

Idosos Institucionalizados: Relação de Estados Depressivos com Sintomas Físicos e Cognitivos

Elderly Institutionalized: Relationship Between Depression Physical and Cognitive Symptoms

*Antônio Spencer Hartmann Junior*¹, *Roseane Amorim da Silva*², *Othon Bastos*³

RESUMO

Os autores buscam identificar aspectos psicossociais relacionados a estados depressivos em idosos internos de instituições públicas de longa permanência, situadas no Agreste-meridional do Estado de Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com coleta de dados realizada em dois Lares Geriátricos Públicos, utilizando como instrumentos um formulário de identificação de dados sócio-demográficos, o *Easycare* – instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso e o Inventário de Depressão de Beck. Os resultados apontaram diferentes graus de intensidade dos sintomas depressivos, associados a problemas físicos e cognitivos. Destaca-se a rejeição familiar entre os aspectos psicossociais.

Palavras-chave: Aspectos psicossociais, Processo de envelhecimento, Depressão, rejeição familiar.

ABSTRACT

This article aims to identify psychosocial factors related to depressive states in elderly patients from a public long-stay institution of two cities in the hinterland of the State of Pernambuco, Brazil. This is a quantitative research, with data collection from a geriatric home. The following questionnaires were used: of socio-demographic data identification, the Scale for Geriatric Diagnostic Assessment of Elderly Life Quality and the Beck Depression Inventory. The results showed different depression degrees, suggesting association with physical and cognitive problems. Family rejection stood out among the psychosocial factors.

Key Words: the aging process, depression, psychosocial factors, family rejection.

1. Psicólogo e Mestre em Psicologia Clínica pela UNICAP. Professor da Universidade de Pernambuco-UPE. E-mail: jose_spencer@yahoo.com.br; 2- Acadêmica em Psicologia da UPE-FACETEG; 3-Professor Emérito da UPE. Professor Titular da UFPE e UPE.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, a população brasileira vem passando por um processo de transição demográfica, caracterizado pelo aumento da população idosa. Segundo os últimos dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNDA) realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico, 2007), o Brasil tem cerca de 14 milhões de brasileiros com idade acima de 60 anos.

O envelhecimento da população brasileira é um fenômeno crescente que necessita ser melhor estudado, a fim de assegurar uma mais satisfatória qualidade de vida para essa população. O crescimento populacional do idoso determina um proporcional aumento de patologias comprometendo sua saúde física e mental.

O processo de envelhecimento impõe um declínio das capacidades tanto físicas, como cognitivas dos idosos, de acordo com suas características de vida. Mudanças nas estruturas familiares, a falta de políticas públicas e os preconceitos em relação ao envelhecimento, estão entre os principais fatores que atingem este grupo populacional. Verificam-se entre os inúmeros prejuízos para a pessoa do idoso, inúmeras perdas biológicas, cognitivas e sociais, destacando-se a depressão. A depressão é caracterizada por um conjunto de sintomas e sinais como perda de interesse e prazer em atividades anteriormente significativas, humor triste, distúrbio do sono e do apetite, diminuição do interesse sexual, retardo psicomotor, dificuldade cognitiva, desesperança, diminuição da auto-estima, sentimento de desamparo, pensamento de morte e tendências suicidas, entre outros.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) haverá nas próximas duas décadas uma mudança nas necessidades de saúde da população mundial, uma vez que os transtornos psicológicos estarão substituindo problemas causados por infecções ou nutrição deficiente. Fatores, além do próprio aumento da população idosa, a

maior ingestão de medicamentos e a vulnerabilidade a estressores externos e internos contribuem para fazer da depressão um dos transtornos médicos mais comuns e que mais comprometem a qualidade de vida dos idosos, sua produtividade e capacidade social.

Ainda, segundo a Organização Mundial de Saúde Mental, os transtornos depressivos vêm se disseminando na população geral, mas também entre os idosos de modo alarmante, gerando acentuada incapacitação funcional (OMS, 2008). Calcula-se que cerca de 15% da população com mais de 60 anos seja acometida pela doença, chegando a atingir índices entre 12% a 16% em populações de idosos institucionalizados (Figueiredo, 2007).

Bastos (1981) identifica as mudanças sócio-econômico-culturais e seus impactos no estilo de vida dos idosos. Destaca os fenômenos de urbanização, industrialização, êxodo rural, superlotação das áreas metropolitanas e o declínio do sistema patriarcal, entre outros fatores que atingiriam o estado de humor do idoso, com graves prejuízos psicológicos em decorrência das necessidades de adaptação impostas pelo novo modelo psicossocial em formação. “[...] o idoso, sente-se, então, insatisfeito ante as mudanças, revolta-se, torna-se hostil, julga-se comumente rejeitado pela própria família, considera-se peso morto dentro do grupo social e vê-se sobrando em face das novas gerações [...]” (Bastos, 1981).

