

Prevalência de sintomas depressivos associados à institucionalização de idosos maculinos em uma cidade sulmineira

Prevalence of depressive symptoms associated with the institutionalization of elderly men in a south city

DOI:10.34117/bjdv7n4-380

Recebimento dos originais: 04/02/2021

Aceitação para publicação: 01/03/2021

Fabiano Marcos Silva

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Wenceslau Braz – FWB

E-mail: trilha459@gmail.com

Débora Vitória Alexandrina Lisboa Vilella

Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo – USP

E-mail: juliovilella@ig.com.br

Gisela Maria Rosas Helou

Doutora em Materiais para Engenharia pela Universidade Federal de Itajubá – UNIFEI

E-mail: gislea.helou@gmail.com

Renato Augusto Passos

Doutor em Saúde Global pela Universidade de São Paulo – USP

E-mail: renatoapassos@hotmail.com

RESUMO

Na velhice ocorre diminuição gradual na qualidade de vida e o surgimento de estados depressivos por diversos motivos, sendo assim, este estudo objetivou conhecer o perfil de 39 idosos do sexo masculino que residem em instituições de longa permanência; além de descrever o perfil socioeconômico e identificar o grau de depressão apontado por meio da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage. Este estudo é descritivo e exploratório, e utilizou-se de questionário socioeconômico e questionário de exame mental. Os resultados analisados apontaram um percentual positivo de aceitação do processo de envelhecimento, porém, foram apontados sintomas depressivos. Concluiu-se que dos idosos pesquisado 30,76% apresentou quadro psicológico normal; 66,68% depressão leve e 2,56% depressão severa.

Palavras-chave: Envelhecimento. Depressão. Instituição de Longa Permanência

ABSTRACT

In old age there is a gradual decrease in quality of life and the emergence of depressive states for several reasons, thus, this study aimed to know the profile of 39 elderly males residing in long-term institutions; Besides describing the socioeconomic profile and identifying the degree of depression pointed out through the Yesavage geriatric Depression Scale. This study is descriptive and exploratory, and a socio-economic questionnaire and a mental examination questionnaire were used. The results analyzed showed a positive percentage of acceptance of the aging process, but depressive

symptoms were pointed out. It was concluded that of the elderly surveyed 30.76% presented normal psychological picture; 66.68% mild depression and 2.56% severe depression.

Keywords: Aging. Depression. Long-stay Institution

1 INTRODUÇÃO

Em meados do século passado, principalmente após a década de 50, ocorreu uma significativa inversão na pirâmide etária mundial. Por essa razão, o estudo do envelhecimento passou a requerer maior atenção, o que suscitou diversas ações sociais e governamentais, além de exigir profissionais qualificados que atuem especificamente nesta área. Este movimento pode e pôde ser observado tanto em países de terceiro mundo, quanto nos subdesenvolvidos e os de primeiro mundo, aonde o envelhecimento vem acelerando de maneira significativa (CARREIRA et al., 2011).

Como parte do ciclo vital, o envelhecer acarreta um processo contínuo e irreversível de desestruturação orgânica através de um conjunto de alterações morfofuncionais. Esta etapa do curso da vida é caracterizada por transformações físicas, psicológicas e sociais, que acometem todos os indivíduos. Tal fase leva a um momento de reflexão, pois o idoso percebe que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas, das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados (CARREIRA et al., 2011).

Para Petroianu et al. (2010) no decorrer do processo de envelhecimento, acontecem diversas alterações no sistema nervoso central, tais como redução do peso encefálico e de sua massa; diminuição do fluxo sanguíneo cerebral e da quantidade de neurônios, além da lentificação da velocidade dos impulsos sinápticos nervosos, entre outras alterações como declínios graduais nas funções cognitivas, levando a perda da memória e a déficits mentais acentuados.

