

Avaliação do comportamento depressivo em idosos institucionalizados

Lucas de Oliveira Chaves¹, luksxaves@yahoo.com.br; **Mônica Félix de Alvarenga**²; **Sônia Maria Dal Sasso**³

1. Graduado em Enfermagem pela Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé, MG;
2. Especialista em Enfermagem (Terapia Intensiva); professora na Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé (MG);
3. Mestre em Letras pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CES/JF), MG; professora na Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé (MG) e na Rede de Ensino Doctum, Carangola, MG.

RESUMO: Estudo realizado na Obra Unida Lar Ozanam, no município de Muriaé (MG), tendo como objetivo identificar, através da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), a prevalência de comportamentos depressivos entre os idosos da instituição, e analisar o perfil dos idosos. Pesquisa exploratório-descritiva realizada com quinze idosos residentes na instituição, na faixa etária entre 60 a 100 anos, do gênero masculino e feminino, no período de maio a junho de 2011. Observou-se que a maioria dos idosos está satisfeita com sua vida e que há prevalência de depressão no gênero feminino.

Palavras-chave: avaliação, comportamento depressivo, idosos institucionalizados.

RESUMEN: La evaluación de la conducta depresiva en personas mayores institucionalizadas. Se realizó un estudio en Obra Unida Lar Ozanam, en Muriaé (MG), con el objetivo de

identificar, a través de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), la prevalencia de comportamientos depresivos en los ancianos de la institución, y analizar el perfil de las personas mayores. A través de la investigación exploratorio-descriptivo se llevó a cabo con quince adultos mayores que viven en la institución, con edades comprendidas entre los 60 y 100 años, hombres y mujeres, en el período de mayo a junio de 2011. Se observó que la mayoría de las personas mayores están satisfechos con su vida y la prevalencia de la depresión en las mujeres.

Palabras llave: evaluación, conducta depresiva, ancianos institucionalizados.

ABSTRACT: Evaluation of depressive behavior in institutionalized elderly. A study was done at Obra Unida Lar Ozanam, in Muriaé (MG), aiming to identify, through the Geriatric Depression Scale (GDS), the prevalence of depressive behaviors among the elderly of the institution, and analyze the profile of the elderly. Exploratory-descriptive research was conducted with fifteen older adults living in the institution, aged between 60 and 100 years, male and female, in the period of May to June, 2011. It was observed that most seniors are satisfied with their life and there is prevalence of depression in females.

Keywords: assessment, depressive behavior, institutionalized elderly.

Introdução

O envelhecer é algo complexo, pois gera implicações para quem o vivencia e também para a família e a sociedade (TIER; LUNARD; SANTOS, 2008).

Com o aumento da população idosa, pode-se observar o acrescentamento de doenças relacionadas ao envelhecimento como, por exemplo, a depressão, comum na terceira idade.

A depressão é um transtorno do humor que faz com que o indivíduo acometido pela doença tenha um predomínio anormal de tristeza, afetando

qualquer faixa etária, e tem características particulares em idosos (GALVÃO; ABUCHAIM, 2001). Com o passar do tempo, as famílias vão encontrando dificuldades e também desgaste físico e emocional em cuidar dos seus idosos. Como esta é uma realidade cada vez mais presente, torna-se necessária a existência da instituição de longa permanência para idosos antes denominada asilo ou conhecidas por abrigo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato (TIER; LUNARD; SANTOS, 2008).

O idoso que reside em uma instituição de longa permanência vive separado do ambiente familiar, na presença de pessoas estranhas e, muitas vezes, isolado, sentindo-se abandonado, dependente e inútil, apresentando quadro de insegurança, descontentamento e também uma falta de intimidade. Todo este processo pode ser um fator predisponente à depressão mesmo que o paciente não tenha histórico da doença ou o histórico familiar da doença (MIGUEL JUNIOR, 2007).

Este estudo objetivou identificar, através da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), a existência de comportamentos depressivos entre os idosos da Obra Unida Lar Ozanam, Muriaé (MG), e analisar o perfil desses idosos.

I – Revisão de literatura

A depressão é uma doença que acomete a mente e o corpo. Várias pessoas apresentam os sintomas psicológicos e físicos, variando a natureza da doença de uma pessoa para outra (MCKENZIE, 2008).

Para Aguiar (2004), a depressão é um estado emocional a que todo o ser humano está sujeito, e é algo que todos experimentam. Já Carreira et al. (2011) afirmam que ela é caracterizada como um distúrbio de origem multifatorial da área do humor ou afetiva, exercendo um forte impacto funcional envolvendo numerosos aspectos de ordem biológica, psicológica e social.

