

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS EM IDOSOS: O CONTEXTO SOCIAL E AMBIENTE COMO GERADORES

ELDERLY DEPRESSIVE DISTURB: THE SOCIAL CONTEXT AND ENVIRONMENT AS GENERATORS OF SUCH DISTURBS

TRASTORNOS DEPRESIVOS EN ANCIANOS: EL CONTEXTO SOCIAL Y EL AMBIENTE COMO GENERADORES DE LOS MISMOS

CARLA TARGINO DA SILVA BRUNO¹

MARÍLIA BRAGA MARQUES²

MARIA JOSEFINA DA SILVA³

Residir em um asilo pode decorrer da qualidade das relações familiares; da falta de recursos próprios, do alto grau de dependência, da falta de referências devido a morte das pessoas significativas para o idoso. Outrossim, residir com a família não impede de o idoso estar em situação semelhante ao asilado quando nos referimos ao contexto social e familiar. Os objetivos do estudo foram: avaliar o percentual de idoso que sugerem transtornos depressivos e a relação entre o espaço de vida do idoso e a presença de indicadores de depressão. Estudo descritivo, correlacional; realizado em 3 asilos e dois grupos de convivência de idosos. Foi aplicado a Escala de Depressão Geriátrica. Os resultados demonstraram que em aspectos significativos da vida do idoso os participantes de grupos estão com indicativos maiores de depressão geriátrica que os asilados. Concluímos que as ações direcionadas aos idosos devem estar alertas para este dado extremamente significativo para a qualidade de vida do idoso e para sua permanência no ambiente familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Asilo; Avaliação geriátrica; Transtorno depressivo; Idoso.

Living in institutions for the elder may be a result of the low quality of life or family relations. Also, for the lack of their own resources, high dependence, lack of references caused by the death of people who were meaningful for them. However, living at home may prevent the elder from being in the same situation of the institutionalized when we refer to social and family context. The aim of this study was to evaluate the percentage of elderly people that suggest depressive disturbs and the relation between the elder life time and the presence of depression indicators. Correlational descriptive studies were accomplished in 3 institutions as well as in two groups of elderly people who had close companionship. The Depression Geriatric Scale was applied and the results demonstrated that in meaningful aspects of elderly life, the ones who are participants in group activities have more indications of geriatric depression than the institutionalized ones. We conclude that the actions led to the elder must include this extremely meaningful fact to the life quality of the elder and to his/her staying in the family environment.

KEYWORDS: Asylum; Geriatric assessment; Depressive disorder; Aged.

Residir en un asilo puede provenir de la calidad de las relaciones familiares; de la falta de recursos propios; del alto grado de dependencia; de la falta de referencias debido a la muerte de las personas significativas para el anciano. Asimismo, residir con la familia no impide que el anciano pueda estar en una situación semejante a la del anciano que está internado en un asilo cuando nos referimos al contexto social y familiar. Los objetivos del estudio fueron: evaluar el porcentaje de ancianos que apunta trastornos depresivos y la relación entre el espacio de vida del anciano y la presencia de indicadores de depresión. Estudio descriptivo, correlacionado; realizado en 3 asilos y con dos grupos de convivencia de ancianos. Fue aplicada la Escala de Depresión Geriátrica. Los resultados demostraron que en aspectos significativos de la vida del anciano los participantes de grupos están con mayores indicadores de depresión geriátrica que los internados en asilos. Concluimos que las acciones dirigidas a los ancianos deben tener en cuenta este dato extremamente significativo para la calidad de vida del anciano y para su permanencia en el seno familiar.

PALABRAS CLAVE: Asilo. Evaluación geriátrica. Transtorno depresivo; anciano.

¹ Aluna de Graduação do Curso de enfermagem da UFC. Bolsista de Iniciação científica CNPq/PIBIC/UFC do Projeto Ações Integradas em Saúde do Idoso. Rua Dom Xisto Albano, 321, Vila Peri, Fortaleza, Ceará, carlatargino@hotmail.com

² Aluna de Graduação do Curso de enfermagem da UFC. Voluntária do Projeto: Ações Integradas em Saúde do Idoso.

³ Docente do Departamento de Enfermagem da UFC. Mestre em Sociologia. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Projeto Ações Integradas em Saúde do Idoso.