Na maioria dos indivíduos, nesta fase, tais alterações não trazem prejuízo cognitivo na execução de tarefas cotidianas, tampouco restrições nas atividades sociais dos indivíduos. Tais alterações são denominadas senescência, e são alterações fisiológicas comuns à maioria dos idosos (PETROIANU et al., 2010).

Contudo, em virtude do aumento da vulnerabilidade física, psicológica e social, a depressão acentua-se neste momento. A literatura aponta que a ocorrência e o agravamento desta patologia são afetados pelas condições de vida atual e passada, que

são influenciadas por variáveis antecedentes como gênero, renda e escolaridade. O nível educacional, o gênero e a condição econômica, além de outras oportunidades sociais, aumentam a chance de vivenciar eventos de vida adversos e incontroláveis na velhice, como doenças potencialmente deteriorantes, entre elas, a depressão (BATISTONI et al., 2010).

A Organização Mundial de Saúde estima que a depressão seja reconhecida atualmente como um problema prioritário de saúde pública. É a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde. Depressão e suicídio são resultados da interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais, sendo importante indicador da qualidade de vida das populações (DALGALARRONDO, 2008).

Paralelamente, a depressão pode ocasionar severa dependência funcional, em diversos níveis de atividades. Idosos com depressão evidenciam tendência a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional, o que afeta diretamente sua qualidade de vida (SANTOS et al, 2012)

No Brasil, conforme ressalta Ferrari (2012, p. 111-118) os indicativos de prevalência de depressão variam conforme o sexo, as condições de moradia, o perfil socioeconômico e cultural. Os resultados variam de acordo com o parâmetro diagnóstico usado, da população-alvo e do ambiente estudado.

No mundo, anualmente, o número de suicídios é superior às mortes em conflitos mundiais, com aumento de 60% em suas taxas nos últimos 50 anos. A associação entre suicídio e transtornos mentais é de mais de 90%. A literatura aponta que há uma estreita relação entre os quadros psicopatológicos e o suicídio, com prevalência do Transtorno Depressivo em aproximadamente 43,2% dos casos (SCHESTATSKY, 2007).

Compreender a depressão e os riscos para o suicídio, como também os fatores envolvidos, é de extrema importância para os estudos relacionados ao envelhecimento. Sendo assim, buscou-se com este trabalho, identificar a prevalência de depressão em idosos masculinos em duas instituições de longa permanência em uma cidade no sul de Minas Gerais; levantar o perfil dos idosos masculinos que residem em instituições de longa permanência e conhecer o grau de depressão desses idosos institucionalizados por meio do questionário semi-estruturado de depressão em geriatria, chamado de Yesavage.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A DEPRESSÃO NA VELHICE

A depressão é uma síndrome psiquiátrica grave, caracterizada por desânimo, sensação de cansaço e que muitas vezes inclui sensação de ansiedade em maior ou menor grau, além de letargia. É uma síndrome psiquiátrica grave, presente na população em geral, e seu potencial deteriorante é extremamente elevado (DALGALARRONDO, 2008).

Ainda segundo Dalgalarrondo (2008) esta doença é um transtorno afetivo que envolve a redução dos níveis cerebrais dos neurotransmissores, noradrenalina e/ou serotonina, que estimulam o sistema límbico a aumentar a sensação de bem-estar. As queixas relacionadas ao equilíbrio corporal resultam de alterações nos sistemas envolvidos nestas funções, ou seja, o sistema vestibular, o proprioceptivo e o visual.

De acordo com Guyton e Hall (2011) quando uma pessoa sofre uma perda significativa, como a morte de um filho ou esposo, separação do cônjuge, a perda do emprego, ou é acometida por doença grave, a tristeza pode ser muito intensa e prolongada, caracterizando um quadro de depressão mental. Quimicamente, a depressão é causada por um defeito nos neurotransmissores como a serotonina e a endorfina, que dão a sensação de conforto, bem-estar e prazer.

