda o fato de pertencer à classe média, o que favorece a qualidade de vida, bem como tem hábitos saudáveis, como a prática de exercícios físicos regulares, beber de forma moderada e não fumar. Igualmente, esses aspectos podem influenciar na preservação do humor e da cognição.

Quanto aos sintomas depressivos, estes se relacionam aos pensamentos disfuncionais, à dificuldade de concentração e à falta de memória; apresentam-se em comportamentos alterados, sentimentos de vazio, como pessimismo, desesperança, inutilidade e culpa, entre outros. No entanto, a cognição permite o controle das ações, dos pensamentos, da atenção, do tempo, do planejamento, para se chegar a um objetivo, a resoluções de problemas, para que o indivíduo ter uma vida de forma independente. A fim de que sejam realizadas essas ações, é preciso que a pessoa tenha a sua cognição preservada e, para isto, necessita que ela seja estimulada constantemente.

Nesse sentido, o construto esperança envolve aspectos cognitivos e emocionais, e este pode ser treinado por meio de intervenções, visando a manter ou preservar a cognição e evitar sintomas depressivos. Esses idosos podem ser educados, capacitados para desenvolver ou preservar o bem-estar psicológico, com o intuito de manter a funcionalidade e independência e reduzir o risco de comorbidades.

Assinala-se, entretanto, que o presente estudo possui algumas limitações pelo fato de haver apenas três instrumentos que são validados para a Esperança – e nenhum deles foi validado nos últimos 10 anos. Também houve problemas na descrição das

intervenções, além de cada autor definir, de forma diferente, os construtos.

Somando-se a isso, em função da pandemia Sars-CoV-2 (iniciada em março/2020 até presente momento), a coleta dos dados referente aos instrumentos de avaliação com os participantes do estudo teve que ser realizada de forma *online* (virtual).

REFERÊNCIAS

ABREU, V.P.S.; TAMAI, S.A.B. Reabilitação cognitiva. In: FREITAS, E.V.; P.Y., L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 882-890). São Paulo: Guanabara Koogan, 2006.

AFFLECK, G.; URROWS, S.; TENNEN, H.; HIGGENS, P.; ABELES, M. Sequential daily relations of sleep, pain intensity and attention to pain among women with fibromyalgia. *Pain*, v. 68, p. 363- 368, 1996.

ALBRIGHT; Thomas Jessell; KANDEL, Eric R.; POSNER, Michael. Ciência neural: um século de progresso e os mistérios que permanecem. *Neuron* v. 25, ed. 1, Suplemento 1, 2000. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0896-6273\(00\)80912-5](https://doi.org/10.1016/S0896-6273(00)80912-5).

ALLEN, A. B; GOLDWASSER, E. R.; LEARY, M. Self-Compassion and Well-being among Older Adults. *Self and Identity*. v. 11, n. 4, p. 428-453, 2012. Doi: 10.1080/15298868.2011.595082

ALMEIDA, OSVALDO P.; ALMEIDA, SHIRLEY A.. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 57, n. 2B, p. 421-426, June 1999.

Doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2021.

ALVARENGA, MR; OLIVEIRA, MAC; FACCENDA, O. Depressive symptoms in the elderly: analysis of the itens of Geriatric Depression Scale. *Acta Paul Enferm*, v. 25, n. 4, p. 497-503, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3105360&pid=S1517-5545201400010000700001&lng=pt.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar de. Educação para o sentido da vida. *Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial. Revista Logos e Existência*, v. 1, n. 2, 2012.

ARGIMON, I. I. de L.; ESTEVES, C. S.; WENDT, G. W. (eds.). *Ciclo Vital: perspectivas contemporâneas em avaliação e intervenção*. Porto Alegre, RS: Edipucrs, 2015.

ARGIMON, Irani I. de Lima; STEIN, Lilian Milnitsky. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.21, n.1, pp.64-72, 2005. ISSN 1678-4464. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100008>. Acesso em: 2 fev. 2020.

ARMITAGE, P; BERRY, G. *Statistical methods in medical research* Oxford: Blackwell, 1971.

ASSARI, S.; LANKARANI, M. M. Depressive Symptoms Are Associated with More Hopelessness among White than Black Older Adults. *Frontiers in Public Health*, v. 4, n. 82, 2016. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00082>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2016.00082/full>. Acesso em: 12 jan.2021.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM 5*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

AUGUSTINE, A.; GEORGE, S.; SUDHIR KUMAR, C. T. Life in old age homes: reflections from God's own country, Kerala, India. *Journal of Geriatric Care and Research*, v. 7, n. 2, p. 64-67, 2020. Disponível em: https://censusindia.gov.in/vital_statistics/SRS_Report_2017/9.%20Chap_2-Population_Composition-2017.pdf. Acesso em: 16 jun. 2020.

ÁVILA, Ana Helena; GUERRA, Márcia; Meneses, Maria Piedad Rangel. Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice. *Pensamiento Psicológico*, v. 3, n. 8, enero-junio, p. 7-18, 2007.

BADDELEY, A.; WILSON, B. Frontal amnesia and the dysexecutive syndrome. *Brain Cogn.* v. 7, p. 212–230, 1988. Doi: [https://doi.org/10.1016/0278-2626\(88\)90031-0](https://doi.org/10.1016/0278-2626(88)90031-0).

BANDURA, Albert. Social Cognitive Theory. In: Vasta, R. (ed.). *Annals of child development*. vol. 6. Six theories of child development (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press, 1989.

BAILEY, T. C.; ENG, W.; FRISCH, M. B.; SNYDER, C. R. Hope and optimism as related to life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, v. 2, n. 3, p. 168-175, 2007. Doi: <https://doi.org/10.1080/17439760701409546>

BANDURA, A. Explorations in self-efficacy. In S. Sukemune (Ed.), *Advances in social learning theory*. Tokyo: Kaneko-shoho, 1985.

BARKER, M., O'HANLON, A., MCGEE, H., HYCKEY, A.; CONROY, R.M. Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatric*, v. 7, n. 9, 2007. Doi:10.1186/1471-2318-7-9.

BARROS-OLIVEIRA, José H. Jovens e idosos à luz de alguns tópicos da psicologia positiva. *Psicologia, Educação e Cultura*, v. XII, n. 2, pp.415-434, 2008.

BECK, A.T.; KNAPP, P. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Ver Bras Psiquiatr.* v. 30, n. II:S54-6, 2008.

BETTO, Frei; CORTELLA, Mário Sérgio. *Sobre a esperança – diálogo*. 5 ed. São Paulo: Papyrus, 2012.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O. minixame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 52, p. 1-7, 1994.

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [online]. v. 52, n.1, pp.01-07, 1994. ISSN 0004-282X. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>.

BERTOLUCCI, P.H.F.; OKAMOTO, I. H.; BRUCKI, S. M. D.; SIVIERO, M. O.; TONIOLO NETO, J.; RAMOS, L. R. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 59, p. 532-536, 2001.

BERTOLUCCI, P.H.F.; OKAMOTO, I.H.; TONIOLO NETO, J.; RAMOS, L.R.; BRUCKI, S.M.D. Desempenho da população brasileira na bateria neuropsicológica do Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). *Rev Psiq Clin.*São Paulo, v. 25, n. 2, p. 80-3, 1998.

BÍBLIA SAGRADA. São Paulo: Edições Paulinas, 1979.

BIRCH, K. HOPE, M. T. et al. Cognitive Function as a Mediator in the Relationship Between Physical Activity and Depression Status in Older Adults. *J Aging Phys Act.* v. 24, n. 4, p. 540-546, 2016. Doi: 10.1123/japa.2015-0029.

BLAKE J.; NORTON C. L. Examining the Relationship between Hope and Attachment: A Meta-Analysis. *Psychology*, v. 5, p. 556-565, 2004. Doi: <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2014.56065>.

BOCCARDI, M.; FRISONI, G.B. Cognitive rehabilitation for severe dementia: critical observations for better use of existing knowledge. *Mechanisms of ageing and development*, v. 127, p.166-172, 2005. Doi: 10.1016/j.mad.2005.09.027

BORA, E.; BERK, M. Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis. *J Affect Disord*, v. 191, p. 49-55, 2016. Doi: 10.1016/j.jad.2015.11.023.

BOTTINO, Cássio M.C.; CARVALHO, Isabel A.M.; ALVAREZ, Ana Maria, M.A.; AVILA, Renata; ZUKAUSKAS, Patrícia R; BUSTAMANTE, Sonia E.Z.; ANDRADE, Flávia C.; HOTOTIAN, Sérgio R; SAFFI, Fabiana; CAMARGO, Cândida H.P.. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 60, n. 1, p. 70-79, 2002. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2002000100013>.

BRAILEAN, M. J.; AARTSEN, G; MUNIZ-TERRERA, M. P. Associações longitudinais entre dimensões da depressão tardia e o funcionamento cognitivo: uma análise de curva de crescimento latente em vários domínios. *Psychological Medicine*, v. 47, n. 4, p. 690-702, 2017. Doi:10.1017/S003329171600297X.

BRASIL. *Boletim Epidemiológico*. Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. v. 50 | Jul. 2019. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/17/2019-014-Publicacao-02-07.pdf>17. Acesso em: 29 mar. 2020.

BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *R. bras. Est. Pop.*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2008.

BRITO-MARQUES, P.R.; CABRAL-FILHO, J. E. Influence of age and schooling on the performance in a modified Mini-Mental State Examination version: A study in Brazil northeast. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 63, p. 583-587, 2005.

BRONFENBRENNER, U.; EVANS, G. W. Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, v.9, n.1, p. 115-125, 2000. Doi: <https://doi.org/10.1111/1467->

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The Ecology of Developmental Processes. In: *Handdbook of childhood*.1998.

BRUCKI, S.M.D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P.H.F.; OKAMOTO, I. H. Sugestão para uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsi-quiatria*, 61, 777-781, 2003.

