

DEPRESSÃO NA VELHICE: UMA PESQUISA SOBRE ASPECTOS DA PERSONALIDADE

Glauciele Oliveira Santos ¹
Elizabeth HertelLenhardt Botelho²

Resumo

Esse artigo visa refletir e discutir acerca desse alto índice e dos fatores que podem influenciar no aparecimento da depressão nessa população. Para isso foi realizado um levantamento de dados com Idosos que freqüentam centros de convivência através da aplicação da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) com objetivo principal de levantar dados acerca da depressão na velhice e alguns aspectos da personalidade que estão ligados a ela, procurando explorar através da aplicação do teste psicológico BFP, avaliando a dimensão do Neuroticismo. Cerca de 60% dos 40 idosos que participaram da pesquisa, obtiveram o resultado Alto e Muito Alto de percentil para a característica Depressão. Esse artigo visa refletir e discutir acerca desse alto índice e dos fatores que podem influenciar no aparecimento da depressão nessa população.

Palavras-chave: Depressão; Velhice; Qualidade de Vida; Psicologia.

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde (1999) são consideradas idosas pessoas a partir dos 60 anos, que vivem em países em desenvolvimento como o Brasil. O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (2003) afirma que em cinquenta anos, a população idosa se quadruplicará, devido ao avanço da ciência, principalmente a medicina, que por consequência aumentou a expectativa de vida consideravelmente na última década (OMS, 1999). O Brasil tem experimentado um fenômeno de inversão da pirâmide etária, já que desde 1940 o grupo etário de mais de 60 anos é o que mais cresce no país, sendo que entre 1980 e os anos 2000 essa população cresceu 104%, e em comparação com a faixa etária de menos de 15 anos, cresceu apenas 14%. A taxa de natalidade tem diminuído e a expectativa de vida vem

¹Acadêmica do Curso de Psicologia - UNIVAG - Centro Universitário Várzea Grande.

² Mestre em Saúde Coletiva, Professora de Psicologia - UNIVAG - Centro Universitário Várzea Grande.

umentando consideravelmente, sendo esse um dos fatores do aumento da população Idosa no Brasil (RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987).

Em efeito ao aumento da população idosa, sabe-se que a estrutura para oferecer uma qualidade de vida para essa população deverá ser revista, pois se atualmente já não se têm um plano de ação para essa população, imagine com o quádruplo do que já se tem (ONU, 2003). Em relação a estrutura oferecida ao idoso, a Lei Nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003 que regula o Estatuto do idoso, prevê em seu Art. 3º, que é de obrigação familiar, da comunidade, da sociedade e do poder público garantir ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) ainda prevê que os mesmos devem ter atendimento prioritário quando se trata de saúde, e que é dever do Estado garantir-lhes proteção a vida e a saúde, por meio de efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e digno. De acordo com Neri (2007) a busca por condições e variantes de um envelhecimento descrito como saudável, nos aspectos físico, psicológico e social, é mais que um desafio pessoal, pois tais questões são significativas para a ciência e sociedade. Ainda de acordo com a autora não há uma receita para bem envelhecer seguindo esses critérios.

Acerca do que o Estatuto do Idoso trata como qualidade de vida, pode-se entender, seguindo o raciocínio de Irigaray e Trentini (2009) que a qualidade de vida pode ser definida como a visão que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, considerando o contexto de sua cultura e de acordo com os sistemas de valores da sociedade em que vive, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Portanto o conceito de qualidade de vida possui uma dimensão totalmente subjetiva que também é modificada com o passar do tempo, ou seja, a qualidade de vida é definida de maneira diferente entre jovens, adultos e idosos.

Segundo Nobres (1995) normalmente alguns aspectos são avaliados a fim de determinar a qualidade de vida, entre os quais estão as dimensões que compreendem a mobilidade física, o repouso, as funções cognitivas, a satisfação sexual, o comunicar-se, o alimentar-se, a reserva energética, a presença de dor, o comportamento emocional, as

atividades recreativas, as atividades de trabalho, as atividades domésticas, os relacionamentos sociais, ou outros aspectos relacionados ao contexto de vida do Idoso.