INTRODUÇÃO

O idoso é um ser humano cheio de peculiaridades, podendo viver naturalmente os processos de envelhecimento físico, psíquico e social; ou entrar em conflito com essas alterações que mudam gradativa e inexoravelmente seu estilo de vida. De repente, ao olhar-se no espelho confronta-se com seus cabelos brancos, e percebe-se que envelheceu: "... meu Deus, que choque!". Assim se expressou uma idosa sobre seu próprio processo de envelhecimento, a surpresa e a constatação de que o tempo passou. Este impacto se agrava quando surge algum tipo de dependência ou quando se encontram institucionalizados em asilos por tempo integral e indeterminado.

Compreendemos asilo como "estabelecimento que abriga pessoas idosas e outras que se encontram desamparadas, que não podem ser assistidas em seu domicílio ou que requerem assistência especial permanente"^{1:88}.

São diversificados os motivos que levam esses indivíduos a residirem em uma instituição asilar, que podem ser filantrópicas, privadas ou públicas, diferenciando no que diz respeito à qualidade de vida dos idosos internos. A motivação para residir em um asilo pode ser o relativo abandono por parte dos familiares, a falta de recursos próprios, alto grau de dependência, a falta de referências familiares em função do abandono ou morte das pessoas significativas para o idoso. Por outro lado, ficar residindo com a família não impede de o idoso estar em situação semelhante ao asilado quando nos referimos ao contexto social e familiar.

No Brasil, a população de idosos vem crescendo rapidamente. De cerca de sete milhões de pessoas com mais de 60 anos em 1980 passamos para 14,5 milhões em 2000 com perspectivas de 32 a 33 milhões para o ano de 2025 (14% da população total), colocando o Brasil em sexto lugar no *ranking* dos países com maior número de idosos².

Com o avanço da idade há maior probabilidade do aparecimento das doenças crônico-degenerativas e dos distúrbios de comportamento. Dentre elas destaca-se a depressão, que está entre as três doenças que mais se manifesta na faixa etária idosa juntamente com a demência e o delírio, sendo conhecidas como os 3 Ds da geriatria, segundo o Ministério da Saúde. É o distúrbio psiquiátrico de maior prevalência na população idosa, devido a uma série de fatores biopsicossociais inerentes ao processo do envelhecimento³.

O desenraizamento e a desagregação familiar num contexto de uma sociedade desumanizada tornam provável que seja cada vez maior o número de idosos com depressão³. Ainda sobre este risco, aproximadamente, 20% de todas as pessoas com mais de 65 anos apresentam uma depressão clinicamente significativa⁴. Enquanto que aproximadamente 40% tem uma forma mais leve do transtorno⁵.

Depressão não é apenas uma tristeza passageira, diante de um fato adverso da vida. Depressão, em psiquiatria, é "desordem mental caracterizada por tristeza, inatividade, pessimismo, dificuldade de pensar ou concentrar-se, alteração do apetite, sonolência diurna e insônia à noite, sensação de desespero e, por vezes, pensamento suicidas ou tendências ao suicídio"^{1:236}. Também estão associados à depressão: a dificuldade de tomar decisões e de começar a fazer suas tarefas, irritabilidade ou impaciência, inquietação, facilidade ou dificuldade para chorar, sensação de que nunca vai melhorar, desesperança, sentimento de pena de si mesmo, persistência de pensamentos negativos, queixas freqüentes, sentimentos de culpa injustificáveis, boca ressecada e constipação. O idoso pode apresentar diminuição do apetite e de atividade, quando surgem de maneira gradual e não trazem maiores conseqüências⁶.

Sintomas como mau humor e comportamento deprimido são vistos como associados à velhice – comportamento de velho, como se diz corriqueiramente. Todos esses fatores dificultam o início do tratamento do paciente idoso depressivo.

Estima-se que apenas 10% dos idosos deprimidos com necessidade de tratamento psiquiátrico são realmente tratados⁷. Sintomas depressivos não devem ser considerados como reação apropriada a uma situação de fragilidade e dúvida prognóstica. Na realidade, a boa prática de enfermagem obriga que sempre se pense na possibilidade de distúrbios afetivos frente a um paciente idoso.

