

DEPRESSÃO E ENVELHECIMENTO

Autores: Creidelice Benetti e Renata da Rosa

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população idosa chega a 14,5 milhões ou seja, 9,1 % da população já atingiu 60-65 anos (idade estabelecida para idosos em países em desenvolvimento). Pode ser considerada uma das maiores populações idosas do mundo ultrapassando a França, Itália, e Reino Unido. Por esse motivo o envelhecimento no Brasil requer planejamento na saúde pública para atender a demanda de idosos que poderá chegar a mais de 30 milhões em 2025. Para isso, os idosos necessitam de cuidados e uma boa qualidade de vida, tornando-a prazerosa, digna e confortável. Durante o envelhecimento ocorrem muitas fases de transformação. As instituições que abrigam idosos necessitam de adaptações que possam preservar as qualidades de independência do idoso afim de que o envelhecimento não seja apenas um processo que leva ao fim da vida (SILVA et al, 2006).

Segundo Camarano (2004), o envelhecimento feminino é uma questão de gênero, que na população idosa, estima-se em 55%.

Estudos realizados com pesquisas qualitativas constataram que no Brasil existem aproximadamente 200 mil abrigos para idosos, sendo mulheres uma grande porcentagem dos asilados.

A institucionalização de idosos acelera as perdas funcionais já que os mesmos são submetidos às rotinas estabelecidas e perderam seus direitos de expressar desejos e deveres. Raramente há propostas de incentivos à independência e autonomia. Muitos apresentam uma boa aceitação asilar referindo considerar os colegas como “família”. Outros relatam à convivência asilar como “depósito de velhos”, pois perderam o contato com familiares, amigos e vizinhos, com o meio social e a independência, além de sentirem-se enganados com falsas promessas de retorno para casa ou terem sido levados aos asilos à revelia (PAVAN et al., 2008).

Com o crescimento da população idosa, a institucionalização também cresce. Hoje, a proporção de idosos com idade avançada e com perdas funcionais, demência e doenças crônico-degenerativas, são as causas de internamentos em instituições. Outras vezes por ausência de família, situações de conflitos familiares ou até porque o cuidado em casa torna-se penoso, desgastante para o físico/ emocional, que dependendo da situação sócio-econômica os cuidados podem ser minimizados com contratação de cuidadores e outros serviços. Os estados onde há maior número de idosos em asilos, são Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Goiás (POLLO, 2008).

As perdas de autonomia imposta muitas vezes pelos filhos que consideram seus idosos incapazes de ir e vir, impondo limites a eles, o luto pela perda de laços afetivos (cônjuge), hospitalização ou a obrigação de permanência em instituições asilares, faz com que o idoso enfrente um nível de ansiedade gerando um grau de tensão constante, impotência, angustia, fragilidade emocional levando-os à

incapacidade de realizar tarefas simples de atividades da vida diária (AVDI) e a sentimentos depressivos (FIGUEREDO, et al., 2002).

Para Jaluul (2005) sintomas depressivos são altamente prevalentes em fases avançadas da vida, e a depressão representa um grande impacto negativo tanto na morbidade quanto na mortalidade dos idosos. Aproximadamente 15% dos idosos apresentam sintomas depressivos que muitas vezes não são identificados como doença e sim como parte normal do envelhecimento, levando ao tratamento tardio. Existe na sociedade uma tendência a achar que por estar idosa, a pessoa fica mais apática, irritada, mal-humorada, taxada de velho ranzinza.

O processo de envelhecimento exige planejamento e estratégias de assistência multiprofissional qualificada. Cuidados e procedimentos em hospitais e instituições asilares, terão uma demanda cada vez maior para atender o envelhecimento demográfico.

Cabe às instituições e aos profissionais preparo para atender uma demanda com maior qualidade de vida, já que a instituição asilar é irreversível e a procura é cada vez maior com o futuro que se aproxima. Uma boa equipe de profissionais éticos e humanizados, poderá fazer com que as instituições asilares não sejam consideradas apenas como 'depósito de velhos à espera da morte'.

2. OBJETIVO

Refletir acerca do desenvolvimento do cuidar, de maneira que a dignidade, a qualidade de vida e a humanização sejam a base das ações nas instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs).

3. METODOLOGIA

Revisão bibliográfica de artigos científicos publicados em periódicos indexados na Internet (Scielo e Google Acadêmico), Revistas de Saúde Pública e na literatura médica geriátrica à partir do ano de 1997.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 IDADES BIOLÓGICA, CRONOLÓGICA E SOCIAL

O limite de idade entre um adulto e idoso têm sido discutido por muitos anos no mundo todo. Para muitos autores o envelhecimento é um período de perdas de funções orgânicas, que levam a doenças mais suscetíveis em indivíduos com idade mais avançada. Estudos científicos relacionam o envelhecimento com a síntese de proteínas. Num processo natural, o organismo perdendo suas funções, e apresentando alterações como cabelos grisalhos, pele flácida e com manchas, perda de massa muscular e peso. O envelhecimento está interligado às funções biofisiológicas que, por sua vez, à medida que as células de cada órgão específico irá envelhecendo, nem sempre há manifestação de doenças, apenas a perda de função

onde a vida celular não consegue ser mantida por mais tempo. (PAPALÉO NETTO, et al., 2006)

