

A importância dos grupos na terceira idade para prevenção e tratamento da depressão

Raquel Corrêa de Araujo FÉRES¹; Ana Lúcia Barros CONTINO².

1. Graduanda em Psicologia pela Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé, MG;
2. Mestre em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF), Campos dos Goytacazes, RJ; professora na FAMINAS, Muriaé, MG.

RESUMO: O presente trabalho investigou se o Grupo da Maior Idade da cidade de Muriaé traz benefício para os idosos que apresentam ou já apresentaram quadros depressivos. Para tanto, foi realizada uma entrevista semi-estruturada, bem como a aplicação da escala de Beck, além de um estudo bibliográfico sobre a depressão na terceira idade e os tratamentos mais apropriados, principalmente os que se referem ao trabalho de grupo. Foram avaliados 10 idosos, do sexo masculino e feminino, entre 56 e 76 anos.

Palavras-chave: depressão, atividades sociais, idosos, prevenção.

ABSTRACT: The importance of groups in old age for the prevention and treatment of depression.

The present study investigated if the Grupo da Maior Idade in Muriaé has provided benefits for seniors who have or have had depression. For that, we performed a semi-structured interview as well as we implemented Beck scale, and a bibliographic study on depression in old age and culturally appropriate care, particularly those relating to group

work. We evaluated 10 elderly, male and female, between 56 and 76 years.

Keywords: depression, social activities, elderly, prevention.

RESUMEN: La importancia de los grupos en la vejez para la prevención y el tratamiento de la depresión. El presente estudio investigó si el Grupo da Maior Idade en Muriaé ha proporcionado beneficios para las personas mayores que tienen o han tenido depresión. Para ello, se realizó una entrevista semi-estructurada, así como se utilizó la escala Beck, y un estudio bibliográfico sobre la depresión en la tercera edad y atención culturalmente apropiada, en particular las relativas al trabajo en grupo. Se evaluaron 10 ancianos, hombres y mujeres, entre 56 y 76 años.

Palabras llave: depresión, actividades sociales, ancianos, prevención.

Introdução

A depressão é um tipo de transtorno que pode ocorrer com o processo de envelhecimento associado a problemas de saúde, com disfunção cognitiva, relacionados a fatores biológicos e psicossociais. Para o seu tratamento, é necessário a avaliação clínica e o diagnóstico, observando o estado de saúde física, a estrutura familiar e as condições sócio-econômicas do paciente (JUNIOR; NETO, 1997).

A terapia cognitivo-comportamental pode ser aplicada como tratamento de pacientes depressivos, de forma grupal, visando maior interação social, mudança de comportamento e oportunidade de melhor compreensão e empatia entre os membros do grupo.

Esta pesquisa analisou os diversos tipos de grupos do Clube da Maior Idade de Muriaé, que utilizam de várias atividades para auxiliar na prevenção e tratamento da depressão de idosos. Entre os idosos selecionados, verificou-se que as atividades desenvolvidas no clube podem proporcionar oportunidade para melhores condições de saúde física e emocional, resgatando a sua auto-estima.

Para realização desta pesquisa, utilizou-se como metodologia entrevista individual com os idosos selecionados que já apresentaram algum quadro de depressão, e a aplicação da Escala de Beck com objetivo de avaliar o escore de depressão de cada idoso. Os dados coletados foram discutidos e apresentados na análise dos resultados e demonstrados em gráficos de setores.

I – Revisão de literatura

A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns e constitui um grande problema de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o transtorno depressivo apresenta um grau maior de incapacitação do que outras doenças crônicas, tais como a hipertensão, diabetes, artrite ou dor lombar crônica (KNAPP et al., 2004).

As síndromes depressivas tem como características o humor triste e o desânimo, que são resultados de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos afetando a vontade e a psicomotricidade. Transtornos depressivos mais graves podem apresentar sintomas psicóticos com delírios e alucinações, alteração psicomotora, lentificação e estupor e aspectos biológicos neuronais associados (DALGALARRONDO, 2008).

Para Dalgalarrondo (2008), esses transtornos também podem apresentar sintomas na área psicopatológica como tristeza, melancolia, choro frequente, apatia, sentimento de tédio, irritabilidade, angústia e desesperança. Outras alterações da área neurovegetativa podem ocorrer, como fadiga, desânimo, insônia, perda ou aumento do apetite, diminuição da libido, além de alterações ideativas como pessimismo, sentimento de culpa, desejo de morte e alterações cognitivas, como déficit de atenção, de concentração e de memória, dificuldade de tomar decisões. Junto a estas características, encontram-se ainda alterações da autoavaliação, autoestima baixa e alterações da psicomotricidade, tendência a dormir o dia inteiro com quarto escuro, dificuldade psicomotora, mutismo e negativismo (DALGALARRONDO, 2008).

