



UNILASALLE

CENTRO UNIVERSITÁRIO LA SALLE



EDSON LEANDRO MINOZZO

**PRÁTICAS PSICOEDUCATIVAS PROMOTORAS DE SENTIDO DA
VIDA VOLTADAS A PESSOAS IDOSAS COM DEPRESSÃO**

CANOAS, 2012

EDSON LEANDRO MINOZZO

**PRÁTICAS PSICOEDUCATIVAS PROMOTORAS DE SENTIDO DA
VIDA VOLTADAS A PESSOAS IDOSAS COM DEPRESSÃO**

Dissertação apresentada à banca examinadora do
Mestrado em Educação como requisito à
obtenção do título de Mestre Em Educação pelo
Centro Universitário La Salle – UNILASALLE

Orientação: Prof. Dr. Balduino Antonio Andreola

CANOAS, 2012

EDSON LEANDRO MINOZZO

**PRÁTICAS PSICOEDUCATIVAS PROMOTORAS DE SENTIDO DA
VIDA VOLTADAS A PESSOAS IDOSAS COM DEPRESSÃO**

Dissertação apresentada à banca examinadora do
Mestrado em Educação como requisito à
obtenção do título de Mestre Em Educação pelo
Centro Universitário La Salle – UNILASALLE

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Balduino Antonio Andreola - UNILASALLE

Prof. Dr. Cleber Gibbon Ratto - UNILASALLE

Prof. Dr. Gilberto Ferreira da Silva - UNILASALLE

Prof. Dr. Henrique Justo – PUCRS

CANOAS, 2012

Dedico esta dissertação aos
pacientes – grandes professores.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, inicialmente, aos meus pais Renato e Edna, pelo constante incentivo aos estudos, exemplo, apoio e por toda a paciência que esse apoio demanda. Por esses mesmos motivos agradeço também à minha irmã Ana Carolina, símbolo de uma coragem transformadora.

Não poderia deixar de lembrar e agradecer a grandes amigos envolvidos nesse projeto, em especial Diego Canabarro e Alberto Chamis, também André Silveira, André Jardim, Juliano Pandolfo e Vitor Hugo Triska.

Meu agradecimento afetuoso à Prof^a Dra. Gilca Kortmann, pela amizade, oportunidade e confiança em mim depositada quando me convidou para dar aula para o curso de Psicopedagogia.

Também é importante lembrar de pessoas e instituições que me auxiliaram em pegar gosto pelo estudo e pela curiosidade acadêmica: Dr. Alexandre Quadros Schaan (do Instituto de Cardiologia de Porto Alegre), Dra. Ilóite Scheibel e Dra. Lina Zardo (professoras de Pediatria da FFFCMPA) e o Colégio Militar de Porto Alegre. Gostaria de agradecer novamente ao Dr. Antônio Carlos Minuzzi, pelo exemplo do qual procuro espelhar minha carreira médica e incentivo. Agradeço ao Prof. Yukio Morigushi por ter mostrado que minha escolha profissional encontrava respaldo em sua “Geriatría Preventiva”, na qual deveríamos auxiliar os pacientes a encontrar sentido em suas vidas.

Ao agradecer o Ir. Prof. Dr. Paulo Fossatti, estendo o agradecimento a todos os irmãos lassalistas pelas oportunidades de aprendizagem que me proporcionaram da alfabetização ao mestrado. Sou eternamente agradecido aos seguidores de São João Batista de La Salle pela bolsa de estudos nos difíceis anos do início da década de 90, assim como sou pela oportunidade de ter desenvolvido um trabalho com a universidade aberta da terceira idade na instituição. Agradeço ao Ir. Fossatti pela determinante motivação em inscrever-me na seleção do mestrado e pela orientação.

Agradeço aos colegas do mestrado em Educação do UNILASALLE, que, apesar de adversidades inúmeras, dedicaram-se herculeamente a projetos de vida simplesmente belos e contagiantes. Aprendi muito com cada um de vocês. Lembro também dos professores do Mestrado, meus agradecimentos, em especial a Prof^a Ana Maria Colling, Prof. Gilberto, Prof. Cleber, Prof^a Dirléia, Prof^a Sandra e Prof^a Denise.

Agradeço ao Prof. Dr. Balduino Andreola pela orientação na fase final da caminhada, pelas conversas e exemplo de vida plena e humana.

EL “SÍNDROME NORAFRICANO”

“¿Quiénes son estas criatura con hambre de humanidad que se arquean em las fronteras impalpables (sé por experiência que son terriblemente reales) del reconocimiento integral?”

- “ - ¿Dónde te duele?
- En el ventre. (Muestra, entonces, tórax y abdômen.)
- ¿ Cuándo?
- Todo el tempo.
- ¿ Aun em la noche?
- Sobre todo en la noche.
- ¿Pasas peor la noche que el día?
- No, todo el tempo.
- Pero, ¿más la noche que el día?
- No, todo el tempo.
- ¿Y donde te duele más?
- Aquí. (senála, otra vez, tórax y abdômen.)”