Um pesquisador da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, em 15 anos, as taxas das doenças mentais não psicóticas duplicarão, já que o índice de psicóticos continuará o mesmo. Essas taxas crescentes de quadros depressivos se devem ao alongamento da vida associados às conseqüentes doenças que originam na velhice e às modificações incessantes do ambiente psicossocial como a desintegração da família e a solidão (LIN, 1967 apud MENDLOWICZ).

Em 2030, a depressão será a doença mais comum do mundo, e afetará mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde, como o câncer e doenças cardíacas. Será a doença que gerará mais custos econômicos e sociais para o governo, tanto pelos gastos obtidos com o tratamento quanto pelas perdas de produção (RIBEIRO, 2007 apud HOLMES, 1997).

A doença é classificada em três categorias, leve, moderada e grave. Segundo Townsend (2002), a depressão leve é denominada como uma resposta de pesar normal. Nessa classificação, o baixo-astral pode aparecer e voltar, freqüentemente, iniciando-se após o indivíduo vivenciar um acontecimento estressante específico. A pessoa com depressão leve apresenta quadro ansioso e se sente por baixo ao mesmo tempo. Mudanças do modo de vida são os únicos meios para cessar esse tipo de depressão (MCKENZIE, 2008).

Os episódios de depressão leve ocorrem quando o processo de pesar é desencadeado por uma resposta, quando é perdido um objeto que se preza, ou mediante a perda de uma pessoa amada, amigo, animal de estimação. Quando elaborados os estágios de pesar, a perda é aceita, os sintomas são minimizados e as atividades do dia-a-dia da vida são retomadas em algumas semanas. Caso não ocorra, o pesar é demorado ou exagerado, e os sintomas se tornam intensos (TOWNSEND, 2002).

Conforme a autora, dentre os sintomas da depressão leve verificam-se: alterações afetivas, comportamentais e fisiológicas. Nas afetivas, tem-se indeferimento de sentimentos, ansiedade, raiva, impotência, desânimo, tristeza, desespero e desesperança; já as alterações comportamentais estão relacionadas com crises de choro, agitação, inquietação, regressão, retraimento enquanto as cognitivas incluem preocupação com a perda vivenciada, acusando a si próprio, ambivalência e culpar os outros (2002). Ela afirma ainda que a depressão moderada ou distúrbio distímico é vista quando o pesar é demorado ou exagerado. A pessoa se fixa no estágio de raiva da resposta de pesar, e a raiva volta internamente para o próprio eu. Todos os sentimentos associados ao pesar são normalmente exagerados, de modo não proporcional, deixando o indivíduo impossibilitado de funcionar sem auxílio. Os sintomas afetivos da depressão moderada são: dificuldade de sentir prazer nas atividades, baixa auto-estima, sentimentos de tristeza, desânimo, falta de esperança, impotência, desespero, perspectivas pessimistas e sombrias.

Mckenzie (2008) destaca que quando a doença é em nível moderado, o baixo astral persiste e o indivíduo manifesta sintomas físicos, que variam de uma pessoa para outra. Assim, só as mudanças do modo de vida não podem produzir frutos, sendo necessário o auxílio médico.

Conforme Townsend (2002), os sintomas comportamentais incluem lentificação dos movimentos físicos (retardo psicomotor), postura de como se fosse uma pessoa largada, fala lenta, limitação das verbalizações, possíveis ruminções com respeito aos fracassos ou remorsos da vida; maior uso de drogas, preferindo se isolar das pessoas, comportamento autodestrutivo, baixo interesse pela aparência social e higiene. Nos sintomas cognitivos, tem-se o retardamento dos processos de pensamento, déficit de concentração e de atenção, repetitivos

e obsessivos pensamentos indicando, na maioria das vezes, pessimismo e negativismo, e, ainda, comportamentos e verbalizações refletindo idéia suicida. Já nos fisiológicos, incluem anorexia ou ingestão exagerada de alimentos, redução da libido, insônia ou hipersonia, amenorréia, cefaléia, dores nas costas, torácicas e abdominais, nível baixo de energia, fadiga – sentir-se melhor na manhã e pior com o decorrer do dia. Isto está relacionado à variante diurna no nível dos neurotransmissores que afetam o humor e também o nível da atividade.

De acordo com Mckenzie (2008), a forma grave da depressão é também denominada de distúrbio depressivo maior e os sintomas podem pôr a vida do indivíduo acometido em risco, pois apresenta sintomas físicos como delírios, alucinações e outros, sendo importante o auxílio médico o mais depressa possível.

