

## Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade

*Depressive symptoms in the elderly: comparison of residents in condominium specific for elderly and in the community*

*Síntomas depresivos en personas mayores: comparación entre los residentes en condominio específico para ancianos y en la comunidad*

Elen Ferraz Teston<sup>1</sup>, Ligia Carreira<sup>1</sup>, Sonia Silva Marcon<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá-PR, Brasil.

Submissão: 14-11-2012    Aprovação: 13-05-2014

### RESUMO

Objetivou-se comparar os sintomas de depressão entre residentes em um Condomínio para idosos e na comunidade. Estudo quantitativo, realizado junto a 210 idosos do município de Maringá-PR. Os dados foram coletados entre novembro de 2011 a fevereiro de 2012, utilizando-se o instrumento BOAS, e submetidos a análise estatística. Dentre os idosos em estudo, 23,3% evidenciavam depressão, com razão de chance de ocorrência maior para os residentes do Condomínio. Apesar da oferta de atividades pela organização desta modalidade habitacional, evidenciou-se que os idosos com depressão são justamente aqueles que, por si só, não participam das atividades. Assim, é importante que os profissionais identifiquem precocemente estes idosos e desenvolvam estratégias de fortalecimento de vínculo, com o objetivo de impedirem a evolução do quadro e contribuir para a promoção de sua saúde mental e qualidade de vida.

**Descritores:** Envelhecimento; Depressão; Idoso; Enfermagem.

### ABSTRACT

This study aimed to compare the symptoms of depression among elderly living in a Condo for elderly and in the community. A quantitative study was conducted with 210 elderly in the city of Maringá-PR. Data were collected between November 2011 and February 2012, using the instrument BOAS, and subjected to statistical analysis. Among the subjects studied, 23.3% had depression, with an odds ratio of greater occurrence for residents of the Condominium. Despite the range of activities the organization of this housing type, it was observed that the elderly with depression are precisely those which by itself does not participate in the activities. It is therefore important that professionals identify early these elderly, to develop strategies to strengthen the bond in order to prevent the evolution of the situation and to contribute to the promotion of mental health and quality of life.

**Key words:** Aging; Depression; Elderly; Nursing.

### RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comparar los síntomas de la depresión entre los ancianos residentes en uno Condominio y en la comunidad. Estudio cuantitativo realizado con 210 ancianos en la ciudad de Maringá-PR. Los datos fueron recolectados entre noviembre 2011 y febrero de 2012 utilizando el instrumento BOAS y se sometieron a análisis estadístico. Entre los ancianos estudiados, el 23,3% tenían depresión, con una *odds ratio* de mayor incidencia para los residentes del Condominio. A pesar de la gama de actividades de la organización de este tipo de vivienda, se observó que los ancianos con depresión son, precisamente, los que por sí mismo no participa en las actividades. Por tanto, es importante que los profesionales identifiquen cedo estos ancianos y desarrollen estrategias para fortalecer el vínculo con ellos a fin de evitar la evolución de la situación depresiva y contribuyan a la promoción de la salud mental y calidad de vida.

**Palabras clave:** Envejecimiento; Depresión; Anciano; Enfermería.

**AUTOR CORRESPONDENTE**    Elen Ferraz Teston    E-mail: elen-1208@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Há cerca de quatro décadas constata-se o aumento da população idosa, particularmente nos países em desenvolvimento. O Brasil é um exemplo típico dessa afirmativa, pois o crescimento do envelhecimento populacional é exponencial e a projeção para o ano de 2025 mostra que o número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos será de 32 milhões. As regiões Sul e Sudeste do país têm a maior proporção de indivíduos com 60 anos ou mais, com índices de 12,7% e 12,3%, respectivamente<sup>(1)</sup>.

Além das doenças crônicas mais frequentes, como o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial, diversos transtornos afetam os idosos. Dentre eles, a depressão merece especial atenção, por apresentar prevalência crescente na sociedade gerando consequências negativas para a qualidade de vida. Embora a identificação de idosos deprimidos seja, muitas vezes, difícil na prática clínica devido as diferenças acentuadas com relação aos sentimentos manifestados, a avaliação sistemática pode levar à detecção precoce deste transtorno<sup>(2-3)</sup>.