De acordo com Knapp et al (2004), a depressão é uma doença comum com consequências graves e com alto custo para a família e a sociedade. Com isso, torna-se necessário o conhecimento de alternativas terapêuticas atualmente disponíveis. Os psicofármacos juntamente com as psicoterapias têm apresentado grande eficácia no tratamento, assim como a utilização de exercícios físicos regulares e atividades de lazer, que podem reduzir os sintomas da depressão leve ou moderada.

1.1– Depressão na terceira idade

Com o processo de envelhecimento, o transtorno depressivo pode estar associado a outros problemas de saúde o que faz com que muitas vezes especialistas não dêem prioridade à depressão, analisando apenas os fatores fisiológicos (PAPALIA et al., 2010).

A incidência de depressão no idoso ocorre, principalmente, a partir dos 60 anos de idade, sendo em decorrência do processo de envelhecimento. Esta depressão apresenta um grau maior de apatia, disfunção cognitiva e alteração de neuroimagem com anormalidade em lobo temporal, tendo semelhança com os transtornos demenciais (FORLENZA, 2007).

Segundo Junior e Neto (1997), no transtorno depressivo do idoso há de se levar em conta a depressão de início precoce e a de início tardio, sendo que essas duas formas de depressão apresentam algumas diferenças clínicas e de evolução. A de início tardio tem particularidades biológicas com menor incidência de fatores genéticos. São encontradas alterações morfológicas e cerebral no distúrbio de início tardio, semelhantes aos estados demenciais, o que não se observa nos casos de depressão precoce.

As doenças físicas em pacientes que apresentam uma diminuição da acuidade visual e auditiva podem aumentar o grau de depressão tardia, uma vez que o indivíduo passa a se isolar do convívio social, tornando sua vida cada vez mais melancólica e sem expectativas (JUNIOR; NETO, 1997).

Para Junior e Neto (1997), o transtorno depressivo no idoso está intimamente ligado aos diversos fatores biológicos e psicossociais. Esses fatores predisponentes acumulam-se na terceira idade e podem estar relacionados às doenças físicas.

Os fatores ambientais ou biológicos estão também relacionados ao processo de envelhecimento, comumente, pacientes com depressão de início tardio não apresentam um histórico familiar de depressão. A influência de fatores genéticos na etiologia de sintomas depressivos pode ocorrer por doenças crônicas associadas ao envelhecimento, como artrite reumatóide, doença de Parkinson e mal de Alzheimer, sendo que estas patologias podem estar ligadas a um componente hereditário (JUNIOR; NETO, 1997).

Dentre os fatores neurobiológicos destacamos modificações clínicas ocorridas em relação à depressão do idoso, como os ritmos biológicos e as alterações de estrutura e função cerebral. Os ritmos biológicos são regulados por mecanismos neuroquímicos e sua importância é bem significativa nos quadros da depressão (JUNIOR; NETO, 1997).

Para Junior e Neto (1997), as alterações metabólicas podem produzir o estresse e menor capacidade de adaptação ao ambiente social. O sujeito com

alterações no seu ritmo biológico torna-se mais suscetível às doenças físicas e distúrbios psíquicos trazendo alterações do sono e do apetite, que podem servir para diagnosticar os sintomas de depressão que também tem sua base na gênese dos distúrbios afetivos.

Segundo Forlenza (2007), as mulheres idosas apresentam taxas mais elevadas de sintomas depressivos do que os homens, devido às doenças físicas, taxas hormonais oscilantes influenciando a instabilidade de humor, melancolia, ansiedade, irritabilidade e falta de prazer nas suas atividades cotidianas.

Para Sadock e Sadock (2007), o transtorno depressivo no idoso traz como consequência pouca concentração, problemas de sono, perda de peso e queixas somáticas, caracterizados por fatores melancólicos, depressivos, hipocondríacos, com baixa autoestima, sentimentos de inutilidade e tendências auto-acusatórias com relação ao sexo e pecado, ideação paranóide e suicida.