A forma grave de depressão caracteriza-se pela intensificação dos sintomas manifestos, pela depressão moderada, incluindo sentimentos de completo desespero, menos valor (sem utilidade) e impotência, afeto enfraquecido ou inalterado, necessitado de tônus emocional, prevalente sentimentos de vazio e niilismo, incapacidade de sentir prazer, isolamento, apatia e tristeza (TOWNSEND, 2002).

Nos sintomas comportamentais, constata-se retardamento psicomotor intenso, cessação literal dos movimentos físicos ou ainda, movimentos rápidos e agitados sem finalidade e manifestos por comportamento psicomotor; ao sentar-se, apresenta uma posição encolhida, postura largada, marcha lenta e rigidamente; comunicação inexistente, falta de higiene e cuidado com a aparência social, isolamento social. Nos cognitivos a pessoa apresenta prevalentes pensamentos delirantes, sendo os mais comuns os somáticos e persecutórios (perseguição), indecisão, confusão e capacidade de concentração diminuída, excessiva auto-reprovação, autoacusações, alucinações que refletem em interpretações distorcidas do ambiente, ideação suicida (TOWNSEND, 2002).

Stuart e Laraia (2001) afirmam que as alterações fisiológicas apresentadas na depressão grave são lentidão geral de todo o corpo, refletindo em lenta digestão, retenção de urina, amenorréia, impotência, constipação intestinal, redução da libido, perda ponderal, anorexia e insônia ou hipersonia.

1.1 – Fisiopatologia da depressão

A depressão é caracterizada por uma perturbação metabólica nervosa em nível cerebral, desequilibrando a concentração de neurotransmissores. O estado de abatimento de humor, característico da depressão, está associado à diminuição de certas substâncias em nosso cérebro. Essas substâncias são chamadas de neurotransmissores, atuam no espaço existente entre as células nervosas. São elas que possibilitam a comunicação entre os neurônios. Nas

sono, anedonia, fadiga, perda de energia, pessimismo, baixa autoestima, concentração prejudicada, pensamentos de morte ou suicídio e retardo ou agitação psicomotora.

II – Tratamento

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que os melhores resultados no tratamento da depressão são aqueles obtidos através do uso conjunto de medicação e psicoterapia. Os antidepressivos atuam elevando níveis dos neurotransmissores, em especial a serotonina com o objetivo de fazer com que o estado de humor volte ao normal. Quando os antidepressivos são prescritos em doses apropriadas e com acompanhamento médico adequado, são eficazes, na maioria das vezes. É comum que, juntamente, seja prescrito pelo médico um calmante visando à normalização do sono e a estabilização do humor (AGUIAR, 2004).

O autor (2004) afirma que, embora o tratamento farmacológico tenha evoluído bastante nas últimas décadas, limitar-se ao uso de medicamentos não é a melhor e adequada forma de combater a depressão. Para ter maiores probabilidades de cura, o indivíduo deprimido deverá procurar, além de tratamento médico, o auxílio psicológico. A terapia irá trabalhar nas causas da doença e não apenas nos seus efeitos. O terapeuta também poderá ajudar a investigar as origens da depressão, já que sentimentos como mágoa, frustração, ira, rejeição, medo ou culpa são emoções que podem causar fermentação em nosso interior, gerando a depressão; reconhecer e lidar com eles corretamente torna possível a restauração do indivíduo deprimido.

Por todas estas razões, o autor afirma ainda que a psicoterapia constitui um recurso valioso, sendo que uma das principais vantagens do acompanhamento psicológico sobre o tratamento exclusivamente medicamentoso é a redução significativa da possibilidade de recaídas, fato comprovado por várias pesquisas e estatísticas.

2.1 – A institucionalização

As instituições de longa permanência, também denominadas de asilo, casa de repouso, clínica geriátrica são estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo são pessoas de 60 anos a mais (ANDRADE et al., 2005).

Fatores como a dependência e o abandono fazem com que alguns idosos sejam submetidos a internações em instituições asilares, tendo como resultado o distanciamento do ambiente familiar em que conviveram por muito tempo.