A seguir, serão descritos sinais/ sintomas que evidenciam a presença de depressão em um indivíduo. São eles: humor depressivo ou irritabilidade; ansiedade e angústia; desânimo; cansaço fácil; necessidade de maior esforço para fazer as coisas; diminuição ou incapacidade de sentir alegria ou prazer em atividades agradáveis; falta de interesse, de motivação e apatia; falta de vontade e indecisão; medo; insegurança; desesperança; desespero; desamparo e vazio; pessimismo; ideias frequentes e desproporcionais de culpa; baixa autoestima; sensação de falta de sentido na vida; sensação de inutilidade, ruína e fracasso (MORENO, 2009).

Conforme Moreno (2009) aponta, o indivíduo ainda pode desejar morrer, planejar uma forma de morrer ou fazer tentativa de suicídio; ter dificuldade de concentração; raciocínio mais lento e esquecimento; diminuição do desempenho sexual e diminuição da libido; perda ou aumento de peso e de apetite; insônia, despertar matinal precoce ou apresentar aumento do sono; dores e outros sintomas físicos não justificáveis, como dores de barriga, má digestão, azia, diarreia, constipação, flatulência, tensão na nuca e nos

ombros, dor de cabeça ou no corpo, sensação de corpo pesado ou pressão no peito, entre outros.

Conforme Nascimento Filho (2016) a exclusão dos idosos pela sociedade é visível em nosso cotidiano. Hoje ser velho se tornou sinônimo de fraqueza, doença, uma coisa inútil, incapaz de produzir bons frutos para a sociedade, sendo muitas vezes abandonados à espera da morte.

A velhice é muitas vezes considerada como uma degradação física e psicológica, sendo que esses conceitos são injustos, pois velhice não significa decadência. A velhice é uma fase de grande riqueza e vitalidade do ser humano, é o momento em que o indivíduo olha para trás e vê o quanto aprendeu, acertou, errou e, acima de tudo, viveu (NASCIMENTO FILHO, 2016).

A depressão atinge, de acordo com os Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC), nos Estados Unidos, até 5% dos idosos que vivem em comunidade. Os números mais do que dobram em se tratando daqueles internados em hospitais (11,5%) e dos doentes em *homecare* (13,5%). Os quadros depressivos podem ter características peculiares entre os mais velhos. Grande parte dos pacientes não relata, objetivamente, sentir tristeza. Eles tendem a apresentar queixas quanto a dores no corpo, alterações no apetite e no sono, perda ou ganho de peso, falta de ar, diarreia ou constipação, má digestão. Também são comuns sintomas como irritabilidade, ansiedade, perda de interesse, esquecimento e dificuldade de concentração (ROSO, 2017).

Conforme Mazetto (2012), em idosos, é comum uma redução na atividade cerebral, pois com o avanço da idade o corpo e o cérebro vão reduzindo gradativamente sua atividade. Estudos mostram que há uma melhor preservação das funções com atividade física, e uma das maneiras de se evitar a depressão em idosos é incluí-lo novamente em uma comunidade, ter a atenção e carinho da família e amigos.

2.2 INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA (ILP)

Conforme afirma Silva (2012), as Instituições de Longa Permanência (ILP) são voltadas para o atendimento integral institucional, tendo como público alvo as pessoas com 60 anos ou mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Tais Instituições são conhecidas por denominações diversas, como abrigo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica ou ancionato, proporcionam diversos serviços como assistência médica, psicológica, assistência de

enfermagem e serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, entre outros de acordo com as necessidades e da idade de cada um.

As ILP's constituem um ambiente de geração de significados, que constituem um rico sistema de simbolismos de rotinas, de costumes, de crenças e rituais. Para compreendê-los, torna-se imprescindível e indispensável ouvir, observar e interpretar o comportamento da pessoa idosa, sem deixar de levar em conta esta geração de significados impessoais. Somente com o desenvolver da arte da escuta, é que se pode compreender o significado que as pessoas expressam para as diferentes experiências do seu cotidiano (SILVA, 2012).