A prevalência de depressão em idosos varia entre 5% e 35%, considerando-se as diferentes formas e gravidade da doença. Cerca de 15% a 20% de idosos não institucionalizados, e que possuem outros problemas clínicos, apresentam sintomas depressivos, o que pode variar conforme o sexo, escolaridade, nível socioeconômico, condições de saúde, além de estar relacionada à presença de prejuízo cognitivo e à situação social precária<sup>(4)</sup>.

A ocorrência de depressão em idosos pode ser responsável pela perda de autonomia e pelo agravamento de quadros patológicos preexistentes. Com frequência, está associada à elevação do risco de morbidade e mortalidade, ocasionando aumento na utilização dos serviços de saúde, negligência no autocuidado e adesão reduzida a tratamentos terapêuticos<sup>(2)</sup>. Ademais, a presença de comorbidades e o uso de muitos medicamentos, situações comuns entre os idosos, fazem com que o diagnóstico e o tratamento da depressão tornem-se mais complexos<sup>(3)</sup>.

Os profissionais de saúde devem valorizar os sinais relativos aos sintomas depressivos no cuidado à população idosa, porque essa condição pode contribuir para o surgimento e agravamento de doenças crônicas, distanciamento social e empecilho na adesão ao tratamento de doenças já existentes. Nessa perspectiva, é necessário ampliar o conhecimento sobre essa temática, considerando-se que a depressão pode impactar negativamente a qualidade de vida dos idosos.

Considerando que os residentes no Condomínio do Idoso viviam em condição de vulnerabilidade social e que, após a mudança para esta nova modalidade habitacional, passaram a vivenciar oportunidades até então negadas, como por exemplo, a participação e o envolvimento em diferentes atividades, a presente pesquisa pretende responder à seguinte questão: residentes no Condomínio do Idoso apresentam alguma diferença com relação à presença de depressão quando comparados a idosos que residem na comunidade?

Diante disso, o estudo teve o objetivo de comparar os sintomas de depressão entre residentes no Condomínio do Idoso

e na comunidade. Esta comparação justifica-se pelo fato de no condomínio, os idosos não poderem residir com seus familiares, fato que pode influenciar no aparecimento de sintomas depressivos. Ao comparar os resultados, pretende-se também verificar a influência da estrutura e organização desta nova modalidade habitacional com relação à redução de fatores indicativos de depressão.

## MÉTODO

Este estudo seccional, de natureza quantitativa, foi realizado junto a idosos de Maringá-PR. A proporção de idosos nesse município corresponde a 12,2% da população, porém, ainda existem poucos serviços e oportunidades de apoio a este seguimento populacional. De forma específica, em 2006 teve início a política de incentivo à adoção de hábitos saudáveis com implantação das Academias da Terceira Idade (ATI) e por ocasião da coleta de dados existiam 47 delas instaladas em diversos bairros da cidade. Ainda, havia 10 Abrigos de Longa Permanência, três Centros Dia, 31 Centros de convivência e um Condomínio do Idoso inaugurado em agosto de 2010.

O Condomínio do Idoso surge como uma nova modalidade de habitação para idosos de baixa renda, constituindo-se em estratégia de garantia do direito à moradia e promoção de qualidade de vida, principalmente para os que vivem em condições de vulnerabilidade econômica e social. Diferentemente de asilos e casas de repouso, os moradores dos condomínios são independentes, pagam taxa de moradia simbólica e têm autonomia para sair e entrar quando bem entendem, além de decidirem sobre a organização do Condomínio de forma coletiva<sup>(5)</sup>. A estrutura conta com 40 residências, e no momento da realização do estudo, 28 eram unipessoais e em 11 residia o casal de idosos, totalizando 50 moradores.

Os critérios para ocupação das moradias são bastante rigorosos, pois se destinam a idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, solteiros ou casados (desde que o cônjuge também seja idoso) e possuam independência para as atividades da vida diária; que residem no município há pelo menos dois anos; não possuem qualquer imóvel e nem tenham sido beneficiados por Programa Habitacional anterior; que tenham renda familiar de até dois salários mínimos; que vivam em situação de vulnerabilidade social ou em áreas sujeitas a fatores de risco, insalubridade ou degradação ambiental. Ressalta-se que, no referido condomínio, não é permitida a moradia de outros familiares que não sejam idosos.