“Si tú no exiges al hombre, si tú no sacrificas al hombre que está em ti para que el hombre que está em esta tierra sea más que um cuerpo, más que um Mohamed, ¿merced a qué juego de manos deberé yo adquirir la certidumbre de que tú, también, eres digno de mi amor?”

Escreveu o psiquiatra Frantz Fanon (1925-1961), aos 27 anos.

RESUMO

O envelhecimento populacional em nosso país, assim como o aumento em condições que são fatores de risco para depressão - solidão, empobrecimento, comorbidades, entre outras - resultam num crescente número de idosos com a doença. Apesar dos avanços terapêuticos e na redução do estigma relacionado à saúde mental, um número significativo de idosos acaba não recebendo diagnóstico ou tratamento adequados. E, quando recebem, grande parte desses idosos ou não responde ao tratamento, ou acaba recidivando com a doença. Estudos apontam que o sentimento de sentido da vida está relacionado ao bem-estar mental, redução no surgimento de doenças, servindo como fator protetor para doenças, entre elas, especialmente, a depressão. O psiquiatra austríaco Viktor Frankl é o criador da terapia do sentido da vida, chamada também de logoterapia. Em relação a aspectos psicológicos na terceira idade, destaca-se Erik Erikson com seus conceitos de geratividade e integridade. No campo da saúde mental, estudos apontam para a necessidade e benefícios em se tentar educar o paciente em relação a aspectos de sua condição de saúde, da doença mental que o aflige, formas de tratamento e prevenção - abordagem essa denominada psicoeducação. O presente estudo tem por objetivo principal investigar os espaços para práticas psicoeducativas em idosos com depressão tratados em consultório médico privado na cidade de Novo Hamburgo - RS. O caminho metodológico escolhido foi a pesquisa qualitativa, através de estudo de caso, com uso de questionário com perguntas abertas. Os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo segundo Bardin. Participaram da pesquisa 8 idosos, sendo 6 mulheres, com idades entre 61 e 90 anos. Os aspectos éticos foram seguidos conforme comitê de ética da instituição. As categorias que se destacaram como espaços para práticas psicoeducativas promotoras de sentido foram o cuidar do próximo, ocupação, espiritualidade e religiosidade e a responsabilidade.

Palavras-chave: Psicoeducação. Educação em Saúde. Depressão. Idosos. Terceira Idade. Sentido da Vida.

ABSTRACT

The crescent number of the elderly population, as well as the rising in the conditions which may predispose to the development of depression – loneliness, poverty, comorbidities, and others -, result in a crescent number of old people affected by the disease. Even though there are advanced therapies and a reduction on the stigma related to mental health, an important number of old people do not receive a satisfactory diagnosis, nor an adequate treatment. Even in the case of being treated, a significant number of them do not get better, or will have a relapse of depression. Studies point out that the feeling of meaning in life is related to the well-being sensation, a reduction in incidence of new diseases, serving as protective factors, especially for depression. The Austrian psychiatrist Viktor Frankl is the creator of the meaning in life therapy, also called logotherapy. In relation to the psychological aspects of the third age, Erik Erikson's concepts of generativity and integrity are also relevant. From the mental health perspective, researches indicate the need and the benefits of trying to educate patients on their health conditions, the mental diseases that affect them, types of treatment and prevention – a strategy called psychoeducation. This study aims to investigate opportunities for psychoeducational practices among the community - dwelling depressive elders accompanied at a private practice in Novo Hamburgo – RS. The methodological strategy elected was the qualitative approach, through case study and open-ended-questionnaire use. The data was treated following Bardin's content analysis. 8 people, of which 6 were female and of ages varying from 61 to 90 years, took part. The ethical aspects respected the institutional requisites. The predominant categories representing opportunities to develop meaning of life psychoeducational practices were taking care of others, occupation, spirituality and religion and responsibility.

Key-words: Psychoeducation. Health Education. Depression. Elderly. Third Age. Meaning in Life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 MATRIZ DE REFERÊNCIA TEÓRICA	16
2.1 Terceira Idade	16
2.2 Depressão e Terceira Idade	17
2.3 Frankl e a Questão do Sentido da Vida	25
2.4 Erik Erikson: Generatividade e Integridade	29
2.5 Vaillant, Butler e Teoria do Desenvolvimento ao Longo da Vida	31
2.6 Pesquisas Recentes	33
3 PSICOEDUCAÇÃO E EDUCACAO NA TERCEIRA IDADE	37
4 PSICOEDUCAÇÃO, DEPRESSÃO E TERCEIRA IDADE: PESQUISAS EM ÂMBITO NACIONAL	44
4.1 Dissertações e teses disponíveis no Banco de Teses e Dissertações da CAPES	45
4.2 Artigos publicados na biblioteca eletrônica SciELO	46
5 MÉTODOS	47
5.1 Contexto	48
5.2 Sujeitos e Critérios	49
5.2.1 Critérios de inclusão	50
5.2.2 Critérios de exclusão	50
5.3 Coleta de Dados	51
5.4 Análise dos Dados: Caminhos Metodológicos	52
5.4.1 Primeira fase: pré-análise	52
5.4.2 Segunda fase: exploração do material	53
5.4.3 Terceira fase: tratamento dos resultados obtidos	53
5.5 Aspectos Éticos	53
6 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO	55
6.1 Primeiro Questionamento: Promotores do Sentimento de Utilidade	55
6.2 Segundo Questionamento: Encarando a Depressão	60
6.2.1 Buscar ajuda na espiritualidade e religião	62
6.2.2 Buscar ajuda médica	65
6.2.3 Leitura	65
6.2.4 Arranjando uma ocupação	66