Conforme Camarano e Kanso (2010), as mudanças sociais profundas e das famílias que se veem impedidas de cuidar do idoso no domicílio, além do sistema de valores privilegiando o individualismo, tornam preocupante a visão quanto ao futuro do cuidado dessa população.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Wenceslau Braz, sob o parecer de número 1.934.667, na data de 12 de fevereiro de 2017, respeitando as normas da Resolução 466/2012 que descreve sobre a ética em pesquisas com seres humanos.

A pesquisa foi realizada em duas instituições de longa permanência situadas numa cidade do sul de Minas Gerais. A primeira delas trata-se de uma instituição de longa permanência, que tem como principal missão prestar atenção biopsicossocial à pessoa idosa, que prioriza o cuidado de qualidade e o humanismo, fundamentado nos cuidados básicos do respeito e dignidade, reconhecendo o direito à cidadania e felicidade. A segunda instituição, além de abrigar os idosos, oferece serviços de saúde como: Enfermagem, Fisioterapia, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Médico, Odontologista e Assistente Social (ITAJUBÁ, 2014).

O estudo foi realizado com 39 idosos e os critérios de inclusão foram: a) ser do sexo masculino; b) ser idoso acima de 60 anos; c) ser residente em uma das 2 Instituições de Longa Permanência delineadas pelo estudo; d) responder corretamente ao questionário mini-mental; e) aceitar participar do estudo.

Os critérios de exclusão foram: a) não ser do sexo masculino; b) não ter mínimo de 60 anos; c) não ser residente da cidade; d) responder ao questionário mini-mental e

não atingir a nota mínima de 7 pontos; e) não ser residente em Instituição de Longa Permanência; f) não aceitar participar do estudo; g) não estar em condições psíquicas que permitam responder adequadamente ao instrumento da pesquisa, ou escala de depressão geriátrica de Yesavage.

Os sujeitos da pesquisa foram ouvidos em uma sala privada, com iluminação agradável e isenta de ruídos, de modo a preservar a privacidade e o conforto dos entrevistados, além de reafirmar a veracidade e a fidedignidade dos dados e onde foram coletadas informações para os três instrumentos de coleta de dados:

Instrumento 1: “Caracterização pessoal, familiar, econômica e de saúde do participante do estudo”, encontrada no anexo A, e que contem questões fechadas relacionadas a idade, uso de medicamentos, posse de alguma doença crônica, estado civil, renda familiar, entre outros.

Instrumento 2: “Questionário de avaliação mental”, este questionário tem como objetivo realizar avaliação resumida do quadro mental do paciente. Ele possui 10 perguntas que analisam a orientação tempo-espacial e sua memória para fatos tardios. O respondente deve acertar no mínimo 7 pontos (ver anexo B).

Instrumento 3: “Escala de Depressão Geriátrica (GDS)”: Segundo Ferrari e Dalacorte (2007), a GDS foi validada no ano de 1983 por Yesavage, junto com seus colaboradores, sendo que a escala possui 2 versões, uma longa, com 30 questões, e uma curta, com 15 questões. Ambas são todas validadas mundialmente e são utilizadas amplamente na avaliação geriátrica global conforme aponta o quadro 1.

Para melhor entendimento do leitor, os dados foram apresentados através da estatística simples, por meio de gráficos, e foram agrupados em um programa de computador específico, denominado Microsoft Excel®. Os dados foram armazenados durante a realização da pesquisa e foram descartados após a conclusão final deste trabalho.

Os gráficos e dados apresentados abaixo correspondem ao tema da pesquisa, e somam as respostas obtidas através do instrumento sócio-econômico que foi aplicado nas Instituições de Longa Permanência, a fim de conhecer o perfil dos 39 participantes idosos que colaboraram com a pesquisa, tendo como referência os dados sobre o total de idosos residentes nas ILP, faixa etária, tipo de idoso, etnia, escolaridade, tempo de aposentadoria, uso de antidepressivo ou ansiolítico, estado civil, filhos e tipo familiar.