BRUCKI, S. M. D.; ROCHA, M.S.G. Category fluency test: Effects of age, gender and education on total scores, clustering and switching in Brazilian Portuguese-speaking subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 37, n. 12, p. 1771-1777, 2004.

BURY, S. M.; WENZEL, M.; WOODYATT, L. Giving hope a sporting chance: Hope as distinct from optimism when events are possible but not probable. *Motivation and Emotion*, v. 40, n. 4, p. 588-601, 2016.

BUSSING, A.; OSTERMANN, T; MATTHIESSEN, P. F. Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. Feb 10;3:10, 2005. Doi: 10.1186/1477-7525-3-10.

CABRAL, M.V.; FERREIRA, P.M. *Envelhecimento activo em Portugal: Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa (Portugal): Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2014.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; FERNANDES, Daniele. Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

CAMPÔA, EFR. Qualidade de vida, competências cognitivas e funcionais nos idosos institucionalizados e não institucionalizados. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade do Algarve, Algarve; 2009.

CANCELA, D. M. G. *O processo de Envelhecimento*. Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto. 2007.

CARVALHO, J. C. N.; CARDOSO, C. O.; COTRENA, C.; BAKOS, D., G., S.; KHRISTENSEN, C., H., FONSECA, R. P. Tomada de decisão e outras funções executivas: um estudo correlacional. *Ciência e Cognição*, v. 17, n.1, p. 94-104, 2012.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F. Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, v. 97, n.1, p. 19-35, 1990. Doi: <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.19>

CASTILHO, P.; GOUVEIA, J. P. Autocompaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Autocompaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, n. 54, 2011. Doi: https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_8

CHAMELIAN, L; FEINSTEIN, A. The effect of major depression on subjective and objective cognitive deficits in mild to moderate traumatic brain injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, v.18, n. 1, p. 33-38, 2006. Doi:10.1176/jnp.18.1.33

CHAN, R.C.K.; SHUM, D.; TOULOPOULOU, T.; CHEN, E.Y.H. Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology*, v. 23, p. 201-216, 2008.

CINTRA, Clarisse Lourenço; GUERRA, Valeschka Martins. Educação Positiva: A aplicação da Psicologia Positiva a instituições educacionais. *Psicol. Esc. Educ.* [online], v.21, n.3, pp.505-514, 2017. ISSN 2175-3539. Doi: <https://doi.org/10.1590/2175-35392017021311191>.

CLARE, L.; WOODS, R.T; MONIZ COOK, E.D; ORRELL, M ; SPECTOR, A. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's Disease: a review. *Neuropsychological rehabilitation*, v. 14, n. 4, p. 385-401, 2004. Doi: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09602010443000074>. Acesso em: 4 jul. 2020.

COHEN, Jacob. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.

COLCOMBE, S. J.; KRAMER, A. F. Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. *Psychological Sciences*, v. 14, n. 2, 125-130, 2003. Disponível em: http://www.psychologicalscience.org/pdf/ps/exercise_brain.pdf?q=research-article. Acesso em: 2 jun. 2020.

COLOM, R.; QUIROGA, M. H.; JUAN-ESPINOSA, M. Are cognitive sex differences disappearing? Evidence from Spanish populations. *Personality and Individual Differences*, 27, 1189-1195, 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000111&pid=S0102-7972201000010001300016&lng=en. Acesso em: 27 maio 2020.

COSTA, E. F. A.; PEREIRA, S. R. M. Meu corpo está mudando o que fazer? In: Pacheco, J.L.; SÁ, J.L.M; PY, L; GOLDMAN, S.N. (orgs.), *Tempo rio que arrebatata*.

Holambra: setembro, 2005, pp.13-25. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000103&pid=S0103-166X200800040001300009&lng=en. Acesso em: abr.2020.

CUSTÓDIO, S.; PEREIRA, A.; SECO, G. Optimismo e stresse em estudantes de enfermagem. *International Journal of Developmental and Education Psychology*, XXII, v. 1, n.1, p. 591-598, 2010.

DACHS, N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: Análise dos dados do PNAD/1998. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2002. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14596.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

DALE, W., et al. Cognitive Function and its Risk Factors Among Older US Adults Living at Home. *Alzheimer Dis Assoc Disord.*, v. 32, v. 3, p. 207-213, Jul-Sep., 2018.

DANCEY; C. P.; REIDY, J. *Estatística sem Matemática para Psicologia*. Tradução Lori Viali. 7. ed. Porto Alegre: Penso. 2013.

EKKERS, W.; KORRELBOOM, K.; HUIJBRECHTS, I.; SMITS, N.; CUIJPERS, P.; DER, G.A.A.G.M. Competitive Memory Training for treating depression and rumination in depressed older adults: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. v. 49, n. 10, October, p.588-596, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.05.010>.

ELLIOTT, T. R.; WITTY, T. E.; HERRICK, S. M.; HOFFMAN, J. T. Negotiating reality after physical loss: Hope, depression, and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 61, n. 4, 608-613, 1991. Doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.4.608>.

ERIKSON, E.; ERIKSON J.; KIVNICK, H. *Vital involvement in old age*. New York, EUA: W. W. Norton & Company Inc.; 1986.

ERVATI, Leila Regina; BORGES, Gabriel Mendes; JARDIM, Antônio de Ponte. Mudança Demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*, 2015.

ERVEN, T.J.C.G. van; JANCZURA, G.A. A memória dos idosos em tarefas complexas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 20, n. 1, p. 59-68, 2004.

EYSENCK, M.; KEANE, M.T. *Manual de Psicologia Cognitiva*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

EYSENCK, M.; KEANE, M.T. Bases epistemológicas da psicologia cognitiva experimental. *Psic.: Teor. e Pesq.*, v. 27, n. 1 Brasília Jan./Mar. 2011.

EYSENCK, M. W.; KEANE, M. T. *Manual de psicologia cognitiva*. 5 ed.. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

FARINA, Marianne; COSTA, Dalton Breno; OLIVEIRA, João André Webber de;

LIMA, Manuela Polidoro; MACHADO, Wagner de Lara; MORET-TATAY, Carmen; LOPES, Regina Maria Fernandes; ARGIMON, Irani Iracema de Lima;

IRIGARAY, Tatiana Quarti. Função cognitiva de idosos brasileiros: estudo longitudinal com amostra comunitária não clínica. *Envelhecimento e Saúde Mental*, 2006. Doi: 10.1080 / 13607863.2019.1636203.

FARINA, Marianne; LIMA, Manuela Polidoro; MACHADO, Wagner De Lara; MORET-TATAY, Carmen; LOPES, Regina Maria Fernandes; ARGIMON, Irani Iracema de Lima; IRIGARAY, Tatiana Quarti. Componentes de uma reserva cognitiva indireta: uma avaliação longitudinal de idosos residentes na comunidade, *Envelhecimento, Neuropsicologia e Cognição. Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn*, v. 29, p. 1-14, Nov. 2020. Doi: 10.1080/13825585.2020.1839377.

FELDMAN, D. B; RAND, K.; KAHLEWROBLESKI, K.K. Hope and Goal Attainment: Testing a Basic Prediction of Hope Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, v. 28, n. 4, p. 479-497, 2009. Doi: 10.1521/jscp.2009.28.4.479

FERREIRA L.; FERREIRA, R.S.R; FERRI, CP; FERNANDES, J.C.G. Rate of cognitive decline in relation to sex after 60 years-of-age: a systematic review. *Geriatr Gerontol Int*, v. 14, n. 1, p. 23- 31, 2014. Doi: <https://doi.org/10.1111/ggi.12093>.

FISHER, R. P.; SCHREIBER, N. Interviewing protocols to improve eyewitness memory. *The Handbook of Eyewitness Psychology*, v. 1, p. 53-80, 2007. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2006-22582-002>. Acesso em: 22 maio 2020.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res*, v. 12: p.189-98, 1975.

FOSS, M.P.; VALE, F.A.C.; SPECIALI, J.G. Influência da escolaridade na avaliação neuropsicológica de idosos: Aplicação e análise dos resultados da Escala de Mattis para Avaliação de Demência (Mattis Dementia Rating Scale – MDRS). *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 63, n. 1, 119-126, 2005.

FRANKL, V. E. Teoría y Terapia de las neurosis: Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial. Barcelona: Herder, 1997.

FREDRICKSON, B. L.; JOINER, T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, v. 13, p. 172-175, 2002.

FREDERICK, T; MELGES, M. D; BOWLBY, M. D. J. Types of Hopelessness in Psychopathological Process. *Arch Gen Psychiatry*. v. 20, n. 6, p. 690-699, 1969. Doi:10.1001/archpsyc.1969.01740180074007.

FREDRICKSON, B.A; LOSADA, M. F. Positive Affect and the Complex Dynamics of Human Flourishing. , 2005. Doi: 10.1037/0003-066X.60.7.678

FREDRICKSON, B.L.; TUGADE, M.; WAUGH, C.E; LARKIN, G.R. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following

the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 84, p. 365–376, 2003.

FROMM, Erich. *A revolução da esperança: por uma tecnologia humanizada*. 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

FUENTES, D, MALLOY-DINIZ, L. F., CAMARGO, C. H. P; COSENZA, R. M., et al. *Neuropsicologia: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2007. 432 p. ISBN: 8536311193.

GABLE, S. L.; HAIDT, J. What (and Why) Is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, v. 9, p. 103-110, 2005.

Doi: <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103>.

GANGULI, M. Depression, cognitive impairment and dementia: Why should clinicians care about the web of causation? *Indian J Psychiatry*, v. 51, Suppl1, p. S29–S34, 2009.

GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi M.. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, n.3, pp.759-771. ISSN 1678- 4464. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300008>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 2 jan. 2021.