6.3 Terceiro Questionamento: Ajuda Além do Tratamento	69
6.4 Quarto Questionamento: Revisitando o Passado	70
6.5 Quinto Questionamento: Sugestões de Espaços para Práticas Psicoeducativas	73
7 CONCLUSÃO: PRÁTICAS PSICOEDUCATIVAS PROMOTORAS DE SENTIDO DA VIDA PARA IDOSOS COM DEPRESSÃO	77
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A – Questionário	92
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
APÊNDICE C – Respostas Transcritas dos Participantes	97
APÊNDICE D – Material de Apoio Entregue nas Consultas e Disponibilizado na Internet	106
ANEXO A – Critérios DSM-IV para Episódio Depressivo Maior	111
ANEXO B – Escala-reduzida de Yesavage para Rastreamento de Depressão em Idosos .	113

1 INTRODUÇÃO

O presente projeto de pesquisa está inserido na linha de pesquisa *Formação de professores, teorias e práticas educativas*, do Programa de Pós-graduação em Mestrado em Educação do Centro Universitário La Salle (UNILASALLE). A linha de pesquisa:

Investiga o fenômeno educativo colocando em evidência a análise dos modelos de formação docente inicial e continuada e suas traduções na prática educativa, nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento humano. Procura aprofundar as concepções teóricas que orientam as ações educativas e propõe estratégias de intervenção nos sistemas de ensino em suas diferentes modalidades (formal, não-formal, educação básica e ensino superior).

A **temática investigada** focaliza o embasamento de práticas psicoeducativas voltadas para idosos com depressão nas perspectivas da logoterapia e da teoria de desenvolvimento de Erik Erikson.

Tenho como **problema de investigação** os espaços para práticas psicoeducativas promotoras de sentido da vida voltadas a idosos deprimidos, tanto espaço como fonte de produção de sentido como ambiente educativo.

Dessa forma, o **objetivo geral** desta pesquisa é investigar como se dão os espaços para práticas psicoeducativas promotoras de sentido da vida voltadas para idosos deprimidos atendidos em consultório médico privado na cidade de Novo Hamburgo – RS.

Os objetivos específicos norteadores da pesquisa são os seguintes:

- a. investigar fontes promotoras de sentido da vida nos idosos participantes da pesquisa, quanto à experimentação de valores vivenciais, atitudinais e criativos;
- b. investigar o papel dos elementos da teoria eriksoniana e seus conceitos de generatividade e integridade na vida dos idosos em estudo;
- c. analisar as opiniões dos participantes sobre maneiras como enfrentaram a depressão;
- d. investigar os espaços e meios nos quais, na perspectiva dos participantes, o idoso com depressão pode buscar conhecimentos para ajudá-lo a superar a doença.

Assim sendo, a questão norteadora é: como se dão os espaços para práticas psicoeducativas promotoras de sentido da vida voltadas a idosos deprimidos?

O interesse na temática iniciou-se quando da criação de uma universidade da terceira idade na instituição de ensino superior UNILASALLE, de Canoas – RS, na qual lecionava as disciplinas de Neuroanatomia e Neurofisiologia para o curso de Psicopedagogia Clínica e Institucional. A criação do projeto de educação permanente para idosos resultou de uma

inquietação que tinha ao presenciar diariamente a necessidade de envolvimento social e acesso à educação que idosos possuem. Nos meados de 2009, eu concluía o curso de especialização em Geriatria e Gerontologia e iniciava atividade em consultório privado. O contato com idosos deprimidos revelou a dificuldade terapêutica pela limitação do tempo e periodicidade da consulta, levando à impossibilidade de oferecer ao paciente conhecimento sobre a doença e oportunidades de socialização.

Com a implantação do projeto e a consolidação da atividade clínica no consultório, a entrada no Mestrado em Educação deu-se já com o objetivo de pesquisar maneiras de complementar a ajuda aos pacientes com depressão na terceira idade.