Nesse sentido, o plano de ação internacional para o envelhecimento (OMS 2003) prevê também a assistência à saúde mental do Idoso, afirmando que os problemas relacionados à saúde mental são um dos principais motivos da redução da qualidade de vida nessa população. As estratégias para fazer frente a essas doenças incluem medicação, apoio psicossocial, programas de formação com enfoque cognitivo, formação de familiares e profissionais que cuidam de doentes e de estruturas de assistência em regime interno.

As principais patologias no sentido fisiológico que atingem a cognição na velhice são o Alzheimer e a Depressão. Estima-se que 28,9% de toda a população idosa sofra de algum tipo de depressão (OLIVEIRA,1993). Alguns fatores, de acordo com a pesquisa realizada por Oliveira em 1993, que influenciam na incidência da doença nessa população vão desde a idade, estado civil, prática religiosa, história migratória, manutenção individual, percepção do estado de saúde, uso de medicação, uso de bebidas alcoólicas até antecedentes familiares de distúrbios mentais (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2000).

Segundo o Manual que classifica as doenças mentais, o CID-10 (1993) compreende a depressão na subseção F.32, com os seguintes sintomas: rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Nesse sentido, é possível refletir sobre a patologização do envelhecimento, uma vez que o processo natural do envelhecimento propicia muito dos sintomas descritos pelo CID.

Ainda segundo o manual (CID-10, 1993), existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave. (CID-10,1993).

Compreende-se que a depressão seja uma das principais causas de suicídio na população idosa, sendo um dado ainda obscuro, pois na maioria das vezes o suicídio ainda

não é computado. Cerca de 5% da população idosa comete tentativa de suicídio, sendo que desse percentual, pode-se acreditar que suba para 8% pois muitas das tentativas não são esclarecidas (IGARAY e SCHNEIDER, 2007).

Os autores Igaray e Schneider (2007) explicam que as dimensões de personalidade podem contribuir para a adaptação ao envelhecimento, influenciando a saúde e a longevidade na velhice. Embora as bases dessa associação ainda sejam pouco conhecidas, há evidências da importância da personalidade no bem estar subjetivo e no início de depressão em idosos, como a perda da resiliência e da flexibilidade com situações do cotidiano, o que corrobora o que a OMS (2003) trás como conceito de saúde sendo essa Biopsicossocial. Formas menos graves de depressão são mais passageiras ou brandas, mas podem levar a depressão Maior.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostras em domicílios, (IBGE, 2010) mostram que cerca de 9,2% da população idosa possui algum tipo de depressão classificado no manual de doenças mentais, o CID-10. Ao contrário à crença popular, a depressão é diagnosticada com menos frequência quanto mais avançada a idade. Muitas pessoas de mais idade sofrem de dores ou de doenças crônicas; perderam a família e os amigos íntimos; tomam remédios que alteram o humor; sentem que possuem pouco ou nenhum controle sobre suas vidas. Todas essas condições podem desencadear depressão (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2000). No Brasil, quase metade dos Idosos, cerca de 48% possui alguma doença crônica, sendo um dos fatores de risco para desencadeamento da depressão (IBGE, 2010).

Baixos níveis de dominância e altos de neuroticismo têm sido relacionados com desencadeamento de depressão em idosos (IGARAY e SCHNEIDER, 2007). Por exemplo, até algum tempo atrás, acreditava-se que os traços da personalidade eram imutáveis, quando se adquiria certa idade. Porém, as novas teorias de personalidade indicam que o desenvolvimento humano é contínuo até a morte, ou seja, os traços podem se modificar e ser dinâmicos não importando a idade e esses são multidimensionais e multifatoriais, não focando apenas no fator interno do sujeito, mas procurando um olhar sobre todos os fatores que influenciam na mudança da personalidade (IGARAY e SCHNEIDER, 2007; BRAGHIROLI, 2001). Por esses motivos apontados pelos autores, o presente artigo, serão esses os aspectos da personalidade avaliados para conhecer a prevalência de depressão em idosos.