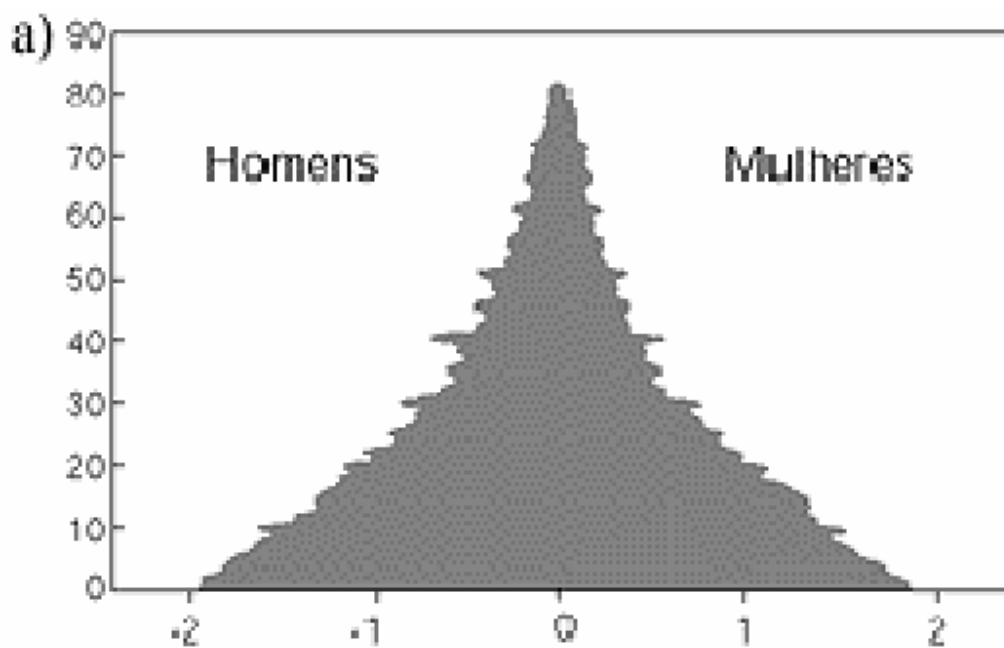
Porém, considera-se a idade cronológica para fins científicos, levando em conta que a idade biológica não tem um marcador confiável. Segundo o Estatuto do Idoso em seu art.2º inciso I , são considerados idosos todo indivíduo com idade igual ou maior que sessenta anos. (Decreto nº 5130, de 7 de julho de 2004).

Entretanto, muitos idosos querem mostrar que sua idade não influencia preservação da sua auto-estima e na sua imagem social. Suas capacidades de participações e adaptações ao meio social e ao envelhecimento depende do grau de instrução e condições sócio-econômicas. O conceito de idade cronológica e psicológica, pode ser definida na forma em que o individuo interage com o meio e aceita seu processo de envelhecimento. Assim também pode ser avaliada a idade cronológica e social de acordo com o modo em que o individuo consegue ter sua adaptação na sociedade (PAPALÉO NETTO, 2002).

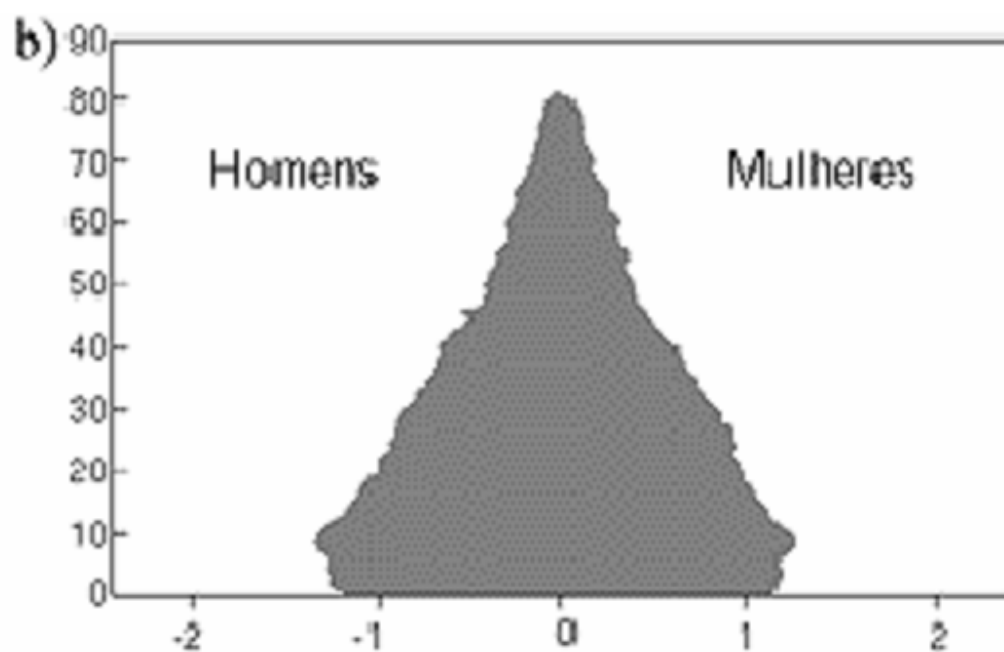
4.2 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

Segundo Chaimowicz (1997), o Brasil passou por transformações demográficas tanto pelas taxas de mortalidade e fecundidade, como pela incidência de doenças e avanços de desenvolvimento para a saúde da população. Mas ainda temos um índice de envelhecimento com patologias adquiridas que se manifestam na idade adulta gerando desconforto para a velhice.

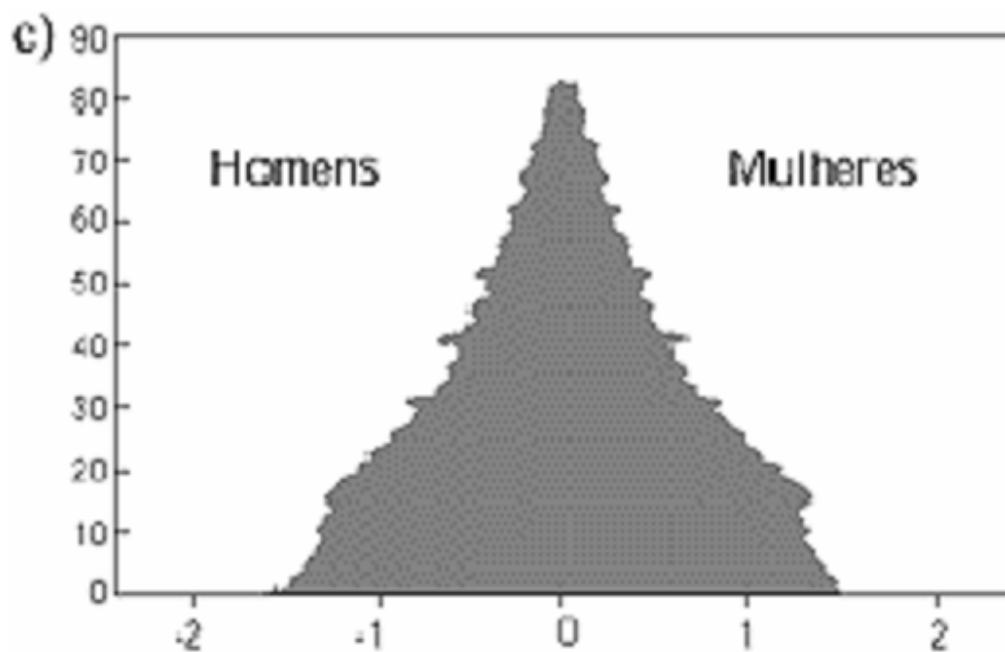
Figura 1: Pirâmide do envelhecimento relacionando a população do Brasil no ano de 1980 e 1991, nas regiões norte e geral.