Em minha trajetória, a educação é anterior à formação médica. Inicialmente, acho importante mencionar que sou filho de professores. Quando adolescente, fui professor voluntário para alunos com risco de reprovação em matemática em escola da rede pública de Canoas – RS, também dava aulas particulares durante o ensino médio. Tive a oportunidade de ser convidado a ministrar a disciplina de Neuroanatomia para o curso de Psicopedagogia Clínica e Institucional do UNILASALLE, de Canoas – RS, logo ao concluir a faculdade. Durante a graduação, pelo grande interesse em neurologia e psiquiatria, havia feito cursos de extensão que sustentaram o aceite ao convite para docência. Após o primeiro semestre, fui contratado pela instituição. Desde então, encontro enorme motivação e satisfação pessoal nas oportunidades de conjugar as áreas de saúde e educação, quer seja em cursos, grupos de apoio, palestras e mesmo na universidade da terceira idade do UNILASALLE, na qual lecionei cursos diversos sobre envelhecimento saudável. No primeiro semestre de 2011, ministrei curso “Depressão na Terceira Idade”, cujo objetivo foi explorar diversos aspectos da doença, em especial a prevenção.

Quanto ao meu interesse em psiquiatria, considero importante apontá-lo para a maior compreensão da temática do presente projeto. Durante a faculdade, inclinei-me à psiquiatria, tendo sido monitor da disciplina, participado de congressos, realizado trabalhos que apresentei em eventos e sido bolsista de iniciação científica do Instituto de Cardiologia – Fundação Universitária de Cardiologia (IC-FUC), de Porto Alegre – RS, justamente na linha de pesquisa de Psicologia e Hemodinâmica. No estágio opcional de final do curso, fiz o mesmo em psiquiatria, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e no Hospital Presidente Vargas. Ao ter que decidir rumos profissionais, considerei a vivência profissional como médico da Estratégia de Saúde da Família necessária para que eu fizesse a escolha profissional de maneira mais convicta.

Entre as diversas especialidades médicas, a psiquiatria me encanta pela relação médico-paciente que ela proporciona. Escolhi ser médico justamente por gostar das pessoas, de ouvi-las, e a psiquiatria possibilita justamente conhecer o paciente como pessoa, não apenas focando o atendimento em uma determinada doença ou aspecto técnico específico. Mesmo tendo dúvidas sobre o momento certo de entrar na especialização em psiquiatria e ter críticas pessoais sobre alguns aspectos da especialidade, como a crescente rotulação e esquematização terapêutica, não abandonei na prática médica o desejo de considerar o paciente como pessoa e de desenvolver uma relação a longo prazo com os pacientes. O fato de gostar muito de clínica geral também favoreceu esse momento de reflexão que me lançou ao Posto de Saúde da Família da Vila Germano Henke, em Montenegro – RS. Nesse período, construiu-se o interesse em geriatria e clínica geral como rumo profissional. Encontro muita semelhança no tipo de consulta do geriatra com o do psiquiatra, ambos prezam pelo que mencionei de relação médico-paciente profunda e contínua. A geriatria, especialidade que preza a longevidade com qualidade de vida, e a clínica geral me possibilitam abordar questões amplas, no campo psíquico, físico e social. Essa é a única forma que vejo de se fazer geriatria e ser médico clínico geral.

Na prática do consultório, tenho interesse no estudo de questões que justamente sobrepõem a geriatria e a psiquiatria, que são as demências e a depressão na terceira idade. Atualmente, sou membro da Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Geriátrica, e tenho na depressão na terceira idade meu foco principal de estudo. No consultório, atendo aproximadamente 140 idosos com diagnóstico de depressão.

Quanto à relevância social da pesquisa, de novo antecipo informações epidemiológicas do projeto ao afirmar que é alta a prevalência da doença na população idosa, não sendo exclusividade da minha prática privada. Outro aspecto preocupante é a dificuldade no diagnóstico desses idosos, assim como poucos são os que conseguem tratamento. Dentro da questão do tratamento, também cabe ressaltar que, a despeito da evolução farmacológica, a depressão na terceira idade ainda apresenta taxas baixas de sucesso terapêutico, sendo grande o número de idosos que recaem ou permanecem em remissão parcial dos sintomas.

A depressão na terceira idade é um problema social porque incapacita o idoso, prejudicando sua funcionalidade, piorando seu quadro clínico e ocasionando, muitas vezes, suicídio. Por prejudicar a funcionalidade e qualidade de vida do sujeito, trata-se de uma doença do idoso e de sua família. Além disso, é grande a relação entre depressão e instalação de quadros demenciais, que representam uma total dependência do idoso, uma perda na qualidade de vida e um ônus familiar e social significativos.

Há uma tendência que os fatores de risco para instalação da depressão na terceira idade tornem-se mais prevalentes, como solidão, vida mais longa com maior quantidade de doenças, exposição a perdas e empobrecimento. O envelhecimento populacional aumentará ainda mais a população idosa, o que, com os fatores de risco aumentados, causarão crescimento também no número de idosos em risco de apresentar a doença.