É fato que sentimentos de solidão, perda de sentido de vida, de renúncia, enfeamento do corpo, abandono e restrições sociais são ocorrências frequentes sofridas pelo idoso. “A idade das perdas” marca indelevelmente a experiência desta faixa etária que se percebe aturdida frente a uma sociedade cada vez mais cultuadora da juventude. Poderemos afirmar, portanto, que a sintomatologia da depressão em idosos é permeada de elementos que dizem respeito não apenas à doença, mas ao próprio momento de vida. Este fenômeno envolve peculiaridades que impulsionam os indivíduos a construir representações que lhes auxiliem

a atribuir sentido, a desenvolver formas de conviver com a doença e de agir na vida social de um modo geral.

Vários autores têm estudado os estados depressivos entre idosos. As amostras examinadas variam de indivíduos da população geral (Chung, 2008), residentes em lares geriátricos (Taqui, Itrat, Qidwai, Kadri, 2007) ou atendidos por serviço domiciliar de enfermagem (Chung, 2008). A atenção recai, geralmente sobre fatores biológicos da depressão e menos nos aspectos psicossociais associados ao transtorno. Uma questão observada nos artigos sobre o tema é o fato de que nem sempre está bem caracterizado nosologicamente o transtorno depressivo apresentado pelo paciente.

Há estudos que citam alguns fatores de risco para a ocorrência de transtorno depressivo na velhice. Bruce (2002) relaciona eventos de vida, dificuldades correntes, morte de companheiro ou outro ente querido, problemas médicos, incapacidades funcionais e pouco contato social com o surgimento da depressão em idosos. Já Alexopoulos (2005) indica outros fatores como baixo status sócio-econômico e transferência para abrigos geriátricos, quando esta não é voluntária, mas feita por necessidades médicas ou decisões da família. Em estudo realizado na Dinamarca (Djernes, 2006), a depressão foi analisada em duas esferas: sintomas depressivos e transtornos depressivos, sendo, os principais preditores de sintomas e transtornos: o sexo feminino, doenças somáticas, declínio cognitivo funcional, falta ou perda de contatos sociais e um histórico de depressão. Utilizou abordagem epidemiológica bem distinta, com fatores etiológicos e sintomatologia clínica, igualmente diferentes, o que facilitou a análise da depressão.

Oxman e Sengupta (2002) afirmam que em torno de um a dois terços dos idosos deprimidos em sua amostra responderam bem a intervenções não específicas (ou seja, intervenções psicossociais), o que demonstra a importância de se estudar mais esses aspectos para garantir melhor atendimento. Uma intervenção não-específica citada por White e

colaboradores (2002) indica que os idosos que aprenderam a utilizar a Internet, em um estudo com grupos experimental e de controle, apresentaram menores índices de solidão e depressão do que aqueles que não utilizaram essa tecnologia. Autores brasileiros também defendem que a depressão no geronte seja mais amplamente estudada, afirmando que o idoso se submete a mais estressores psicológicos e sociais do que qualquer outra faixa etária, tais como empobrecimento financeiro, declínio social, perda de papéis produtivos, solidão e perda de pessoas queridas. Além disso, a deterioração da capacidade física e mental restringe sua capacidade de interagir com o ambiente, reforçando o isolamento (Guimarães e Caldas, 2006).

Considerando-se os estados depressivos em quaisquer de suas dimensões, podemos encontrar diferentes taxas de prevalência, as quais variam bastante de acordo com o país, o instrumento utilizado para diagnóstico e o tipo de metodologia empregada. Dessa forma, encontramos entre idosos residentes em comunidade, valores de prevalência de 15% a 40% de sintomas depressivos (Stek, Kloo, Beekman, Van Tilburg, Westendorp, 2004; Chung, 2008). Já entre os que estão institucionalizados em abrigos geriátricos, têm-se taxas que variam de 10% a 30% (Blazer, 2003). Por fim, há um percentual de 14% a 42% de depressão maior entre os idosos que são atendidos em domicílio por serviços de enfermagem (Djernes, 2006). Dados brasileiros apresentam uma prevalência de cerca de 4% para depressão maior e 15% para sintomas depressivos em idosos de forma geral (Cupertino, Oliveira, Guedes, Coelho, Milano, Rubac et al, 2008). Os autores não mencionam a tipologia depressiva, acrescenta apenas que se trata de uma hipótese explicativa da presença de sintomas depressivos na velhice cujas variáveis estão presentes na infância ou adolescência exercendo efeito a longo prazo na saúde emocional dos idosos. Ou seja, no curso da vida, muitos indivíduos crescem e se desenvolvem em contextos e situações que repercutem na saúde psicológica. Os possíveis eventos estressores negativos na infância, tais como brigas e/ou separação dos pais, vivência escolar, morte na

família, exigências e/ou rejeição de colegas, disciplina dos pais, hospitalização, doença e mudança de casa podem estar relacionadas com sintomas depressivos em outros momentos do curso da vida, resultando em danos para o desenvolvimento global do indivíduo (Idem).