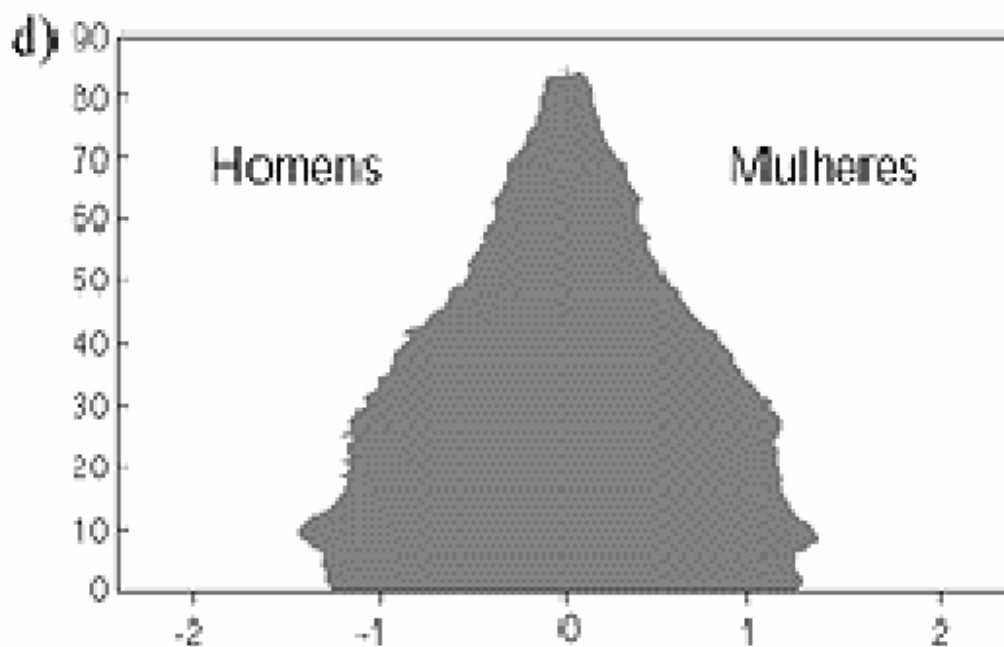
a) Região norte do Brasil se assemelha ao ano de 1940 – alto índice de fecundidade e população jovem.



b) em 1980 já estreitava a base pela queda da fecundidade que começou na década de 60.



c) a coorte nascida à partir da década de 60 está jovem em idade fértil, porém com número menores de filhos, estreitando a base da pirâmide.



d) a população nascida entre a década de 60 e 70 aumenta a população adulta e posteriormente aumentará a taxa de idosos até o ano de 2050 (Fonte: Chaimowicz, 1997)

Até o início do século passado havia uma grande taxa de natalidade e de mortalidade em todos os países em vias de desenvolvimento, mantendo um equilíbrio populacional. Entretanto, hoje é observado que a população idosa está aumentando de forma brusca e despreparada nesses países, incluindo o Brasil. Mudanças nos hábitos de vida e uma diminuição nos índices de mortalidade e fecundidade devido aos programas de educação e saúde e planejamento familiar, o aumento de mulheres no mercado de trabalho, hábitos de higiene, desenvolvimento de novas pesquisas para vacinas e antibióticos, fizeram com que muitas doenças fossem controladas, e mesmo em países pobres e subdesenvolvidos o índice de mortalidade diminuiu levando ao crescimento total da população e posteriormente seu envelhecimento (PASCHOAL et al, 2006) .

4.3 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

Segundo Paschoal (et al.,2006), no Brasil houve um crescimento populacional de 11% entre 1871 e 1890, e de 25% entre 1891 e 1900. Esse aumento populacional conduziu anos mais tarde ao aumento de idosos no Brasil.

À medida que países se desenvolvem o crescimento da população idosa segue na mesma proporção. Porém, alguns idosos não aceitam a condição em que vivem. É necessário rever alguns preconceitos de que um idoso não seja capaz de continuar ativo. Na sociedade, a partir da aposentadoria o idoso passa ser considerado improdutivo e marginalizado. O que deveria ser um direito adquirido passa a ser um

motivo de diminuição da qualidade de vida, conduzindo-o a solidão, isolamento social e uma velhice negativa.

4.4 SITUAÇÃO DOS IDOSOS NO BRASIL

O envelhecimento populacional no Brasil pode ser explicado pelo aumento da população acima de 60 anos de 4% em 1940, para 8% em 1996 (idade estabelecida na Política Nacional do Idoso). Projeções para o futuro permitem estimar que em 2020 essa população idosa poderá se aproximar de 30,9 milhões de pessoas(CAMARANO, 2002).

Os resultados do Censo Demográfico de 1940-2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram um declínio no crescimento da população a partir de 1960 quando os métodos anticoncepcionais orais foram introduzidos no Brasil. A demanda sobre os governos era na área da educação, devido à proporção de crianças e adolescentes. Entretanto, com a diminuição da fecundidade, em 2000 as principais preocupações são com ofertas de trabalho, saúde, programas assistenciais e a inatividade. Essa estrutura da população aumentou o índice de envelhecimento que chegava a 42,6 idosos para cada 100 crianças e adolescentes, e uma projeção de em 2050 para cada grupo de 0 a 14 anos existirão 172,7 idosos. Como podemos observar no gráfico abaixo.