Vejo na educação e medicina uma ligação muito forte, no sentido de complementação, principalmente da última. Fazer medicina sem educar o paciente é incompleto e é não considerar o paciente como pessoa, como agente da sua cura. Essa relação é bastante estudada e há, inclusive, um campo de estudo chamado educação em saúde. Quanto à abordagem do idoso com depressão, não é diferente: há necessidade de conhecer a doença, os sintomas, o tratamento e a prevenção. O conhecimento nessa situação é ainda mais valioso por ajudar a desfazer estigmas construídos historicamente sobre a saúde mental. Essa educação em saúde mental, com finalidade terapêutica e preventiva, chama-se psicoeducação – e é ela o objeto que será pesquisado ao longo dos próximos meses.

Até agora, espero ter demonstrado coerência, na qual acredito, ao relacionar medicina, educação, geriatria, psiquiatria, depressão em idosos, relação médico-paciente na perspectiva humanista e psicoeducação. Acredito que mantereí essa coerência ao trazer os norteadores teóricos da pesquisa: Viktor Frankl e Erik Erikson. Frankl, entusiasta e criador da terapia do sentido da vida, revolucionou a psicoterapia ao contrapor a psicanálise freudiana e os psicologismos. Humanista e existencialista, ele acredita no valor do presente, na responsabilidade e na perspectiva de transcendência do ser humano. Identifico-me com os pensamentos de Frankl e, como argumentarei, sua teoria é extremamente útil para a saúde, em especial, saúde mental de idosos. Trarei estudos atuais relacionando aspectos do sentido da vida e indicadores de saúde. Quanto a Erikson, ele também revoluciona seu tempo ao destoar das idéias de Freud, incorporando o aspecto social como pertencente ao desenvolvimento da pessoa, ao longo da vida, ou seja, até a velhice. O transcender de Frankl aproxima-se da generatividade do sétimo estágio de Erikson, assim como os valores atitudinais e vivenciais tocam a integridade do último estágio.

Descobrir como os aspectos teóricos desses dois autores estão presentes no dia-a-dia de idosos deprimidos e apontar caminhos para elaboração de práticas psicoeducativas promotoras de sentido da vida é o grande propósito dessa pesquisa. Para isso, a dissertação será dividida em sete capítulos, contando com este. O próximo trará os referenciais teóricos do projeto. Nele de aspectos relativos à terceira idade, depressão nessa faixa etária, conceitos de Frankl, Erikson – que embasaram o projeto. Além disso, abordará idéias de Vaillant,

Butler, da teoria do desenvolvimento ao longo da vida e revisão da literatura relacionando esses temas com saúde de idosos. No terceiro capítulo, os conceitos de psicoeducação e educação para a terceira idade embarcarão no projeto. Segue, no capítulo quarto, a revisão de pesquisas em âmbito nacional, no Banco de Teses da Capes e da biblioteca eletrônica ScIELO. No quinto, apresentarei os caminhos metodológicos que pretendo seguir. Entre esses caminhos, destaco a necessidade que terei de justificar e elaborar o questionário que será empregado. A análise dos dados e a discussão encontra-se no capítulo seis, e a conclusão, no sete.

Penso, após apontar as circunstâncias nas quais esse projeto de pesquisa me escolheu, que é possível colaborar com os idosos ao iniciar uma jornada de aprendizado e investigação sobre educação, mais especificamente sobre a psicoeducação para o sentido da vida.

Quanto ao uso do termo espaço, é importante que eu mencione desde já qual é o seu emprego nesta dissertação. Penso espaço não como lugar físico, mas como foco de oportunidade para uma ação, no caso, uma prática psicoeducativa.

2 MATRIZ DE REFERÊNCIA TEÓRICA

2.1 Terceira Idade

O envelhecimento populacional é um fenômeno social estabelecido e apresenta indicativos epidemiológicos de aumento para as próximas décadas. Ao mesmo tempo em que essa mudança representa uma conquista da humanidade, ela também traz demandas assistenciais em diversas áreas. (PAPALÉO NETTO, 2006) Antes de quantificar essa realidade, faz-se útil elencar alguns conceitos relativos ao envelhecimento.

No Brasil e em países em desenvolvimentos idoso é aquele com 60 anos ou mais. Nos países desenvolvidos, a idade eleva-se para 65 anos. Estes pontos de corte foram estipulados pelo Plano Internacional de Ação sobre Envelhecimento de Viena, endossado pela I Assembléia Mundial da Organização das Nações Unidas sobre envelhecimento da população, resolução 39/125 (ONU, 1982) e posteriormente pela II Assembléia (ONU, 2002). No Brasil, o Estatuto do Idoso, de 2003, em seu artigo primeiro, segue as resoluções internacionais, definindo, para fins legais, que idoso é aquele com idade igual ou superior a 60 anos. (BRASIL, 2003).

Quanto ao termo “terceira idade”, o mesmo foi empregado pela primeira vez em 1956 pelo gerontologista francês Huet, para designar os idosos, e logo acabou sendo adotado em vários países da Europa e América. Ele designa o período da vida que se segue à aposentadoria, concebido como período não-produtivo. (CACHIONI; PALMA, 2006). Embora semanticamente o termo “terceira idade” não sustente equivalência ao sentido estrito de “idoso”, ambos termos são empregados como sinônimos no cotidiano popular, na mídia, na legislação e no meio acadêmico.