Asilados contra a sua própria vontade, eles se tornam “prisioneiros” da instituição e, após isso, grande parte dos familiares passam a visitá-los, delegando os cuidados do seu idoso a profissionais que, na maioria das vezes, são despreparados e desqualificados para a função (TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

As instituições asilares beneficentes tinham como principal função abrigar idosos sem condições financeiras para o custeamento de suas despesas. Hoje, passam por uma nova missão na sociedade que é cuidar de idosos necessitados de várias modalidades de serviços, em face das perdas funcionais que tornaram uma problemática da vida a sós ou com a família. Assim, essas casas devem proporcionar um atendimento integral, pois, como se sabe, várias são as situações em que os idosos dependem totalmente de outros para realizarem as atividades básicas (TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

O idoso que se encontra institucionalizado é privado de seus projetos, se encontrando afastado da família, da casa, dos amigos, das relações nas quais foi construída a história da sua vida. Pode-se associar a essa exclusão social as marcas e seqüelas das doenças crônicas não transmissíveis, que são os motivos principais de sua internação inclusive nas instituições de longa permanência (FREIRE JÚNIOR; TAVARES, 2004).

2.2 – A depressão no idoso

No idoso, o quadro de depressão é mais grave devido a vários fatores como: perdas materiais e de entes queridos e amigos, independência e rejeição dos filhos, aposentadoria, mudanças significativas ou perdas de papéis, renda reduzida, impedimento de buscar atividades de lazer que lhes trazem satisfação (ELIOPOULOS, 2005).

Townsend (2002) afirma que a sintomatologia da depressão no idoso não difere muita da dos adultos jovens, porém são freqüentemente confundidas com outras doenças associadas ao envelhecimento.

Dentre os sintomas somáticos freqüentes relacionados ao transtorno de humor tem-se a falta de energia e distúrbios do sono como pouco específicos para o diagnóstico de depressão, sendo as alterações de humor e da motivação os mais específicos (CARVALHO; PAPALÉO, 2005).

Conforme Eliopoulos (2005), os sintomas mais comuns são os vegetativos, que incluem fadiga, anorexia, insônia, perda de peso, podendo também expressar sentimentos de autodepreciação, culpa, apatia, remorso, além de sentirem-se como fardos. A autora ainda afirma que as práticas higiênicas são negligenciadas, a confusão pode se manifestar causada pela desnutrição ou outros efeitos depressivos da doença.

Além dos sintomas comuns, a depressão costuma ser acompanhada com queixas somáticas, hipocondria, baixa autoestima, humor disfórico, alteração do sono e do apetite, ideação paranoide e pensamento recorrente de suicídio (SIQUEIRA et al., 2007).

Eliopoulos (2005) relata que a sintomatologia da depressão no idoso pode imitar a de demência, porém é importante obter uma avaliação cuidadosa para evitar erros no diagnóstico.

Para diagnosticar a depressão, pode-se citar a Escala de Depressão Geriátrica que, conforme Carvalho e Papaléo (2005), tem sido bem utilizada para auxiliar no diagnóstico e também fornecer uma avaliação quantitativa dos resultados da conduta terapêutica empregada. Papaléo Netto (2007) menciona que as respostas afirmativas obtidas nas questões 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30, e tendo resposta negativa em todas as demais questões desta escala, não são indicativas de sintomatologia depressiva.

Blazer (1998) *apud* Townsend (2008) afirma que o tratamento mais eficaz para o idoso deprimido é a combinação das abordagens psicossocial e biológica. Os medicamentos antidepressivos são administrados levando em consideração as alterações fisiológicas relacionadas à terceira idade como, por exemplo, na absorção, distribuição, eliminação, e sensibilidade de receptores cerebrais. Outras abordagens terapêuticas, incluídas no tratamento é a psicoterapia interpessoal, comportamental, em grupo ou em família. Um apropriado tratamento para a terceira idade pode proporcionar alívio do sofrimento causado pela doença dando um novo alento à vida, com um sentimento de produtividade.

2.3 – Qualidade de vida do idoso deprimido

Nem sempre a sintomatologia da depressão ou dos transtornos depressivos é valorizada corretamente. Com isso, o idoso deprimido fica sem diagnóstico e tratamento adequado, ocasionando sofrimento que interfere, conseqüentemente, na sua saúde e diminui sua qualidade de vida. Por outro lado, pode-se observar que quanto mais cedo os sinais e sintomas da depressão forem diagnosticados e/ou tratados precocemente, haverá efetividade na recuperação, permitindo que o idoso deprimido retome a sua vida normal (SANTOS et al., 2010)

Segundo os autores, cabe ao profissional de saúde ou ao cuidador ter habilidade para identificar os sinais e sintomas de depressão apresentados no idoso, o mais precocemente possível, para assim estabelecer ações e medidas para minimizá-los ou preveni-los, pois isso contribuirá para a sua recuperação. Assim, o cuidador deve propor ações preventivas como: apoiar o idoso às práticas

espirituais, estimulando-o a orar, meditar, conversar, ou seja, participar das atividades religiosas desejadas; estimular o indivíduo idoso a participar de atividades que elevem o seu bem-estar como festas com a possibilidade de envolvimento da família; discutir sobre a importância e a valorização da oração para a vida diária do indivíduo (SANTOS et al. 2010).