Na prática diária da enfermagem em hospitais e na comunidade, especialmente no atendimento a grupos de idoso e na visita domiciliar, detectamos alguns indicativos de transtornos depressivos sem que sejam diagnosticados nos serviços de saúde aos quais recorrem os idosos prejudicando, de forma considerável, os convívios familiar, social e a autoestima. As queixas e/ou sinais são entendidas, pelas famílias e profissionais, como fazendo parte do processo normal de envelhecimento, não valorizando a fala do idoso e seu con-

texto de vida. Por seu lado, o idoso evita referir queixas para não 'incomodar' uma vez que seus interlocutores, na maioria das vezes, não têm tempo, e interrompem sua fala por julgar prolixa e repetitiva. A consequência desta falta de percepção dos sintomas depressivos, confundidos na maioria das vezes como "velhice", compromete a qualidade de vida do idoso, seja asilado ou no contexto social que vive.

Existem instrumentos capazes de aferir com confiabilidade estes transtornos, especificamente a depressão geriátrica, que pode ser decorrente de uma grande variedade de fatores sendo classificadas como reativas, quando o evento precipitador é identificável, como eventos estressores ou perdas, e endógena, cujos fatores desencadeantes são obscuros e aparentemente sem relação com eventos estressantes ou de outra natureza identificável⁸.

Diante desta constatação é que vemos a importância de os profissionais da enfermagem atentarem para um dos transtornos que mais atinge essa parcela da população de modo a intervir com ações que contribuam para a mudança do quadro e melhoria da qualidade de vida do cliente idoso.

As ações da enfermeira para com um paciente depressivo ou em risco de depressão dependem do lugar onde se administram os cuidados. Há cuidados agudos que preparam o paciente, sua família e a comunidade para a alta dele. Há cuidados prolongados que são realizados periodicamente, acompanhando as respostas ao tratamento farmacológico. Dentre os cuidados temos a organização de serviços domiciliares cujos objetivos são: contribuir para a identificação das causas subjacentes ao quadro de transtorno; assegurar um ambiente protetor; ajudar nas atividades de vida diária; buscar suporte social para o idoso e família; recomendar a busca de serviços comunitários, entre outros⁴.

Assim, levantamos as seguintes questões: Existe diferença significativa entre idosos asilados ou não quanto a apresentação de sintomas de transtornos depressivos? Qual a influência do ambiente circundante do idoso para o surgimento destes sintomas?

As respostas a estas questões propiciarão informações que consideramos importantes para a prática da enfermagem, especialmente direcionadas a idosos em situações de risco de depressão. Este projeto dá continuidade ao projeto anterior, que enfocava o idoso e seu cuidador familiar. Portanto, tem como perspectiva, contribuir para municiar o

cuidador de informações para qualificar o cuidado, seja ele prestado por um profissional ou cuidador informal.

Os objetivos do estudo são: avaliar o percentual de idosos que sugerem transtornos depressivos, segundo a Escala de Depressão Geriátrica; e avaliar se há diferença entre o espaço de vida do idoso e a presença de indicadores de depressão.

METODOLOGIA

A pesquisa foi um estudo correlacional uma vez que busca a relação entre uma ou mais variáveis sem, contudo, buscar estabelecer causa/efeito entre elas. O delineamento da pesquisa correlacional tem como vantagem o estudo ser uma base potencial para estudos futuros e de aplicação prática em cenários clínicos. Como desvantagens dentre outras, está a impossibilidade de controle das variáveis, a seleção da amostra de forma não aleatória dificultando a generalização dos seus resultados⁹.

Embora o estudo não seja generalizável para o universo da população idosa, o que caracteriza um estudo de natureza quantitativa, os dados foram formulados numericamente, permitindo, por meio da análise dedutiva, rejeitar os pressupostos ou questões da pesquisa.

O estudo foi realizado em três asilos e em dois centros de convivência de idosos localizados em Fortaleza-CE, no período de setembro de 2004 a Junho de 2005.

O primeiro asilo, de onde foi retirada uma amostra de 20 idosos, abriga cerca de 300 idosos de ambos os sexos, dentre estes 170 se encontram acamados em enfermarias e outros 130, aparentemente sadios, residindo em quartos que podem ser particulares ou coletivos, com até 5 pessoas por quarto, dependendo da renda dos residentes. Esta instituição conta com uma equipe de saúde multidisciplinar: médicos, enfermeira, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, farmacêuticos e assistentes sociais, além de receber acadêmicos de diversas universidades e cursos. A instituição oferece assistência primária e os casos que requerem um tratamento hospitalar são referidos a um hospital público de grande porte próximo da instituição ou para hospitais particulares, caso o idoso possua plano de saúde. O asilo ainda conta com a ajuda de voluntários que realizam festas e eventos, promovendo interação e elevando a auto-estima dos idosos residentes naquele local. O asilo possui áreas de lazer e instalações

que são adaptadas de acordo com as limitações dos residentes. A instituição é mantida com recurso dos próprios residentes, através de aposentadorias e de doações de voluntários.