GLIDDEN, Rosina Forteski et al . A participação de idosos em grupos de terceira idade e sua relação com satisfação com suporte social e otimismo. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo , v. 39, n. 97, p. 261-275, dez. 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2021.

GOHSH, S.; LISBOA, C.; CHAPPELL, C.; BEARD, C.; BUNGE, E.; FAVA, D. O uso de eletrônicos e o cyber bullying no contexto escolar. In: Fava, D.C. *A prática da psicologia na escola: introduzindo a abordagem cognitivo-comportamental*. Belo Horizonte: Artesã Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3130331&pid=S1808-5687201800020000700014&lng=pt. Acesso em: 14 maio 2020.

GOMES, Erika Carla Cavalcanti et al . Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 25, n. 6, p. 2193-2202, June 2020 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602193&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 apr. 2021. Epub June 03, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.24662018>.

GOLDBERG, Elkhonon . *O cérebro executivo: lobos frontais e a mente civilizada*. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

GRAY, David E. *Pesquisa no mundo real*. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

GREEN, J. *Neuropsychological evaluation of the older adult: A clinician's guidebook*. New York: Academic Press, 2000.

GREEN, S; OADES, L; ROBINSON, P. Positive education: Creating flourishing students, staff and schools. *Psych*, v. 33, n. 2, 2011. Disponível:
Disponível: <http://www.psychology.org.au/publications/inpsych/2011/april/green>.
Acesso em: 15 jul. 2020.

GUPTA, Shashidhar; SINGH, Abha. The Study of Resilience and Hope among Elderly People.
Indian Journal of Gerontology 2020, Vol. 34, No. 3, pp. 343–352.

GUM, A.; SNYDER, C.R. Coping with terminal illness: the role of hopeful thinking. *Journal of Palliative Medicine* Vol. 5, No. 6, Jul., 2004. Doi:
<https://doi.org/10.1089/10966210260499078>.

HARTMANN JÚNIOR, J. A. S et al. Hope as a behavior and cognitive process. A new clinical strategy about mental health's prevention. *Medicine* (Baltimore), v. 97, n. (36, p.: e12130, Sep. 2018. Disponível em:
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6133436. Acesso em: 12 dez. 2021.

HARADA, C.N.; NATELSON LOVE, M.C.; TRIEBEL, K.L. Normal cognitive aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, v. 29, n. 4, p. 737–52, nov. 2013.

HEPPNER, P. P.; PETERSEN, C. H. The development and implications of a personal problem-solving inventory. *Journal of Counseling Psychology*, v. 29, n. 1, p. 66-75, 1982. Doi: <https://doi.org/10.1037/0022-0167.29.1.66>

HEREDIA, Henrique Cesar Aoki. Procedimentos para análise interpretativa e performance na música de câmara para instrumentos de metal nas obras Fanfarras Apocalípticas, de Fernando Morais, e Coral e Fanfarras, de Raul do Valle. 1 recurso online (162 p.). Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Artes, Campinas, SP, 2016. Disponível em:
<<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/321108>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

HERRERA JR, E.; CARAMELLI, P; SILVEIRA ASB; NITRINI R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord.*, v. 16, n. 2, p. 103-8, 2002. Doi: 10.1097/01.WAD.0000020202.50697.df.

HOBSON, P.; LEEDS, L. Executive functioning in older people. *Clinical Gerontology*, v. 11, p. 361-372, 2001. Doi: <https://doi.org/10.1017/S0959259801011479>.

HOLDERBAUM, C.S.; RINALDI, J.; BRANDÃO, L.; PARENTE, M.A.M.P. A intervenção cognitiva para pacientes portadores de demência do tipo Alzheimer. In Parente, M.A.M.P. (Org.), *Cognição e envelhecimento* (pp. 259-273). Porto Alegre: Artmed, 2006. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000127&pid=S1413-294X201200010002000032&lng=pt. Acesso em: 29 jun.

HOMES, E.A.; LANG, T.H.E.; SHAH, D.M. Developing interpretation bias modification as a “cognitive vaccine” for depressed mood: imagining positive events makes you feel better than thinking about them verbally. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 118, n. 1, 76-88, 2009.

HORN, J. L.; CATTELL, R. B. Age differences in fluid and crystallized intelligence. *Acta Psychologica*, v. 26, n. 2, 107-129, 1967.
Doi: [https://doi.org/10.1016/0001-6918\(67\)90011-X](https://doi.org/10.1016/0001-6918(67)90011-X).

HOTTING, K; RODER, B. Beneficial effects of physical exercise on neuroplasticity and cognition. In: *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Nov, v.37, n. 9, pp.2243-2257, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.04.005>

HOYER, W.J.; ROODIN, P.A. *Adult development and aging*. New York: THE McGraw-Hill, 2003. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000115&pid=s0103-166x200800040001300015&lng=en. Acesso em: 30 abr. 2020.

HUITT, W. *Analyzing paradigms used in education and schooling*. Educational psychology interactive. Valdosta: Valdosta State University, 2010.

HUPPERT, F.A; SO, T.T.C. Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being, *Soc Indic Res*. Feb; v. 110, n. 3, p. 837-861, 2013.

HUPPERT, F. A.; SO, T. *What percentage of people in Europe are flourishing and what characterises them?* Briefing document for the OECD/ISQOLS meeting “Measuring subjective well-being: an opportunity for NSOs?” 23/24 July, Florence, Italy, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo de 2010*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: mar. 2020.

IOANNIDES-DEMOS, L. L.; PICCENNA, L.; MCNEIL, J.J. Review Article Pharmacotherapies for Obesity: Past, Current, and Future Therapies. *Hindawi Publishing Corporation Journal of Obesity*, v. 2011, ID 179674, 18 p, 2010. Doi: 10.1155/2011/179674.

IRIGUARAY, T.D.; SCHENEIDER, R.H. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [online]. 2007, vol.29, n.1, pp.19-27, 2007. ISSN 0101-8108. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000100008>. Acesso em: 15 mar.2020.

IRIGARAY; GOMES FILHO; SCHNEIDER. Brasil, Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição de idosos saudáveis, 2012.

IRIGARAY, T.Q.; SCHNEIDER, R. H.; GOMES, I. (2011). Effects of a cognitive training on the quality of life and well-being of healthy elders. *Psicologia: Reflexão e*

Crítica, v. 24, n. 4, p. 810-818, 2011. Doi: 10.1590/S0102-79722011000400022.

HIRSCH, J. K.; SIROIS FM; LYNESS, J. M. Functional impairment and depressive symptoms in older adults: Mitigating effects of hope. *Br J Health Psychol.*, v. 16, n. 4, p. 744-60, jan. 14, 2011. Doi: 10.1111/j.2044-8287.2010.02012.x.

ISAACS, B. Some characteristics of geriatric patients. *Scott Med J*, v. 14, n. 7, July, p. 243-51, 1969.

http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/196.pdf. Acesso em: 15 jul. 2010.

KAPCZINSKI, Natália Soncini; NARVAEZ, Joana Corrêa de Magalhães. Neuropsicologia, teoria e prática. *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, v. 30, n. 3, p. 304, setembro de 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000300028&lng=en&nrm=iso>. acesso em 06 de agosto de 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462008000300028>

KOCHHANN, R; VARELA, J. S.; LISBOA, C. S. M; CHAVES, M. I. F. Mini Exam do Estado Mental: revisão de pontos de corte ajustados para a escolaridade em uma grande amostra do sul do Brasil. *Dement. Neuropsychol.* v.4, n.1 São Paulo Jan./Mar. 2010
Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642010DN40100006>.

KOTLIARENKO, M. A.; FONTECILLA, M.; CÁCERES, I. *Estado de arte en resiliencia*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1997.

LACKAYE, T.; MARGALIT, M. Self-Efficacy, Loneliness, Effort and Hope: Developmental Differences in the Experiences of Students with Learning Disabilities and Their NonLD Peers at Two Age Groups. *Learning Disabilities: A Contemporary Journal (LDCJ)*, v.1, 2008.

LAKS, J.; BAPTISTA, E.M.; CONTINO, A.L.; PAULA; E.O.; ENGELHARDT, E. Mini-Mental State Examination norms in a community-dwelling sample of elderly with low schooling in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n.2, p. 315-319, 2007.

LANGA, K.M.; LLEWELLYN, D.J.; LANG, I.A.; WEIR, D.R.; WALLACE, R.B.; KABETO, M.U. et al. Cognitive health among older adults in the United States and in England. *BMC Geriatr*, v. 9, n. 23, 2009. Doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-9-23>.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O projeto SABE no município de São Paulo: Uma abordagem inicial*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000143&pid=S0102-7972201000010001300032&lng=en. Acesso em: 13 mar. 2020.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: O estudo SABE no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, p.127-141, 2005. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000145&pid=S0102-7972201000010001300033&lng=en. Acesso em: 21 maio 2020.

LEI, X.; SMITH, J.P.; SUN, X.; ZHAO, Y. Gender differences in cognition in China and reasons for change over time: evidence from CHARLS. *J Econ Aging*, v. 4, p. 46- 55, 2014. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2013.11.001>.

LEZAK, M.D. Executive functions and motor performance. In *Neuropsychological assessment*. 3 ed. Oxford, UK: Oxford University Press, 1995.

LIMA, T.; TONELLO, M.G.M. Atividade física: um tratamento para pessoas com alzheimer. *Efdeportes.com, Buenos Aires*, v. 13, n. 125, out. 2008. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/efd125/atividade-fisica-um-tratamento-para-pessoas-comalzheimer.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

LIMA-COSTA, M.F.; ANDRADE, F.B.; SOUZA JR; P.R.B.; NERI, A.L.; DUARTE, Yao, CASTRO-COSTA; E.; OLIVEIRA, C. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): objectives and design. *Am J Epidemiol*. Jan 31, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>.