Segue agora os dados obtidos através da Escala Geriátrica de Depressão, bem como a discussão dos resultados.

Conforme o gráfico 1, observa-se que na ILP chamada “Vila Vicentina”, participaram do estudo 20 idosos (51,28%), e no “Lar do Providência”, também chamado “Associação Protetora dos Pobres” foram 19 idosos (48,72%), o que corresponde a 100% da amostra.

De acordo com os dados coletados, a faixa etária predominante entre as duas ILP é de aproximadamente 80 anos, variando entre 64 a 89 anos. Em relação ao tipo de idoso, estes em sua maioria, eram idosos de meia idade com idade no intervalo de 75 a 85 anos e, em segundo lugar, eram idosos jovens com idade no intervalo de 60 a 74 anos. E por último, os idosos velhos, com idade no intervalo de 85 a 100 anos dos entrevistados (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Com relação à etnia a que pertence os idosos pesquisados, 16 deles consideram-se caucasianos, 4 negros, 12 mulatos, 7 pardos e nenhum amarelo. No que diz respeito à escolaridade dos participantes, 8 deles não possuem escolaridade nenhuma, 2 possuem o ensino fundamental completo, 22 o ensino fundamental incompleto, 4 o ensino médio completo, 3 o ensino médio incompleto, e nenhum idoso possui curso superior completo ou incompleto.

Sobre o tempo de aposentadoria, 5 idosos disseram estar aposentados entre 1 a 5 anos, 4 idosos entre 6 a 10 anos, 14 idosos entre 11 a 15 anos, 11 idosos entre 16 a 20 anos e 5 idosos entre 21 a 25 anos. Quando questionados sobre o uso de antidepressivos ou ansiolíticos, 22 idosos disseram fazer uso constante de tais medicamentos e 17 não fazem uso algum.

Sobre o estado civil dos idosos pesquisados, obtiveram-se os dados de que 1 idoso era solteiro, 6 casados, 16 viúvos, 16 divorciados, e 0 (zero) morando junto ou que não soube responder.

Dos 39 entrevistados, 36 destes relataram ter filhos e 03 não. Destes 36 que disseram ter filhos, 4 responderam que tinham apenas 1 filho, 12 responderam que tinham 2, 7 responderam que tinham 3 filhos, 4 responderam 4 filhos, 4 responderam 5 filhos, 2 responderam 6 filhos, 2 que tinham 8 filhos e 1 respondeu ter 9 filhos. E por fim, quando questionados sobre o tipo de família que possuíam, 1 respondeu que tinha uma família extensa e 38 responderam que tinham uma família variante.

3.1 ANÁLISE DA ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO DE YESAVAGE

A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, versão ampliada, consiste em 30 itens com questões fechadas: “sim ou não”. Sua pontuação total é de 30 e pontuações maiores ou iguais a 11 são indicativas de transtorno afetivo (REICHEL et al., 2001).

O quadro abaixo mostra o quantitativo de respostas satisfatórias de cada questionamento da Escala Geriátrica de Depressão. As marcações em negrito são aquelas que obtiveram nota maior que 50% de insatisfação quanto à Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage.