O segundo asilo abriga cerca de 30 idosas, destas, aceitaram participar da pesquisa 8 moradoras. O mesmo é dividido em dois pavilhões, de acordo com a renda das moradoras. Um deles conta com quartos particulares, confortáveis, espaçosos e com instalações satisfatórias, tendo como moradoras idosas que ganham mais de um salário mínimo. Já o outro pavilhão possui quartos também particulares, mas bem menores e com uma estrutura mais simples, que abriga idosas que recebem até um salário mínimo. Esta instituição não conta com assistência de profissionais de saúde, e as moradoras procuram atendimento nos hospitais públicos ou particulares de acordo com as condições financeiras de cada uma. No lugar referido não existe área de lazer e nem programações festivas. A instituição é mantida através das aposentadorias das idosas.

A terceira instituição é uma unidade de abrigo mantida pela Secretaria de Ação Social (SAS) do Governo Estadual do Ceará, usando como critério para ser aceitação do idoso como residente não ter família e moradia, ou seja, ser morador de rua. São acolhidos cerca de 100 idosos, que dispõem de ações de atenção primária de saúde, de caráter multiprofissional, sendo encaminhados para hospitais ou unidades de maior complexidade, quando necessário. Os idosos ficam alojados em quartos coletivos, separados por blocos feminino e masculino. Dispõem de enfermarias, para os doentes e mais debilitados, com profissionais de enfermagem 24 horas por dia. A instituição oferece serviços de terapia ocupacional diariamente e recebe acadêmicos de várias universidades e cursos. Foram estudados dois idosos neste asilo, já que eram dos poucos que não possuíam problemas mentais incapacitantes.

Os grupos de convivência de idosos que fizeram parte da pesquisa estão situados no Pici, bairro de população economicamente pobre, localizado na área periférica de Fortaleza. É um grupo que se reúne semanalmente há mais de cinco anos e é coordenado por duas professoras docentes do Departamento de Enfermagem-UFC, além de contar com a participação de acadêmicos e estudiosos da área da gerontologia, do qual participaram 4 idosos, de uma população de aproximadamente 30 idosos. Durante as reuniões os idosos participam de atividades lúdicas tais como festas, danças e palestras educativas. O

segundo grupo, do qual obtivemos 26 participantes como amostra, reúne aproximadamente 100 idosos em encontros semanais, numa instituição que presta assistência social e de saúde para os idosos cadastrados, proporcionando-lhes também atividades de lazer, passeios, reuniões religiosas em seus encontros. Está localizado no bairro Luciano Cavalcante, cujos moradores são em sua maioria, pertencentes à classe média, em área de grande valorização imobiliária.

Da população total do estudo, que compreendia de aproximadamente 560 idosos, onde cerca de 430 estão asilados e 130 domiciliados, foi retirada uma amostra de 60 indivíduos, onde 30 são idosos institucionalizados e 30 são membros dos grupos de convivência. Vale ressaltar a dificuldade de aceitação em participar da pesquisa por parte dos idosos asilados e a falta de disponibilidade dos participantes dos grupos, já que eram abordados antes ou depois das reuniões em virtude das distâncias de suas moradias. Participaram da pesquisa todos os idosos que aceitaram responder aos instrumentos, e que residiam nas instituições ou integravam os grupos estudados.

Para os idosos asilados foram abordados indivíduos considerados de baixa renda pela instituição; que estavam em situação permanente ou temporária há 1 mês ou mais, tempo que acreditamos suficiente para um processo adaptativo; ter condições cognitivas e psíquicas de participar da pesquisa; e aceitar participar da pesquisa de forma espontânea.

Nos grupos de convivência os critérios foram: ter condições cognitivas e psíquicas de participar da pesquisa; frequentar o grupo há pelo menos 1 mês; e aceitar participar da pesquisa de forma espontânea. O aspecto renda não foi fator discriminatório uma vez que os grupos são formados por idosos com características sócio-econômicas semelhantes.