O prejuízo cognitivo no idoso depressivo é denominado de síndrome de demência de depressão (pseudodemência). Essa síndrome acarreta prejuízo intelectual com desempenho insatisfatório, sendo os déficits na atenção e concentração variáveis. Apresenta memória fraca, porém não há prejuízo na linguagem e na confabulação (SADOCK; SADOCK, 2007).

Segundo Junior e Neto (1997), são dois os aspectos principais nas alterações psicológicas no idoso depressivo: os eventos vitais influenciados pelo ambiente e o suporte social referentes à vida familiar e situação conjugal, que podem trazer distúrbios psicológicos e estresse.

Para Forlenza (2007), entre os eventos vitais negativos e indesejáveis estão os traumáticos, a doença física que imobiliza o idoso, o luto pela perda de um ente querido, particularmente do cônjuge, podendo causar um episódio traumático e depressivo.

O suporte social está associado aos eventos vitais e se relacionam com a personalidade do idoso, sua capacidade de interagir socialmente como fator preponderante (JUNIOR; NETO, 1997). Conforme Forlenza (2007), o suporte social inadequado e o isolamento social são fatores que contribuem para a depressão do idoso, principalmente em se tratando de idoso com baixa renda e escolaridade mínima, contribuindo para maiores distúrbios psiquiátricos.

1.2 – Tratamento da depressão na terceira idade

Segundo Junior e Neto (1997), o diagnóstico adequado é indispensável para o tratamento da depressão no idoso e o sucesso terapêutico está relacionado à avaliação clínica e ao diagnóstico. O diagnóstico não deve incluir apenas a síndrome depressiva, mas o estado de saúde física, cognitiva, as condições socioeconômicas e a estrutura familiar. Esses fatores interagem na vida do

paciente, sendo importante conhecer a história pregressa de sua vida, tratamentos anteriores e aspectos psicológicos.

No idoso, é preciso levar em consideração alguns fatores que podem cronicizar a sua depressão como a demora para iniciar um tratamento adequado, a utilização de doses do medicamento inapropriada e a descontinuidade ao tratamento quando necessário. Muitos pacientes idosos deixam de receber o tratamento porque seus familiares acreditam que o transtorno depressivo é uma consequência natural do envelhecimento (JUNIOR; NETO, 1997).

Para Junior e Neto (1997), o tratamento da depressão consiste em analisar tanto os aspectos biológicos quanto os psicossociais. No tratamento referente ao biológico, são usados os fármacos; nas abordagens psicossociais, são utilizadas as psicoterapias.

O tratamento farmacológico é utilizado em pacientes com depressão moderada ou grave, sendo divididos em categorias principais: os antidepressivos cíclicos ou tricíclicos (ADT), os inibidores de monoamino-oxidase (IMAO), os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS); paroxetina, sertralina, citalopran, nefazodone e a fluoxetina, sendo a mais tradicional entre eles (JUNIOR; NETO, 1997).

A escolha de um antidepressivo para um determinado paciente idoso depende de diversos fatores, principalmente da resposta do organismo à medicação indicada e seus efeitos colaterais, doenças clínicas concomitantes e outros medicamentos utilizados pelo paciente (JUNIOR; NETO, s/d).

No tratamento psicossocial, destaca-se a psicoterapia para idosos que é semelhante a realizada por qualquer paciente de outra faixa etária, porém com algumas adaptações técnicas. Esta deve ser ministrada por profissionais treinados e com conhecimentos de gerontologia, com objetivo de proporcionar ao idoso apoio emocional, melhorando sua autoestima com participação mais ativa no convívio social (JUNIOR; NETO, 1997).

Na psicoterapia com pacientes idosos, pode-se utilizar de várias técnicas. A psicoterapia breve tem apresentado resultados satisfatórios em pacientes idosos e bem orientados por profissional experiente. Consiste numa técnica muito utilizada por ser dinâmica e de tempo limitado. Contém elementos de psicoterapias de apoio, psicoterapia reeducativa (terapia cognitiva) e psicoterapia reconstrutiva (psicanálise) (FIGUEIREDO, 2007).

Segundo Junior e Neto (1997), a psicoterapia de família é útil tanto para o paciente quanto para a própria família, podendo ajudar os familiares a entender o processo dessa doença, orientando-os a se organizar e a desenvolver respostas adequadas e eficientes para ambos, paciente e família.

A terapia cognitiva ou cognitivo-comportamental é um recurso terapêutico de suma importância para pacientes idosos deprimidos. Consiste numa forma

de terapia com ênfase na modificação de pensamentos disfuncionais e remoção dos sintomas, estimulando o paciente a questionar as evidências que apoiam seus pensamentos (JUNIOR; NETO, 1997).