A questão da aposentadoria, também é um dos fatores sociais que causam sintomas depressivos, visto que o indivíduo é definido socialmente pela atividade laboral que

desempenha, e na velhice o trabalho vai sendo desvalorizado (FRAIMAN, 2004). O mesmo autor explica que o declínio físico causa uma tentativa de compensação através de comportamentos, como por exemplo, ocupar-se demasiadamente, mesmo não gostando. Já os autores Papalia, Olds e Feldman (2000) explicam que a depressão pode ser confundida em muitos casos, com algum tipo de demência. A crença popular compreende que pessoas idosas em geral são mais tristes, pois estão afetadas por suas perdas físicas e cognitivas, ou até mesmo acredita-se que idosos são mais mal-humorados por conta da idade, acabando por ignorar os sintomas.

Para que isso se realize, sabe-se da importância da qualidade de vida e do bem-estar como biopsicossocial, como a própria OMS (1999) sugere. Ao conhecer melhor as características da depressão presente nesse determinado tipo de população, que possui suas singularidades relacionadas à saúde e ao próprio processo de envelhecimento, pode-se pensar nas melhores intervenções. O presente levantamento justifica-se a partir do conhecimento de que a população mundial está envelhecendo, sabe-se também que é essa a realidade brasileira, e vê-se que esse fator tem motivado o desenvolvimento de estudos visando conhecer a realidade dessa população a fim de lhe proporcionar um envelhecer mais pleno possível.

Portanto é imprescindível que se continue ouvindo o principal interessado nesse processo, o próprio idoso, sobre suas perspectivas, anseios, medos, a fim de que com esses subsídios as pessoas que convivem, tratam, cuidam desses indivíduos possam compreender melhor como a própria depressão os afeta e identificar os fatores que levaram essa doença crescer nesse público de maneira tão alastrante.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada com idosos, que segundo Brasil (2009) é toda pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. E que estavam participando das atividades de um dos locais onde foram realizados os levantamentos. A coleta de dados foi realizado em dois ambientes distintos, sendo o primeiro um baile de terceira idade, que é realizado em Cuiabá, as terças-feiras e aos sábados a partir das 14 horas se estendendo até às 20 horas, e possui como atividade principal a dança. O segundo local é o GINE (Grupo de Idosos Nova Esperança), situado num bairro também em Cuiabá, no qual a entrada é franca, com reuniões semanais

que tem início às 15 horas e duração de aproximadamente quatro horas, com atividades manuais e voltadas pra artes.

Para a coleta de dados foi realizado um questionário fechado em 40 idosos contendo perguntas sobre dados sócio-demográficos e perguntas específicas sobre a sexualidade do idoso. Em um segundo momento foi aplicado um teste psicológico – BPF (Bateria Fatorial de Personalidade) que é um teste que visa medir cinco grandes fatores de personalidade (CGF), que inclui as dimensões Extroversão, Socialização, Realização, Neuroticismo e Abertura Para Novas Experiências. Para este estudo devemos focar no fator de Neuroticismo, foram analisados apenas quatro fatores de personalidade, que são: a) Neuroticismo – o qual avalia a vulnerabilidade, b) instabilidade emocional, c) passividade/falta de energia e d) depressão – e é definido segundo o manual como o fator da personalidade mais associado às características emocionais, referindo-se ao nível crônico de ajustamento e instabilidade emocional dos indivíduos.

Esse teste demonstra também as diferença individual de reações frente a desconforto psicológico como aflição, angustia, e estilos cognitivos e comportamentais decorrentes. Dentro dessa dimensão, o teste aborda quatro características: vulnerabilidade que se trata do quanto às pessoas são frágeis, sua dependência emocional, e o quanto possuem medo de tomar decisões em função de decepcionar as outras pessoas. Ainda dentro dessa dimensão, tem-se a característica da Instabilidade, que descreve o quanto as pessoas podem se irritar facilmente, ser nervosa e ter grande variação de humor. (NUNES, HUTS e NUNES, 2010).