Ainda conforme os autores, criar medidas para a permanência da orientação pode auxiliá-los a lembrar da localização de seus quartos, dentre outros. O envolvimento do idoso em atividades de recreação, lazer e programas de exercícios promove sua socialização. No que se refere ao sentimento de impotência, pode-se intervir, transmitindo empatia objetivando a verbalização do idoso, de dúvidas, temores, preocupações, insatisfação, auxiliando o idoso em não se ver como desamparado, auxiliando-o na identificação de pontos importantes e vantagens pessoais.

III – Metodologia

Este estudo foi realizado com 15 idosos, 7 do gênero masculino e 8 do feminino, na faixa etária entre 60 a 90 anos, residentes na instituição Obra Unida Lar Ozanam, localizado na Rua Zene Luiz Mazzoco, 100, Bairro São Vicente de Paulo (Planalto), Muriaé (MG). O lar tem por finalidade atender gratuitamente, visando suprir todas as necessidades biopsicossociais dos asilados, e a sua filosofia consiste em acolher e promover qualidade de vida ao idoso carente. Sua construção foi iniciada em 1º de junho de 1998 e concluída em 02 de julho de 2001.

O Lar Ozanam é constituído de seis pavilhões com capacidade para 32 idosos cada um (totalizando 192 acomodações). Um refeitório com capacidade para 200 lugares, uma cozinha equipada, uma lavanderia contendo máquina de lavar, centrífuga, secadora, passadeira, uma rouparia, com armários individuais para os idosos. Uma minienfermaria, com capacidade para oito leitos. Um consultório médico, um consultório dentário, uma farmácia com todos os medicamentos necessários; uma capela, com capacidade para trezentas pessoas; uma sala para administração, vestiário para os funcionários, área verde e uma área para trabalhos manuais e lazer para os internos.

A manutenção da instituição é feita através de doações da comunidade (recursos alimentícios, vestuário e recursos financeiros), Paróquia São Paulo, Lions Club, Rotary Club, Lojas Maçônicas, Vale Rio Doce. Além disso, recebe uma verba do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) e dos próprios internos que contribuem com uma porcentagem de suas aposentadorias.

Muriaé é uma das cidades-pólo da região da Zona da Mata Mineira, com área territorial de 842 km² e população estimada em 100.765 habitantes (IBGE,

2010); o município tem localização privilegiada, situando-se no entroncamento entre a BR-116 e a BR-356, duas das rodovias mais movimentadas do país.

Este trabalho trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva que dá uma visão global do fenômeno ou fato estudado, explicando diferentes fatores e elementos que influenciam um fenômeno determinado. Exige-se ainda, neste tipo de pesquisa, uma rigorosa definição de métodos e técnicas, para a coleta e análise dos dados. Para tanto, recomenda-se a utilização de informações obtidas pelos estudos exploratórios, não só explicando a relação entre variáveis, sendo que também se procura determinar a origem dessa relação, fundamentada com precisão o objeto de estudo (OLIVEIRA, 2008).

Foi aplicado um questionário padrão, em forma de entrevista aos idosos sujeitos desta pesquisa, denominado de Escala de Depressão Geriátrica, específica para idosos. A escala contém 30 questões fechadas, que identificam se há presença de comportamento depressivo nos idosos.

A pesquisa foi desenvolvida de maio a junho de 2011. Antes da realização deste estudo, foi assinado pela diretoria da instituição o Termo de Autorização para o desenvolvimento da referida pesquisa. Foi explicado aos sujeitos o objetivo da pesquisa e lhes pedido que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados coletados.

IV – Análise e discussão dos dados

Mediante o questionário aplicado e os dados obtidos, formulou-se o Quadro 1, consolidando as informações para caracterizar o perfil dos idosos.

Conforme os dados apresentados no Quadro 1, quando questionados sobre a satisfação com a vida, observa-se que 12 idosos estão satisfeitos e 3 insatisfeitos. Interessante salientar que os satisfeitos são os que afirmaram abandonar muitos de seus interesses e atividades (Questão 1), já os insatisfeitos são os que disseram não abandonar seus interesses. Outro dado importante é que 11 dos satisfeitos com a vida, afirmaram sentir sua vida vazia enquanto os insatisfeitos não sentem esse vazio. Segundo Dalgalarondo (2008), um dos sintomas da depressão é a anedonia que faz com que a pessoa perca totalmente a sensação de prazer o que se tem mostrado na Questão 2, onde 12 idosos afirmaram abandonar muito de seus interesses e atividades e 3 idosos afirmaram não abandonar.