A terapia de grupo pode auxiliar o paciente deprimido uma vez que consiste em um tipo de terapia em que o idoso encontra espaço para falar de suas experiências, angústias e perdas, buscando acolhimento e proteção (FIGUEIREDO, 2007).

II – Psicanálise aplicada a grupos

As contribuições da psicanálise ao estudo dos grupos, como teoria que percebe as motivações inconscientes do comportamento, compreende o que se passa nas relações interpessoais que constituem o espírito do grupo (OSÓRIO, 2007).

Todo sistema social, seja ele uma família, um grupo terapêutico ou uma instituição qualquer, não é apenas um grupo de indivíduos, mas tem sua dinâmica específica com leis inerentes ao seu funcionamento.

Para Osório (2007), o que norteia as atividades de todo agrupamento humano é a interação entre seus componentes. Na dinâmica dessa interação, encontramos o importante para a compreensão do problema existente, bem como a sua solução.

A teoria dos grupos operativos foi elaborada por Pichon-Rivière, a partir dos referenciais teóricos da psicanálise e da dinâmica de grupos. Segundo Osório (2007), os grupos operativos são definidos como grupos centrados na tarefa, grupos psicanalíticos ou de terapia, sendo a tarefa o principal elemento do processo grupal.

Para Pichon Rivière, citado por Osório (2007), o que caracteriza os grupos operativos é a relação dos seus integrantes com a tarefa, e essa poderá resultar na obtenção da “cura”, caso seja um grupo terapêutico. O fundamental da tarefa grupal consiste na resolução de problemas de situações estereotipadas, tendo em vista a mudança de comportamento para uma melhor qualidade de vida. Para que isso aconteça, é necessário que haja clima propício para solução de questões de conflitos interpessoais, de finalidade terapêutica.

Todo grupo operativo é terapêutico, embora nem todo grupo terapêutico seja operativo. Quando se está aprendendo, estamos deixando de lado conceitos deturpados da realidade e isso ocorre como num processo terapêutico; pode-se entender a dificuldade ou a resistência de curar-se também no processo de aprendizagem. O objetivo dos grupos operativos é passar da imobilidade e resistência à mudança para um movimento de aceitação do que é satisfatório (OSÓRIO, 2007).

Outro grupo descrito por Pichon Rivière e que focaliza este trabalho, consiste na atuação dos grupos operativos na área institucional, cujo foco é centralizado nas análises das interações humanas, num contexto organizacional. Na aplicação de técnicas da dinâmica de grupo, observa-se a abordagem psicanalítica, determinando problemas, sejam de natureza leve, moderada ou grave, que possam decorrer de fatores diversos.

Nota-se três condições necessárias para que haja um grupo operativo dinâmico: motivação na realização das tarefas, mobilidade na execução das atividades e disponibilidade para que ocorram as mudanças necessárias (OSÓRIO, 2007).

III – Terapia cognitivo-comportamental em grupos

A terapia cognitivo-comportamental tradicionalmente era utilizada individualmente, mas a partir de Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), o tratamento para o transtorno depressivo passou também a ser aplicado de forma grupal. Com isso, mais pacientes seriam tratados dentro de um período determinado por terapeutas profissionais treinados para tal (BIELING et al., 2008).

Para Bieling et al. (2008), no sistema de saúde houve uma economia de recursos financeiros e a eficiência do tratamento em grupo foi superior a 50% em relação ao tratamento individualizado.

A modalidade grupal oferece oportunidades terapêuticas únicas. O grupo de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno depressivo e fobia social fazem os pacientes reconhecerem melhor os erros cognitivos cometidos por outros do que por si próprio. Um grupo pode produzir exemplos de conexões entre pensamentos e sentimentos mais do que na terapia individual (BIELING et al., 2008).

Segundo Bieling et al. (2008), a terapia cognitivo-comportamental em grupo é semelhante à individual, porém nesta não há oportunidade dos indivíduos interagirem entre si. Em um processo grupal é importante não valorizar apenas as técnicas aplicadas, mas a qualidade das questões levantadas pelo grupo, uma vez que o principal objetivo deve ser o sucesso do grupo para que haja o mecanismo de mudança, que deverá ser o principal foco do terapeuta.