A terceira característica analisada dentro da dimensão do neuroticismo é a passividade, que refere-se ao desempenho de resolver problemas com facilidade e a velocidade de decisão. E o quarto aspecto dessa dimensão é a depressão, sendo essa, a interpretação que os indivíduos possuem ao longo da vida, suas expectativas em relação ao futuro, e capacidade de lidar com adversidades que ocorrem em suas vidas (NUNES, HUTS e NUNES, 2010), sendo que esse último será o de maior enfoque no presente artigo.

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e com constituição instituída pela Resolução 246/97 do Ministério da Saúde, que trata de implementar as normas e diretrizes das Pesquisa Envolvendo Seres Humanos pelo Conselho (CONEP, 2002) e que após lido e assinado, cada participante da pesquisa ficou com uma cópia. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética nacional, Plataforma Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a coleta de dados, foi tabulado os resultados em um programa de estatística SPSS versão 17 para analisar os resultados e os dois grupos distintos. Em relação aos resultados, informações sócio demográficas relativas à idade, sexo, estado civil, escolaridade, moradia e condições econômicas foram levantadas, as quais estão demonstradas na Tabela 1, a fim de compreender minimamente sobre a realidade social encontrada, podendo assim, realizar uma aproximação com outros dados achados nas questões abertas e nos resultados do teste.

Tabela 1: Dados sócio demográfico de idosos em Cuiabá, MT no ano de 2015.

Variáveis	Frequência	Percentual %
Idade		
De 60 à 69 anos	19	47,5
De 70 à 79 anos	18	45,0
Acima de 80 anos	03	07,5
Sexo		
Masculino	16	40,0
Feminino	24	60,0
Estado civil		
Com companheiro	6	15,0
Sem companheiro	34	85,0
Escolaridade		
Analfabeto	13	32,5
Ensino fundamental	24	60,0
Ensino médio	1	02,5
Ensino superior	2	05,0
Mora com		
Sozinho(a)	9	22,5
Com família	25	62,5
Companheiro(a)	2	05,0
Outros	4	10,0
Condições econômicas		
Aposentado(a)	27	67,5
Pensionista	5	12,5
Trabalha	2	05,0
Desempregado(a)	4	10,0
Outro	2	05,0

Fonte: Pesquisa realizada com grupo de idosos na cidade de Cuiabá- junho a agosto de 2015.

Os participantes dessa pesquisa apresentaram-se praticamente todos distribuídos entre duas faixas etárias, ou seja, 47,5% participantes tem entre 60 e 69 anos e 45% tem idades entre 70 e 79 anos, apenas 7,5% tem idades acima de 80 anos. Segundo dados do IBGE

(2008) a média de vida da população brasileira é de 74 anos, o que justifica o baixo número de participantes acima dessa faixa etária.

Quanto ao gênero, 60% dos participantes são mulheres, dado que também nos remete a um fenômeno mundial. No Brasil de acordo com os dados do último censo do IBGE (2008), para cada 100 mulheres idosas há 81 homens na mesma condição, essa diferença é explicada pela maior expectativa de vida nas mulheres, que em média vivem oito anos a mais que os homens.

Quanto à escolaridade, 60% dos participantes possuem apenas o ensino fundamental, enquanto 32,5% são analfabetos, 2,5% possuem o ensino médio, e 5% o ensino superior. Esses dados também são condizentes com a realidade dessa população, visto o acesso a educação formal ser algo que passou a ser valorizado e disponibilizado a grande massa populacional apenas recentemente. De acordo com Yokoyama, Carvalho e Vizzotto (2006) até a década de 60 os homens tinham mais acesso à escola do que as mulheres, visto elas dedicarem-se quase que exclusivamente ao lar. Já a partir de 1960 a força de trabalho feminino acabou por determinar um aumento no nível de escolaridade, exigido pela competitividade da mão de obra. De lá para cá a escolaridade feminina vem crescendo, acompanhando os dados estatísticos, maior número de mulheres estão trabalhando e sendo responsáveis pela renda familiar.