A população do estudo foi dividida em dois grupos: G1, constituído pela totalidade dos residentes no Condomínio do Idoso (n = 50) e G2, composto por um número três vezes maior do que o do G1, acrescido de 20% para possíveis perdas, resultando em uma amostra por conveniência constituída de 180 idosos. A definição de um número três vezes maior se deve à crença de que isto seria suficiente para representar as características dos idosos residentes na comunidade.

Para a constituição do G2 identificou-se, junto aos idosos, o bairro em que eles moravam antes de se mudarem para o Condomínio e para a seleção daqueles que fariam parte do estudo, realizou-se sorteio aleatório proporcional, utilizando-se

uma listagem dos idosos residentes na área de abrangência das 23 UBS localizadas na área urbana do município.

Para a condução da presente investigação utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: ter idade superior a 60 anos, atingir a pontuação mínima de 13 pontos na avaliação cognitiva realizada por meio de Miniexame do Estado Mental (MEEM), versão reduzida, validada pelos pesquisadores do projeto SABE<sup>(6)</sup>. Respeitados os critérios de inclusão, foram entrevistados 210 idosos no total, 50 deles pertencentes ao G1 e 160, ao G2. A alteração do total proposto (180 e 50) deveu-se ao fato de que vinte idosos do G2 não atendiam aos critérios de inclusão, sendo que nove deles não foram encontrados no domicílio, seis não aceitaram participar do estudo e cinco deles não atingiram a pontuação mínima no MEEM.

Os dados foram coletados nos domicílios, no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2012, mediante entrevista semiestruturada individual. A duração média das entrevistas foi de 15 minutos. Na coleta de dados utilizou-se o instrumento multidimensional BOAS (BRAZIL OLD AGE SCHEDULE), que abarca várias áreas da vida do idoso, passando pelos aspectos físicos e mentais, atividades do dia-a-dia e situação social e econômica<sup>(7)</sup>.

Esse instrumento é constituído de nove seções que objetivam coletar informações referentes às principais características, necessidades e problemas da população idosa. Para o presente estudo optou-se pela utilização da seção I (composta por 10 questões referentes às características sociodemográficas dos idosos) e seção VII que é constituída por 27 questões relativas aos sintomas depressivos<sup>(7)</sup>. Para cada um dos sintomas depressivos é atribuído um valor (escala de "Short-Care") cuja soma totaliza 34 pontos e determina presença ou não de depressão<sup>(8)</sup>. Considera-se como caso de depressão valor igual ou superior a oito pontos, pois este foi o ponto de corte que melhor propiciou equilíbrio entre sensibilidade e especificidade para se definir possíveis casos de depressão<sup>(7)</sup>.

Além da presença, também foi determinada a gravidade da depressão, conforme o escore obtido: entre oito e 12 – depressão menor (sintomas depressivos substanciais–deprimidos)  $\geq 13$  - depressão maior (distúrbios graves e persistentes com necessidade de assistência profissional de saúde)<sup>(7)</sup>.

Os resultados obtidos foram registrados em planilha eletrônica no programa Excel<sup>®</sup> e foram digitados por uma das autoras em dupla entrada, verificando-se a consistência entre os campos. Nos casos de inconsistência, a conferência foi realizada consultando-se o dado bruto. Os dados foram analisados no programa STATISTICA. Utilizou-se o teste de qui-quadrado para verificar a associação entre as variáveis qualitativas e o teste de Mann-Whitney para verificar diferenças entre medianas de dados contínuos. Adotou-se o *Odds Ratio* como medida de associação, com nível de significância de 5% para todos os testes.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, e o projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº. 709/2011). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido, em duas vias.

## RESULTADOS

Os idosos deste estudo, em sua maioria, são do sexo feminino, moram com companheiro (52,7%), professam a religião católica (71,4%), têm renda mensal de um salário mínimo (80,04%), e, no máximo, quatro anos de estudo (82,04%). Grande parte deles tem idade entre 60 e 69 anos (40,38%).

A presença de depressão foi identificada em 49 idosos (23,3%), sendo 19 do G1 (38%) e 30 do G2 (17%). Das variáveis em estudo, somente o local de moradia esteve associado à presença desses sinais ( $p=0,0049$ ).