Os dados foram coletados a partir da aplicação da entrevista estruturada tendo como instrumento a versão original da Escala Geriátrica de Depressão traduzida e validada para língua portuguesa¹⁰, observando sua aplicabilidade na enfermagem, tomando como ponto de corte a pontuação 11 já que teve, em estudo anterior, 84% de sensibilidade e 95% de especificidade em relação ao diagnóstico de depressão¹¹. O espaço do presente artigo não comporta a anexação da escala, mas os itens nela contidos estão expressos na tabela anexa a este trabalho.

A coleta de dados foi iniciada com visitas de cortesia aos locais de pesquisa. Posteriormente abordamos os idosos

individualmente, quando foram convidados a participar da pesquisa. Foi-lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e depois aplicado o instrumento (EGD). Os dados foram coletados em visitas regulares aos campos criando-se um vínculo de confiança entre pesquisadores e colaboradores da pesquisa. No final da coleta de dados os participantes e responsáveis pelas instituições foram avisados e preparados para o desligamento.

Os dados foram organizados pelo software Epiinfo 6.0 e a categorização feita de acordo com os resultados empíricos dos dados descritivos. A análise dos dados teve apoio da literatura acerca da temática. Foram observados os preceitos da portaria do MS 196/96 quanto à inclusão dos sujeitos da pesquisa com aprovação pelo Conselho de ética e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, e nos casos de analfabeto, seu responsável e testemunha.

RESULTADOS

Os idosos apresentaram as seguintes características: com relação à variável idade, 7 (11,7%) da amostra encontrava-se na faixa etária de 50 à 59 anos de idade, 15 (25,0%) tinham de 60 à 69 anos, 28 (46,7%) tinham de 70 à 79 anos e 10 (16,7%) tinham de 80 à 90 anos. Embora a Política Nacional do idoso estabeleça a idade de 60 anos ou mais para considerar a pessoa idosa, nossa pesquisa incluiu abaixo desta faixa etária pessoas que, por suas características de vida e percepção pessoal, se auto-definiam como idoso.

No resultado da aplicação da Escala Geriátrica de Depressão (EGD) (tabela 1), 18 (30,0%) dos entrevistados sugeriram transtornos depressivos, sendo que 6 (33,3%) pertenciam aos asilos e 12 (66,7%) eram dos grupos, aonde 11 (61,1%) moram com a família e 1 (5,6%) mora sozinho.

TABELA 1 – PERCENTUAIS DE RESPOSTAS DE IDOSOS RESIDENTES EM ASILOS E PARTICIPANTES DE GRUPOS. FORTALEZA (CE) 2005.