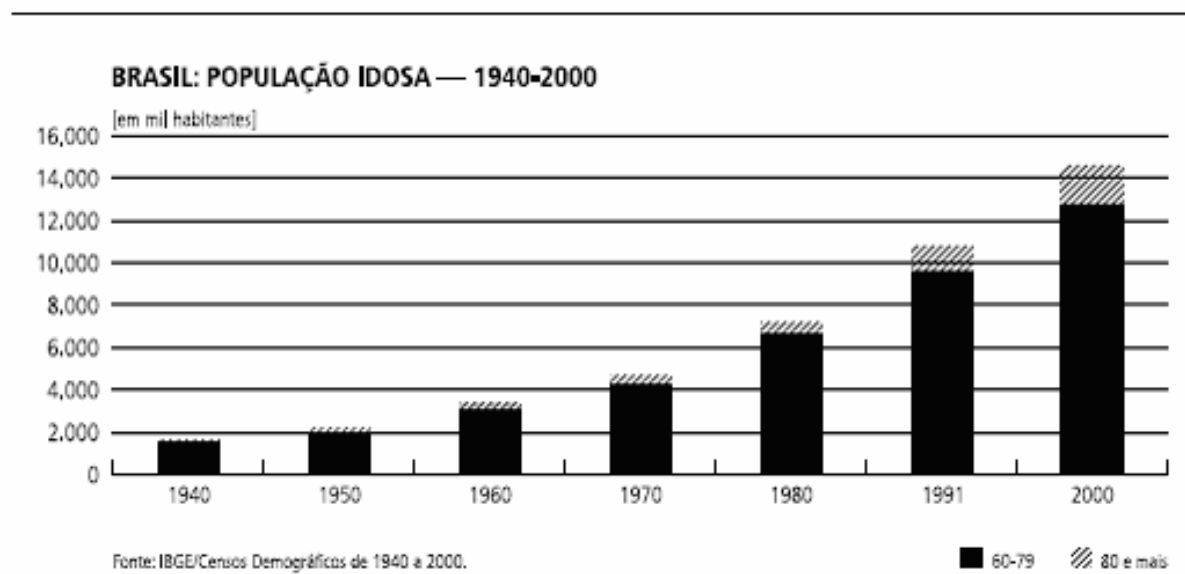


Figura 2: Gráfico que relaciona o crescimento da população idosa no Brasil segundo fonte do censo demográfico 1940-2000 do IBGE (Fonte: Camarano 2004)

Estima-se que 55% da população idosa é composta por mulheres, que de acordo com o IBGE, aumenta cada vez mais devido à mortalidade masculina em causas externas. Segundo Camarano (2004), as mulheres idosas apresentam um índice maior de viuvez, além de desvantagens na situação econômica, já que a maioria não ocupou cargos remunerados na vida adulta, atividades extra-domésticas e trabalhos temporários com remuneração. Também há uma tendência a viverem só diferente dos homens que buscam um novo relacionamento, na maioria das vezes com mulheres mais jovens do que eles, aumentando o número de separadas/desquitadas e solteiras.

Com a grande importância dada à educação, durante o passar dos anos, pesquisas do IBGE relacionando os índices da educação na população brasileira em relação ao número de anos de estudo, demonstram que o número de idosos

alfabetizados aumentou entre as mulheres (63,4%). Entretanto, para os homens idosos alfabetizados ainda há um percentual maior que das mulheres (68,9%).

Foi a partir das I e II Guerras Mundiais com os homens nas frentes de batalha e com a mutilação dos mesmos que as mulheres começaram ocupar o posto de chefes de famílias (para sustentar-se e aos filhos), mesmo que apenas com trabalhos manuais como bordados, encomendas de doces, arranjos de flores e aulas de piano. As guerras acabaram e algumas continuaram a transpor barreiras, mesmo com muitos preconceitos, discriminação e desigualdade de salários. Hoje elas estão em todos os tipos de trabalhos e ocupam cargos importantes nos Tribunais, Pesquisas, Tecnologia, Organizações, Forças Armadas e outros (PROBST, 2007).

Muitas vezes, ser só significa liberdade. O que antes era imposto á condições específicas, na condição de viúvas/separadas, encontram a oportunidade de estudos e outras realizações profissionais, práticas esportivas, artesanatos, prestação de serviços voluntários, e o aumento de sua própria auto-estima que leva a satisfação pessoal e uma melhora na qualidade de vida.

Tabela 1: o grau de escolaridade que os idosos brasileiros vem apresentando de acordo com o censo demográfico 1940-2000 (fonte: www.ibge.gov.br in: .Camarano 2004) .

BRASIL: ALFABETIZAÇÃO E NÚMERO DE ANOS DE ESTUDO MÉDIO DA POPULAÇÃO IDOSA — 1940-2000

Ano	Homens		Mulheres	
	Alfabetização (sabe ler e escrever)	Número médio de anos de estudo	Alfabetização (sabe ler e escrever)	Número médio de anos de estudo
Não-idosos (15 anos ou mais)				
1940 ^a	60,4	-	48,2	-
1950	55,3	-	45,3	-
1960 ^b	67,7	4,1	59,2	4,0
1970	70,4	4,8	65,1	4,7
1980	78,4	5,2	76,1	5,2
1991	83,2	6,4	84,0	6,5
2000	89,4	7,1	90,7	7,4
Idosos				
1940 ^a	43,2	-	25,8	-
1950	45,8	-	28,9	-
1960 ^b	54,6	4,0	37,0	4,0
1970	54,4	4,3	39,0	4,2
1980	55,7	4,4	43,7	4,3
1991	60,7	4,5	53,0	4,3
2000	68,8	5,0	63,4	4,8

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1940 a 2000.

^a Para a proporção de alfabetizados o primeiro grupo etário é de 10 a 19 anos.

^b Para a proporção de alfabetizados o último grupo etário é de 55 a 64 anos.

Segundo Chaimovicz (2006) num futuro próximo o índice de idosos com maior grau de escolaridade tende a aumentar. Com a modernidade e a vida corrida, as famílias têm menos filhos que antigamente e a busca da mulher por um espaço no mercado de trabalho faz com que haja uma diminuição na quantidade de cuidadores na família para seus idosos.

Segundo o IBGE, existem hoje muitos idosos que são chefes de família ou que possuem outros parentes morando junto na condição de filhos e netos. Algumas vezes o idoso acaba redistribuindo sua renda de aposentadorias e pensões que é parte dos benefícios previdenciários entre seus familiares, levando em conta que alguns filhos continuam na dependência com idade mais avançada e outros que voltam para casa dos pais por algum motivo de desajustes (desemprego, separação conjugal).