**Tabela 1** – Idosos com sintomas depressivos segundo variáveis sociodemográficas. Maringá-PR, 2011

| Variáveis                 | Presença de sintomas depressivos |      |                |      | P      |
|---------------------------|----------------------------------|------|----------------|------|--------|
|                           | G1<br>(n = 19)                   |      | G2<br>(n = 30) |      |        |
|                           | n                                | %    | n              | %    |        |
| <b>Sexo</b>               |                                  |      |                |      | 0,0784 |
| Feminino                  | 15                               | 78,9 | 20             | 66,6 |        |
| Masculino                 | 4                                | 21,0 | 10             | 33,3 |        |
| <b>Idade</b>              |                                  |      |                |      | 0,0932 |
| 60-69 anos                | 11                               | 57,8 | 8              | 26,6 |        |
| 70-79 anos                | 7                                | 36,8 | 12             | 40,0 |        |
| 80 anos e mais            | 1                                | 5,2  | 10             | 33,3 |        |
| <b>Renda</b>              |                                  |      |                |      | 0,0756 |
| 0 a 1 salário             | 16                               | 84,2 | 15             | 50,0 |        |
| 2 a 3 salários            | 5                                | 26,3 | 8              | 26,6 |        |
| 4 ou mais salários        | 0                                | 0,0  | 5              | 16,6 |        |
| <b>Escolaridade</b>       |                                  |      |                |      | 0,5342 |
| Nenhuma                   | 5                                | 26,3 | 12             | 40,0 |        |
| Primário                  | 12                               | 63,1 | 9              | 30,0 |        |
| Ginásio ou primeiro grau  | 1                                | 5,2  | 6              | 20,0 |        |
| 2 grau completo           | 1                                | 5,2  | 3              | 10,0 |        |
| <b>Arranjo domiciliar</b> |                                  |      |                |      | 0,0865 |
| Mora sozinho              | 9                                | 47,3 | 7              | 23,3 |        |
| Mora acompanhado          | 10                               | 52,6 | 23             | 76,6 |        |
| <b>Problema de saúde</b>  |                                  |      |                |      | 0,0922 |
| Sim                       | 14                               | 73,6 | 24             | 80,0 |        |
| Não                       | 5                                | 26,3 | 6              | 20,0 |        |

Quanto à severidade dos sinais depressivos identificou-se que, dos 19 indivíduos do G1 com depressão, 16 (84%) apresentava depressão leve e três depressão severa (16%). No G2, dos 30 idosos com depressão, 29 apresentava depressão leve (96%) e um, depressão severa (4%).

Os dados da Tabela 2 mostram o resultado das frequências das variáveis contempladas pelo "Short-Care" e os casos de depressão por local de moradia.

**Tabela 2** - Sintomas verificados entre idosos com depressão, segundo local de moradia. Maringá-PR, 2011

| Variáveis  | Grupo 1 |      | Grupo 2 |      |
|--|---------|------|---------|------|
|  | n (19)  |      | n (30)  |      |
|  | n       | %    | n       | %    |
| Sentiu-se solitário no último mês  | 4       | 21,0 | 21      | 69,9 |
| Esteve preocupado durante o último mês                                   | 7       | 36,8 | 12      | 39,9 |
| Dificuldade para dormir  | 6       | 31,5 | 16      | 53,3 |
| Teve dor de cabeça no mês passado  | 4       | 21,0 | 3       | 9,8  |
| Sente que está ficando mais lento ou com menos energia                   | 17      | 89,4 | 28      | 93,3 |
| No último mês, tem estado com menos energia que de costume               | 15      | 78,9 | 22      | 73,3 |
| No momento, sente falta de energia para fazer as coisas no seu dia-a-dia | 17      | 89,4 | 25      | 83,3 |
| Sentiu-se mais irritado/zangado do que de costume no último mês          | 4       | 21,9 | 11      | 36,6 |
| Tem se sentido triste ou deprimido no último mês                         | 5       | 26,3 | 12      | 39,9 |
| Sentiu vontade de chorar no último mês                                   | 1       | 5,2  | 4       | 13,3 |
| No último mês sentiu que viver não valia a pena                          | 1       | 5,2  | 4       | 13,3 |
| Tem algum arrependimento em relação aos anos anteriores de sua vida      | 14      | 73,6 | 25      | 83,3 |
| Menciona expectativas em relação ao futuro                               | 2       | 10,5 | 7       | 23,3 |
| Atualmente, sente que perdeu o interesse ou a satisfação pelas coisas    | 3       | 15,7 | 7       | 23,3 |
| De modo geral, sente-se feliz nos dias atuais                            | 14      | 73,6 | 19      | 63,3 |

## DISCUSSÃO

A predominância de mulheres idosas corrobora a denominada “feminilização da velhice”, fato crescente no Brasil, que é acompanhado por mudanças no perfil epidemiológico e assistencial. Dessa forma, novas demandas surgem especialmente no tocante às especificidades do planejamento do cuidado à saúde da mulher idosa<sup>(1)</sup>.