Escala Geriátrica de Depressão	Asilo				Grupos			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
1. De maneira geral, o senhor(a) está satisfeito(a) com a vida?	26	86,7	4	13,3	27	90	3	10,0
2. O(a) senhor(a) abandonou muitas coisas que fazia ou gostava de fazer?	21	70	9	30,0	16	53,3	14	46,7
3. O(a) senhor(a) acha sua vida sem sentido atualmente?	6	20	24	80,0	6	20	24	80,0
4. O(a) senhor(a) está geralmente aborrecido(a)?	7	23,3	23	76,7	7	23,3	23	76,7
5. O(a) senhor(a) se sente otimista em relação a sua vida futura?	21	70	9	30,0	27	90	3	10,0
6. O(a) senhor(a) está aborrecido(a) com pensamentos que não consegue tirar da cabeça?	6	20	24	80,0	14	46,7	16	53,3
7. O(a) senhor(a) está de bom humor na maior parte do tempo?	24	80	6	20,0	25	83,3	5	16,7
8. O(a) senhor(a) se sente inseguro achando que alguma coisa de ruim vai lhe acontecer?	3	10	27	90,0	9	30	21	70,0
9. De maneira geral, o(a) senhor(a) costuma se sentir feliz?	27	90	3	10,0	27	90	3	10,0
10. O(a) costuma se sentir desamparado(a)?	5	16,7	25	83,3	6	20	24	80,0
11. O(a) senhor(a) se sente cansado(a) e irritado(a) muitas vezes?	4	13,3	26	86,7	19	63,3	11	36,7
12. O(a) senhor(a) prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer alguma outra coisa?	15	50	15	50,0	5	16,7	25	83,3
13. É comum que o(a) senhor(a) se preocupe com o futuro?	10	33,3	20	66,7	17	56,7	13	43,3
14. O(a) senhor(a) tem mais dificuldade de lembrar das coisas do que a maioria das pessoas?	10	33,3	20	66,7	11	36,7	19	63,3
15. O(a) senhor(a) acha que vale a pena estar vivo(a) hoje?	28	93,3	2	6,7	29	96,7	1	3,3
16. O(a) senhor(a) costuma se sentir desanimado(a) e triste com frequência?	6	20	24	80,0	14	46,7	16	53,3
17. O(a) senhor(a) costuma se sentir menos útil com a idade que tem hoje?	5	16,7	25	83,3	7	23,3	23	76,7
18. O(a) senhor(a) pensa muito no passado?	13	43,3	17	56,7	22	73,3	8	26,7
19. O(a) senhor(a) acha sua vida emocionante?	12	40	18	60,0	25	83,3	5	16,7
20. É difícil para o senhor(a) começar a trabalhar em novos projetos?	15	50	15	50,0	12	40	18	60,0
21. O senhor(a) se sente bem disposto?	25	83,3	5	16,7	21	70	9	30,0
22. O senhor(a) acha que a sua situação não pode ser melhorada?	13	43,3	17	56,7	18	60	12	40,0
23. O senhor(a) acha que a maioria das pessoas está em melhores condições que o senhor?	12	40	18	60,0	16	53,3	14	46,7
24. O senhor(a) costuma ficar incomodado com coisas sem grande importância que acontecem?	6	20	24	80,0	11	36,7	19	63,3
25. O senhor(a) sente vontade de chorar com frequência?	9	30	21	70,0	15	50	15	50,0
26. O senhor(a) têm dificuldade para se concentrar ?	6	20	24	80,0	9	30	21	70,0
27. O senhor(a) gosta de se levantar cedo?	27	90	3	10,0	29	96,7	1	3,3
28. O senhor(a) prefere evitar encontros com outras pessoas?	4	13,3	26	86,7	6	20	24	80,0
29. O senhor(a) acha fácil tomar decisões?	23	76,7	7	23,3	25	83,3	5	16,7
30. A sua memória funciona hoje tão bem como antes?	13	43,3	17	56,7	13	43,3	17	56,7

Não houve variação relevante em relação à amostra dos grupos e a dos asilos no que se refere aos itens seguintes: *satisfação com a vida* (1): no qual temos 26 (86,7%) dos institucionalizados e 27 (90%) dos grupos; *sentido na vida* (3): 24 (80,0%) tanto para os asilados quanto para os domiciliados; *geralmente aborrecidos* (4): 7 (23,3%) dos asilos e 7 (23,3%) dos grupos; *bom humor* (7): 24 (80,0%) participantes das instituições e 25 (83,3%) dos grupos; *de maneira geral, sentir-se feliz* (9): 27 (90,0%) indivíduos dos asilos e o mesmo para os do grupo; *sentir-se desamparados* (10) 5 (16,7%) dos institucionalizados e 6 (20%) do domiciliados; *dificuldade de lembrar das coisas* (14): 10 (33,3%) participantes dos asilos e 11 (36,7%) dos grupos; 28 (93,3%) institucionalizados e 29 (96,7%) domiciliados acham que *vale a pena estarem vivos hoje* (15): 25 (83,3%) indivíduos dos asilos e 21 (70,0%) dos grupos *se sentem bem dispostos* (21); e 13 (43,3%) tanto do asilos como dos grupos acham que *a sua memória funciona tão bem quanto antes* (30).

Os idosos participantes de grupos se destacaram nos seguintes aspectos negativos da EGD: eles são: 70% dos que *se dizem aborrecidos com pensamentos* (6); 75,0% dos que *se sentem inseguros* (8); 82,6% dos que *se sentem cansados e irritados* (11); 56,7% dos que *se preocupam com o futuro* (13); 46,7% dos que *se sentem desanimados e tristes* com frequência (16); 73,3% dos que *pensam mais no passado* (18); 58,3% dos que *costumam se sentir menos úteis com a idade* que têm hoje; 57,1% dos que *acham que a maioria das pessoas está em melhores condições* que eles (23); 36,7% dos que *costumam ficar incomodados* com coisas sem grande importância (24); 62,5% dos que *sentem vontade de chorar* com frequência (25); 60,0% dos que *têm dificuldade para se concentrar* (26); igual percentual dos que *preferiam evitar encontros* com outras pessoas (28).