QUADRO 1 - ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO YESAVAGE (1983) N=39

Perguntas	SIM		NÃO	
	Fa	Fr %	Fa	Fr %
1. Você está satisfeito com sua vida?	29	74,36	10	25,64
2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades?	18	46,15	21	53,85
3. Sente que sua vida está vazia?	24	61,54	15	38,46
4. Sente-se frequentemente aborrecido?	20	51,28	19	48,71
5. Você tem muita fé no futuro?	29	74,36	10	25,64
6. Tem pensamentos negativos?	21	53,85	18	46,15
7. Na maioria do tempo está de bom humor?	21	53,85	18	46,15
8. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer?	22	56,41	17	43,59
9. Sente-se feliz na maioria do tempo?	31	79,49	8	20,51
10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado?	21	53,85	18	46,15
11. Sente-se frequentemente intranquilo, agitado?	26	66,67	13	33,33
12. Prefere ficar em casa em vez de sair?	21	53,85	18	46,15
13. Preocupa-se muito com o futuro?	19	48,72	20	51,88
14. Acha que tem mais problemas de memória que os outros?	15	38,46	24	61,54
15. Acha bom estar vivo?	30	76,92	9	23,08
16. Fica frequentemente triste?	15	38,46	24	61,54
17. Sente-se inútil?	12	30,77	27	69,23
18. Preocupa-se muito com o passado?	18	46,15	21	53,85
19. Acha a vida muito interessante?	25	64,10	14	35,90
20. Para você é difícil começar novos projetos?	23	58,97	16	41,03
21. Sente-se cheio de energia?	29	74,36	10	25,64
22. Sente-se sem esperança?	20	51,28	19	48,72
23. Acha que os outros têm mais sorte que você?	16	41,03	23	58,97
24. Preocupa-se com coisas sem importância?	16	41,03	23	58,97
25. Sente frequentemente vontade de chorar?	22	56,41	17	43,59

26. É difícil para você concentrar-se?	21	53,85	18	46,15
27. Sente-se bem ao despertar?	26	66,67	13	33,33
28. Prefere evitar reuniões sociais?	22	56,41	17	43,59
29. É fácil para você tomar decisões?	28	71,79	11	28,21
30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente?	17	43,59	22	56,41

Fonte: Instrumento de Pesquisa

Os dados abaixo representam as respostas dos 39 idosos quando questionados com as 30 perguntas pertencentes à Escala Geriátrica de Depressão Yesavage. Pode-se notar que dos 39 idosos participantes da pesquisa 21 (53,85%) não abandonaram seus interesses e atividades; 20 (51,88%) não se preocupam muito com o futuro; 24 (61,54%) não acham que tem mais problemas de memória que os outros; 24 (61,54%) não ficam tristes com frequência; 27 (69,23%) não se sentem inútil; 21 (53,85%) não se preocupam com o passado; 23 (58,97%) não acham que os outros tem mais sorte que ele; 23 (58,97%) não se preocupam com coisas sem importância e 22 (56,41%) não acham que o raciocínio está tão claro quanto antigamente.

Não abandonar os interesses e as atividades físicas faz bem para o corpo e para a alma, pois aumentam a segurança do idoso nas tarefas do dia a dia deixando-o mais confiante e com a autoestima elevada por ser capaz de fazer suas tarefas com independência. Isso leva a diminuição da ansiedade e combate a depressão (OLIVEIRA; JANNUCO; MATOS, 2017).

Dos 39 idosos participantes da pesquisa 29 (74,36%) estão satisfeitos com a vida que têm; 24 (61,54%) sentem que sua vida está vazia; 20 (51,28%) se sentem frequentemente aborrecidos; 29 (74,36%) têm muita fé no futuro; 21 (53,85%) têm pensamentos negativos; 21 (53,85%) estão de bom humor a maioria do tempo; 22 (56,41%) têm medo que algo de mal vá lhe acontecer; 31 (79,49%) se sentem felizes na maioria do tempo; 21 (53,85%) se sentem frequentemente desamparado e adoentado; 26 (66,67%) se sentem frequentemente intranquilo e agitado; 21 (53,85%) preferem ficar em casa em vez de sair; 30 (76,92%) acham bom estar vivos; 25 (64,10%) acham a vida interessante; 23 (58,97%) acham difícil começar novos projetos; 29 (74,36%) se sentem cheio de energia; 20 (51,28%) se sentem sem esperança; 22 (56,41%) sentem frequentemente vontade de chorar; 21 (53,85%) acham difícil se concentrar; 26 (66,67%) se sentem bem ao despertar; 22 (56,41%) preferem evitar reuniões sociais e 29 (71,79%) acham fácil tomar decisões.