Conforme os dados do IBGE, mesmo com os avanços relacionados à oportunidade de alfabetização, os idosos que possuem escolaridade mais alta ainda são escassos no Brasil<sup>(1)</sup>. No presente estudo houve o predomínio de idosos com, no máximo, quatro anos de estudo. A maioria deles pratica a religião católica, o que corrobora com estudo<sup>(9)</sup>, em que os autores avaliam a qualidade de vida de idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de Foz do Iguaçu. Quanto à renda, dados do IBGE mostram que uma porção significativa de idosos brasileiros vive com renda domiciliar per capita de até um salário mínimo (43,3%), entretanto, no presente estudo a proporção de idosos que vivem com esta mesma renda é mais do que o dobro da encontrada pelo IBGE, e esta proporção é maior no G1, justificada por um dos critérios para morar no Condomínio do Idoso.

A depressão é problema de saúde pública e acomete, com maior frequência, a população idosa, e, muitas vezes, os casos não são devidamente diagnosticados<sup>(4)</sup>. É importante considerar o contexto de vida sob a perspectiva histórica do idoso, pois as reações emocionais atuais podem estar diretamente relacionadas às vivências acumuladas no decorrer de toda a sua existência. A prevalência de 23,3% de sintomas depressivos nos idosos chama a atenção, principalmente quando consideradas algumas de suas características observadas

durante a coleta de dados deste estudo, por exemplo, a não dependência funcional e a preservação de mobilidade física e a autonomia dos idosos.

Constatou-se que os idosos residentes no condomínio apresentaram chance 2,7 vezes maior de apresentar depressão do que os residentes na comunidade. Acredita-se que algumas características do perfil dos moradores do Condomínio possam estar relacionadas a essa associação, como: o fato de que alguns deles, embora em condições precárias, viviam junto a família, e ao se mudarem para o Condomínio passaram a viver só, fator apontado pela literatura como risco para o adoecimento e presença de sintomas depressivos<sup>(10)</sup>. Ainda nesta direção, não se pode deixar de considerar a possibilidade de ter havido uma ruptura na relação familiar destes idosos, em decorrência de os familiares interpretarem o fato de o idoso se mudar sozinho para uma residência com estrutura física melhor, como se ele estivesse abandonando a família.

Ademais, de acordo com os critérios adotados pela secretaria de assistência social para ceder a moradia em comodato, é possível que uma parcela considerável dos idosos do condomínio tenham vivido, pelo menos parte de suas vidas, — aquela imediatamente anterior à mudança para o condomínio — em condições de vulnerabilidade econômica e social. Desta forma, o fato de estarem residindo nesta modalidade habitacional há no máximo um ano, ainda não constituiu tempo suficiente para impactar positivamente nos sintomas depressivos existentes anteriormente.

Esse resultado aponta para a necessidade de orientação e planejamento da atenção em saúde mental para o grupo de idosos desse condomínio, principalmente relacionado às atividades que lhes permitam se sentirem com mais energia e



animados, favorecendo as condições de autocuidado. A investigação da depressão e de sinais depressivos precocemente é importante para que haja intervenções eficazes, por meio de tratamento adequado, que otimizem ganhos com a saúde e pelas ações de promoção e prevenção<sup>(11)</sup>.