Na literatura da psicoterapia em grupo, a intervenção é o processo grupal em si. O clima interpessoal e interativo do grupo será um veículo de mudança e a integração dos grupos promoverá essa mudança. Nem sempre as técnicas estabelecidas produzem bons resultados, mas estratégias construídas de forma atórica, baseadas na observação e na indução, podem alcançar um resultado mais eficiente (BIELING et al., 2008).

Na psicoterapia de grupo, Yalom (1995) apresenta fatores relevantes no ambiente grupal para que ocorra a mudança. Um desses fatores corresponde à instilação de esperança, que é de suma importância em toda psicoterapia, inclusive a de grupo, para superar os problemas dos membros do grupo, incluindo grupos de auto-ajuda e de alcoólicos anônimos (BIELING et al., 2008).

A universalidade é outro fator. A partir do grupo, o sujeito percebe que há outros com problemas semelhantes ao seu. O terceiro fator seria o compartilhamento de informações para a mudança de comportamento, em que o terapeuta pode lançar mão da instrução didática na forma de psicoeducação e do aconselhamento tanto do terapeuta quanto de outro paciente, oferecendo informações novas e úteis (BIELING et al., 2008).

As oportunidades dadas aos membros do grupo em ajudar a quem precisa é o que chamamos de altruísmo, pois o conselho oferecido por um colega beneficia a ambos, a pessoa que o recebe e a quem dá. Os grupos proporcionam aos indivíduos oportunidade de apoio, empatia e compreensão.

Como quinto fator, a recapitulação corretiva do grupo familiar primário, auxiliada por técnicas de socialização que ajudam no desenvolvimento de habilidades sociais mais básicas, enfatizam a necessidade de um comportamento imitativo. Em um grupo de terapia, um membro pode aprender através da observação de um modelo.

A coesão grupal, corresponde a outro fator, sendo vista como necessária no processo de desenvolvimento do grupo. Coesão significa atração que o sujeito tem pelo grupo ou por algumas pessoas ou idéias do grupo, devendo existir nesta aceitação, apoio e confiança (BIELING et al., 2008).

IV – Grupo do Clube da Maior Idade de Muriaé

Em Muriaé, o grupo da Maior Idade foi organizado pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, pertencente à Prefeitura Municipal de Muriaé e fundado em 1988 com o propósito de criar condições de saúde e bem-estar a seus participantes, resgatando a autoestima, a alegria, a criatividade, promovendo o prazer de se expressar, possibilitando uma efetiva participação social e o desenvolvimento de perspectivas para uma vida de melhor qualidade. Os participantes desse grupo estão envolvidos na execução de tarefas específicas.

O Clube da Maior Idade conta atualmente com 800 associados, com faixa etária superior a 60 anos, podendo estes escolherem as atividades desenvolvidas, conforme seus interesses. Dentre as atividades, destacamos: atividade física com ginástica aeróbica e capoeira, aula de canto coral, de dança, artes plásticas e atesanato com trabalhos manuais, pinturas em tecidos e telas a serem expostas na Feira de Amostras.

Todas essas atividades tem como principal objetivo uma melhor interação entre os grupos, proporcionando um ambiente de descontração e valorização do próprio idoso e de sua autoestima.

É oferecido também aos participantes idosos a psicoterapia individual, o “bate-papo terapêutico”, com palestras de temas de interesse dos idosos, dinâmicas de grupo, textos dirigidos e práticas de exercícios de memória, orientados pela psicóloga do clube.

Como atividades recreativas para os homens, são oferecidos o campeonato de sinuca, jogos de baralho, dama, e xadrez visando a estimulação da memória e a interação social.

São oferecidos também para todos os participantes passeios e viagens turísticas com visitas a outros clubes da terceira idade. Comemoração de datas importantes do calendário, tais como: Carnaval, Dia Internacional da Mulher, Dia das Mães, dos Pais, dos Avós, do Idoso, Sete de Setembro, Natal e outros.

Os serviços oferecidos são gratuitos para os idosos associados do clube, focalizando a importância de se trabalhar com a parte física, mental, social e espiritual, levando em conta a solidariedade, o aconchego, a amizade, a preocupação com o enfermo e carentes.

As atividades mencionadas acima, fazem parte de um grupo dinâmico com motivação para realizar tarefas do interesse de cada idoso, com trocas de experiências visando uma mudança de comportamento social para seu próprio bem estar e do grupo a que pertence.

V – Metodologia

Este estudo foi realizado com 10 idosos, 8 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, na faixa etária de 56 a 76 anos do Clube da Maior Idade de Muriaé, que funciona semanalmente no turno vespertino, das 13 às 17 horas, no Coreto da Praça João Pinheiro.