Para um idoso aposentado, continuar a exercer suas atividades pode significar autonomia física e mental e maior integridade social, além do aumento de renda. Algumas mulheres estão em melhores condições pelo benefício de pensões além da aposentadoria e estando em pleno estado de saúde física, continuam ocupando postos no mercado de trabalho (CAMARANO, 2003).

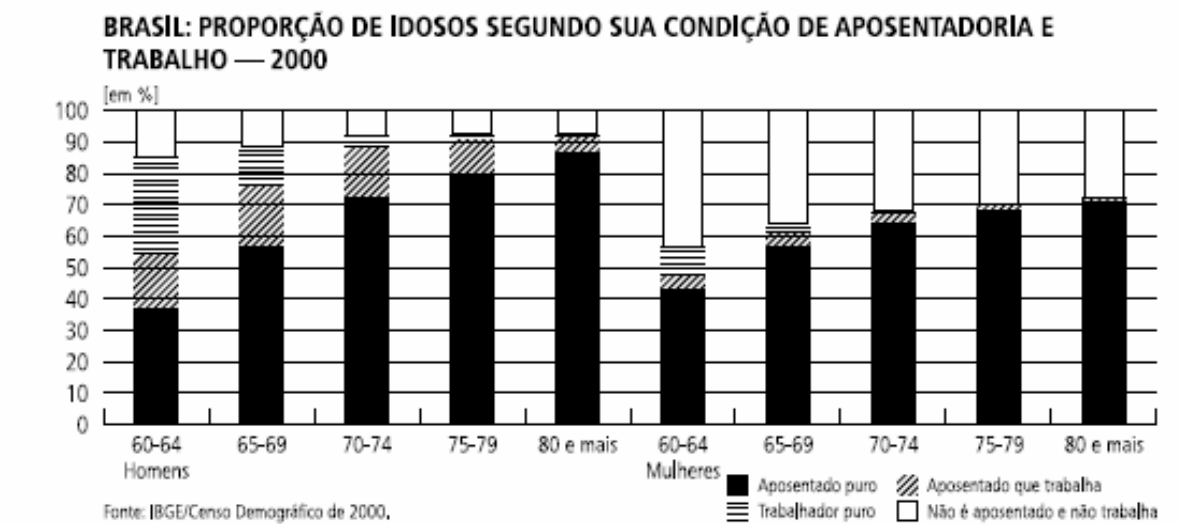


Figura 3: Condições de renda dos idosos (aposentadoria/pensões) como única fonte de renda para sub existência na velhice. Disponível em: www.ibge.gov.br perfil dos idosos responsáveis pelo domicílios no Brasil.

A cada ano, aumenta a porcentagem de pessoas que adquirem o direito do benefício previdenciário por lei. Para alguns é a oportunidade de aumentar a renda e manter sua boa condição física e mental, para outros, acomodação que acaba resultando em somatização de doenças com diagnósticos inespecíficos e aumento nos custos da saúde pública, e perdas maiores como atrofias e negativismo, baixa auto-estima e depressão.

4.5 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO NO BRASIL

Segundo Alcântara (2004) apud Pollo e Assis (2008), a história de asilos para idosos é muito antiga. Desde o início do cristianismo há relatos que o Papa Pelágio II (520-590) transformou sua casa em “hospital para velhos.” No Rio de Janeiro, em 1794, época do Brasil Colônia, iniciou-se uma casa abrigo chamada de “Casa dos Inválidos”. Essa instituição foi fundada pelo Conde de Resende que desejava abrigar os soldados de guerra, para que tivessem um lugar digno para descansar.

Anos mais tarde, em 1890, foi fundado no Rio de Janeiro o Asilo São Luiz para Velhice Desamparada. Nele eram abrigados “os náufragos da vida”, pessoas em situação de pobreza, sem lar, inválidos e excluídos da sociedade. Muito pouco era falado e estudado sobre a velhice causando um grande impacto para as reportagens de jornais da época, como podemos notar no texto a seguir:

[...] uma casa onde, velhos de ambos os sexos, encontravam o bem estar e a tranqüilidade em vez da fome e do desprezo que a humanidade, em geral, inconscientemente reserva aos animais que não podem mais com a carga. JUCÁ, Candido. A Velhice

Desamparada no Asylo São Luiz. **A Gazeta de Noticias**, Rio de Janeiro, 1912. (apud GROISMAN,1999).

Em pouco tempo a capacidade desse abrigo passou de 45 leitos em 1892 para 260 leitos em 1925, Existindo até hoje, apenas mudou o nome para Casa São Luiz para a Velhice. Com tanta divulgação sobre a institucionalização da velhice, abriram novos rumos na época de interesses públicos para estudos e o aumento de especialistas para a geriatria e a gerontologia. (GROISMAN ,1999).

Para a época, a longevidade não era motivo de satisfação, já que as pessoas que viviam anos a mais adoeciam e ficavam na dependência de cuidados de outras pessoas. Os moradores do asilo eram cuidados por freiras, o que causava certo espanto na sociedade. Hoje existem muitos asilos e casas de abrigo que são lideradas por irmandades religiosas sem causar nenhum preconceito.

Atualmente, casas lares para idosos são encontradas em todo Brasil. São cobrados, total ou parcialmente do idoso ou de seus familiares os cuidados oferecidos que, às vezes, deixam muito a desejar pela precariedade do atendimento. Lentamente, na década de 60, algumas famílias e a comunidade iniciaram a prática da desinstitucionalização, e muitos idosos passaram ser cuidados por familiares ou através de instituições religiosas. Com o aumento da população idosa, e ao fato de voluntários demonstrarem mais interesse pela infância abandonada, retomou-se a prática da institucionalização com grande força elevando a quantidade de casas de repouso por todo o país. Ao longo de tantas mudanças sociais e culturais, essas casas são necessárias para atender o idoso mais pobre, sem família, sem casa para morar

ou aqueles que por opção própria decidem morar em asilos (LEMOS & MEDEIROS, 2002).

À sociedade e aos governantes, restam apenas dar o apoio necessário para melhorias no padrão de atendimento e qualidade de vida para esses idosos. Querendo ou não as instituições terão sempre seu lado negativo: o isolamento, a inatividade, a despersonalização e a dependência (LEMOS & MEDEIROS, 2002).