Grande parte dos participantes dessa pesquisa, 62,5%, respondeu que mora com a família, sendo essa a definição de morar com os filhos. Custódio (2008) lembra que na velhice, a família é o suporte e o lugar privilegiado de trocas entre as pessoas, permitindo aos indivíduos mais velhos um envelhecimento mais harmonioso. Já 22,5% disseram morar sozinhos, enquanto 5% moram com companheiro, e 10% responderam que moram com outras pessoas. Sobre o vínculo familiar esses dados corroboram aos encontrados por Yokoyama, Carvalho e Vizzotto (2006), em pesquisa com idosos em um centro de convivência onde apenas 16% residiam sozinhos, sendo que o restante morava com outras pessoas de diferentes vínculos.

Quanto às condições econômicas, 80% dos entrevistados recebem algum tipo de benefício do governo, 10% diz estar desempregado, 5% trabalha, e 5% responderam que tem outra renda. Os dados do censo do IBGE (2008) demonstraram que 62,4% dos idosos eram responsáveis pelos domicílios brasileiros. Nessa pesquisa foi constatado que 77,5% dos idosos residem com outras pessoas, e como apenas 10% dos entrevistados disseram estar

desempregados, deduz-se que esses idosos também têm responsabilidades financeiras nos lares onde residem, corroborando com os dados do IBGE.

Para averiguarmos alguns detalhes da personalidade dos participantes foi aplicado o teste BFP, e parte dos resultados estão a seguir na Tabela 2, focando na Dimensão do Neuroticismo, sobre as características: Vulnerabilidade, Instabilidade, Passividade e depressão.

Tabela 2: Dados BFP aplicado nos idosos em Cuiabá, MT no ano de 2015.

Facetas Bateria Fatorial de Personalidade								
	Vulnerabilidade		Instabilidade		Passividade		Depressão	
	Baile	Bairro	Baile	Bairro	Baile	Bairro	Baile	Bairro
MB	00	00	75%	85%	30%	05%	00	00
B	25%	00	15%	15%	40%	65%	75%	00
M	70%	20%	10%	00	30%	30%	25%	10%
A	05%	30%	00	00	00	00	00	40%
MA	00	50%	00	00	00	00	00	50%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Legenda: MB - muito baixo; B - baixo; M - médio; A - alto; MA - muito alto.

O Manual do Teste BFP elucida que o teste possui como objetivo detectar alguns padrões de comportamento, e que padrões muito altos ou baixos não representam uma personalidade desadaptada. A classificação é realizada da seguinte maneira: Percentil até 14 é considerado muito baixo (MB), de 15 a 29 é classificado como baixo (B), percentil de 30 a 70 significa um percentil na média (M), de 71 a 85 é considerado um percentil alto (A) e acima de 85 é um percentil muito alto (MA), (NUNES, HUTS e NUNES, 2010).

Nota-se que na escala, o Fator Vulnerabilidade que está relacionada ao quanto as pessoas são frágeis emocionalmente, está classificado como Muito Alto na maioria das idosos que participam do Centro de convivência no bairro, cerca de 50% que segundo o manual do BFP, está caracterizada uma grande dependência emocional em relação aos outros, e isso tende a afetar suas relações interpessoais. Já os idosos do Baile possuem esse fator na média 70%, que significa que essas pessoas tendem a ser mais flexíveis frente aos problemas cotidianos (NUNES, HUTS e NUNES, 2010).