Esta pesquisa verificou a eficácia dos grupos da terceira idade para prevenção e tratamento da depressão. Os participantes foram previamente selecionados por apresentarem um histórico de transtorno depressivo em alguma fase de suas vidas. Desses, houve uma certa resistência por parte dos homens em expor seus problemas enquanto as mulheres foram mais acessíveis e naturais.

Foi feita uma entrevista individual com os idosos selecionados, com onze questões abordando aspectos relacionados ao transtorno depressivo. Em seguida, foi aplicada a Escala de Beck (Inventário de Depressão de Beck), com 21 itens, para avaliar o nível de depressão de cada idoso. Foi feito um termo de consentimento livre esclarecido, garantindo o anonimato e as respostas confidenciais dos dados coletados. Essa pesquisa foi desenvolvida no período de março a junho de 2013.

VI – Análise dos resultados

Dos 10 idosos selecionados, 5 são casados, 4 viúvos e 1 divorciado. Analisando suas vidas familiares, registrou-se que 4 moram sozinhos, 3 com marido e filhos, 1 mora com o marido e não tem filhos, e 2 moram com o marido e um neto. Considerando o grau de escolaridade, constatou-se que 2 possuem ensino fundamental incompleto (7ª série), 1 possui o ensino MOBRAL de três anos, 1 é analfabeto e apenas escreve o próprio nome, 4 possuem o ensino primário incompleto, 1 o curso EJA, e apenas 1 tem o ensino médio completo. Todos são aposentados.

Na 1ª questão, constatou-se que a fase da vida em que desenvolveram a depressão ou uma profunda tristeza está relacionada a diversos motivos como perda de entes queridos, marido, esposa, filhos (4 idosos), doenças graves na família (2 idosos), problemas financeiros e familiares (6 idosos), alcoolismo (1 idoso). Nessa coleta de dados, dois participantes mencionaram duas situações ao mesmo tempo, perda de ente querido e problemas familiares. Na 2ª questão, 8 idosos responderam que foi a primeira depressão e 2 idosos tiveram duas vezes ou mais, porém foram brandas.

Na velhice, são atribuídas diversas causas à depressão, tais como acontecimentos estressantes e negativos; morte de um ente querido, doenças e efeitos colaterais de medicações, obesidade, fatores psicológicos, declínios cognitivos como perda da memória, estilo de vida com problemas sociais, de relacionamentos com familiares e amigos (HAMILTON, 2002).

Na 3ª questão, todos os participantes afirmaram ter procurado ajuda de profissional especializado, sendo que 2 idosos com depressão mais grave procuraram ajuda de um psiquiatra e de um psicólogo.

Em relação ao uso de medicação específica, 4ª questão, todos confirmaram ter usado antidepressivos. Dentre eles, 4 souberam mencionar o medicamento, 6 não souberam o nome do medicamento utilizado, e 2 disseram que atualmente não utilizam mais antidepressivos. Fizeram uso de Supan e Donarem (1 idosa), Sertralina e Lexapro (1 idosa), Supan, Rivotril e Passiflora (1 idosa), Fluoxetina (1 idosa).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no tratamento da depressão, os melhores resultados são obtidos através do uso concomitante de medicação e psicoterapia. Os antidepressivos atuam elevando os níveis dos neurotransmissores, especialmente a serotonina, fazendo com que o estado de humor retorne ao normal. Na prescrição de antidepressivos em doses apropriadas e com acompanhamento de um médico especializado, sua eficácia é geralmente satisfatória (AGUIAR, 2004).

Nas últimas décadas, segundo Aguiar (2004), embora o tratamento farmacológico tenha tido uma evolução significativa, apenas o uso de medicamentos não é a forma mais adequada para eliminar a depressão. É de suma importância que o sujeito deprimido procure também uma ajuda psicológica, para trabalhar as causas da doença e não apenas os seus sintomas.

Referente à 5ª questão, a terapia como auxílio no tratamento da depressão, 3 idosos responderam ter procurado ajuda especializada de um psicólogo e 7 responderam não ter procurado, sendo que apenas uma pessoa disse não ter vontade de procurar ajuda de um psicólogo, pois poderia não aceitar o que ele poderia falar.

Conforme Figueiredo (2007), a psicoterapia tem como finalidade proporcionar ao idoso o apoio emocional, de modo a reduzir sua ansiedade, elevar sua auto estima e confiança. Dentre as psicoterapias, a terapia cognitivo-comportamental é a mais utilizada no tratamento da depressão, mostrando sua eficácia na redução de recaídas depressivas (FORLENZA, 2007).