Quando um idoso tem dificuldades em concentrar-se, ou a sua memória já começa a ficar afetada, é necessário que dedique uma maior atenção, pois os riscos de ocorrer um acidente são muito maiores. O discernimento pode não ser o mais adequado e quando a capacidade de decisão é afetada, deve saber lidar com as birras e teimosias que são próprias da idade deles. Nesses casos os idosos precisam de cuidados de forma a proporcionar-lhes o máximo conforto e segurança;

Outro ponto pesquisado descreve que dos 39 idosos participantes da pesquisa, 12 (30,77%) fizeram de 0 a 5 pontos apresentando um quadro psicológico normal; 26 (66,67%) fizeram de 6 a 10 pontos apresentando um quadro de depressão leve e 1 (2,56%) fez de 11 a 15 pontos apresentando um quadro de depressão severa (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

A depressão é uma doença incapacitante que atinge por volta de 350 milhões de pessoas no mundo. Os quadros variam de intensidade e duração e podem ser classificados em três diferentes graus: leves, moderados e graves, conforme item 2,6 Graus de Depressão deste trabalho (OLIVEIRA; JANNUCO; MATOS, 2017).

Os questionamentos referentes à pergunta 12 (Prefere ficar em casa em vez de sair) e 28 (Prefere evitar reuniões sociais) podem estar relacionados com o sentimento de desamparado que alguns idosos sentem quando rejeitados ou pouco amparados pela família ou grupo social. Esse sentimento acaba por lhe causar tristeza, pouco diálogo, possível depressão e um sofrimento insuportável.

Na questão 30 (O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente) 56,41% dos idosos responderam que o raciocínio não é mais como antigamente, alegam que estão marcados por sinais da idade, como o aparecimento de rugas, cabelo brancos, manchas na pele, diminuição da visão, audição, raciocínio e memória.

Tais transformações parecem ter boa aceitação dos idosos entrevistados, já que na pesquisa foi possível observar um percentual maior nas respostas que dizem estar felizes na maioria do tempo, o que demonstra que as modificações que surgem com o envelhecimento podem desencadear no idoso a aceitação ou não deste processo. Contudo, neste estudo não é possível afirmar que os idosos se encontram deprimidos, já que 74,36% dos entrevistados dizem estar satisfeitos com sua vida.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a pesquisa realizada em duas instituições com 39 idosos do sexo masculino, sendo 20 da “Vila Vicentina” e 19 do “Lar da Providência”, identificamos que a faixa etária variou de 60 a 89 anos e 22 deles fazem uso constante de medicamentos antidepressivos e/ou ansiolíticos, os outros 17 não fazem uso deste tipo de medicamento.

Dos idosos pesquisados 12 deles apresentam o quadro psicológico normal; 26 apresentam quadro de depressão leve e 1 apresenta o quadro de depressão severa. Sendo assim, é importante trabalhar com estes idosos no decorrer do seu processo de envelhecimento, uma melhor aceitação das inevitáveis transformações que podem surgir ao longo dos tempos, de forma a permitir que esse processo seja ativo e com qualidade de vida, mas também é necessário trabalhar os sentimentos de rejeição, vazio ou impotência que apresentaram nesta pesquisa.

Uma relevante questão observada pelo pesquisador é a discrepância abismal entre a instituição “Lar da Providência” e a instituição “Vila Vicentina”. Nota-se que a primeira, pelo seu formato circular de edificação, proporciona ao idoso, mesmo aqueles com alguma dificuldade de mobilidade, esteja sempre em contato uns com os outros, que dialoguem, façam um contato visual, um aceno ou um aperto de mãos entre si, aliado à disposição dos leitos, (dois em cada quarto), estando, dessa forma, um sempre na companhia do outro. Na instituição que tem quartos com dois idosos houve relatos de maior companheirismo e menos solidão.