Estima-se que a população mundial de idosos em 2009 era de 737 milhões de indivíduos e prevê-se que este número triplique em 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas. (ONU, 2009) Atualmente, 64% da população idosa mundial vive em regiões menos desenvolvidas e espera-se que este percentual aumente para 79% em 2050. A maior velocidade de crescimento é observada entre os indivíduos com mais de 80 anos, cuja participação deverá quadruplicar, atingindo o número de 395 milhões de idosos em 2050. (ONU, 2009).

A parcela da população de idosos é justamente a que mais cresce no Brasil. (IBGE, 2009) O número de idosos no país passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008 – um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. (VERAS, 2009).

Esse crescimento acentuado deu-se principalmente pelo aumento na expectativa de vida. (CAMARANO, 2006) Em 1960, a expectativa de vida era de 55 anos. Para quem nasce hoje, esse valor chega aos 72,86 anos. (IBGE, 2008) Ou seja, população brasileira teve um aumento em mais de 50% em seu tempo de vida médio num curto espaço de tempo. Para quem hoje tem 60 anos, o Ministério da Saúde estima uma expectativa de vida média de pelo menos 21 anos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

As mudanças populacionais produzem desafios de toda ordem, nas áreas psicológica, social, educacional e cultural, gerando as mais variadas questões a serem enfrentadas pelos técnicos, no seu dia-a-dia de trabalho.

Essa mudança trouxe consigo demandas às quais nós, de países em desenvolvimento, não estamos aptos a suprir. São necessidades de cuidados médicos e assistenciais, de lazer, de cultura, de acessibilidade e, também, de educação. (RODRIGUES; RAUTH, 2006) Será necessário investir em pelo menos duas frentes: desenvolver alternativas de assistência e gerar conhecimentos que sejam inovadores e tragam novas respostas à demanda dos idosos. A velhice como experiência vital humana está cada vez mais ampliada e o processo de envelhecimento se tornou um objeto de estudo sério, não só para as ciências biomédicas, como também para as ciências humanas e sociais.

2.2 Depressão e Terceira Idade

A depressão é uma doença de alto custo socioeconômico, principalmente por sua relevante prevalência na população geral, por acarretar incapacidade e prejuízo no funcionamento global do indivíduo, pelo maior risco de desenvolvimento de doenças de alta mortalidade e pelas altas taxas de suicídio a qual está relacionada. (RAZZOUK; ALVAREZ; MARI, 2009) Quanto ao custo socioeconômico, os resultados do projeto Carga Global de Doenças, da Organização Mundial de Saúde (OMS), o transtorno depressivo unipolar é a

quarta doença que mais contribui para a maior carga global de doenças e a primeira causa de incapacidade (LOPEZ, 2006).

A carga dos transtornos mentais vem crescendo nos últimos anos, principalmente nos países em desenvolvimento. (RAZZOUK; ALVAREZ; MARI, 2009) As estimativas são de que esse cenário torne-se ainda pior, na medida em que o investimento em saúde mental é baixo e mais da metade dos indivíduos com depressão não tem acesso a tratamento. Juntam-se a esse quadro, uma perspectiva de aumento no número de idosos em situações de risco para desenvolver o transtorno depressivo, como a solidão e o maior número de doenças.

O transtorno depressivo é bastante comum na população idosa, sendo o mais freqüente distúrbio psiquiátrico nessa faixa etária. (BLAZER, 2003) É freqüente e erroneamente atribuído ao envelhecimento normal, o que ocasiona grande taxa de sub ou mesmo não-diagnóstico. A apresentação da doença nos idosos é marcada pelo predomínio de sintomas neurovegetativos (insônia, perda de energia, emagrecimento) e piora cognitiva. (STELLA, 2002; BLAZER, 2009; ALEXOUPoulos, 2005) (Tabela 1).

Sintomas do estado de humor	Sintomas Neurovegetativos	Sintomas cognitivos	Sintomas psicóticos
Deprimido/disfórico Irritabilidade Tristeza Desânimo Sentimento de abandono Sentimento de inutilidade Diminuição da auto-estima Retraimento social/solidão Anedonia e desinteresse Idéias autodepreciativas Idéias de morte Tentativas de suicídio	Inapetência Emagrecimento Distúrbio do sono Perda da energia Lentificação psicomotora Inquietação psicomotora Hipocondria Dores inespecíficas	Dificuldade de: -concentração -memória Lentificação do raciocínio	Idéias paranóides Delírios de ruína Delírios de morte Alucinações mandativas de suicídio

Tabela 1 - Sintomas da Depressão em Idosos

Fonte: STELLA, 2002, p. 93.