LOPES, M.A. *Estudo epidemiológico da prevalência de demência em Ribeirão Preto*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade de São Paulo, SP, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000147&pid=S0102-7972201000010001300034&lng=en. Acesso em: 7 jun.

LOPES, Regina Maria Fernandes; BASTOS, Alan Saloum; ARGIMON, Irani I. de Lima. Treino das Funções Executivas em Idosos: Panamerican Revisão/Cuadernos de Neuropsicologia. *Journal of Neuropsychology*. vol.11.número10, 2017. 7714/CNPS/11.1.2011.ENE-ABR.

LÓPEZ, PEREZ-DIAS, A.G.L.; CALERO, M.D; NAVARRO-GONZÁLEZ, E. Prediction of cognitive impairment in the elderly by analyzing their performance in verbal fluency and in sustained attention. *Rev Neurol*, v. 56, n. 1, p. 1-7, 2013. Doi: <https://doi.org/10.33588/rn.2901.99103>.

LOPEZ, S. J., SNYDER, C. R.; PEDROTTI, J. T. *Hope: Many definitions, many measures*. In: LOPEZ, S. J.; SNYDER, C. R. (Eds.). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (p. 91-106), 2003. American Psychological Association. Doi: <https://doi.org/10.1037/10612-006>.

LOURENCO, M.V., FROZZA, R.L., FREITAS, G.B. et al. O FNDC5 / irisin associado ao exercício resgata a plasticidade sináptica e defeitos de memória em modelos de Alzheimer. *Nat Med*, v. 25, p. 165-175, 2019. Doi: <https://doi.org.ez94.periodicos.capes.gov.br/10.1038/s41591-018-0275-4>

MALLOY-DINIZ, L.F.; CAMARGO, C.H.P., COSENZA, R.M., et al. *Neuropsicologia; teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2007.

MANDOLESI, L.P.A. Effects of Physical Exercise on Cognitive Functioning and

Wellbeing: Biological and Psychological Benefits. *Front Psychol.* v. 9, p. 509., 2018, p. PMID: 29755380 PMCID: PMC5934999 Doi: 10.3389/fpsyg.2018.00509.

MARANHÃO-FILHO, P. Mr. Phineas Gage and the disaster that gave new route to neurology. *Rev Bras Neurol*, v. 50, n. 2, p. 33-5, 2014. Doi: <https://doi.org/10.15448/1984-7726.2018.1.28894>.

MARQUES, L.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; LOPES, S. Estabilidade temporal das escalas de esperança para crianças e de satisfação com a vida para estudantes. *Psic., Saúde & Doenças* v.9 n.2 Lisboa, 2008

MARQUETTO, et al. Avaliação de Saúde Mental do Paciente Idoso. In: CATALDO NETO, A.; BITTENCOURT, A. M. L.; MARQUETTP, R. A. (org.). Manual de Psiquiatria Geriátrica. Porto Alegre: EDIPUC. p:11-34, 2019.

MARTIN, G. B.; CORDINI JÚNIOR, L.; BASTOS, Y. G. L. Aspectos demográficos do processo de envelhecimento populacional em cidade do sul do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 14, n. 3, p. 151-158, jul./set, 2005.

10

MEJÍA-ARANGO S.; WONG, R., MICHAELS-OBREGÓN, A. Normative and standardized data for cognitive measures in the Mexican Health and Aging Study. *Salud Publica Mex.* 2015, v. 57 Suppl 1: p. 90-6, 2015.

MELGES, F. T.; BOWLBY, J. Type of hopelessness in psychopathological process. *Archives of General Psychiatry*, v. 20, P. 690-699, 1969. Doi:10.1001/archpsyc.1969.01740180074007.

MERCHANT, R. A; MBCHB, F. R. C. P et al. Singapore Healthy Older People Everyday (HOPE) Study: prevalence of frailty and associated factors in older adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 18, n. 8, p. 734-e9-734.e14, 1 August 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861017302438>. Acesso em: 12 nov. 2020.

MICHELATO, Natalia et al. Idosos em tratamento quimioterápico: relação entre estresse, sintomas depressivos e esperança / Idosos em Tratamento Quimioterápico: Relação entre Nível de Estresse, Sintomas Depressivos e Esperança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* , v. N. 35, 2019, p. N/D, 2019.

MORRIS, J. C., HEYMAN, A., MOHS, R. C., HUGHS, J. P., VAN BELLE, G., FILLENBAUM, G., et al. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD): Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology*, v. 9, p. 1159-1165, 1989.

MONIZ-COOK, E.; MANTHORPE, J.; CARR, I.; GIBSON, G.; VERNOOIJ-DASSEN, M. Enfrentando o futuro: um estudo qualitativo com idosos encaminhados a uma clínica de memória antes da avaliação e diagnóstico. *Dementia* , v. 5, p. 3, 375-395, 2006. Doi: <https://doi.org/10.1177/1471301206067113>

MORAES, E.N. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Governo Federal. Fundação Oswaldo Cruz, 2008. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_912998204.pdf. Acesso: 23 abr.

MORAES, E.N.; MARINO, M.C.A.; SANTOS, R.R. Principais síndromes geriátricas. *Rev méd de Minas Gerais* [Internet], v; 20, n. 1, p.54-66, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1809-9823201800040039700003&lng=en. Acesso em: 24 maio 2020.

MORAES, Edgar Nunes de; MORAES, Flávia Lanna de; LIMA, Simone de Paula Pessoa. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev Med de Minas Gerais*, v. 20, n. 1, p. 67-73 7, 2010. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf. Acesso em: 2 maio 2020.

MOWRER, O. H. *Learning theory and behavior*. John Wiley & Sons, 1960. Inc. Doi: <https://doi.org/10.1037/10802-000>.

MURPHY, M.; O'LEARY, E. Depression, cognitive reserve and memory performance in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 25, p. 665-671, 2009.

NACÕES UNIDAS. Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; OMS diz que 'envelhecer bem deve ser prioridade global'. *Nações Unidas Brasil*, 2014. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>. Acesso em: jan.2020.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einsten*, São Paulo, v.1, n. 6, p. 4-6, jan., 2008.

NERI, A.L. *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea, 2005.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (orgs.). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papyrus, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000123&pid=S0103-166X200800040001300019&lng=en. Acesso em: 30 maio, 2020.

NETTO, F.L.M. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. *Pensar a Prática*, v. 7, n. 3, p. 75-84, 2004.

NETTO, M.P. História da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e temas básicos. In: FREITAS, E.V.; PY, P.; NÉRI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M (eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1-12, 2002.

NETTO, T. M.; GRECA, D. V.; ZIMMERMANN, N.; OLIVEIRA, C. R.; TEIXEIRA-LEITE, H. M.; FONSECA, R. P.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Efeito de um programa de treino da memória de trabalho em adultos idosos. *Psicologia: Reflexão e*

Crítica, v. 26, n. 1, p. 122-135, 2013. Doi: 10.1590/S0102-79722013000100014.

NITRINI, R. Epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica*, v. 26, p. 262-267, 1999.

NOBLE, T.; MCGRATH, H. The positive educational practices framework: A tool for facilitating the work of educational psychologists in promoting pupil wellbeing. *Educational and Child Psychology*, v. 25, p. 119–134, 2008.

NOGUEIRA, L.A; FELIPES, L.; COIMBRA, J.A.H. Reflexões sobre a problemática iatrogenia e o código de ética. In: *Anais do 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil*, out 13-15; Cascavel (PR), Brasil. Cascavel (PR): ISBN; 2005. p 1-6.

NORRISH, J. M.; O'CONNOR, M.; ROBINSON, J. An applied framework for Positive Education. *International Journal of Wellbeing*, v. 3, n, 2, 2013.

NORRISH, J. M. *Positive Education: The Geelong Grammar School Journey*. Oxford: Oxford, 2015.

OKAMOTO, I.H.. Aspectos cognitivos da doença de Alzheimer no teste do relógio: Avaliação de amostra da população brasileira. Tese de Doutorado não-publicada Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, SP, 2001.

OLIVEIRA, L. M., SILVA S. M., LIMA, E. F. A. et al. A esperança de vida dos idosos: avaliação pelo perfil e a Escala de Herth. *Rev Fund Care Online*. jan./mar.; 10(1):167-172, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.167-172>.

OLIVEIRA, S. F. D; DUARTE, Y. A O; LEBRAO, M. L.; LAURENTI, R. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo . *Saude soc.* [online], vol.16, n.1, pp.81-89, 2007. ISSN 1984-0470. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000100008>.

OLIVER, A.; TOMÁS, J. M.; MONTORO-RODRIGUEZ, J. Dispositional hope and life satisfaction among older adults attending lifelong learning programs. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 72, 80-85, 2017. Doi: 10.1016/j.archger.2017.05.008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Depression and other Common Mental Disorders. *Global Health Estimates*; 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2005 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000095&pid=S0104-0707201200030000400014&lng=en. Acesso em: 15 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2005 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000095&pid=S0104-0707201200030000400014&lng=en. Acesso em: 15 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: OMS, 2014.

OSTROSKY-SOLSI, F.; ARDILA, A.; ROSSELLI, M.; LOPEZ-ARANGO, G.; URIEL-MENDOZA, V. Neuropsychological Test Performance in Illiterate Subjects. *Archives of Clinical Neuropsychology*, v. 13, 645-660, 1998.

PACICO, J. C.; BASTIANELLO, M. R.; ZANON, C.; HUTZ, C. S. Adaptation and validation of the dispositional hope scale for adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 26, n. 3, p. 488-492, 2013.

PARADELA, E.M.P., LOURENÇO, R.A., VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 39(6):918-23, 2005.