Acredita-se que discrepâncias estatísticas em relação a populações de países de primeiro mundo, decorrem de condições de alojamento bem superiores à maioria existente no Brasil. Portanto, pode-se dizer que os estados depressivos em idosos constituem um problema de grande magnitude para a saúde pública, independentemente das discordâncias com relação a sua prevalência. (Guimarães e Caldas, 2006).

Baldwin (2002) estudou 1002 publicações sobre depressão em idosos e encontrou 90% de estudos transversais e menos de 10% de estudos com grupos-controle com amostras randomizadas. Os temas mais comuns estudados foram depressão, comorbidades e etiologia da depressão, que representavam 50% dos artigos analisados. As comorbidades mais pesquisadas foram: Acidente Vascular Cerebral e Doença de Parkinson, embora o interesse em outras comorbidades esteja aumentando (Doença de Alzheimer, cardiopatias, fraturas da bacia e doenças pulmonares crônicas).

Um fator curioso desta metanálise, é que não houve significativo interesse na apreensão dos aspectos psicológicos e psicossociais dos pacientes. Embora, saiba-se da importância de fatores psicossociais na etiopatogenia da depressão em idosos, a forma como esta relação ocorre ainda se constitui insuficiente.

Vejamos, então, como é possível conceber como aspectos psicossociais influenciam o estado de humor dos idosos, em um segmento específico de habitantes de uma instituição pública de longa permanência.

IDOSO E FAMÍLIA: ASILO OU CASA

Foi-se o tempo em que, como um culto aos antigos, num ritual de respeito à sabedoria dos ancestrais, as famílias tradicionalmente honravam cuidar de seus idosos. Hoje em dia prevalece o

modelo social da família nuclear, em que convivem num mesmo lar apenas pais e filhos. Este fenômeno nos leva a um grande aumento do número de idosos em instituições asilares. O afastamento de idosos dos seus filhos e netos, entre outros, assim, tornou-se comum e, às vezes, há perda total de contato entre os idosos e a sua família (Freitas, Oliveira, Ribeiro e Souza, 2006).

Pesquisa realizada sobre a importância da família para a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo do idoso constatou que a grande maioria dos idosos residentes no Lar Barão do Amparo, em Minas Gerais, teve internação involuntária. Muitos deles dizem ser o motivo, problemas de saúde física e/ou mental e também a falta de condições materiais ou psicológicas da família para cuidar dos mesmos. A maioria dos idosos do Lar Barão do Amparo afirmou possuir família, no entanto, não eram todos que recebiam visitas de seus familiares, e os que as recebiam não eram freqüentes (Freitas, Oliveira, Ribeiro e Souza, 2006).

Alguns fatores para a adequação de uma boa qualidade de vida e bem-estar do idoso estão relacionados com a moradia e a família. É no seio da família que se pode participar de um ambiente onde há possibilidade de identificação, pela construção de nossa individualidade em companheirismo, respeito e dignidade. Outro fator importante do lar é a alimentação equilibrada e saudável, pois ao oferecer este tipo de suporte diário, lazer e cultura se tornam mais fáceis para a sua inclusão social, melhorando sua concentração que no processo de envelhecimento habitualmente pode diminuir (Freitas, Oliveira, Ribeiro e Souza, 2006).

Nas instituições asilares é muito difícil encontrar e contemplar tais fatores, principalmente nos asilos públicos, devido à falta de estrutura do local, como espaço restrito, poucos quartos, não permitindo a individualidade, ausência de pátios e jardins, deficiência de profissionais qualificados, dificuldade financeira e também o pouco ou nenhum contato com os familiares.

Os profissionais das instituições asilares, enfermeiros, atendentes, psicólogos e assistentes

sociais, podem ajudar as famílias e os idosos a lidarem melhor com esta condição. Há necessidades psicológicas e afetivas que só podem ser mediadas de forma mais positiva caso haja diálogos entre idosos e familiares. Ser idoso é ter um corpo condicionado em termos orgânicos, sociais e psicológicos. Logo, no que tange a essas três dimensões, faz-se necessário cuidar do corpo, das atividades sociais e do bem-estar psicológico, e a família tem papel preponderante neste bem-estar.

IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Um estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade, realizado pelo Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá, utilizando a escala de Hamilton para a Avaliação de Depressão, constatou que idosos asilados apresentaram escores mais altos (60%) na HAM-D, condizentes com depressão grave e muito grave do que idosos hospitalizados (56,67%), e a menor prevalência foi constatada em idosos residentes em domicílio (23,34%). Este estudo aponta para a importância de dedicar a atenção adequada à saúde mental do idoso/a em situação de abrigamento objetivando o diagnóstico, a elaboração de práticas preventivas e o tratamento de patologias mentais (Porcu, Scantamburlo, Albrecht, Silva, Vallim, Araújo et al 2002).