Vale lembrar que, no Condomínio do Idoso, a Secretaria de Assistência Social (SASC) desenvolve algumas estratégias de atenção à saúde mental do idoso, como a oferta de passeios culturais, idas ao cinema, boliche, dentre outras atividades desenvolvidas por acadêmicos no próprio condomínio — ginástica e fisioterapia. Contudo, observa-se que os idosos que apresentam depressão são justamente aqueles que por si só não se inserem nessas atividades, necessitando, portanto, de incentivo e apoio de outros idosos do Condomínio e também dos profissionais que ali atuam. Assim, é imperativa a existência de dispositivos que permitam aos profissionais identificarem os idosos que sistematicamente não participam das atividades de socialização, pois a atitude de isolamento pode ser o primeiro sinal de depressão. Nesse sentido, o enfermeiro deve estar envolvido diretamente no processo de identificação precoce dos sinais e sintomas depressivos, visto que estes estão associados à maior ocorrência de morbidade e mortalidade<sup>(12)</sup>. Dessa forma será possível elaborar planos de cuidados e traçar estratégias com vistas à prevenção do desenvolvimento de depressão no âmbito individual e coletivo.

Na Tabela 2 é possível observar os sintomas depressivos que mais interferiram na identificação da depressão entre os idosos em estudo. O mais frequente deles foi “sentir-se com menos energia”. Este sintoma também foi muito frequente em um estudo realizado em Curitiba com 21 idosos<sup>(13)</sup>, no qual 66,7% dos idosos sentiam que estavam se tornando mais lerdos ou com menos energia. Essa sintomatologia geralmente está presente no quadro clínico de depressão em idosos, e pode estar associada às dores nas costas, cefaléia e vertigem. O idoso com redução da energia, frequentemente sente-se também cansado, desanimado, fraco e sem iniciativa<sup>(12)</sup>.

O próprio processo de envelhecimento acarreta alterações fisiológicas nos idosos — o declínio das aptidões físicas e a redução de energia —, entretanto, cabe aos Profissionais de Saúde não permitirem que essa alteração fisiológica se torne patológica, o que culmina com um idoso inativo, acarretando-lhe redução no desempenho físico, na habilidade motora, na capacidade de concentração, de reação e de coordenação, gerando processos de autodesvalorização, apatia, insegurança, perda da motivação, isolamento social e a solidão, o que poderá levar ao desenvolvimento de um quadro depressivo<sup>(13)</sup>.

Outro sinal de depressão, dentre os mais frequentes em ambos os grupos, foi à existência de “arrependimento em relação aos anos anteriores da vida”. O processo de envelhecimento traz consigo inúmeras mudanças na vida do indivíduo, e situações passadas podem fazer parte das frustrações e preocupações do tempo presente do idoso<sup>(13)</sup>. Portanto, a complexidade da velhice precisa ser avaliada a partir da articulação de fatores psicológicos, aspectos sociais, históricos e de contexto de vida do idoso, a fim de que se tracem estratégias de redução das angústias e preocupações, o que contribui para a promoção da qualidade de vida.

Outro sintoma bastante frequente, especialmente no G2 (69,9%) foi o de “sentir-se solitário no último mês”. A solidão é um sentimento que pode estar presente nas diferentes fases da vida do ser humano. Entretanto, tende a ser mais frequente com o envelhecimento. Fatores psicológicos e sociais parecem estar relacionados ao seu surgimento — a depressão, o luto, o isolamento social e o abandono. A solidão interfere na qualidade de vida da pessoa que se priva do convívio, empobrecendo o conhecimento adquirido no contato social e afetando as atividades de vida diária<sup>(14)</sup>. Constatou-se que, dentre os idosos do G2, 69,9% deles sentiram-se sozinhos no último mês, contra 21% dos idosos do condomínio. Acredita-se que os menores índices de solidão nos idosos do G1 se devem à maior possibilidade de desenvolver atividades em grupo. Estudo realizado junto a idosos residentes no Condomínio do Idoso do Pari – SP<sup>(15)</sup> aponta que essa nova modalidade de habitação pode representar uma nova etapa na vida do idoso, com o estabelecimento de novas relações e novos vínculos.

Em relação ao sono, estudo realizado com a população idosa residente em uma comunidade de Montes Claros, Minas Gerais<sup>(16)</sup>, revela que a “dificuldade para dormir” referida pelos idosos estava associada à ocorrência de depressão. No presente estudo, 53,3% dos idosos do G2 relata “dificuldade para dormir”. Possivelmente, esse dado deva-se ao fato de que, com o passar dos anos, os idosos se tornam mais suscetíveis aos problemas de saúde, às dificuldades financeiras, às perdas afetivas e sociais, o que aumenta a necessidade de assistência integrada que contemple essa vulnerabilidade<sup>(17)</sup>. Destaca-se que a adoção de algumas estratégias, por exemplo, realizar exercícios físicos moderados, pode auxiliar a prevenir a insônia na velhice<sup>(18)</sup>.