Para as pessoas que são admitidas nos asilos é o começo de uma nova expectativa de vida. Geralmente há uma ruptura de seus vínculos afetivos e sociais convivendo em uma comunidade onde cada ser está completamente só e obrigado a adaptar-se e aceitar regulamentos e regras de horários que não lhes eram impostos antes. Diferentemente dos tempos antigos onde as famílias tradicionalmente honravam cuidar de seus idosos, hoje, em tempos modernos, a convivência familiar se resume a pais e filhos ou mãe e filhos apenas, levando o idoso ao afastamento dos filhos e netos e um aumento no número de idosos institucionalizados, muitas vezes com perda total de vínculos familiares (SOUZA, 2003).

Há uma grande importância em conhecer as necessidades destes idosos para o bem-estar social futuro. Muitas vezes a atenção dada à qualidade de vida do idoso no seio da família, o companheirismo, o respeito, a dignidade e a inclusão social do mesmo, evitam doenças psicológicas e fisiológicas.

Muitas vezes, torna-se difícil manter um idoso na residência pelas mudanças que o ambiente exige. Isso inclui retirada de móveis, tapetes, adaptar corrimões para evitar quedas (principalmente no banheiro), manter o ambiente livre e com boa iluminação para que o idoso possa caminhar livremente e com boa visão entre outros.

Diante destas dificuldades, as famílias acabam decidindo pela institucionalização como forma de resolver o problema (OLIVEIRA et al.,2006).

Para Silva (2006) o envelhecimento apresenta várias fases de transformações na vida do idoso. Cabe as Instituições que os abrigam preservar sua qualidade de vida, melhorando o atendimento de forma que possa atender a demanda de cuidados de maneira confortável e prazerosa até o fim que espera cada um.

4.6 DEPRESSÃO

Depressão significa todo e qualquer sintoma que faz parte dos distúrbios emocionais que todos os indivíduos já sentiram em alguma fase da vida. Pode ser considerada uma síndrome, devido aos diferentes sintomas e duração dos mesmos. Depressão não é apenas um rebaixamento do humor que traduz em tristeza, choro, desinteresse, sentimentos de frustração. Envolve vários aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Com o aumento no número de pessoas idosas, a literatura está aprimorando estudos entre a idade avançada e os sintomas depressivos (BALLONE, 2004).

Segundo Gordilho (2002), algumas situações que acarretam uma transição de ansiedade, angústia e emoções fortes, podem levar uma pessoa a deprimir-se profundamente. Dependendo do estado psíquico de cada um haverá a reação desencadeante ou não do nível depressivo. Quando diagnosticado de forma correta, não causará maiores riscos à saúde. Já nas pessoas idosas, o grau depressivo acaba sendo maior pela forma que o indivíduo lida com os sintomas e procura ajuda profissional.

Os sintomas depressivos de baixa concentração, alterações do sono (vários despertar a noite ou muito cedo), perda de peso, baixa auto-estima, sentimentos de inutilidade, agitação ou retardo psicomotor, gestos e/ou ideação suicida estão presentes em 15% dos idosos residentes tanto na comunidade como nas instituições de longa permanência (SADOCK, 2007).

4.6.1 DEPRESSÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Segundo relatos de artigos publicados de estudos realizados por amostragem em vários estados como, Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina, Ceará, Recife, São Paulo e Rio de Janeiro, mostraram que a depressão afeta tanto o idoso em asilos quanto os que moram em domicílios, variando apenas o grau de depressão.

Conforme Gazalle (et al., 2004), o maior índice de nível depressivo foi encontrado em idosos do sexo feminino com menor escolaridade, ausência de conjugue, nível sócio-econômico baixo e falta de atividade física. A porcentagem alta atribuída às mulheres, reforça a busca por atendimento primário a saúde, sendo assim possível a realização de diagnóstico e tratamento.

Para Sadock (2007), os sintomas geralmente apresentados pela depressão são associados à perda de interesse, sentimento de tristeza e desprazer para realizar atividades comuns, podendo ser mais comum em idoso do que em outras faixas etárias da população. Normalmente estão relacionados com a situação sócio-econômica baixa, perda de conjugue, algum tipo de doença física e o isolamento social. Também existe a dificuldade em identificar e tratar sintomas, pelo fato de idosos apresentarem queixas somáticas pertinentes a idade avançada.

Andrade (et al., 2005), constatou que entre os idosos que moram nas ILPIs (instituições de longa permanência para idosos), o grau depressivo está relacionado não só com a idade, mas também com a falta de atividades realizadas, a ausência do convívio familiar e o fato de sentirem-se isolados em um ambiente que não lhe é agradável, vai afetando os sentimentos e contribuindo para desencadeamento de doença depressiva. O autor ainda diz que os mesmos relataram como atividades realizadas diariamente: assistir televisão, ouvir rádio e rezar terço.

Porcu (et al., 2002), pesquisou idosos institucionalizados, hospitalizados e residentes em domicílio. Nos domicílios o percentual foi de 23,34%. Nos idosos institucionalizados (56%) e hospitalizados (60%) foi encontrado um grau depressivo grave. e entre os pesquisados, um alto índice de mulheres. Foi observado também gestos e ideação suicida, aos quais se atribui o índice elevado, à dificuldade encontrada para levantar diagnósticos. Na maioria das vezes isso passa despercebido por familiares, cuidadores e até mesmo pelo atendimento clínico, devido às características dos sintomas somáticos e depressivos.

Kaplan (et al., 1997), afirmam que muitos transtornos mentais em idosos podem ser aliviados ou mesmos revertidos. O uso em excesso de medicamentos pode causar sintomas psiquiátricos nos idosos, que podem estar relacionados à altas doses ou consumo de medicamentos por conta própria.

Quanto à avaliação e tratamento da depressão em idosos, existem mitos que às vezes implicam no diagnóstico evitando que a doença seja tratada de forma adequada. Entre elas a idéia de que depressão e demência sejam próprias do envelhecimento. Talvez, devido ao pouco conhecimento do que seja o envelhecer

normal. Grande parte dos idosos envelhece sem apresentar doença mental (FIGUEREDO et al., 2002).