Uma pesquisa acerca da prevalência da depressão em idosos/as institucionalizados no Abrigo Amantino Câmara, no município de Mossoró/RN, por meio da escala de depressão geriátrica, adaptada de Yesavage J. A., Brink, obteve a prevalência de depressão nos idosos institucionalizados de 51%, estando compatível com dados encontrados na literatura, e faz sugerir que esse transtorno psiquiátrico aumenta de forma relevante com o passar da idade, principalmente, em situações de abrigamento, porém não faz parte do processo normal de envelhecimento (Cheloni, 2003).

Em estudo sobre análise da depressão em idosos institucionalizados "Ozanan – Muriaé – MG", foram entrevistados por alunos do Projeto Lar Ozanan, sob a supervisão da Profa. Roberta Bruno, 30 idosos, com idades entre 50 e 82 anos, 12 mulheres e 18 homens. O método avaliativo utilizado foi à escala de Depressão Geriátrica (GDS) adaptada por J. A. Yesavage, et al. Os resultados obtidos apontam que: 17% das mulheres não apresentavam depressão, 66% depressão leve e 17% depressão leve a moderada. Já entre os homens, os resultados foram: 22% não apresentavam depressão, 44% depressão leve e 34% depressão moderada. A falta dos familiares, o sedentarismo e a suposta invalidez contribuem para deprimi-los. (Bruno, Nunes e Peixoto, 2007).

OBJETIVO

Estudar aspectos físicos e psicopatológicos dos idosos de instituições públicas do Agreste Meridional do Estado de Pernambuco.

METODOLOGIA

Amostra: Participaram deste estudo 30 idosos, sendo 5 do sexo masculino e 25 do feminino residentes no Abrigo São Vicente de Paulo da cidade de Garanhuns e o Abrigo São Vicente de Paulo da cidade de Canhotinho, localizados na Região Agreste do Estado de Pernambuco. A faixa etária da amostra variou de 60 a 84 anos. Mais de 50% possuíam família, mas os familiares pouco ou em alguns casos não apareciam para visitá-lo/as.

Instrumento: Para a realização deste estudo foram utilizados os instrumentos: Easycare – instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso (Souza, Galante e Figueiredo, 2003), e o Inventário de Depressão de Beck (Bauer, 2006). Carta de anuência e Termo de consentimento livre e esclarecido.

O Easycare trata-se de um sistema de avaliação simples, rápido e abrangente do bem-estar físico, mental e social da pessoa idosa. Focaliza-se, sobretudo na qualidade de vida e reconhece o papel dos prestadores de cuidados informais.

As áreas contempladas pelo Easycare são: incapacidades físicas, qualidade de vida percebida pelo sujeito, área instrumental/funcional, mobilidade, atividades referentes a cuidados pessoais, controle esfinteriano, Escala Geriátrica de Depressão (4 itens) e teste de diminuição cognitiva. Além destas áreas, o Easycare possui ainda uma página designada por "Fixação de Objetivos" que consiste em identificar aquilo que a pessoa desejaria modificar ou melhorar na sua vida. No presente estudo foi desconsiderada a Escala Geriátrica de Depressão, em virtude de ter sido usada outra mais completa o Inventário de Depressão de Beck (IDB), também foi focalizada a fixação de objetivos, uma vez que não fazia parte das metas da presente pesquisa. Na área instrumental/funcional que se refere às capacidades para fazer: trabalho doméstico, ir às compras, administrar o próprio dinheiro, entre outras questões, em virtude deste instrumento ter sido aplicado em senhoras em regime de alojamento e no abrigo tais atividades serem realizadas por funcionário/as foram adaptadas as perguntas, colocando-se sempre: se caso fosse necessário se a pessoa conseguiria realizar as atividades mencionadas.

O Inventário de Depressão de Beck é uma escala composta por 21 itens que permite analisar o grau de depressão através de um Escore padrão proposto.

Procedimentos: Inicialmente foram realizadas visitas aos Abrigos com a finalidade de levar a Carta de anuência e pedir permissão para a realização da pesquisa e com esta, o agendamento para as demais visitas. Posteriormente foi aplicado o instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso e logo em seguida o Inventário de Depressão de Beck. Com alguns participantes foi possível aplicar os dois instrumentos no mesmo dia, com outras e outros devido a cansarem-se rápido foi preciso aplicar tais instrumentos em dias diferentes, mas sempre seguindo a ordem questionário de avaliação da qualidade de vida e o Inventário de Depressão de Beck.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados na seguinte ordem, os questionários sobre a Avaliação da qualidade de vida do idoso, o teste cognitivo e em seguida o Inventário de Depressão de Beck.

Na categoria incapacidade física, a pontuação máxima é 12 pontos, a resposta mínima apresentada foi 0 e a máxima 4. Neste item mais da metade da amostra, 60% não apresentaram dificuldades, 36,66% apresentaram algum tipo de incapacidade, a exemplo de problemas com a visão e 3,33% problemas com a fala/linguagem, conforme tabela 1.