Na Questão 3, 11 pesquisados relataram sentirem suas vidas vazias e quatro não. Conforme Townsend (2002), sentimentos de vazio são um dos sintomas da depressão. Dalgalarondo (2008) afirma que um dos sintomas afetivos da depressão é sentimento de tédio, de crônico aborrecimento. Quando

Quadro 1 Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (1983)

QUESTÕES		Sím	Não
1	Você está satisfeito com a sua vida?	12	3
2	Abandonou muitos de seus interesses e atividades?	12	3
3	Sente que sua vida está vazia?	11	4
4	Sente-se freqüentemente aborrecido?	6	9
5	Você tem muita fé no futuro?	8	7
6	Tem pensamentos negativos?	4	11
7	Na maioria do tempo está de bom humor?	15	-
8	Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer?	6	9
9	Sente-se feliz na maioria do tempo?	13	2
10	Sente-se freqüentemente desamparado, adoentado?	9	6
11	Sente-se freqüentemente intranquilo?	4	11
12	Prefere ficar em casa em vez de sair?	4	11
13	Preocupa-se com o seu futuro?	9	6
14	Acha que tem mais problema de memória do que os outros?	1	14
15	Acha bom estar vivo?	15	-
16	Fica freqüentemente triste?	7	8
17	Sente-se inútil?	2	13
18	Preocupa-se muito com o seu passado?	4	11
19	Acha a vida muito interessante?	12	3
20	Para você, é difícil começar novos projetos?	9	6
21	Sente-se cheio de energia?	14	1
22	Sente-se sem esperança?	1	14
23	Acha que os outros têm mais sorte que você?	4	11
24	Preocupa-se com coisas sem importância?	5	10
25	Sente freqüentemente vontade de chorar?	8	7
26	É difícil pra você concentrar-se?	7	8
27	Sente-se bem ao despertar?	14	1
28	Prefere evitar reuniões sociais?	3	12
29	É fácil para você tomar decisões?	10	5
30	O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente?	7	8

questionados sobre sentirem-se aborrecidos (Questão 4), 6 idosos afirmam que se sentem freqüentemente aborrecidos e 9 disseram não.

No que se refere a ter fé no futuro (Questão 5), 8 responderam de forma afirmativa e 7, negativa. Townsend (2002) afirma que o ser humano acometido pela depressão apresenta perspectivas pessimistas. Observa-se aqui, um percentual significativo apresentando este sintoma. Porém, quando questionados sobre pensamentos negativos (Questão 6), 4 idosos relataram ter pensamentos negativos e 11 idosos afirmaram não o ter. Destaca-se aqui Dalgalarondo (2008), que afirma ser a ideação negativa sintomas da depressão, sendo que grande parte dos idosos não tem apresentado pensamentos negativos.

No referente a estar na maioria do tempo de bom humor (Questão 7), todos os idosos responderam afirmativamente. Desses, 6 têm medo de que algo de mal lhes aconteça (Questão 8) e 9 disseram não temer, embora 13 sintam-se felizes na maioria do tempo (Questão 9) e 2 não. Pode-se observar ausência desse sintoma da doença, pois Townsend (2002) afirma que sentimentos de tristeza são sintomas de depressão.

No que diz respeito a se sentirem desamparados, adoentados (Questão 10), 9 dos investigados responderam afirmativamente e 6 negativamente. Quanto a se sentirem intranquilos (Questão 11) e preferir ficar em casa (Questão 12), 4 sentem-se intranquilos e 11 não; sendo que 4 preferem ficar em casa enquanto 11 preferem sair. Correlacionando esses dados à Questão 28, em que 3 idosos preferem evitar reuniões sociais e 12 idosos não, observa-se que grande parte dos entrevistados não se isola, sente-se tranqüila, não apresenta depressão, visto que Dalgalarondo (2008) afirma que o desespero é um sintoma afetivo da doença enquanto Townsend (2002) destaca o isolamento social.