As “ideias de suicídio”, mesmo apresentando pequenos índices nos idosos do presente estudo merecem atenção. Sabe-se que o suicídio entre pessoas idosas constitui um grave problema para as sociedades das mais diversas partes do mundo, já que a razão entre tentativas e suicídios consumados, por este segmento etário, é muito próxima, quase 2:1<sup>(19)</sup>. Dessa forma, o enfermeiro deve reconhecer não somente as tentativas óbvias de suicídio, mas, também, as sutis e igualmente destrutivas, como o uso inapropriado de medicamentos, a autoinanição e a prática de atividades contrárias às necessidades terapêuticas. O idoso com evidência de risco para suicídio necessita de observação rigorosa, proteção cuidadosa e terapia imediata. O ambiente deve ser seguro e é necessário acompanhar esse idoso com disposição para ouvi-lo, de maneira que ele se sinta capaz de expressar pensamentos, a fim de impedir que leve a cabo o suicídio<sup>(20)</sup>.

Outro aspecto que chama a atenção neste estudo é o fato de 81,46% dos idosos com sintomas depressivos não terem mencionado expectativas para o futuro, valor superior ao resultado do estudo realizado junto a idosos institucionalizados<sup>(13)</sup> em que 57,1% dos idosos não falaram sobre expectativas para o futuro. Esse sentimento ou visão negativa sobre o futuro também pode ser considerado desesperança. Um idoso sem esperanças vê pouca ou nenhuma alternativa que lhe cause otimismo em relação ao futuro<sup>(20)</sup>. Esse sintoma não permite ao indivíduo perceber a disponibilidade de alternativas

ou escolhas para solucionar problemas ou para a obtenção do que é desejado. A desesperança e a visão negativa sobre o futuro podem estar associadas às vivências relacionadas à perda de um companheiro, de amigos, ou das capacidades funcionais<sup>(20)</sup>.

Mesmo que 23,35% dos idosos deste estudo apresentem sinais indicativos de depressão, vale ressaltar que 73,68% dos idosos do G1 e 63,3% do G2 dizem se sentir felizes, o que é um fator de proteção à depressão, pois, a felicidade envolve satisfação pessoal e autocuidado<sup>(14)</sup>. Depreende-se, do exposto, a necessidade de promover atividades que envolvam cada vez mais os idosos, que promovam a interação social e o convívio entre eles, a fim de que mantenham preservados os sentimentos positivos de felicidade e de vontade de viver. Os enfermeiros precisam estar atentos e preparados para detectar os sinais de depressão antes que estes causem prejuízos à qualidade de vida do idoso. Além disso, programas educacionais, estratégias clínicas para orientação e diagnóstico precoce desses problemas devem ser estimulados.

## CONCLUSÃO

Os indicativos de depressão apresentados pelos idosos deste estudo podem ser considerados equivalentes aos índices encontrados em idosos brasileiros de outras localidades. Entretanto, quando comparado à ocorrência de depressão entre os grupos, verificou-se que a razão de chance é maior para os idosos residentes no Condomínio. Frente a este resultado, deve-se considerar a condição de vulnerabilidade social vivenciada por estes idosos antes de se mudarem para o referido Condomínio, assim como o curto período de tempo que eles vivem nesta nova modalidade habitacional (um ano), o que impossibilita avaliar o impacto das inúmeras atividades ali desenvolvidas, na qualidade de vida destes idosos. Também não se pode deixar de considerar o “afastamento” familiar que é

imposto a estes idosos, na medida em que eles não podem viver com nenhum outro familiar que não seja idoso.

Apesar da oferta de atividades pela organização desta modalidade habitacional, evidenciou-se que os idosos com depressão são justamente aqueles que por si só não participam das atividades. Assim, é importante que os profissionais identifiquem precocemente estes idosos e desenvolvam estratégias de fortalecimento de vínculo, com o objetivo de impedirem a evolução do quadro e contribuir com a promoção da saúde mental e qualidade de vida.