Alguns autores defendem que baixos níveis de dominância e altos de neuroticismo têm sido relacionados com desencadeamento de depressão em idosos. Por outro lado, altos níveis de extroversão estão ligados a uma baixa taxa de mortalidade na velhice, explicando que indivíduos que se mantêm esperançosos e flexíveis aos contratemplos cotidianos, tendem a ter melhor saúde e até viver mais (IGARAY e SCHNEIDER, 2007).

Sobre a resiliência, que acaba sendo uma característica analisada dentro do fator Vulnerabilidade, Laranjeira (2007) elucida que muitos fatores são diferentes na velhice, como por exemplo, as várias perdas de entes queridos durante a vida. Logo, o próprio envelhecimento pode ser compreendido como um fator de risco, e que a alta quantidade de abandono, dependência e negligência podem desencadear um alto escore de vulnerabilidade. A maioria dos Idosos que moram com os filhos, ainda sim dizia sentir-se sozinho, relatando um abandono familiar.

O segundo fator avaliado foi a Instabilidade, que basicamente refere-se ao quanto às pessoas são irritáveis, nervosas e com variação de humor. Tanto os idosos do Baile quanto do centro de convivência do bairro, estão classificados como 75% e 85% (Alto), respectivamente. Isso significa dizer que essas pessoas apresentam baixa variação de humor, e que geralmente não tomam decisões de forma impulsiva, com alta tolerância a frustrações (NUNES, HUTS e NUNES, 2010).

Isso pode ser explicado pelo tempo de vivência, pois idosos costumam agir menos impulsivamente do que pessoas mais novas e ponderar melhor ao realizar qualquer escolha, sinaliza Laranjeira (2007). O autor segue explicando também que idosos tendem a ser menos afetados emocionalmente quando se trata de eventos externos. De outro modo este é um fator positivo.

Sobre a terceira faceta do teste BFP que fora analisado, têm-se a Passividade, que corresponde também a falta de energia. Esse aspecto refere-se sobre a velocidade de decisão. Sobre os resultados, percebe-se que o Bairro teve a classificação de 65% enquanto os idosos do baile, obtiveram o escore entre a classificação Baixa, Muito Baixa e Média. Pessoas com baixo escore nessa faceta, costumam ser pró ativos e concluir tarefas sem necessitar de motivações externas, enquanto as pessoas com escore médio, possuem além disso, maior flexibilidade (NUNES, HUTS e NUNES, 2010).

Estudos realizados explicam que o neuroticismo e os fatores que o constituem em geral são mais prevalentes em adolescentes do que em adultos, e a média persiste na velhice. O neuroticismo está associado a rigidez mental, uma vez que a procrastinação, passividade, dificuldade em tomar decisões, vulnerabilidade e instabilidade são constituintes do ser neurótico, e costumam acarretar intenso sofrimento psíquico (OLIVEIRA, 2002).

Sobre a depressão, que fora a última faceta analisada está ligada a expectativa acerca do futuro, capacidade para lidar com dificuldades que ocorrem ao longo do tempo. Os escores

da população que frequenta o centro de convivência do bairro, está classificada em Muito Alta 50% e alta 40% respectivamente, o que denota expectativa negativa em relação ao futuro, tendem a sentir que sua vida é monótona, sentindo-se solitários e sem objetivos na vida, sendo que pessoas com escores são caracterizadas como desesperançadas em relação a sua própria vida (NUNES, HUTS e NUNES, 2010).

Ainda referente sobre os resultados da faceta depressão, os idosos que frequentam o Baile, possuem a maioria dos escores na classificação Baixa e Média. Isso mostra que essas pessoas possuem padrões mais adaptativos de comportamentos, possuindo até uma expectativa positiva em relação aos eventos de sua vida, podendo ser prejudicado na medida em que não conseguem enxergar problemas reais e enfrentá-los com mais facilidade (NUNES, HUTS e NUNES, 2010).