Na categoria qualidade de vida percebida pelo sujeito a pontuação máxima corresponde a 15 pontos, indicando menor qualidade de vida. Neste item a pontuação mínima foi 7 e a máxima 15. Quase metade 43,33% dos participantes indicou qualidade de vida razoável, 26,66% apresentaram uma menor qualidade de vida e 30% percebem ter uma péssima qualidade. Sabe-se que um conceito que vem se trabalhando é o de suporte social, Louzã e Stoppe (2007) afirmam que de todas as idades, a terceira é a que mais transparece a interpenetração dos planos social, psicológico e somático. Os autores enfatizam a força dos fatores sociais nesta fase da vida.

Para estes autores, o que gera o suporte social são as condições familiares e econômicas de um determinado indivíduo. Fatores socioeconômicos impõem importante influência nos fatores psicofísicos do processo de envelhecimento. Para Louzã e Stoppe (2007), os estudos sobre suporte social (renda familiar, situação conjugal, relações interpessoais etc.), evidenciam uma clara relação entre a diminuição de suporte social e sintomas e distúrbios psicológicos, sendo que, ocorrem com maior frequência em indivíduos idosos. Ou seja, destaca Louzã e Stoppe (2007), o suporte social em déficit, no início do quadro depressivo, pode influenciar a severidade dos sintomas depressivos na evolução da doença.

O próprio processo de alojamento dos idosos em Instituições de Longa Permanência, sejam públicas ou privadas, necessita garantir um suporte social efetivo e eficiente para conferir sustentação emocional a uma faixa etária com tantos implicativos como perdas cognitivas e biológicas, onde as condições sociais podem intensificar sintomas depressivos ou desencadeá-los.

O que se observou é que o amparo afetivo da família contribui eficazmente para o suporte social que os cuidados profissionais por melhores que sejam numa estrutura de alojamento do idoso não assegurariam por si mesmos. O que parece aventar a hipótese de que, mesmo que uma Instituição de Longa Permanência ofereça as melhores acomodações físicas e de assistência profissional multidisciplinar, a presença da família é indispensável ferramenta terapêutica para uma saudável organização psicológica do idoso institucionalizado.

Esta observação é corroborada no item do isolamento social, onde se constatou que é mais presente na terceira idade e foi associado ao incremento do risco de desenvolvimento de depressão. A insatisfação com o suporte social, facultado pelos familiares, está relacionada ao aumento de sintomas depressivos. Diminuição do suporte social está provavelmente ligada à pior prognóstico de depressão (Smalbruge; Jongelis; Pot et al, 2005). Aqui pode se perceber a importância do suporte social para a qualidade de vida percebida pelo idoso.

Na categoria área funcional a pontuação máxima é de 23 pontos, a pontuação apresentada foi de 0 a mínima e 18 a máxima. Neste item, 10% indicaram possuir boa área funcional, 46,66% uma área funcional razoável e 43,33% apresentaram algumas dificuldades, principalmente, no que se refere a realizar atividades sozinho/as como fazer a própria refeição, administrar o dinheiro e ir às compras (caso fosse necessário), entre outras questões.

Estes dados suscitam outras reflexões importantes sobre como outros fatores contribuem para

os estados depressivos dos idosos institucionalizados. A autonomia funcional garante maior bem-estar psicológico nestes idosos, melhorando sua auto-estima, auto-imagem e como efeito sua capacidade produtiva com positivos impactos em seu humor por se sentirem úteis. É que constatamos nos dados subseqüentes.

Na categoria mobilidade onde a pontuação máxima é 35 pontos, 0 foi a pontuação mínima e 27 a máxima. Neste item, metade dos participantes 50% indicaram boa mobilidade, 16,66% mobilidade razoável e 20% apresentaram uma menor mobilidade no que se refere a movimentar-se sozinhas e as dificuldades para subir e descer escadas.

Na categoria sobre os cuidados pessoais em que a pontuação máxima é de 19 pontos, o mínimo foi 0 e o máximo 8. Neste item, mais da metade 56,66% indicaram que conseguem realizar alguns cuidados pessoais, 30% necessitam de ajuda para determinados cuidados, como tomar banho e 13, 33% precisam sempre de ajuda para banharem-se, vestirem-se e deslocarem-se de um lugar para outro.

Pesquisas vêm confirmando que com o passar dos anos o nível de flexibilidade afeta o equilíbrio, a postura e o desempenho funcional, aumenta o risco de quedas, diminui a velocidade da marcha e dificulta as atividades da rotina diária, limitações que comprometem atividades como banhar-se e vestir-se, fato constatado no grupo pesquisado, concordando com as pesquisas científicas recentes (Candeloro e Caromano apud Santos, Silva, Baptista, Pereira & Furtado, 2008). O que remete mais uma vez aos fatores que contribuem para estados depressivos nos idosos, a falta de autonomia funcional leva-os a terem baixa auto-estima e acreditarem que são inúteis, que em nada podem contribuir a sociedade. Diante do exposto, mostram-se necessária, atividades físicas regulares para os idosos, principalmente, quando asilados, uma vez que afastados da vida em sociedade, tais aspectos tendem a acentuar-se, no sentido de contribuir para um envelhecimento saudável.