Observou-se ainda, através da frequência de cada sintoma depressivo, que de forma geral, apesar da não associação estatística, os idosos residentes na comunidade se sentem mais solitários, com menos energia, possuem maior dificuldade para dormir e mencionam maiores arrependimentos em relação aos anos anteriores vividos. Destaca-se também a reduzida menção por parte dos idosos de ambos os grupos, quanto a expectativas para o futuro, fato que necessita de atenção por parte dos Profissionais de Saúde.

Destaca-se que o enfermeiro deve estar preparado para lidar com uma demanda diversificada em saúde, principalmente no tocante às questões psicológicas da população idosa, que, se desconhecidas, dificultam a prevenção, o diagnóstico e o tratamento adequados. Além disso, o enfermeiro precisa obter os conhecimentos necessários sobre os sintomas da depressão para atuar no acolhimento humanizado e integral, com o direcionamento adequado para a prevenção desse transtorno mental. Para tanto, entre outras competências, o enfermeiro deve conhecer o contexto sociofamiliar do idoso, identificar fatores de risco – por exemplo, a vulnerabilidade social –, e realizar intervenções de apoio emocional.

O estudo apresenta como limitações o fato de os sujeitos terem sido selecionados de forma intencional, o que não permite generalizar os resultados como na amostragem randomizada, e o reduzido número de moradores no condomínio.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Brasília (DF): IBGE; 2009.
2. Edwards J. Dementia and depression in older people. IPA Bulletin [Internet]. 2002 [cited 2014 Feb 22];19(2). Available from: [http://www.ipa-online.org/ipaonlinev3/publications/bulletinarchive/dem\\_dep.asp](http://www.ipa-online.org/ipaonlinev3/publications/bulletinarchive/dem_dep.asp)
3. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand. 2006 May;113(5):372-87.
4. Duarte MB, Rego MA. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. Cad Saúde Pública. 2007 Mar;23(3):691-700.
5. Teston EF, Rossi RM, Marcon SS. Utilização de serviços de saúde por residentes em um Condomínio exclusivo para idosos. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(5):1125-32.
6. Lebrão ML, Duarte YAO, organizadoras. SABE - Saúde, bem-estar e envelhecimento. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): OPAS/OMS; 2003.
7. Veras R, Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; 2008.
8. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Relume Dumará; 1994.
9. Faller JW, Melo WA, Versa GLGS, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010 out-Dez;14(4):803-10.
10. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CM. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. Int Psychogeriatr. 2010 Aug;22(5):712-26.

11. Rocha IA, Braga LAV, Tavares LM, Andrade FB, Ferreira Filha MO, Dias MD, et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Rev Bras Enferm.* 2009 Set-Out;62(5):687-94.
12. Lenardt MH, Michel T, Tallmann AEC. A condição de saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Cogitare Enferm.* 2009 Abr-Jun;14(2):227-36.
13. Neu DKM, Lenardt MH, Bettioli SE, Michel T, Willig MH. Indicadores de depressão em idosos institucionalizados. *Cogitare Enferm.* 2011 Jul-Set;16(3):418-23.
14. Castro-Costa E, Lima-Costa MF, Carvalhais S, Firmo JOA, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr.* 2008 Abr-Jun;30(2):104-09.
15. Deus SIA. Um modelo de moradia para idosos: o caso da Vila dos Idosos do Pari-São Paulo (SP). *Rev Kairós.* 2010 Nov;8:195-213.
16. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(3):190-7.
17. Oliveira SK, Landgraf Júnior FJ, Dellaroza MSG, Yamada KN, Trelha CS, Cabrera MAS. Perfil dos cuidadores de idosos atendidos pelo projeto de assistência interdisciplinar a idosos em nível primário-PAINP-Londrina-PR. *Ciênc Cuid Saúde.* 2006 Maio/Ago;5(2):184-92.
18. Abade M, Zamai CA. Estudo sobre a influência da prática de atividade física na síndrome depressiva e no bem-estar de sujeitos da terceira idade. *Movimento & Percepção.* 2009 Jan-Jun;10(14):319-33.
19. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública [Internet].* 2010 Ago [acesso em 22 fev 2014];44(4):750-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020>
20. Siqueira GR, Vasconcelos DT, Duarte GC, Arruda IC, Costa JAS, Cardoso RO. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009 Jan-Fev;14(1):253-9.