No idoso, a depressão tem sido caracterizada como uma síndrome que envolve inúmeros aspectos clínicos, sendo que as causas da depressão na velhice são um conjunto amplo de componentes onde atuam fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros (SANTOS e CORTINA, 2011). Os mesmos autores ainda elucidam que “a depressão no idoso frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves” (p.113). Assim estão vulneráveis e por fim podem desencadear a depressão.

Nesse mesmo estudo de Santos e Cortina (2011), as autoras apontam que cerca de 80% da população idosa possui algum tipo de doença crônica, o que pode ser considerado um fator de predisposição para depressão. As autoras explicam que o abandono, o isolamento social, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social do investimento escolar, a aposentadoria que compromete os recursos mínimos de sobrevivência, são fatores que afetam a qualidade de vida e predisõem o idoso ao desenvolvimento de depressão.

O que mais chamou atenção na aplicação do teste é que a maioria dos fatores que constituem a grande dimensão do neuroticismo estão semelhantes nos dois ambientes. Porém os fatores Depressão e Vulnerabilidade mostraram extremamente discrepante entre os idosos que frequentam o baile e os que frequentam o Centro de convivência do Bairro. Santos e Cortina (2011) explicam que o contato social, principalmente na Terceira Idade é um fator essencial para a prevenção da depressão nessa população. Se faz necessário indagar-se os

motivos do resultando discrepante em cada ambiente, sendo que ambos possuem a mesma finalidade: interação social de idosos.

Dentro dessa perspectiva analisada, o papel da família torna-se fundamental. No questionário aberto para análise sócio demográfica, cerca de 62,5% dos idosos dizem morar com a família, e dessa porcentagem que mora com a família, todos responderam que se sentem sozinhos. Alguns estudos apontam que um dos fatores que desencadeiam a depressão em idosos é a relação familiar, pois é ela que exerce a maior função quando se trata do fortalecimento das relações e desenvolvimento de independência emocional no sentido de ter confiança em si mesmo (SANTOS e CORTINA, 2011; PAVARINI et al, 2005).

Os idosos necessitam de atenção e assistência adequada a cada necessidade, e a família acabam necessitando de orientações constantemente, pois na maioria das vezes é uma nova situação para todos os membros. O ambiente familiar acaba por influenciar no comportamento do idoso, proporcionando independência, ou até mesmo algum tipo de poder sobre a pessoa idosa, o que pode gerar o sentimento de impotência (SANTOS e CORTINA, 2011). Sendo esse sentimento, um dos maiores causadores da depressão nessa população.

A família constitui o primeiro suporte social informal, ou seja, a fonte primária de cuidado não profissional o idoso. É importante destacar que nas últimas décadas o contexto familiar vem se modificando, sendo que as famílias extensas acabaram se tornando mais raras, sendo então necessário contratar um cuidador informal, que por muitas vezes não oferece o cuidado necessário para o idoso (PAVARINI et al, 2005). Quando não há a família como suporte, há probabilidade de outros lugares fazerem este papel, no caso os amigos e os laços de convivência, juntamente com as relações interpessoais, sendo que as atividades exercidas nos centros de convivência são extremamente importantes para a saúde mental do idoso, pois envolvem atividades como dança, exercícios físico, artesanatos e a própria convivência com outros da mesma idade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do vertiginoso crescimento da população idosa, e da evidente falta de planejamento e adaptação do meio em que os Idosos circulam diariamente e das pessoas que os cercam, a presente pesquisa apenas comprovou o que a maioria das outras já haviam apontado acerca do índice de depressão na velhice. É importante perceber a maneira com que

cada ambiente influenciou o resultado do teste, sendo discrepante os resultados obtidos dos idosos do baile e os idosos que freqüentam o Centro de Convivência do Bairro, e que somente uma outra pesquisa averiguando as características de cada lugar e suas singularidades para conseguir compreender o que de fato contribuiu para os resultados diferentes.

O cuidar do Idoso acaba trazendo novas demandas, e com isso se percebe uma urgência de preparação para se lidar com essa população. Tanto o cuidado informal quanto o profissional. Dentro da psicologia, destacam-se os estudos da Psicologia do Desenvolvimento, Envelhecimento e a Gerontologia (REZENDE, 2008).