4.7 SUPORTE SOCIAL AO IDOSO E QUALIDADE DE VIDA

O suporte social exerce uma promoção de saúde física e mental que é possível observar entre as classes sociais na velhice. Idosos com mais estrutura social e educacional, acabam desenvolvendo um relacionamento ativo de amizades, enquanto que idosos de classe mais baixa acabam se isolando e trazendo efeitos negativos à saúde. Alguns, por fatores de morbidade física, consideram-se carga para quem está mais próximo, influenciando ainda mais as relações sócio-afetivas. (RAMOS,2002).

O conceito de qualidade de vida se relaciona com o que o idoso espera de si mesmo. Isso pode estar relacionado à auto estima, capacidade funcional, nível sócio-econômico, atividade intelectual, o auto-cuidado, suporte familiar, valores culturais, éticos e religiosos, estilo de vida e com o ambiente onde se vive (VECCHIA, 2005).

Segundo Rahal e Sguizzatto (2006) a realização de atividades físicas para idosos é importante mesmo quando há limitações por morbidade, pois resultam em ações preventivas e benefícios de força muscular. A realização das atividades físicas envolvendo postura e equilíbrio reduzem em até 48% riscos de quedas nos idosos, além de estarem associados à diminuição da incidência de doenças crônicas degenerativas. O idoso pode ser avaliado individualmente e liberado para atividades dentro de sua capacidade e que promova motivação e satisfação.

Em pesquisa qualitativa realizada em uma instituição filantrópica Guaraciaba - MG , Delvaux (et al., 2006), constatou que a organização de atividades entre idosos

residentes no asilo, trouxe a princípio, um receio, mas na medida que eram realizadas atividades de lazer como: corte e colagem, jogos interativos, pinturas, artesanatos e atividades de corpo em movimento, os idosos começaram desenvolver novo tipo de interação entre eles. No término do trabalho, os autores puderam constatar que as atividades proporcionaram melhoria na qualidade de vida. O tempo vazio e ocioso dos idosos, foi preenchido com muita satisfação e aumento da auto-estima.

Também foi observada por Areias e Lipp (2008), a importância da presença familiar na qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Os idosos que recebem visitas freqüentes de familiares desenvolvem uma postura diferente de enfrentamento e baixo nível de stress. Sentem-se amparados por manterem o contato familiar.

O Estatuto do idoso no seu Art.3º, define como ser obrigação da família, da comunidade e da sociedade promover ao idoso direito a cultura, ao esporte, lazer, à liberdade, à dignidade e a convivência familiar e comunitária. E completa no inciso VI , a necessidade de capacitação e reciclagem dos recursos humanos na prestação de serviços aos idosos.

Assim sendo, os idosos que se encontram em casa abrigo/instituições deveriam ter o direito à atividade física a fim de promover o bem-estar emocional e intelectual, de maneira que se sintam úteis e capazes. Cabe às instituições desenvolver a prática de atividades físicas por meio de equipe interdisciplinar (dentro das limitações de cada idoso) e desenvolver atividades que possam traduzir em benefícios para os mesmos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início do século passado vem aumentando o número de pessoas com idade avançada no Brasil. Porém, a sociedade e as políticas de saúde não projetaram este avanço populacional.

Muitos idosos vivem no Brasil em condições subumanas, por falta de preparo para a velhice. Trabalharam, deram sua contribuição para o desenvolvimento da nação, mas devido a agravos à saúde e as condições sócio-econômica, à cultura e muitas vezes, a moradia (na dependência de ajuda familiar), faz desse idoso uma pessoa isolada do meio e da dignidade.

Teremos num futuro próximo, idosos cada vez mais alfabetizados e adaptados a uma qualidade de vida que irá dar novos rumos à nossa geração.

Hoje, os idosos são mais ativos e instruídos, portanto conhecem e buscam mais seus direitos e exigem mais da atenção à saúde assim como também, profissionais mais preparados para o mercado de trabalho.

A institucionalização do idoso está interligada à longevidade e as condições familiares ativas ou a falta destes (levando em conta que alguns envelhecem sem constituir famílias). Muitas vezes quando acontece a institucionalização o idoso já se encontra com déficits e às vezes com doenças crônico-degenerativas, que levam à necessidade de atendimento multiprofissional especializados.

Também é grande a porcentagem de idosos depressivos, que na maioria das vezes, não são tratados de forma adequada por falta de um diagnóstico preciso. Pelo fato do envelhecimento causar queixas somáticas, sintomas depressivos nos idosos podem passar despercebidos e não tratados, podendo acelerar o fim da vida.

Os profissionais enfermeiros, com ações preventivas, devem auxiliar na avaliação e diagnósticos de sintomas para que haja o tratamento adequado.

A enfermeira na instituição asilar deve ter uma boa interação com o idoso e seus familiares, promovendo reuniões e inserindo sempre esses idosos ao meio social com desenvolvimento de atividades e participação em datas especiais e comemorativas. Também se deve levar em conta a presença e apoio de seus familiares e amigos mais íntimos, visando também, mudar o estigma de que uma instituição asilar é apenas um refúgio de velhos abandonados, doentes, acamados e tristes, isolados da sociedade.

Com bons cuidados prestados por profissionais da enfermagem nos asilos é possível diminuir o índice e o tempo de internações hospitalares reduzindo gastos da saúde pública e melhorando a qualidade de vida desses idosos.

6. Referências Bibliográficas

- Andrade, ACA.; Lima, FRA.; Silva, LFA.;Santos, SSC.; Depressão em Idosos de uma Instituição de Longa Permanência (ILPIs): proposta de ação de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 2005 abr; 26(1):p.57-66.
- Areias, GL.; Lipp, MEN.; Comparação do nível de stress entre idosos que moram com a família e aqueles que vivem em casa de repouso. **ANAIS do XIII Encontro de Iniciação Científica da PUC** – Campinas, out.2008.
- Ballone, GJ.; Depressão e Ansiedade no Idoso. **Psiquiatria Geriátrica**, 2004. Disponível em: www.psiqweb.med.br. acesso em 02-05-2009.
- BRASIL, IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **censo demográfico 1940-2000**. Disponível em : www.ibge.gov.br acesso em 03-03-2009.
- ____IBGE – **censo demográfico 1991-2000**. Disponível em : www.ibge.gov.br. acesso em: 01-03-2009.
- ____IBGE – **Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil – 2000**. Rio de Janeiro. Disponível em : www.ibge.gov.br/home/estatística/população/perfilidoso/perfilidoso2000.pdf>. acesso em : 01-03-2009.
- BRASIL, Estatuto do Idoso, art.2º inciso I - Decreto nº 5130, de 7 de julho de 2004.
- ____Estatuto do Idoso, art. 3º e inciso VI. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.
- Camarano, A.A.; Kanso, S.; Mello, J.L.; Como Vive o Idoso brasileiro? *In* Camarano, A.A (org). **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60**. Cap.1 p.25-73. Rio de Janeiro: Ipea, 2004. acesso em 01-03-2009.