Com relação aos pontos positivos da EGD, 27 (90,0%) os idosos participantes de grupos se *sentiam otimistas em relação à vida futura* (5), enquanto que 21 (70,0%) dos asilos sentem o mesmo; 25 (83,3%) dos entrevistados dos grupos e 12 (40,0%) dos asilos *acham suas vidas emocionantes* (19); 18 (60,0%) participantes domiciliados e 13 (43,3%) residentes nos asilos *acham que a sua situação pode ser melhorada* (22); 29 (96,7%)

dos idosos dos grupos *gostam de levantar cedo* (27), e 25 (83,3%) *acham fácil tomar decisões* (29).

Já no asilo teve maior representatividade fatores como: *abandonarem muitas coisas* que faziam ou gostavam de fazer (2), tendo 21 (70,0%) residentes nos asilos e 16 (53,3%) participantes dos grupos; dos que *preferem ficar em casa* (12) ao invés de sair e fazer outra coisa, 15 (75,0%) estão asilados e 5 (25,0%) estão domiciliados; 15 (50,0%) indivíduos dos asilos e 12 (40,0%) dos grupos *acham difícil começar a trabalhar* em novos projetos (20), apesar de 25 (83,3%) dos idosos asilados sentirem-se bem dispostos, enquanto que 21 (70,0%) dos domiciliados sentem o mesmo.

DISCUSSÃO

Analisando o perfil da amostra estudada, vimos que o sexo feminino é a grande maioria, possivelmente pelo fato de um dos asilos abrigarem apenas mulheres, mas também pela resistência, por parte dos idosos do sexo masculino quanto à procura de asilos como moradia e grupos como espaços de lazer e convivência bem como, também, a recusa em participar de “novidades” como a pesquisa. Os homens por questões sócio-culturais isolam-se ainda mais que as mulheres, não participando de grupos, eventos ou atividades da terceira idade¹² dificultando a aferição de indicativos de transtornos depressivos.

Foi observado que os idosos que freqüentam grupos de convivência apresentam indicativos de depressão em maior número que os idosos residentes em asilos. Uma análise detalhada dos itens da Escala Geriátrica de Depressão (EGD) pode nos fornecer pistas para este resultado, corroborando a afirmação de que a aposentadoria é a expectativa de tempo para descanso e brincadeiras com os netos embora o cotidiano pode ser bem diferente desta expectativa. A vida dos idosos está longe de ser tranquila e distante de preocupações, como pode parecer. O que se observa é que para os idosos de baixa renda há sobrecarga familiar e financeira. No Ceará 22,9% dos responsáveis pelo sustento familiar são idosos, enquanto representam 8,83% da população geral¹³.

O idoso domiciliado, no estudo, está se sentindo tão desamparado quanto o idoso asilado, apesar de estar

na convivência familiar e inserido na sociedade, vivendo em contextos muito diferentes. Este fato nos leva a questionar o relacionamento do idoso com estes dois grupos, a família e a sociedade, ou as alterações nesse relacionamento por conta da depressão. A depressão afeta o cotidiano, dificultando o cuidado consigo mesmo e com o desempenho das atividades de vida diária¹².

Reforçando estes aspectos, quase metade dos participantes domiciliados sente-se desanimados e tristes com frequência. Podemos inferir que os idosos institucionalizados possuem um suporte assistencial de moradia, alimentação, segurança, bem como outros serviços de manutenção da vida, lhes proporcionando uma relativa estabilidade e despreocupação, embora longe dos entes significantes para estes.

Verificamos a presença de comprometimentos associados ao processo de envelhecimento como o abandono de tarefas relacionado com surgimento de limitações físicas, dificuldade para se concentrar, déficit na memória e e outros eventos estressores como eventos relativos à doença, à morte, à mudança de status e ambiente social e outros¹⁴. Essas perdas são significativas, no sentido de os idosos se sentirem inúteis, pouco estimados e respeitados; e no aspecto social, a sociedade aliena o idoso do processo social¹⁵.