Contudo, são inúmeras as possibilidades de trabalho do psicólogo com esse público, visto que a subjetividade é um dos objetos de estudo e intervenção da psicologia, e vários são os fatores que perpassam essa população. É importante que o psicólogo compreenda seu papel no atendimento essa população, abarcando as questões sociais que afetam seu trabalho, como as políticas públicas específicas e o próprio Estatuto do Idoso (REZENDE, 2008).

REFERÊNCIAS:

BRASIL, **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CID-10 Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Coord. Organiz. Mund. da Saúde; tradução Dorgival Caetano-Porto Alegre Artes Médicas, 1993.

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde Ministério da Saúde - **Cadernos de Ética em Pesquisa - Nº 10** – Julho de 2002 - Publicação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS Brasília, 2002.

CUSTÓDIO, C. M. F. Representações e vivências da sexualidade no idoso institucionalizado. **Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde**. Orientador: Professora Doutora Natália Ramos. UNIVERSIDADE ABERTA Lisboa Maio – 2008.

FRAIMAN, A. **Coisas da idade**. Ana P. Fraiman, São Paulo: Alexa Cultural, 2004.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 -Revisão 2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Depressão atinge 9,2% dos idosos no Brasil**, 2010. Disponível em: <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=12458>, Acesso: 25/09/2016.

IRAGARAY, T. Q; TRETINI, C. M. Qualidade de vida em pessoas idosas: a importância da dimensão subjetiva. **Estudos da Psicologia**, Campinas, v. 24, n.3, p. 297-304, 2009.

IRIGARAY, T. Q; SCHNEIDER, R. H. Características de personalidade e depressão em idosas da Universidade para a Terceira Idade(UNITI/UFRGS). **RevPsiquiatria RS**, v. 29, n.2, 2007.

LARANJEIRA, C. A. S. J. Do vulnerável Ser ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 327- 332, 2007.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. 7 ed. Campinas: Papirus, 2007.

NOBRES, M. R. C. Qualidade de vida. **ArqBrasCardiol** volume 64, (nº 4), 1995.

NUNES, C. H. S; HUTS, C. S; NUNES, M. F. O. **Manual: Bateria Fatorial de Personalidade (BFP)**. 1ª ed, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

OLIVEIRA, J.H.B. Neuroticismo: Algumas variáveis diferenciais. **Análise Psicológica**, v. 4, p. 647- 655, 2002.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Saúde**, Banco de Dados. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1999.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**, 2002/ Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. — Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

PAPALIA, D; OLDS, S; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PAVARANI, S. C. I. et al. **A arte de cuidar do Idoso : Gerontologia como profissão ?**. Texto Contexto Enfermagem, v. 14, n. 3, p. 398-402, 2005.

PLANO DE AÇÃO INTERNACIONAL SOBRE O ENVELHECIMENTO, 2002 / **Organização das Nações Unidas**; tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M. B. de Mendonça e Vitória Gois. – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

RAMOS, L. R; VERAS, R. V; KALACHE, A. **Envelhecimento Populacional**: uma realidade Brasileira. Revista de Saúde Pública, volume 21, São Paulo. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/artigos-e-teses/envelhecimento_populacional_uma_realidade_brasileira.pdf. Acesso em: 25/09/2016.

REZENDE, R. Afeto, Velhice e Lazer. **Licere**, v.11, n.3, Belo Horizonte dez./2008 .

SANTOS, L. M; CORTINA, I. Fatores que contribuem para a depressão no Idoso. **Revista de Enfermagem UNISA**, v. 12, n.2, p.112- 116, 2011.

YOKOYAMA, C. E.; CARVALHO, R. S.; VIZZOTTO, M. M. Qualidade de vida na velhice segundo a percepção de idosos frequentadores de um centro de referência. **Psicólogo in Formação**.ano 10, nº 10, jan./dez. 2006.