Em relação ao tempo que frequenta o Clube da Maior Idade, 6ª questão, 2 participantes afirmaram que frequentam o clube desde sua fundação, há 14 anos, os outros, no intervalo de 1 a 6 anos, e somente uma participante está frequentando apenas há 1 ano. Esta, apesar de não ter 60 anos, idade limite, foi encaminhada por um especialista ao clube devido a problemas psíquicos e familiares, separação e solidão que apresentava.

Dentre as atividades realizadas no Clube da Maior Idade (7ª questão), 3 idosos escolheram a pintura por proporcionar distração e prazer. Uma escolheu, além da pintura, as palestras realizadas pela psicóloga do clube; 3 optaram pela ginástica, porque exercita os músculos, distrai e faz bem para o corpo e a mente, sendo que uma delas mencionou ser muito tensa e que a ginástica alivia tal problema. Uma idosa escolheu ginástica e forró também pelos movimentos e aproximação com as pessoas e outros 2 idosos optaram pelo forró por diversão, se sentirem bem e a oportunidade para conversarem uns com os outros.

A atividade física regular também pode ser considerada uma alternativa para o tratamento do transtorno depressivo, proporcionando ao idoso uma vida mais ativa com oportunidades para ampliar seu convívio social com benefícios para sua saúde física e mental (FIGUEIREDO, 2007).

Na elaboração de um programa de atividades físicas, é necessário selecionar os exercícios adequados ao idoso, levando em consideração os objetivos específicos da terapia para evitar riscos de lesão ou traumatismos. As atividades devem ser leves ou moderadas, de modo a beneficiar não somente o físico, mas os aspectos sensório-motores, cognitivos e afetivos, colaborando para sua autoestima, diminuindo a ansiedade, melhorando o seu humor e ampliando sua rede de amigos (FIGUEIREDO, 2007).

Para Zimerman (1997), o homem é um ser gregário que necessita conviver e interagir nos diversos grupos sociais a que pertence. Todo indivíduo representa a essência de seu grupo com seus valores culturais, desejos, necessidades básicas, identificação com os outros, sendo que o indivíduo não existe isolado do seu grupo social.

No que se refere à 8ª questão, todos os participantes afirmaram que a atividade escolhida contribui de maneira positiva para ajudar a vencer a depressão. As respostas foram diversificadas e interessantes: 1 idosa disse que a pintura acalma e proporciona paz. Outra idosa, disse se sentir bem no clube, porque é um espaço para a terceira idade se distrair. Um idoso falou que gosta de estar com as pessoas e se diverte no forró. Na ginástica, uma idosa, disse se sentir uma pessoa mais animada. Outra disse que fazendo ginástica esquece os problemas de casa, e outra, que se sente bem. Na pintura, uma idosa afirmou que é uma terapia, uma distração, um momento de trocar ideias com os outros. Outra revelou que fica concentrada e “viaja” na pintura. Uma idosa, por estar há pouco tempo no clube, disse estar aprendendo a pintar e gostando. Outro idoso acredita que o forró aproxima as pessoas e se sente bem dançando.

Conforme Pereira et al. (2006), a prática de lazer aumenta o processo de integração entre as pessoas, principalmente entre pessoas idosas. Diversas atividades de lazer podem ser estimuladoras e eficientes na terceira idade para o tratamento do transtorno depressivo, como exercícios físicos regulares com acompanhamento médico, jogos de memória, passeios, trabalhos manuais, leituras e conversas informais com o objetivo de elevar a autoestima e a integração social.

Em relação à mudança no relacionamento social após o tratamento da depressão (9ª questão), cada idoso respondeu de uma forma. Três afirmaram apenas que melhoraram. Uma idosa respondeu que “nunca mais voltei a ser a mesma”. Seis outras deram as seguintes respostas: 1) Antes vivia mais isolada, hoje estou mais calma, consigo fazer amizades; 2) Depois do tratamento estou mais alegre, converso e participo mais; 3) Converso mais com as pessoas; 4) Quando estou bem converso com os outros, mas, quando estou triste, gosto de ficar quieta no meu canto; 5) Voltei a ser eu, comunicativa; 6) Agora não aceito as coisas como antes, pois tinha medo de perder a amizade das pessoas ao falar o que pensava.