Os resultados indicam que os participantes dos grupos se sentem mais otimistas em relação ao futuro e acham suas vidas emocionantes, apesar de prevalecerem com sintomas como: estarem mais aborrecidos com pensamentos que não conseguem tirar da cabeça, sentirem-se inseguros, pensarem muito no passado, sentirem-se menos úteis com a idade que têm hoje, cansados e irritados, a maioria das pessoas estarem em melhores condições que eles, ficarem incomodados com coisas sem grande importância, sentirem vontade de chorar com frequência e ainda evitarem encontros com as outras pessoas.

Os participantes dos asilos estão menos preocupados com o futuro que os dos grupos, fazendo-nos alertar para as diferentes perspectivas em relação ao futuro que cada grupo tem. Os institucionalizados têm poucas perspectivas, pois vêem o asilo como reta final, relatam que o futuro é a morte, que não sairão de lá vivos, que o dia de amanhã será igual ao de hoje, que é igual ao de ontem, ou seja, não têm com o que se preocupar. Há um grande con-

formismo e aceitação do amanhã como ele for; até por estarem isolados da sociedade, convivendo só com idosos num cotidiano de adoecer e morrer. Já os indivíduos dos grupos, boa parte deles são responsáveis pelo sustento da família, seja através da participação no mercado de trabalho, seja através de rendimentos, como aposentadorias e benefícios governamentais. Por um lado estes idosos, sentindo-se úteis tendem a ter menor sintomas depressivos, por outro, as pressões familiares podem tirar destes os recursos necessários a sua sobrevivência, propiciando tensão e comprometimento na sua saúde mental.

CONCLUSÃO

Os espaços de vida dos idosos se diferenciam negativamente quando se põe em evidência a estrutura familiar, na sua maioria incapaz de dar suporte às necessidades do idoso. Positivamente podemos referir o aspecto da segurança e relativo apoio às necessidades dos idosos residentes em asilos. Os indicativos de transtornos depressivos são mais frequentes em idoso que residem com suas famílias o que é um fator de alerta para os serviços de saúde que atuam no campo da geriatria e gerontologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rey L. Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
2. Duarte YAO; Cianciarullo TI. Idoso, família e saúde na família. In: Cianciarullo TI; Gualda DMR; Silva GTR; Cunha ICKO. Saúde na família e na comunidade. São Paulo: Robe Editorial; 2002. p. 231-67.
3. Vargas HS. A Depressão no Idoso: fundamentos. São Paulo: Fundo Editorial Byk; 1992.
4. Stanhope M; Lancaster J. Enfermagem comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociência; 1999. cap. 30. p. 635-56.
5. Newman DK; Smith DAJ. Planes de cuidados em geriatria. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1994.
6. Stoppe Jr. A. Aspectos clínicos da depressão em idosos. Rev Psiquiatr Clín 1994; 21(4):121-8.
7. Rocha FL. Depressão no idoso. J Bras Psiquiatr 1993 out; 42(9):483-90.

8. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
9. LoBiondo-Wood G; Haber J. (2001). Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. cap. 8. p.110-21.
10. Ribeiro MAM; Pietrobon RS; Rockembach RA; Ratzke O; Costa PAB. Prevalência da depressão em idosos institucionalizados em tempo integral. Rev Psiquiatr Clín 21(1):4-8, 1994.
11. Vieira EB; Koenig AM. Avaliação cognitiva. In: Freitas EV; Py L; Neri AL; Cançado FAX; Gorzoni ML; Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
12. Rauchbach R; Borges SS. Tendência a estados depressivos em idosos que não tem o hábito da prática da atividade física: um estudo piloto no Município de Curitiba. Rev Digital [online] 2001 julho [acessado em 2005 maio 16] 7(38). Disponível em: <http://www.efdeportes.com>.
13. IBGE. Senso de 2000. Bol CRE [online] [Acessado em: 2004 ago 30] 4(1). Disponível em: <http://www.gerontologia.com.br/contato.htm>.
14. Barbosa NS; Silva MJ; Miranda MD. O enfrentamento das dificuldades da vida cotidiana pelos idosos de baixa renda. Rev. RENE. Fortaleza (CE) 2002 jan/jun; 3(1):14-20.
15. Marchand EAA. (2001). A influência da atividade física sobre a saúde mental de idosos. Rev Digital [online] 2001 julho [Acessado em 2005 maio 16] 7(38). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>