PAPALIA, D. E., OLDS, S.W.; FELDMAN, R.D. *Desenvolvimento humano*. 8a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PASSOS, V.M.A; GIATTI, L.; BENSENOR, I. et al. A educação desempenha um papel maior que a idade no desempenho dos testes cognitivos entre os participantes do Estudo Longitudinal Brasileiro de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), 2015. *BMC Neurol* 15, 191 (2015). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12883-015-0454-6>.

PATERSON, T.S.E.; YEUNG, S.E.; THORNTON, W. L. Positive affect predicts everyday problem-solving ability in older adults. *Aging & Mental Health*, [s. l.], v. 20, n. 8, p. 871–879, 2016. Doi: 10.1080/13607863.2015.1043619. Disponível em: <http://search-ebsochost-com.ez94.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=117818914&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 10 jul. 2020.

PETERSON, C.; SELIGMAN, M. E. P. *Character strengths and virtues: a handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association, 2004.

PORTO, C.S.; FICHMAN, H.C.; CARAMELLI, P.; BAHIA, V. S.; NITRINI, R. Brazilian version of the Mattis Dementia Rating Scale. Diagnosis of mild dementia in Alzheimer's Disease. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 61, p. 339-345, 2002.

PASSOS, V. M. A.; GIATTI, L; BENSENOR, I, TIEMEIER, H.; IKRAM, M.A.; FIGUEIREDO, R. C. et al. Education plays a greater role than age in cognitive test performance among participants of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *BMC Neurol.*, v. 15, p. 191. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12883-015-0454-6>.

PETERSON, S.J; BYRON, K. Explorando o papel da esperança no desempenho no trabalho: resultados de quatro estudos. *J. Organiz. Behav.*, 29: 785-803, 2008. Doi: <https://doi.org/10.1002/job.492>

PREROST, F.P. Aging. *Salem Press Encyclopedia of Science*, 2013. Disponível em: <http://bon.ual.pt:2102/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index>. Acesso

em: 13 mar.2020.

RESTREPO, F.L.. "Funciones Ejecutiva: Aspectos Clínicos". *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, v. 8, n. 1, p. 59-76, 2008.

REICHARD et al., 2019. Hopelessness and Other Depressive Symptoms in Adults 70 Years and Older as Predictors of All-Cause Mortality Within 3 Months After Acute Hospitalization: The Hospital-ADL Study. *Psychosom Med.* v. 81, n. 5, p. 477-485, Jun. 2019.

RIBEIRO, P.C.C.; Oliveira, B.H.D.; CUPERTINO, A.P.F.B.; NERI, A.L.; YASSUDA, M.S. (2010). Desempenho de idosos na bateria cognitiva do CERAD: relações com variáveis sociodemográficas e percepção de saúde. *Psicol. Reflexo. Crit.* Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 102-109, abril de 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 maio 2020.

ROSELLI, M.; ARDILA, A. The impact of culture and education on non-verbal. *Brain and Cognition*, 52, 326-333, 2003.

RUSCHEWEYH, R.; FLÖEL, A; KRÜGER, K. et al. Physical activity and memory functions: are neurotrophins and cerebral gray matter volume the missing link?. *Neuroimage*, v. 49, n. 3, p. 2756-2763, 2010. Doi: 10.1016/j.neuroimage.2009.10.043

SADEGH MOGHADAM, L.; FOROUGHAN, M.; MOHAMMADI SHAHBOULAGHI F.; AHMADI, F.; SAJJADI, M.; FARHADI, A. Validade e confiabilidade da versão persa do Brief Aging Perceptions Questionnaire em idosos iranianos. *Clin Interv Aging.* v. 11, p.507-511
Doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S101620>.

SALECH, Felipe; JARAL, Rafael; MICHEA, Luis. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento Physiological changes associated with normal aging. *Revista Médica Clínica Las Condes*, v. 23, n. 1, January, p. 19-29, 2012. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70269-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9).

SAN MARTÍN, H.; PASTOR, V. *La epidemiología de la vejez*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.

SAVIOLI, M.R. *Depressão em sinal de esperança*. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2013.

SAVVA, G.M.; MATY, S.C.; SETTI A.; FEENEY, J. Cognitive and physical health of the older populations of England, the United States, and Ireland: international comparability of the Irish Longitudinal Study on Ageing. *J Am Geriatr Soc.* v. 61 Suppl 2: p. 291-8, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.12196>.

SCHEIER, M. F.; CARVER, C. S. Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, v. 55, n. 2, p. 169-210, 1986. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00434.x>

SCHIAVON , C. C.; MARCHETTI, E.; GURGEL, L.G.; BUSNELLO; REPPOLD'

C.T. Optimism and Hope in Chronic Disease: A Systematic Review. *Front Psychol*, Jan, v. 4, n. 7, 2022, 2017. Doi: 10.3389/fpsyg.2016.02022. eCollection 2016.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estud. psicol.* (Campinas) [online]. vol.25, n.4, pp.585-593, 2008. ISSN 1982-0275. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>. Acesso em: 12 jun.2020.

SCHROOTS, J.J.; BIRREN, J. E. Concepts of Time and Aging in Science. In BIRREN, I.; SCHAIE, J. E. II; WARNER, K. (Orgs.). *Handbook of the Psychology of Aging* (pp.45-64), 1990. London: Academic Press. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000133&pid=S0103-166X200800040001300024&lng=en. Acesso em: 20 maio, 2020.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; FONTAINE, Anne Marie Germaine Victorine; KOLLER, Silvia Helena; SANTOS, Manoel Antônio dos. Da felicidade autêntica ao bem-estar: a Psicologia Positiva em florescimento. *Psicol. Reflex. Crit.* [online], v.26, n.4, pp.663-670. ISSN 0102-7972, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400006>.

SELIGMAN, M. E. P. O que é bem-estar? In Seligman, M. E. P. *Florescer*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SELIGMAN, M. E. P. *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Free Press, 1998.

SELIGMAN, M. E. P. Positive health. *Applied Psychology an International Review*, v. 57, p. 3-18, 2008.

SELIGMAN, M. E. P. *Learned Optimism: How to change your mind and your life*. New York: A Division of Random House, 1991.

SELIGMAN, M. E.; ERNST, R. M.; GILLHAM, J ; REIVICH, K.; LINKINS, MARK. Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Journal Oxford Review of Education*. v. 35, n. 3: Well-being in Schools, 2009. Doi: <https://doi.org/10.1080/03054980902934563>.

SELIGMAN, M.E.P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, V. 55, n. 1, p. 5-14, 2000.

SELIGMAN, M. E. P., STEEN, T. A., PARK, N.; PETERSON, C. Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, v. 60, n. 5, 410–421, 2005. Doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>.

SGNAOLIN, V et al. Polifarmácia: Características Associadas ao Envelhecimento. In: CATALDO NETO, A; BITTENCOURT, A. M. L.; MARQUETTO, R. A. (orgs.). *Manual de Psiquiatria Geriátrica*. Porto Alegre: EDIPUC, p. 249-270, 2019.

SIERRA-FITZGERALD, Oscar; MUNEVAR, Gonzalo. Nuevas ventanas hacia el

cerebro humano y su impacto en la neurociencia cognoscitiva. *Rev. Latinoam. Psicol.* [online], v. 39, n.1, pp. 143-157, 2007, ISSN 0120-0534.

SILVA, Monalisa Claudia Maria da; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander and CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de. Idosos cuidando de idosos: a espiritualidade como alívio das tensões. *Rev. Bras. Enferm.* [online]. 2018, vol.71, n. 5, pp.2461-2468. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502461&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1984-0446. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0370>.

SILVEIRA, D. R.; MAHFOUD, M. Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 25, n. 4, p. 567-576, 2008.

SILVEIRA, Michele Marinho da; PORTUGUEZ, Mirna Wetters. Efeitos do Uso do Computador na Cognição, Estado Emocional, Qualidade de Vida e Habilidade Manual de Idosos. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 35, e3522, 2019.

Doi: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3522>.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722019000100301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2020.

SIMÕES, António. Alguns mitos respeitantes ao idoso. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Coimbra, v. 24, p. 109-121, 1990.

SIMÕES, C. C. S. *Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 141p. 2002. ISBN: 85-87943-05-7 1. Saúde – Brasil 2. Mortalidade – Brasil. I. Título. II. Organização Pan-Americana da Saúde.

SIMÕES, R. *Corporeidade e Terceira Idade: a marginalização do corpo idoso*, São Paulo: Unimep, 1994.

SNYDER, C.R. Teoria da esperança: Perseguindo laços positivos que se vinculam. Artigo apresentado na reunião da *American Psychological Association*, Washington, DC, 2000.

SNYDER, C.R. Teoria da Esperança: Arco-Íris na Mente. *Psychological Inquiry*, v. 13, p. 249-275, 2002. DOI: http://dx.doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01.

SNYDER, C.R. Gênese: nascimento e crescimento da esperança. In: SNYDER, C.R (ed.). *Manual da esperança: Teoria, medidas e aplicações* (pp. 25-57). San Diego, CA: Academic Press, 2000.

SNYDER, C.R. A psicologia da esperança: Você pode chegar lá a partir daqui. Nova York: Free Press, 1994.

SNYDER, C.R. Esperança e otimismo. In: RAMACHANDREN, V.S. ed.), *Encyclopedia of human behavior*. San Diego, CA: Academic Press, v. 2, pp. 535-542, 1994.

SNYDER, C.R. Conceitualizando, medindo e alimentando a esperança. *Jornal de Aconselhamento e Desenvolvimento*, v. 73, n. 3, p. 355–360, 1995. Doi: <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01764.x>.

SNYDER, C. R.; CHEAVENS, J.; MICHAEL, S. T. Na esperança. In: SNYDER, R.C. (Ed.). *Coping: A psicologia do que funciona*. Nova York: Oxford University Press, 1999.