_____ *Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica*. Rio de Janeiro, IPEA, janeiro 2002. Disponível em : www.ipea.gov.br. acesso em 01-03-2009.

_____ *Famílias com idosos: ninhos vazios?* Rio de Janeiro :IPEA, abril 2003. **texto para discussão, 950**. Disponível em : www.ipea.gov.br. acesso em 06-03-2009.

Chaimowicz, F; *In* Freitas, E.V.; Py, L.; Cançado, F.A.X.; Doll,J.; Gorzoni, M. L.; Epidemiologia e Envelhecimento no Brasil. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª ed. Guanabara Koogan. p.106.

Chaimowicz, F.; A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI : problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**, vol 31, nº2. São Paulo. abril 1997.

Delvaux, ARC.; Macedo, IS.; Dias, LC.; Salgado, SML.; Souza, LM.; Sousa, IF.; Gomes,IS.; Melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados por meio de atividades de lazer. **ANAIS IV Seminário Internacional Sociedade Inclusiva. PUC - Minas Gerais**, out.2006.

Figueredo, SCS; Mello, EA; Cançado, FAX: Saúde Mental e Envelhecimento: e organizadores, **Tratado de Geriatria e Gerontologia** , 2ª ed. 2002. Guanabara Koogan Cap.97 p.808-812.

Gazalle,F.K.; Lima, M.S.: Tavares, B.F.;Hallal, P.C.:: Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, vol.38 nº 3. São Paulo, junho 2004.

- Gordilho, A.; Depressão, Ansiedade, Outros Distúrbios Afetivos. e organizadores. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª ed. 2002. Guanabara Koogan. cap.25.p.204-215.
- Groisman, D; *Asilo de Velhos: Passado e Presente*. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**. Porto Alegre, v 2 p.67-87. 1999.
- Jaluul, O; Stoppe Jr, A; *in*: Jacob Filho, W; Amaral, JRG; **Avaliação Global do Idoso: manual da Liga do GAMIA**. Atheneu 2005. São Paulo. Cap.9, p.99-109.
- Kaplan, Sadock & Grebb , **Compêndio de Psiquiatria : ciências do comportamento e psiquiatria clínica** / Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Jack A. Grebb; tradução Dayse Batista. – 7ª ed. Porto Alegre (RS). Artmed, 1997.
- Lemos,N., Medeiros,SL.; Suporte Social ao Idoso Dependente : e organizadores. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª ed. 2002. Guanabara Koogan, cap.107, p.892-897.
- Oliveira, CRM; Souza, CS; Freitas, TM; Ribeiro, C;. *Idoso e Família: Asilo ou Casa*. Artigo Científico, 2006. p.1-12. www.psicologia.com.pt
- Paschoal,SMP; Salles, RFN; Franco,RP. Epidemiologia do Envelhecimento: *In* Carvalho Filho,ET; Papaléo Netto, M . **Geriatria – Fundamentos, Clínica e Terapêutica**, 2ª ed. 2006. Atheneu. Cap. 2, p.19-34.
- Papaléo Netto, M. Estudo da Velhice no Século XX : e organizadores. **Tratado de Geriatria e Gerontologia** 2002, Ganabara Koogan. Cap.1, p.2-12.
- Papaléo Netto,M; Carvalho Filho,ET; Salles,RFN. Fisiologia do Envelhecimento : e organizadores . **Geriatria - Fundamentos, Clínica e Terapêutica** 2ª ed. 2006. Atheneu. Cap. 4, p.43-62.

- Pavan, FJ; Meneghel,SN; Junges, JR; *Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (9): 2187-2190, setembro, 2008.
- Pollo, SHL; Assis, M;. *Instituições de longa permanência para idosos – ILPIs: desafios e alternativas no Município do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, vol.11 n.1. Rio de Janeiro 2008.
- Porcu, M.; Scantamburlo,V.M.;Albrechet, N.R.;Silva, S.P.; Vallim, F.L.;Araújo, C.R.; Detreggia,C.;Faiola, R.V.;. Estudo comparativo sobre prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. **Departamento de Medicina, UEM. Maringá**, v.24, nº 3, 2002. p.713-717.
- Probst, E.R.; *A Evolução da mulher no Mercado de Trabalho*. Artigo Científico, p.1-8, 2007. disponível em : www.icpg.com.br . acesso em 15-03-2009.
- Ramos, MP.; Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre (RS), ano 4, nº7, jan/jun 2002. p.156-175.
- Rahal, MA.; Sguizzatto,GT.; Exercício Físico: e organizadores. **Geriatrics – Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 2ª ed. 2006. Atheneu. Cap. 64. p.699-706.
- Sadock, Benjamin James. **Compêndio de Psiquiatria** : ciências do comportamento e psiquiatria clínica/ Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock ; tradução Cláudia Dornelles...[et al.]. – 9ª ed. Porto Alegre(RS) : Artmed, 2007.
- Silva, RH; Teixeira, CAA; Carreira,L; Antonio, MM; Macieira, SA; *Caracterização dos Idosos Institucionalizados no Asilo São Vicente de Paulo de Maringá- Paraná. IV*

Fórum de Extensão e Cultura da UEM: Perspectivas da Extensão Universitária e da Prestação de Serviços. Arq Mudi. 2006; 10 (Supl.1). p.254-256.

Souza,J.L.C.; Asilo para Idosos : O lugar da face rejeitada. **Belém**, ano 4 nº 1, p.77-86, setembro 2003.

Vecchia, RD.; Ruiz, T.; Bocchi, SCM., Corrente, JE..Qualidade de vida na terceira idade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2005; 8 (3) : p. 246-252.