O transtorno impõe um impacto negativo na qualidade de vida, na funcionalidade e é a principal causa de suicídio em idosos. (BLAZER, 1991) Quando não tratada, a depressão retarda e piora a recuperação de outras condições de saúde. (BLAZER, 2009) Em revisão de 61 pesquisas realizadas entre 1997 e 2001, 72% delas demonstraram uma associação positiva entre depressão e mortalidade em idosos. (SCHOEVERS, 2009)

A piora na funcionalidade, através de comprometimento cognitivo e social é uma das grandes imposições da doença sobre a vida dos idosos. O aparecimento de transtornos depressivos em idosos tem sido considerado um fator de risco para o desenvolvimento

posterior de processo demencial. (DINIZ; FORLENZA, 2009) Alguns estudos sugerem que 50% dos pacientes com depressão evoluem para quadro demencial num período de cinco anos (LI; MEYER; THORNBY, 2001). O comprometimento cognitivo causado pela depressão envolve disfunção em memória e atenção, retardo psicomotor, diminuição na fluência verbal e comprometimento na função executiva, responsável pelo planejamento, processamento de novas informações e tomada de decisões. (BLAZER, 2009)

A depressão tem outros efeitos sobre a saúde geral, entre eles: (TOLMAN, 2009)

- Probabilidade marcadamente aumentada de morte entre idosos internados em casas de repouso no espaço de um ano;
- Inibição do sistema imunológico;
- Ligação com a dor crônica (em parte devido a sistemas neurotransmissores afetados durante a depressão);
- Maior risco de doença cardíaca e probabilidade de morte após eventos cardíacos.
- Maior perda de massa óssea quando comparado a idosos que não-deprimidos.
- Aumento no risco de perda de funcionalidade, mesmo em quadros mais leves da doença.

Antes de elencar marcos epidemiológicos sobre a depressão na população idosa, cabe o aprofundamento de definições acerca da doença. Segundo Del Porto, o termo depressão gera enorme confusão diagnóstica entre os profissionais de saúde, por conta dos inúmeros significados que o termo tem – por exemplo, um estado afetivo normal (tristeza), um sintoma, uma síndrome e uma doença. Esse autor propôs algumas definições para reduzir a confusão e melhorar a comunicação entre profissionais:

- **Sentimento de tristeza** é uma resposta normal e adaptativa do ser humano diante de situações adversas (perda, derrota, desapontamentos) e pode ser um momento de reflexão e de preparação para novas ações no futuro. A tristeza não deve se constituir em alvo de intervenção médica e nem em diagnóstico psiquiátrico.
- **Sintoma depressivo** pode surgir nos mais variados quadros clínicos (transtorno de estresse pós-traumático, demências, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, entre outros). Também pode ocorrer como resposta a estressores psicossociais.
- **Síndrome depressiva** inclui alterações de humor (tristeza, irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer, apatia) e de outros aspectos, tais como alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas.

- **Depressão como doença** é classificada de várias formas, de acordo com o período histórico, a preferência dos autores e o referencial teórico adotado. Entre os principais quadros mencionados atualmente, temos: transtorno depressivo maior, menor, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar, etc. A característica mais típica dos quadros depressivos é a presença de queixas referentes à sensação de tristeza e vazio. Porém, nem todos os pacientes apresentam queixas de humor triste ou deprimido, ao invés disso podem referir fadiga, dificuldades de concentração e lentificação psicomotora. (DEL PORTO, 2000, p. 20)

O diagnóstico dos transtornos depressivos pode ser operacionalizado por meio dos critérios diagnósticos disponíveis nas classificações internacionalmente reconhecidas, principalmente o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), da Associação Americana de Psiquiatria. O DSM-IV-TR baseia-se em critérios como tempo (pelo menos duas semanas) e repercussão funcional e da qualidade de vida (sono, apetite, capacidade de obtenção de prazer e conteúdo do pensamento) associada aos sintomas depressivos (ANEXO 1). (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2011).

No entanto, grande parte dos idosos que apresenta sintomas depressivos significantes não preenchem critérios diagnósticos para depressão maior ou mesmo transtorno distímico. (DINIZ; FORLENZA, 2009). Em idosos, depressão menor ou subclínica são encontradas em diversas amostras mais comumente do que a depressão maior, sendo associadas com morbidade funcional similar. Para receber o diagnóstico de depressão menor ou subclínica, o indivíduo deve apresentar pelo menos dois sintomas depressivos, sendo um deles humor deprimido ou anedonia, estando eles presentes por pelo menos duas semanas. Já o transtorno distímico caracteriza-se por uma duração maior dos sintomas, de pelo menos 2 anos. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2011).

Há dificuldade no diagnóstico de depressão no idoso, uma vez que o mesmo, quando acometido pela doença, verbaliza de modo diferente suas queixas. Ele procura o clínico geral, quando muitas vezes os sintomas físicos são um modo de manifestar um sofrimento psíquico em decorrência da depressão. Nos idosos, há uma diminuição da resposta emocional (“erosão afetiva”) e, com isso, há um predomínio de sintomas como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminções sobre o passado e perda de energia. Isso torna o diagnóstico dessa condição mais complexo nesta população. (DINIZ; FORLENZA, 2009).