SNYDER, C.R.; HARRIS, C., ANDERSON, J. R.; HOLLERAN, S. A.; IRVING, L. M.; SIGMON, S.T; HARNEY, P. A vontade e os caminhos: desenvolvimento e validação de uma medida de esperança das diferenças individuais. *Jornal da Personalidade e Psicologia Social*, v.60, n.4, p.570-585, 1991. Doi: 10.1037 / 0022-3514.60.4.570.

SNYDER, C. R.; FELDMAN, D. B.; SHOREY, H. S.; RAND, K. L. Hopeful choices: A school counselor's guide to hope theory. *Professional School Counseling*, v. 5, n. 5, p. 298-307, 2002.

SNYDER, C.R.; HARRIS, C.; ANDERSON, J.R.; HOLLERAN, S.A.; IRVING, L.M., SIGMON, S.T.; HARNEY, P. A Vontade e os Caminhos: Desenvolvimento e Validação de uma Medida de Esperança das Diferenças Individuais. *Jornal de Personalidade e Psicologia Social*, 60, 570-585, 1991. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>.

SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. (Eds). *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

SOUZA, M.A.H.D.; PORTO, E.F.; SOUZA, E.L.D.; SILVA, K.I.D. Perfil do estilo de vida de idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.19, n. 5, p. 819-826, 2016.

SPREEN, O.; STRAUSS, E. A compendium of neuropsychological test; Administration, norms and commentary. New York: Oxford University Press, 1998.

STEPTOE, Andrew; WARDLE, Jane; MARMOT, Michael. Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *PNAS*, May 3, v.102, n. 18, p. 6508 6512; 2005. Doi: <https://doi.org/10.1073/pnas.0409174102>.

STOBÄUS, Claus Dieter; KOWALSKI, Carla Viero. idosos portadores de doenças negligenciadas: revisão narrativa. *Resumos da 21ª Jornada de Inverno da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Sucursal RS*, v. 16 n. 2, 2019.

STRUSS, D. T. Functions of the Frontal Lobes: Relation to Executive Functions. *Journal of the International Neuropsychological Society*, v. 17, p. 759-765, 2011.

SUDHIR, G.; AUGUSTINE, A.; GEORGE, S.; SUDHIR KUMAR, C. T.; AUGUSTINE, A.; GEORGE, S, SUDHIR KUMAR, C. T. Life in old age homes: reflections from God's own country, Kerala, India. *Journal of Geriatric Care and Research*, v. 7, n. 2, p. 64-67, 2000. Disponível em: https://censusindia.gov.in/vital_statistics / SRS_Report_2017 /9.%20Chap_2-Population_Composition-2017.pdf.

Acesso em: 30 mar. 2020.

SUDHIR, C.T.K.; SANGU, G; AGOSTINHO, A. Treatment of late-life depression. *Journal of Geriatric Care and Research*, v. 7, n. 1, p. 9-16, 2020. ISSN 2397-5628.
TEIXEIRA, Panini. Depressão em idosos. In: CATALDO NETO, A.; BITTENCOURT, A.M.L., Marqueto, RA (orgs.) *Manual de psiquiatria geriátrica*. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2018.

TIRAPU-USTÁRROZ, J. . MUÑOZ-CÉSPEDES, J.M. Memória e funções executivas. *Revista de Neurologia*, v. 41, n.8, 2005.

TURNER, E.H.; MATTHEWS, A.M.; LINARDATOS, E.; CONTE, R.A., ROSENTHAL, R. Publicação seletiva de ensaios antidepressivos e sua influência na eficácia aparente. *N Engl J Med.*, v. 358 n. 3, p. 252-60, 17 de janeiro de 2008. Doi: 10.1056 / NEJMsa065779

VISSER, P. L.; LOESS, P., JEGLIC, E. L.; HIRSCH, J. K. (2013). Hope as a moderator of negative life events and depressive symptoms in a diverse sample. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 29(1), 82–88. <https://doi.org/10.1002/smi.2433>

VITORINO, A.; MORGADO, S.; SEQUEIRA, J. O mundo pertence aos otimistas. Estudo exploratório sobre otimismo em diferentes idades. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, v. 1, n. 5, p. 339-348, 2011.

WATANABE, M.K.F.; TSUKIMOTO, D.R.; TSUKIMOTO, G.R. Terapia Ocupacional e o uso do computador como recurso terapêutico . *Acta Fisiátr.* V. 10, n. 1, p.17-20, 2003; Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102416struss> 2011. Acesso em: 20 abr. 2020

WATERS, L. A review of school-based positive psychology interventions. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, v. 28, n. 2, p. 75-90, 2011.

WELSH, K., BUTTERS, N., HUGHES, J., MOHS, R., HEYMAN, A. Detection of abnormal memory decline in mild cases of Alzheimer's disease using CERAD neuropsychological measures. *Arch Neurol.* 1991 Mar;48(3):278-81, 1991.
WERNHER, Iris; LIPSKY, Martin S. Psychological theories of aging. *Dis Mon.* Nov; v. 61, n. 11, p. 480-8, 2015. Doi: 10.1016/j.disamonth.2015.09.004.

WOODS, B; THORGRIMSEN, L; SPECTOR, A; ROYAN, L; ORRELL, M. Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging Ment Health*, v. 10, n. 3, p. 219-226, 2006. Doi:10.1080/13607860500431652.

WORRELL, F. C.; HALE, R. L. The relationship of hope in the future and perceived school climate to school completion. *School Psychology Quarterly*, v. 16, n. 4, p. 370-388, 2001.

YAGHOOBZADEH, A.; SHARIF, S. P.; ONG, F.S.; SOUNDY, A.; NIA, H.S.,

BAGLOEE, M.M.; SARABI, M.; GOUDARZIAN, A. H.; MORSHEDI, H. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of the Herth Hope Index Within a Sample of Iranian Older Peoples. *The International Journal of Aging and Human Development*, v. 89, p. 356-371, 2018. Doi:10.1177/0091415018815239

YAGHOOBZADEH, Y.; SCHÜTZE, H. *Multi-level representations for fine-grained typing of knowledge base entities*. Ithaca: Cornell University Library, 2017. Disponível em: <https://search.proquest.com/docview/2074120149?accountid=8034>. Acesso em: 13 jun. 2020.

YANG, Y., ZHANG, M.; KOU, Y. Self-Compassion and Life Satisfaction: The Mediating Role of Hope. *Personality and Individual Differences*, v. 98, p. 91-95, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.03.086>.

YASSUDA, M. S.; ABREU V. P. S.. Avaliação cognitiva. In: FREITAS; E. V.; Py, L. F.; CANÇADO, A. X.; DOLL, J.; Gorzoni, M. L. (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp.1252-1266). Rio de Janeiro: Koogan.

YESAVAGE, J. A., BRINK, T. L.; ROSE, T. L.; LUM, O., HUANG, V.; ADEY, M.; LEIRER, V. O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.*, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1982-1983.

ZANON, Cristian et al. COVID-19: implicações e aplicações da Psicologia Positiva em tempos de pandemia. *Estud. Psicol*, Campinas, v. 37, e200072, 2020 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100506&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2021.

ZHU, S.; HU, J.; EFIRD, J.T. Role of social support in cognitive function among elders. *J Clin. Nurs.*, v. 21, n. 15-16, p. 2118-25, 2012. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04178.x.

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, Márcia Rejane Estima Pedone e Dr. Newton Luiz Terra são responsáveis pela pesquisa **RELAÇÃO ENTRE ESPERANÇA, FUNCIONAMENTO COGNITIVO E SINTOMAS DEPRESSIVOS** estamos fazendo um convite para você participar, como voluntário nesse estudo.

Esta pesquisa pretende verificar a relação entre esperança e funcionamento cognitivo e humor deprimido em idosos. É um conceito relativamente novo na psicologia, porém tem demonstrado muitos benefícios tanto para o profissional da área da saúde quanto para os indivíduos em geral.

No entanto, por ter poucos estudos científicos nesta área, há uma necessidade de investigações para melhor entendê-la e abordá-la. Conhecer o significado da esperança; o seu papel na saúde dos pacientes na sua aplicação, no cuidado com os idosos; e as suas repercussões nas ações e nas intervenções, realizadas pela equipe interdisciplinar e por todos os profissionais da saúde.

Para sua realização, será feito um estudo observacional, do tipo transversal, com abordagem descritiva analítica.

Sua participação constará com uma amostra constituída por aproximadamente 80 idosos que participam dos centros de convivência: **Grupo de Maioridade do Grêmio Náutico União e Sociedade Beneficente Espírita Bezerra de Memenez.**

Por trata-se de uma pesquisa psicológica e que envolve emoções poderá causar alguns emocionais, porém, caso seja necessário, será oferecido ao participante encaminhamento para atendimento especializado.

Os benefícios que esperamos neste estudo estão ligados aos conhecimentos dos profissionais, comunidade, para prevenção, promoção da saúde e qualidade de vida.

Durante todo o período da pesquisa, você tem o direito de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando, para isso, entrar em contato com Márcia Rejane Estima Pedone no telefone 51: 999852950 a qualquer hora.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão .

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser

entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos, como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@pucrs.br, de segunda à sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente, constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Ao assinar este termo de consentimento, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma.

Não assine este termo de consentimento a menos que tenha tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas.

Se você concordar em participar deste estudo, você rubricará todas as páginas e assinará e datará as duas vias originais deste termo de consentimento. Você receberá uma das vias para seus registros e a outra será arquivada pelo responsável pelo estudo.

Eu, _____, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar.

Diante do exposto, expressei minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do participante:

declaração do profissional que obteve o consentimento

Expliquei integralmente este estudo clínico ao participante. Na minha opinião e na opinião do participante, houve acesso suficiente às informações, incluindo riscos e benefícios, para que uma decisão consciente seja tomada.