Na categoria controle esfinteriano a pontuação máxima é 17 pontos, o mínimo foi 0 e o máximo 8. Neste item, boa parte dos participantes 90% não possuem dificuldades, 3,33% pouca dificuldade e 6,66% uma maior dificuldade, a exemplo da incontinência urinária. A incontinência urinária é reconhecida como uma das maiores causas de institucionalização de idosos. Pesquisas norte-americanas mostram que a prevalência de perdas urinárias em idosos institucionalizados é de 50% ou mais (Glashan, Lelis, Bruschini & Fera, 2003). Fator que por debilitar a auto-estima também contribuí para o desenvolvimento da depressão, principalmente, quando além da incon-

tinência urinária o idoso está longe de familiares e pessoas que apreciam.

Na categoria incapacidade a pontuação máxima é 100 pontos, o mínimo foi 0 e o máximo 48. Neste item, 16,66% não indicaram incapacidade, 40% pequena incapacidade, 3,33% incapacidade em algumas áreas, como a mobilidade, 6,66% traços relevantes de incapacidade e 33,33% uma maior incapacidade. Através dos resultados aqui levantados e discutidos percebe-se, com base em 1002 publicações (Baldwin, 2002), como ainda se faz necessário um aprofundamento na correlação de estados depressivos com aspectos psicossociais.

Tabela 1: Respostas emitidas pelas idosas ao sistema de avaliação de idosos/as

Sistema de avaliação de idosos/as N: 30			
Itens analisados	Classe	Frequência	%
Incapacidade física (máximo 12 pontos)	0 – 1	18	60,00
	2 - 3	11	36,66
	4 – 5	1	3,33
Qualidade de vida percebida pelo sujeito (máximo 15 pontos)	7 – 9	13	43,33
	10 – 12	8	26,66
	13 – 15	9	30,00
Área funcional (máximo 23 pontos)	0 – 5	3	10,00
	6 – 11	14	46,66
	12 – 18	13	43,33
Mobilidade (máximo 35 pontos)	0 – 6	15	50,00
	7 – 13	5	16,66
	14 – 20	6	20,00
	21 – 27	4	13,33
Cuidados pessoais (máximo 19 pontos)	0 – 2	17	56,66
	3- 5	9	30,00
	6 – 8	4	13,33
Controle esfinteriano (máximo 17 pontos)	0 – 2	27	90,00
	3- 5	1	3,33
	6 – 8	2	6,66
Incapacidade (máximo 100 pontos)	0 – 9	5	16,66
	10 – 19	12	40,00
	20 – 29	1	3,33
	30 – 39	2	6,66
	40 – 49	10	33,33

Os resultados obtidos no teste de diminuição cognitiva variaram de 7 a 28, conforme a tabela 2. Dos 30 participantes que responderam o teste 13,33% apresentaram normalidade à diminuição ligeira e 86,66% diminuição cognitiva de moderada a severa. Da amostra pesquisada, 4 participantes foram classificados como portadores de normalidade a diminuição ligeira, desses 2 possuem um bom nível de escolaridade e estado de humor que os diferenciam dos outros 28. Dos 26 participantes classificados com diminuição de moderada a severa, 4 são diabéticos, 1 possui incontinência urinária e problemas de reumatismo, 1 vê só com um olho e "é bastante triste" (SIC), 1 movimenta-se com a ajuda de muletas, 5 em cadeiras de roda. Em geral não possuem escolaridade, os que possuem o nível é baixo, têm alguns problemas de saúde e são mais tristes do que os 2, dos 4 que foram classificadas com o escore de 0 a 10. Dados que reafirmam os estudos realizados por (Bruce, 2002; Alexopoulos, 2005), que apontam os fatores de risco para a ocorrência da depressão, a exemplo de problemas médicos, incapacidades cognitivas e pouco contato social,

bem como a realocação de idosos para abrigos geriátricos quando está não é voluntária. Alguns (as) foram para lá enganados, a família dizendo que iam dá um passeio, passar só uns tempos e deixaram-nos lá, outros apesar de não quererem, já foram sabendo que iriam viver no abrigo. Muitos possuem filhos (as), netos (as) e estes poucas ou nenhuma vez aparecem para visitá-los. Enquanto isto, mesmo com o tratamento recebido pelos (as) funcionários (as) dos Lares Geriátricos a falta de afetividade da família e pessoas que apreciavam, a mágoa e a solidão vão deixando grandes marcas nos idosos institucionalizados.

O fato de muitos idosos, mais de 70% não lembrarem o ano e o mês que estavam, perguntas realizadas no teste de diminuição cognitiva, mostra como a vida institucionalizada, longe da sociedade é um fator que contribui para a diminuição da cognição em um período mais rápido do que o natural, próprio da velhice, alguns dos idosos em uma faixa etária média de 65 anos, assim como alguns de idade mais avançada não conseguiram responder.