Em relação à preocupação com o futuro (Questão 13), a acharem bom estar vivos e a vida interessante (Questões 15 e 16), dificuldade em começar novos projetos (Questão 20) e a se sentirem cheios de energia (Questão 21), tem-se que 9 idosos se preocupam com o futuro e 6 não; 15 acham bom estar vivos, 1 não; 12 acham a vida interessante e 3, não; embora 14 sintam-se cheios de energia, apenas 6 afirmam não ter dificuldades para começar novos projetos. Relacionando esses dados a Dalgalarondo (2008), podem-se perceber indícios contrários à depressão visto que o autor afirma que os acometidos pela depressão podem apresentar idéias de morte, desejando desaparecer e dormir para sempre e não conseguem ter nenhum tipo de sentimento.

Com relação à memória (Questão 14), 1 idoso afirma ter mais problema de memória do que outras pessoas e 14 alegam não ter, porém 7 dos entrevistados alegaram dificuldades de concentração (Questão 26) e oito relataram ter facilidade para se concentrarem, sendo que, desses, 7 consideram

o raciocínio tão claro quanto antigamente (Questão 30) e 8 afirmam que não têm o raciocínio tão claro. Segundo Dalgarrondo (2008), o indivíduo deprimido apresenta como sintomas cognitivos déficit de atenção e concentração e déficit secundário de memória.

Quando questionados sobre o fato de se sentirem tristes (Questão 16), 7 idosos afirmaram estar tristes freqüentemente e 8, não. Relacionado a esse dado, tem-se (Questão 25) que 8 dos idosos entrevistados relataram sentirem freqüentemente vontade de chorar e 7, não. Townsend (2002) menciona que a tristeza e crises de choro são sintomas encontrados em indivíduos deprimidos.

No que concerne ao sentimento de utilidade (Questão 17), pode-se observar que 2 idosos relataram sentirem-se inúteis, sendo que 13 afirmaram úteis. Conforme Townsend (2002), os sintomas afetivos apresentados na depressão grave incluem sentimentos de menos valor, ou seja, sem utilidade. Já com relação à sorte (Questão 23), 4 idosos afirmam que os outros têm mais sorte, sendo que 11 relataram terem mais sorte que os outros. Townsend (2002) ressalta que possíveis ruminações com respeito aos fracassos ou remorsos da vida são sintomas comportamentais apresentados na depressão moderada.

Dalgarrondo (2008) relata que as pessoas deprimidas têm visão do mundo marcada pelo tédio, o que se pôde notar na Questão 24, pois cinco dos idosos pesquisados afirmaram preocupar-se com coisas sem importância e 10 negaram não se preocuparem.

Quando questionados como se sentem ao despertar (Questão 27), e em relação à esperança (Questão 22), 14 idosos afirmaram sentir-se bem e ter esperança, enquanto 1 afirmou o contrário. Townsend (2002) que afirma que, dentre os sintomas fisiológicos da depressão, a pessoa acometida pela doença tem dificuldade de pegar no sono (insônia), desperta muito cedo, sente-se pior pela manhã, havendo pouca melhora no transcorrer do dia.

Observou-se também que 10 idosos relataram não ter dificuldades em tomar decisões e 5 consideram difícil tomar decisões. Cabe destacar que Townsend (2002) afirma que o deprimido apresenta indecisão.

De acordo com o Gráfico 1, no total de 7 homens entrevistados, 3 apresentaram comportamento depressivo e 4 não apresentaram nenhum comportamento depressivo na faixa etária de 70 a 83 anos. Conforme o Gráfico 1, das 8 mulheres pesquisadas, entre a faixa etária de 60 a 82 anos, 5 apresentaram comportamento depressivo e 3 não apresentaram nenhum comportamento depressivo. Segundo Mckenzie (2008), as mulheres são propensas a terem um diagnóstico de depressão duas vezes mais que os homens, não necessariamente significa que as mulheres tenham mais tendência a desenvolver a doença. As pressões sociais sob as mulheres, a responsabilidade de um lar com crianças, mudanças hormonais durante o ciclo menstrual, gravidez,

parto e menopausa fazem com que as mulheres sejam mais predispostas a desenvolverem depressão.

V – Considerações finais

Atingir a terceira idade é ultrapassar etapas, é colher frutos, é aguardar o que vem pela frente, acreditando no que está por vir, é um plano e expectativa do que vá acontecer no futuro. Com o desenvolvimento deste estudo, pode-se observar que os idosos pesquisados são pessoas que vivenciaram muitas histórias e experiências durante suas vidas e que podem ensinar como viver e enfrentar os problemas da vida que, de qualquer modo, tem estado em nosso meio.

A pesquisa revelou que, na Obra Unida Lar Ozanam, a maioria dos participantes sente a vida vazia, não tem fé no futuro, julga-se frequentemente desamparada e sente muita vontade de chorar. Dos 15 participantes, 8 apresentam comportamento depressivo, com prevalência nas mulheres.