Referente à 10ª questão, 8 participantes responderam positivamente quanto à disposição que atualmente têm em fazer as atividades diárias do clube e de casa também. Um mencionou ainda sentir muitas dores musculares ao realizar as tarefas do cotidiano; outro disse que ainda há momentos de tristeza, e que, em casa, precisa se esforçar para fazer o trabalho. Apenas 1 respondeu que não se sente com ânimo, nem em casa nem no clube, pois tem medo de sair de casa e de gente.

Quando questionados sobre frequentarem outros tipos de grupo (11ª questão), 5 idosos responderam negativamente; 2 idosos, apesar de não estarem frequentando outro tipo de grupo, já frequentaram grupos de igreja. Três idosos responderam afirmativamente, sendo que 1 frequenta o grupo da igreja (pastoral do batismo), o outro participa de círculos bíblicos, e a última participa do clube de mães da igreja.

Aplicou-se, nos 10 participantes da pesquisa, a Escala de Beck (Inventário de Depressão de Beck), que contém 21 itens, cada um com quatro alternativas, referentes a graus crescentes de depressão, com escores de 0 a 3. Esta escala teve como objetivo avaliar o nível de depressão de cada idoso selecionado. O resultado apresentado foi o seguinte: 2 com escore de depressão grave, 1 com escore de depressão moderado, 5 com escore de depressão leve, e 2 com escore de depressão mínimo.

VII – Considerações finais

Percebe-se que a maioria dos participantes do grupo de idosos selecionados nesta pesquisa não interagem rotineiramente com suas famílias. São viúvos, divorciados, não têm filhos, moram sozinhos, e realizam os serviços da casa. Ainda existe um que é responsável pela criação do neto que perdeu a mãe quando pequeno.

Quanto ao grau de escolaridade, a maioria possui apenas o ensino fundamental incompleto, havendo também um analfabeto. Sendo assim, o nível de instrução dos participantes é abaixo do desejável, apresentando dificuldade na realização do teste de depressão de Beck.

É importante registrar que houve mais facilidade em coletar as informações das mulheres, pois foram mais espontâneas, interessadas em participar da pesquisa, demonstrando objetividade e curiosidade, contribuindo assim para uma melhor análise dos resultados. Com relação aos homens, houve certa resistência em admitir que já haviam apresentado algum quadro depressivo e que atualmente estão curados.

Em relação ao questionário da Escala de Beck, observa-se que a maioria dos idosos participantes da pesquisa apresenta escore para depressão leve e o restante um nível de escore moderado, grave e mínimo.

Nesta pesquisa, observa-se que dentre as atividades desenvolvidas no Clube da Maior Idade pelos idosos, a ginástica e a pintura ganharam destaque e em seguida o forró, que é vinculado ao bem-estar, à diversão e à interação com o grupo. Estas atividades proporcionam prazer e distração, aliviam as tensões e despertam a criatividade, ambas contribuem para uma boa saúde física e mental.

Observa-se também que as atividades realizadas no Clube da Maior Idade de Muriaé são diversificadas para atender aos interesses da maioria dos idosos. Verifica-se que, apesar da diversidade encontrada entre os participantes dessa pesquisa, seja em relação a gênero, condição sócioeconômica, ou estado civil, a maioria encontra benefício em participar das atividades do clube. Apresenta maior sociabilidade, crescimento pessoal e diminuição dos sintomas depressivos.

Referências bibliográficas

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

BIELING, P. J.; MCCABE, R. E.; ANTONY, M. M. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

FIGUEIREDO, Kamille Rosa. **Depressão no idoso.** 2007. Disponível em: <www.redepsi.com.br/2007/12/08/depress-o-no-idoso/>. Acesso em: 15 mar. 2013.

FORLENZA, O. V. **Psiquiatria geriátrica do diagnóstico precoce à reabilitação.** São Paulo: Atheneu, 2007.

HAMILTON, I. S. **A psicologia do envelhecimento: uma introdução.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

JUNIOR, A. S.; NETO, M. R. L. **Depressão na terceira idade: apresentação clínica e abordagem terapêutica.** São Paulo: Lemos, 1997.

KNAPP, Paulo et al. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

PAPALIA, D. E. et al. **Desenvolvimento humano.** Porto Alegre: AMGH, 2010.

PEREIRA, L. A.; PEREIRA, A. V. S.; MORELLI, G. A. S. A importância do lazer da terceira idade: um estudo de caso em Ribeirão Preto. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 11, n. 8, jul. 2006.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

ZIMERMAN, D. E; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artmed, 1997.