Tabela 2: Resultado emitido pelas idosas ao teste de diminuição cognitivo

Nível de cognição	Escore	Frequência	%
Normalidade a diminuição ligeira	0 – 10	4	13,33
Diminuição de moderada a severa	11- 28	26	86,66
Total		30	100,00

Os resultados obtidos no Inventário de Depressão de Beck (IDB) variaram de 5 a 30 pontos, conforme tabela 3. Da amostra pesquisada que responderam o IDB, 16,66% apresentaram oscilações consideradas normais; 16,66 % apresentaram leve transtorno de humor; 11,11% apontaram limite para depressão clínica, pontuação que requer atendimento com profissional e 44,44% apresentou depressão moderada. As marcas que o

abandono familiar causa nos idosos são visíveis, pois é possível não só observar um semblante triste que muitas possuem, mas também através do diálogo é possível constatar suas mágoas, desejos, inquietações e insatisfação diante da vida. Quando indagados sobre o que eles mais querem, a resposta mais apresentada é que querem voltar para suas casas, ficar junto dos seus pares.

Tabela 3: Resultado emitido pelas idosas ao Inventário de Depressão de Beck (IDB)

Nível de depressão	Escore	Frequencia	%
Oscilações consideradas normais	1 – 10	5	16,66
Leve transtorno do humor	11 – 16	7	23,33
Limite para depressão clínica	17 – 20	3	10,00
Depressão moderada	21 – 30	15	50,00
Total		30	100,00

A institucionalização de idosos em boa parte dos casos é sinônimo de exclusão, impede o idoso ter autonomia, exercer a cidadania. Dessa forma, a vida em sociedade é a melhor forma de potencializar a rede de relações do sujeito, importante em todas as fases da vida, principalmente, na infância e na velhice, tal rede é potencializada através da reafirmação da complexidade do fenômeno humano e capacidade de contratualidade do sujeito, o que propicia um ambiente favorável para que o idoso tenha o necessário para escrever sua história no mundo com qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi verificado que a respeito da incapacidade física, 16,66% não indicaram incapacidade, 40% pequena incapacidade, 3,33% incapacidade em algumas áreas, como a mobilidade e 6,66% traços relevantes de incapacidade e 33,33% uma maior incapacidade. No teste de cognição, 13,33% apresentaram normalidade à diminuição ligeira e 86,66% diminuição cognitiva de moderada a severa. As que possuem diminuição cognitiva têm alguns problemas de saúde e são mais deprimidas do que as que apresentaram diminuição ligeira. Os resultados obtidos no Inventário de Depressão de

Beck (IDB) revelam que, 16,66% apresentaram oscilações consideradas normais; 16,66 % apresentaram leve transtorno de humor; 11,11% apontaram limite para depressão clínica, pontuação que requer atendimento com profissional e 44,44% apresentaram depressão moderada.

Concluímos que os idosos pesquisados nesse estudo apresentaram graus diferentes de depressão. Os resultados sugerem que problemas físicos e cognitivos estão associados à depressão. Uma das queixas dos idosos refere-se ao sentimento de rejeição decorrente do abandono familiar. Partindo dessa queixa pode-se propor uma pesquisa que evidencie a relação entre idoso depressivo, relações familiares e o seu respectivo processo de internamento em instituições de longa permanência. A importância deste estudo permitirá conferir visibilidade quanto ao aspecto psicossocial, à rejeição familiar e como influencia no estado do humor dos idosos institucionalizados, o que proporcionará a realização de trabalhos posteriores.

REFERÊNCIAS

Albrecht, Natal Rodrigo; Araújo, Célio Ribeiro; Deltreggia, Carine; Faiola, Rafael Vinícius; Porcu, Mauro; Scantamburlo, Viviane Margareth; Silva, Sarah Pagliarini et al. (2002). *Estudo comparativo*

sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Maringá*, v. 24, n. 3, p. 713-717. Disponível em <<http://www.periodicos.uem.br>>. Acesso em: 13 de março de 2009.

Alexopoulos, G.S.(2005). Depression in the elderly. *The Lancet*. v. 365, pp. 1961-1970.

Azevedo, R.L.; Santana, O.S. (2007). *Depressão no idoso: aspectos psicossociais de um fenômeno multifacetado*. Relatório final técnico-científico, Faculdade São Francisco de Barreiras. Disponível em: <www.fasb.edu.br>. Acesso em: 12 Out 2008.

Baldwin, R. C.(2002). Research Into Depressive Disorder in Later Life: Who Is Doing What? A Literature Search From 1998-2001. *International Psychogeriatrics*, v.14, issue 4, pp. 335-346.

Bastos, O. (1981). Psicopatologia do envelhecimento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.30, issue 2, pp. 135-140.

Bauer, Sofia. (2006). *Manual de depressão*. Disponível em <<http://www.sofiabauer.com.br>>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2009.