Data: _____

Assinatura do Investigador

Nome do Investigador (letras de forma)

APÊNDICE II – Medidas descritivas para o GDS e MEEM

Tabela: Medidas descritivas para o GDS e MEEM

Escala	Amostra (n=81) ^A	
	n	%
GDS - Média ± desvio padrão (amplitude)	3,1±2,5 (0 - 10)	
Mediana (1º - 3º quartil)	2,0 (1,0 - 4,0)	
GDS classificação		
GDS > 5 Suspeita depressão	11	13,6
GDS ≤5 Sem suspeita	70	86,4
MEEM - Média ± desvio padrão (amplitude)	28,4±0,9 (26 - 30)	
Memória a longo prazo, orientação temporal 5 pontos ^B		
5 Pontos	72	100,0
Memória a longo prazo e Função visuoespacial orientação espacial 5 pontos ^B		
5 Pontos	72	100,0
Memória a curto prazo e linguagem registro 3 palavras 3 pontos ^B		
2	3	4,2
3	69	95,8
Função executiva, atenção e cálculo 5 pontos ^B		
3	5	6,9
4	29	40,3
5	38	52,8
Média ± desvio padrão (amplitude)	4,5±0,6 (3 - 5)	
Memória e evocação 3 pontos ^B		
1	1	1,4
2	34	47,2
3	37	51,4
Média ± desvio padrão (amplitude)	2,5±0,5 (1 - 3)	
Memória de longo prazo e Gnosia nomear 2 objetos relógio e caneta 2 pontos ^B		
1	1	1,4
2	71	98,6
Memória a curto prazo e linguagem 1 ponto ^B		
1	72	100,0
Linguagem Praxia Função executiva e Função visuoespacial ^B		
1	1	1,4
3	71	98,6
Linguagem e Praxia Fechar os olhos ^B		
1	72	100,0
Linguagem, Praxia, Função executiva e Função visuoespacial ^B		
0	2	2,8
1	70	97,2
Praxia, Função Executiva, Função Visuoespacial, 1 ponto ^B		
0	28	38,9
1	44	61,1

A: Percentuais obtidos com base no total de casos válidos na amostra B: Dados ausentes: n= 9 (11,1%)

Fonte: dados de pesquisa

APÊNDICE III – Ficha de dados sociodemográficos

1. Data da entrevista: ____/____/____
 Data de nascimento: _____ Idade: _____
2. Estado Civil:
 solteiro(a) casado(a) viúvo(a)
 união estável separado(a) divorciado(a)
3. Gênero:
 F M outros
4. Cidade onde reside: _____
-
5. Etnia:
 branca asiática parda/mulata indígena
 afrodescendente outros
6. Exerce, atualmente, alguma atividade remunerada? (estágio ou trabalho)?
-
7. Qual atividade você exerce? _____
-
8. Você está estudando?
 sim não
9. Qual o seu grau de instrução?
 sem instrução
 Ensino Fundamental/ 1.º Grau incompleto
 Ensino Fundamental/ 1.º Grau completo
 Ensino Médio/ 2.º Grau incompleto
 Ensino Médio/ 2.º Grau completo
 Ensino Superior/ Faculdade incompleto
 Ensino Superior/ Faculdade completo
 Pós-Graduação – Especialização
 Mestrado/Doutorado
12. Em período escolar, você já repetiu de ano?
 sim não
12. Se sim, quantas vezes?
 uma vez duas vezes três vezes quatro ou mais
13. Com quem você mora? _____
-
14. Assinale quais desses diagnósticos você já teve: (assinale quantos forem necessários)
 Hipertireoidismo Hipotireoidismo Diabetes (glicose)
 Triglicérides Colesterol Pressão Depressão
 Outros
- Se outros, quais? _____
16. Tomou medicamento, nos últimos 5 dias, para algum dos diagnósticos apontados acima? Escreva o diagnóstico e o medicamento (caso tenha tomado)

17. Nos últimos 5 dias: fez uso de outros medicamentos?

sim não

Se “sim”: quantos medicamentos tomou? _____

18. Você tem alguma religião?

sim não

19. No último mês, com que frequência você participou de atividade religiosa (missa, culto, reunião ou sessão)?

Não frequento atividades religiosas uma vez mais de uma vez

Se mais de uma vez, quantas vezes foram? _____

20. Assinale quais desses serviços públicos você utiliza:

água encanada rua pavimentada

21. Tem o hábito de praticar ou já praticou atividade física alguma vez?

sim não

Se sim, qual(is)? _____

22. Com que frequência pratica atividades físicas?

uma vez por semana duas vezes por semana três vezes por semana

todos os dias eventualmente nos finais de semana nunca

23. Você consome bebidas alcoólicas?

sim não

24. Se sim, com que frequência?

todos os dias uma vez por semana duas a três vezes por semana

apenas nos finais de semana eventualmente

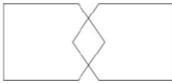
25. Você fuma?

sim não

26. Consumo diário de cigarros

até 5 cigarros de 6 a 10 cigarros de 11 a 15 cigarros de 16 a 20 cigarros mais de 20 cigarros/dia

ANEXO I – Miniexame do Estado Mental

TESTE	PONTOS
1 Orientação temporal (0-5): ANO - ESTAÇÃO - MÊS - DIA - DIA DA SEMANA	
2 Orientação espacial (0-5): ESTADO - RUA - CIDADE - LOCAL - ANDAR	
3 Registro (0-3): nomear: PENTE - RUA - CANETA	
4 Cálculo - tirar 7 (0-5): 100-93-86-79-65. Alternativamente soletra a palavra "MUNDO" de trás pra frente	
5 Evocação (0-3): três palavras anteriores: PENTE - RUA - CANETA	
6 Linguagem 1 (0-2): nomear um RELÓGIO e uma CANETA	
7 Linguagem 2 (0-1): repetir: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	
8 Linguagem 3 (0-3): siga o comando: Pegue o papel com a mão direita, dobre-o no meio, coloque-o em cima da mesa	
9 Linguagem 4 (0-1): ler e obedecer: FECHÉ OS OLHOS	
10 Linguagem 5 (0-1): escreva uma frase completa	
11 Linguagem 6 (0-1): copiar o desenho 	
TOTAL	

Fonte: Lima e Tonello (2008)

ANEXO II – Bateria CERAD

TESTE DE NOMEAÇÃO DE BOSTON

Nome:	Número:
Data:	Hora:

Instrução:

“Eu vou lhe mostrar algumas figuras, o seu trabalho será me dizer o nome das coisas desenhadas nas figuras. Se você não souber ou não lembrar o nome, mas souber o que é, me diga algo sobre ele.”

Observação:

Anote todas as respostas exatamente como diz o paciente. O tempo máximo de apresentação de cada desenho é de 10 segundos.

	DESENHO	RESPOSTA	INCORRETA	CORRETA
Alta Frequência	Árvore			
	Cama			
	Apito			
	Flor			
	Casa			
Média Frequência	Canoa			
	Escova dentes			
	Vulcão			
	Máscara			
	Camelo			
Baixa Frequência	Gaita			
	Pinça de gelo			
	Rede			
	Funil			
	Dominó			
ESCORE PARCIAL				
Alta Frequência	Média Frequência		Baixa Frequência	
/5	/5		/5	
ESCORE TOTAL			/15	

Interpretação: Escore < 13 = anormal (escolaridade 8-9 anos)

Ilustração das imagens fornecidas aos participantes, que são mostradas em tamanho maior, uma de cada vez:



LISTA DE PALAVRAS – RECORDAÇÃO IMEDIATA

Nome:	Número:
Data:	Hora:

Instrução:

“Eu vou ler uma lista de palavras em voz alta, depois eu vou pedir que repita essas palavras de memória.”

Observações:

Fale claramente, em voz alta, uma palavra a cada 2 segundos. Depois, peça para ele(a) repetir as dez palavras, incentivando. O tempo limite para a pessoa recordar a lista é de 90 segundos. Anote o número de palavras que a pessoa conseguiu recordar (não é preciso que tenha sido em ordem); também anote as instruções (palavras que não fazem parte da lista).

Repita o mesmo para os 2 ensaios seguintes.

1° ENSAIO	Instruções	2° ENSAIO	Instruções	3° ENSAIO	Instruções
MANTEIGA		BILHETE		PRAIA	
CARTA		CABANA		ERVA	
POSTE		MANTEIGA		POSTE	
MOTOR		PRAIA		RAINHA	
BRAÇO		MOTOR		CARTA	
RAINHA		BRAÇO		BILHETE	
BILHETE		RAINHA		CABANA	
PRAIA		CARTA		BRAÇO	
CABANA		ERVA		MANTEIGA	
ERVA		POSTE		MOTOR	
TOTAL	/10		/10		10

Interpretação:

Score <14 palavras (total) = ANORMAL (8-9 anos de estudo) (BERTOLUCCI, et al. 2001)

Fonte: Setor de Distúrbios do Movimento e Neurologia Comportamental – FMRP-USP

HABILIDADE CONSTRUTIVA

Nome:	Número:
Data:	Hora:

Instrução:

Figura 1: Eis aqui um círculo que eu gostaria que você copiasse na parte de baixo da folha.

Figura 2: Eis aqui outro desenho que eu queria que você copiasse.

Figura 3: Ótimo, agora desenhe essa figura.

Figura 4: Essa figura é mais difícil de desenhar, não se apresse.

Observação: Máximo de 2 minutos por desenho.