Nota-se também que na instituição “Vila Vicentina” existe um número inferior de profissionais de saúde se comparados ao “Lar da Providencia”, que possui entre seus colaboradores não só assistente social, cuidador de idosos, enfermeiro e técnico de enfermagem, mas também, psicólogo, terapeuta ocupacional e educador físico. Este trabalho multidisciplinar e interdisciplinar contribui significativamente na diminuição dos sintomas de depressão, além de diagnosticar precocemente a doença evitando um maior sofrimento ao indivíduo idoso, já que este tende muita das vezes a se isolar ou negar tal sofrimento, dificultando assim, um tratamento eficaz.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 421-426, 1999.

BATISTONI, S. S. T. et al. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1137-1143, 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias estão lidando com os idosos que demandam cuidados? A visão mostrada pelas PNADs. In: CAMARANO, A. A. (Org.) **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CARREIRA, L. et al. Prevalência de Depressão em idosos institucionalizados. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 268-273, abr./jun. 2011.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FERRARI, C. M. M.; VASCONCELOS, L. Depressão. In: NUNES M.I.; FERRETI, R.E.L.; SANTOS, M. **Enfermagem em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. cap. 12. p. 111-118.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ITAJUBÁ (Cidade). Prefeitura Municipal. **História**. Itajubá, 2014. Disponível em: <<http://www.itajuba.mg.gov.br/cidade/historia.php>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

MAZETTO, B. **Quais são as causas de depressão em idosos**. BONDE, Londrina, 2012. Disponível em: <<http://www.bonde.com.br/saude/tire-suas-duvidas/quais-sao-as-causas-da-depressao-em-idosos--251249.html>>. Acesso em 17 fev. 2018.

MORENO, R. **Depressão**. São Paulo: Laboratório de Neurociências, 2009. Disponível em: <<http://www.neurociencias.org.br/pt/br/544/depressao-2>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

PETROIANU, A. et al. Atividade física e mental no risco de demência em idosos. **Jornal brasileiro de psiquiatria**. Rio de Janeiro 2010, vol.59, n.4, pp.302-307.

NASCIMENTO FILHO, J. S. Q. do. **A exclusão dos idosos no âmbito familiar e social**. 2016. **Portal Educação**, São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/a-exclusao-dos-idosos-no-ambito-familiar-e-social/31063>>. Acesso em: 15 fev. 2018

OLIVEIRA, M.; JANNUCO, L. F.; MATOS, F. **Atividades para idosos: como a prática pode ser benéfica para a saúde**. **Blog Educação Física**, 2017. Disponível em: <<http://blogeducacaofisica.com.br/atividades-para-idosos>>. Acesso em: 15 fev. 2018

REICHEL, M. D. et al. Assistência do idoso. Aspecto clínico do envelhecimento. In: **Avaliação multidimensional do paciente idoso.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ROSO, L. Depressão em idosos: os riscos e as armadilhas da doença nesta fase da vida. **Gaucha ZH. VIDA,** 2017. Disponível em: <<http://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2017/06/depressao-em-idosos-os-riscos-e-as-armadilhas-da-doenca-nesta-fase-da-vida-9806590.html>>. Acesso em 15 fev. 2018.

SANTOS, A. B. dos et al. Avaliação do Grau de Depressão em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica Submetidos à Hemodiálise. **Revista Nursing**, Barueri, v. 11, n. 124, p. 413-417, set. 2008.

SCHESTATSKY, S. S. Transtornos de humor. In. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 15, p. 572-629.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

SILVA, A. G. et al. Depressão masculina: um estudo sobre as internações na região centro Oeste de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 275-281, 2012.