Blazer, D. G.(2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology*. v. 58A, issue 3, pp. 249–265.

Bruce, M. L.(2002). *Psychosocial Risk Factors for Depressive Disorders in Late Life*. *Biological Psychiatry*, v. 52, pp. 175-184.

Bruno, Roberta; Nunes, Lara Rosa; Peixoto, Rafael C. (2007). *Análise da depressão em idosos institucionalizados – Iar Ozanan - Muriaé-Mg*. *Revista Científica da FAMINAS - Muriaé* - v. 3, n. 1, sup. 1, p. 250, jan.-abr. Disponível em: <<http://www.faminas.edu.br>>. Acesso em: 13 de março de 2009.

Cheloni, Carlos Fernando Pereira; Filho, Milanêz Cavalcanti; Medeiros, Antônio Lázaro & Pinheiro, Francisco Lídio Santos (2003). *Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica (Yesavage)*. *Expressão*, Mossoró, 34(1-2); p.61-73; jan.-dez. Disponível em <<http://www.uern.br>>. Acesso em: 13 de março de 2009.

Chung, S. (2008). Residential status and depression among Korean elderly people: a comparison between residents of nursing home and those based in the community. *Health and Social Care in the Community*. v. 16, Issue 4, pp. 370-377.

Cupertino, A. P. F. B. et al. (2006). Estresse e suporte social na infância e adolescência relacionados com sintomas depressivos em idosos. *Psicol. Reflex. Crit.* Porto Alegre, v.19, issue 3, pp. 371-378. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 Aug 2008.

Djernes J.K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*.v.113, issue 5, pp. 372–87.

Figueiredo, Kamilly Rosa. (2007). *Depressão no idoso*. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br>>. Acesso em: 6 de maio de 2009.

Freitas, Thalita Martins de; Oliveira, Camila Ribas Marques de; Ribeiro, Cláudio; Souza, Carolina da Silva. (2006). *Idosos e família: asilo ou casa*. Disponível em <<http://www.psicologia.com.pt>>. Acesso em: 13 de março de 2009.

Glashan, Regiane de Quadros; Lelis, Maria Alice dos Santos; Fera, Patrícia & Bruschini, Homero. (2003). *Intervenções comportamentais e exercícios perineais no manejo da incontinência urinária em mulheres idosas*. Disponível em:

<www.Drashirleydecafos.com.br>. Acesso em: 23 de maio de 2009.

Guimarães, J. M. N.; Caldas, C.P. (2006). The influence of exercise on depressive disorders of the elderly: a systematic review. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, v. 9, n. 4. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 de agosto 2008.

Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico - IBGE. (2007). *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios*. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 de outubro de 2008.

Organização Mundial de Saúde. (2008). *Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10)*. 10. ed., São Paulo: EDUSP.

Oxman, T. E.; & Sengupta, A. (2002). Treatment of minor depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. v. 10, Issue 3, pp. 256-264.

Porcu, M.; Scantamburlo, V. M.; Albrecht, N. R.; Silva, S.P.; Vallim, F. L.; Araújo, C.R. et al (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. In: *Maringá*. v. 24, n. 3, p. 713-717. Disponível em <www.periodicos.uem.br>. Acesso em: 10 de março de 2009.

Smalbrugge, M.; Jongelis, L.; Pot, AM, et al (2005). Comorbidity of depression and anxiety in nursing home patients. *Int.J. Geriatr. Psychiatry*, pp. 218-226.

Santos, Andréia Botelho; Silva, João Claudino dos Santos; Baptista, Maria de Fátima Carvahó;

Pereira, Fábio Dutra & Furtado, Hélio Lemos. (2008). *Perfil da Autonomia Funcional de Idosos Institucionalizados no Município de Três Rios/RJ – Brasil*. Disponível em: <www.castelobranco.br>. Acesso em: 23 de maio de 2009.

Sousa, Liliana; Galante, Helena & Figueiredo, Daniela.(2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. In: *Rev. Saúde Pública*, vol. 37, nº. 3. São Paulo: June. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2009.

Stek, M.L.; Kloo, J.; Beekman, A.T.F, van Tilburg, W.; Westendorp, R.G.J. (2004). Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorders*. v.78, n 3, pp. 193-200.

Stoppe , J. A.; Louzã N.M.R. (1997). *Depressão na Terceira Idade: Apresentação clínica e abordagem terapêutica*. São Paulo. Lemos Editorial.

Taqi, A. M.; Itrat, A.; Qidwai, W.; Kadri, Z. (2007). Depression in the elderly: Does family system play a role? A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, v. 7, issue 57.

White, E.H.; Mcconnel, E.; Clipp, E.; Branch, L.G.; Sloane, R.; Pieper, C.; Box, T.L. (2002). A randomized controlled trial of the psychosocial impact of providing internet training and access to older adults. *Aging and Mental Health*. v. 6, issue 3, pp. 213-221.