DESENHO

INCORRETA

CORRETA

1. CÍRCULO

- | | | | |
|----|---------------------------------------|---|---|
| A. | Círculo fechado (3mm aproximadamente) | 0 | 1 |
| B. | Forma circular | 0 | 1 |

2. LOSANGO

- | | | | |
|----|--|---|---|
| A. | Desenha 4 lados | 0 | 1 |
| B. | Fecha os 4 ângulos da figura (3mm aproximadamente) | 0 | 1 |
| C. | Os lados são aproximadamente do mesmo tamanho | 0 | 1 |

3. RETANGULOS

- | | | | |
|----|-------------------------------------|---|---|
| A. | 2 figuras com os 4 lados | 0 | 1 |
| B. | Sobreposição semelhante ao original | 0 | 1 |

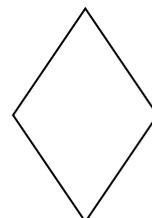
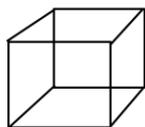
4. FIGURA TRIDIMENCIONAL

- | | | | |
|----|--|---|---|
| A. | Figura tem 3 dimensões | 0 | 1 |
| B. | Face frontal corretamente orientada (p/D ou p/E) | 0 | 1 |
| C. | Linhas internas corretamente desenhadas | 0 | 1 |
| D. | Lados opostos paralelos (a 10ª aproximadamente) | 0 | 1 |

TOTAL

/11

Ilustração das imagens fornecidas aos participantes, que são mostradas em tamanho maior, uma imagem de cada vez e uma por página.



Exemplos de pontuação

Interpretação:

3)					
1. ambos os retângulos com os 4 lados	1	1	0	0	
2. sobreposição semelhante ao original	1	1	0	1	
pontuação:	2	2	0	1	

4)				
1. desenho em 3 dimensões	0	1	1	
2. face frontal corretamente orientada	1	1	1	
3. linhas internas corretamente desenhadas	0	0	0	
4. lados opostos paralelos	0	1	1	
pontuação:	1	3	3	

Escore <10: anormal (escolaridade 8-9 anos) (BERTOLUCCI; OKAMOTO et al. 2001)

LISTA DE PALAVRAS – RECORDAÇÃO TARDIA

Nome:	Número:
Data:	Hora:

Observações:

- ✓ O intervalo entre a lista de palavras e a recordação imediata deve ser pelo menos 10 minutos
- ✓ Tempo Máximo: 90 segundos. Incentive-o(a) a se esforçar.
- ✓ Anote o número de palavras que a pessoa conseguiu recordar (não é necessário que seja em ordem)
- ✓ Também anote as instruções (palavras que não fazem parte da lista)

Instruções:

“Alguns minutos atrás nós lemos uma lista de palavras e eu pedi para você repetir e memorizar. Agora quero que você tente lembrar novamente dessas palavras. Pode começar.”

LISTA DE PALAVRAS	C	INSTRUÇÕES
MANTEIGA		
CARTA		
POSTE		
MOTOR		
BRAÇO		
RAINHA		
BILHETE		
PRAIA		
CABANA		
ERVA		
TOTAL		/10

Interpretação:

Score <4: anormal (escolaridade 8-9 anos) (BERTOLUCCI; OKAMOTO et al. 2001)

EVOCAÇÃO DA PRAXIA CONSTRUTIVA

Nome:	Número:
Data:	Hora:

Observações: dê uma folha em branco ao participante.

Instrução:

“Há pouco você copiou 4 figuras, por favor, tente desenhá-las novamente “de cabeça”.

DESENHO

INCORRETA

CORRETA

5. CÍRCULO

C.	Círculo fechado (3mm aproximadamente)	0	1
D.	Forma circular	0	1

6. LOSANGO

D.	Desenha 4 lados	0	1
E.	Fecha os 4 ângulos da figura (3mm aproximadamente)	0	1
F.	Os lados são aproximadamente do mesmo tamanho	0	1

7. RETÂNGULOS

C.	2 figuras com os 4 lados	0	1
D.	Sobreposição semelhante ao original	0	1

8. FIGURA TRIDIMENSIONAL

E.	Figura tem 3 dimensões	0	1
F.	Face frontal corretamente orientada (p/D ou p/E)	0	1
G.	Linhas internas corretamente desenhadas	0	1
H.	Lados opostos paralelos (a 10ª aproximadamente)	0	1

TOTAL /11

Escore <5: anormal (escolaridade 8-9 anos) (BERTOLUCCI; OKAMOTO et al. 2001)

TESTES DE FLUÊNCIA VERBAL

FLUÊNCIA SEMÂNTICA: ANIMAIS

- ✓ Diga: “Vou marcar um minuto no relógio, e quero que nesse tempo você me fale o nome de todos os animais que você puder se lembrar. Vale dizer qualquer nome de bicho ou animal: insetos, pássaros, peixes, animais do campo, da mata e da cidade”.
- ✓ Certifique-se que a pessoa entendeu a instrução. Se necessário, exemplifique: “Se eu tivesse pedindo nomes de frutas, você falaria maçã, laranja etc.”.

- ✓ Diga também: “Não vale falar variações da mesma palavra. Por exemplo, se estivéssemos falando de frutas, não vale dizer laranja e laranjinha: ou o feminino e o masculino de uma mesma palavra”.

FLUÊNCIA FONOLÓGICA (FAS)

- ✓ Diga: “Vou marcar um minuto no relógio e quero que nesse tempo você me fale palavras que comecem com a letra.....”.
- ✓ Informe as regras: “Vale qualquer tipo de palavra. Só não vale repetir palavras nem variações da mesma, nem dizer nome de pessoas ou de localidades (cidade, país, estado, etc..)”.
- ✓ Certifique-se que a pessoa entendeu a instrução. Se necessário exemplifique: “Por exemplo, se a letra fosse ‘P’ você NÃO poderia dizer Paulo, Patrícia, Piauí, Passo Fundo, etc. Também não poderia usar variantes da mesma palavra, por exemplo: panela, panelinha”.

ANEXO III – Escala de Depressão Geriátrica Resumida (GDS)

1. Está satisfeito (a) com sua vida?
 sim não
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?
 sim não
3. Sente que a vida está vazia?
 sim não
4. Aborrece-se com frequência?
 sim não
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?
 sim não
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer?
 sim não
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?
 sim não
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)?
 sim não
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?
 sim não
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?
 sim não
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?
 sim não
12. Vale a pena viver como vive agora?
 sim não
13. Sente-se cheio(a) de energia?
 sim não
14. Acha que sua situação tem solução?
 sim não
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?
 sim não

- Total > 5 = suspeita de depressão - Fonte: Yesavage et al. (1983)

ANEXO IV – Escala de Esperança Disposicional

Leia com atenção e circule a opção que você considere ser a mais adequada:

1. Eu posso pensar em várias formas de lidar com situações difíceis.

Totalmente falsa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente verdadeira

2. Eu me esforço para atingir os meus objetivos.

Totalmente falsa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente verdadeira

3. Eu me sinto cansado a maior parte do tempo.

Totalmente falsa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente verdadeira

4. Existem sempre muitas formas de resolver os problemas.

Totalmente falsa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente verdadeira

5. Eu sou facilmente derrotado em discussão.

Totalmente falsa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente verdadeira

6. Eu consigo pensar em muitas formas de conseguir as coisas que são muito importantes para a minha vida.

Totalmente falsa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente verdadeira

7. Eu me preocupo com a minha saúde.

Totalmente falsa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente verdadeira

8. Mesmo quando os outros desistem, eu sei que posso encontrar alguma forma de resolver os problemas.

Totalmente falsa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente verdadeira

9. Minhas experiências no passado me prepararam bem para enfrentar o futuro.

Totalmente falsa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente verdadeira

10. Eu tenho tido muito sucesso na vida.

Totalmente falsa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente verdadeira

11. Frequentemente eu fico me preocupando com alguma coisa.

Totalmente falsa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente verdadeira

12. Eu atinjo os objetivos que estabeleço para mim.

Totalmente falsa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente verdadeira

Fonte: Snyder et al. (1991)

ANEXO V – Aprovação da Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS



SIPESQ
Sistema de Pesquisas da PUCRS

Código SIPESQ: 9447

Porto Alegre, 20 de agosto de 2019.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica da ESCOLA DE MEDICINA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "RELAÇÃO ENTRE ESPERANÇA, FUNCIONAMENTO COGNITIVO E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS". Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica da ESCOLA DE MEDICINA

ANEXO VI – Parecer Consubstanciado do CEP – PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE ESPERANÇA, FUNCIONAMENTO COGNITIVO E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS

Pesquisador: Newton Luiz Terra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20283019.0.0000.5338

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.573.323

Apresentação do Projeto:

O pesquisador NEWTON LUIZ TERRA apresentou ao CEP-PUCRS a Proposta Original intitulada "Relação entre esperança, funcionamento cognitivo e sintomas de depressão em idosos" visando entender a relação entre a esperança e o funcionamento cognitivo em idosos. A ideia é que os idosos que apresentam maiores níveis de esperança apresentam menos sintomas depressivos.

As informações serão obtidas em grupos de convivência de idosos em Porto Alegre, como Grupo de Boa Idade da Sociedade Beneficente Espírita Bezerra de Menezes e Grupo Maioridade do Grêmio Náutico União.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar a relação entre esperança e funcionamento cognitivo e sintomas de depressão em idosos.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os idosos em relação a níveis de esperança, funcionamento cognitivo e sintomas de depressão. Averiguar se existe relação entre características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, renda, existência de rede de apoio, coabitação, conjuge, espiritualidade) e níveis de esperança. Verificar se a presença de doenças que se relaciona com os níveis de esperança. Verificar

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@puors.br

ANEXO VII - Comprovante de Submissão do Artigo em Revista Científica

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

Título: Relationship between hope, cognitive functioning and depressed symptoms in elderly. Título em português: Relação entre esperança, funcionamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos. Título Curto em Inglês: Hope in the elderly. Título curto em Português: Esperança nos idosos.

Journal:	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Manuscript ID:	RBGG-2021-0019
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	Elderly, Cognitive functioning, Depressive symptoms, Hope, Idosos, Funcionamento cognitivo, Sintomas deprimidos, Esperança

SCHOLARONE[™]
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/rbgg-sciclo>