Durante a aplicação do questionário, observou-se que o exercício da escuta é muito importante para a recuperação de um idoso deprimido. Mediante ao dar ouvidos, o indivíduo pode relatar algo que pode servir para a sua reabilitação. Por outro lado, vê-se que a família tem um papel fundamental em dar o amor e o carinho ao ancião para também auxiliar no seu tratamento e para a conservação do laço familiar. Assim, deve-se inserir a família no dia-a-dia desse idoso.

Para melhorar a qualidade de vida do idoso e diminuir o sofrimento causado pela depressão, é necessário que se criem medidas preventivas como apoio às práticas espirituais como orar, conversar; promover a socialização motivando o idoso a participar de atividades que lhe ofereçam prazer como festas, lazer; e, ainda, medidas que visem à melhoria da orientação e da memória como fotos, letras, andar fora da instituição, auxílio na localização dos quartos e leitos.

Finalizando este estudo, deixa-se uma mensagem aos profissionais de saúde e aos cuidadores para que venham reconhecer a reais necessidades do idoso, dando ao mesmo uma assistência humanizada e com qualidade. E que esses profissionais que estão em prol da saúde venham absorver cada experiência com os anciãos, as lições da vida que os mesmos ensinam para que possam aprender a conviver com as mudanças relacionadas ao envelhecimento.

Referências

ANDRADE, A. C. A. et al. Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência (ILP): proposta de ação de Enfermagem. **Revista Gaúcha**

Enfermagem. Porto Alegre (RS) 2005. Disponível em: <<http://ftpacademico.fatern.edu.br/ftp/enfermagem/gysellacarvalho/Saude%20do%20idoso/depress%E3o%20dos%20idosos%20em%20LPIs.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2011.

AGUIAR, Marcelo. **Por que algumas pessoas sofrem de depressão?** Belo Horizonte: Betânia, 2004.

CARREIRA, L. et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 268-73, abr./jun. 2011.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz; PAPALÉO NETTO, Mateus. **Geriatría: fundamentos clínica e terapêutica.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2. ed. São Paulo: Artmed, 2008.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem gerontológica.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FREIRE JÚNIOR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando a sua opinião. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 16, p. 147-58, set. 2004/fev.2005.

GALVÃO, Ana Luiza; ABUCHAIM, Cláudio Moojen. **Depressão.** ABC da Saúde. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?102&-depressao>>. Acessado em: 5 de fev. 2011.

GARCIA, Aline et al. A depressão e o processo de envelhecimento. **Revista Ciência e Cognição**, Rio de Janeiro, v. 7, mar./2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). **Cidades:** Minas Gerais, Muriaé - MG. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=314390>>. Acessado em: 2 ago. 2011.

LAR OZANAM. **Obra Unida Lar Ozanam.** Histórico. Disponível em: <<http://www.larozanam.org.br>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

MCKENZIE, Kwame. **Depressão.** São Paulo: Três, 2008. (Coleção Guia da Saúde Familiar, 7).

MENDLOWICZ, Eliane. **A sociedade contemporânea e a depressão.** 2009. Disponível em: <<http://www.uva.br/trivium/edicao1/artigos-tematicos/4-a-sociedade-contemporanea-e-a-depressao.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

MIGUEL JÚNIOR, Armando. **Depressão presente na vida do idoso**. Medicina Geriátrica. Disponível em: <<http://www.medicinageriatrica.com.br/2007/10/04/depressao-presente-na-vida-do-idoso/>>. Acesso em: 23 fev. 2011.

OLIVEIRA, Maria Marly. **Como fazer**: projetos, relatórios, monografias, dissertações e teses. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

PAPALÉO NETTO, Mateus. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

RIBEIRO, K. C. S. et al. **Representações sociais da depressão no contexto escolar**. São Paulo: Paidéia, 2007.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, S. S. C. et al. Diagnósticos e intervenções de Enfermagem para idosos deprimidos e residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). **Enfermaria Global**, n. 20, p. 1-14, out. 2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt_clinica2.pdf>http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt_clinica2.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2011.

SIQUEIRA, Gisela Rocha de et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 253-259. jan./fev. 2009.

STUART, Gail W. ; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica**: princípios e prática. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TIER, C. G; LUNARDI, V. L. L; SANTOS, S. S. C. Cuidado ao idoso deprimido e institucionalizado à luz da Complexidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v. 10, n. 2, 2008.530-536, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a24.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2011.

TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem psiquiátrica**: conceitos e cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002.