Um instrumento bastante útil e validado internacionalmente para rastreio da depressão em idosos é a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), introduzida em 1983 por Yesavage et al. (YESAVAGE, 1983) (ANEXO 2) No Brasil, a EDG é também validada e utilizada nos

contextos clínicos e de pesquisa. (FERRARRI; DALACORTE, 2007; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Segundo FYFFE et al., poucos idosos recebem tratamento para a doença, principalmente em negros: 16,7% dos idosos negros com depressão recebem tratamento para depressão, enquanto 32% dos brancos.(FYFFE, et al., 2004) Um aspecto que ocasiona o baixo diagnóstico de depressão na faixa etária é a postura do profissional médico quando de investigação da doença. Em estudo realizado em Pelotas – RS, em 2004, a prevalência de investigação de sintomas depressivos na última consulta médica dos idosos entrevistados foi de 28,5% em mulheres e 14,8% em homens. (GAZALLE et al., 2004).

As prevalências encontradas em diversos estudos, envolvendo contextos diferentes, são expressivas. Cabe ressaltar a dificuldade em comparar estatísticas em virtude da variedade de critérios ou instrumentos empregados. (DINIZ; FORLENZA, 2009) Uma revisão sistemática da literatura internacional apontou que 13,5 % da população idosa apresentaria síndromes depressivas. (DINIZ; FORLENZA, 2009) A prevalência de depressão maior em amostras da comunidade diminuem com a idade, enquanto quadros subsindrômicos ou de depressão menor sejam mais comuns. (BIRRER; VERMURI, 2004; DINIZ; FORLENZA, 2009).

Há relativamente poucos inquéritos sobre a prevalência de transtornos depressivos em idosos no Brasil. Em levantamento feito em São Luís – MA, publicado em 2010, 50% dos idosos atendidos em ambulatório de geriatria apresentavam depressão. (GONÇALVES; ANDRADE, 2010) Em idosos freqüentadores de centros de convivência de Taguatinga – DF, a prevalência encontrada foi de 31%. (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2006) Em Montes Claros – MG, levantamento feito na população idosa acolhida por uma equipe de Saúde da Família, a prevalência de depressão foi de 20,9%. (HOFFMANN; RIBEIRO; FARNESE, 2010) Entre alunos freqüentadores de universidade aberta para terceira idade em Porto Alegre – RS, Irigaray e Schneider encontraram 19,2% dos idosos com depressão. (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2007) Conforme estudo de Veras, a prevalência de depressão em idosos na cidade do Rio de Janeiro variou de acordo com o grupo estudado – foi de 20,9% no distrito com melhor nível socioeconômico e de 36,8% no de pior nível socioeconômico. (VERAS; COUTINHO, 1991).

Ao trazer estatísticas que demonstram a magnitude da depressão na população idosa, não poderia esquecer de trazer dados sobre outro grave problema estritamente relacionado ao distúrbio, que é o suicídio nessa faixa etária. As maiores taxas de suicídio no Brasil no período de 1980 e 2000 ocorreram entre idosos de 75 anos ou mais, sendo sete vezes mais freqüente em homens. (LOVISI, 2009).

A depressão na terceira idade está associada a inúmeros fatores de risco descritos tanto em estudos de corte transversal quanto em estudos prospectivos. Os fatores mais identificados são: sexo feminino, idade, viuvez, baixa escolaridade e renda, presença de eventos de vida estressores, baixo suporte social, características de personalidade, percepção de baixa qualidade de vida e condições de saúde, presença de déficits cognitivos, limitação funcional, histórico psiquiátrico e co-morbidades psiquiátricas, uso e abuso de álcool, uso de certos fármacos, presença de doenças físicas agudas e crônicas, dor e comorbidades. (BLAZER, 2009) No Brasil, um estudo transversal avaliando mais de 7 mil indivíduos idosos residentes na comunidade evidenciou baixa renda e piores condições sociais, de saúde e funcionais como fatores associados à depressão. (FRANKL, 2008).

Um aspecto interessante e polêmico envolvendo a causa da depressão, incluindo aí também a depressão em idosos, diz respeito à causa da doença. Um dos pontos de maior debate, que vem há décadas, é se a depressão tem sua origem em processos psicológicos ou por desequilíbrios neuroquímicos. Essa discussão é muitas vezes levada de maneira pragmática e irredutível, levando até mesmo à crítica e contra-indicação de recursos terapêuticos, como antidepressivos.

Porém, o modelo emergente de depressão é altamente interativo; cabe enfatizar que o seu início não é uma “via de mão-única”, mas que fatores de risco interagem constantemente para definir as chances que uma pessoa tem de ficar deprimida. Um resumo recente do modelo integrativo da depressão enfatiza as relações entre os elementos que interagem para causar essa doença: (TOLMAN, 2009; BLAZER, 2009).

- Vulnerabilidade biológica ou genética: envolve múltiplos genes que interagem com as influências ambientais, moldam a natureza da química cerebral da pessoa e podem moldar as características da personalidade, como a instabilidade emocional.
- Vulnerabilidade psicológica: envolve comportamentos moldados por fatores como timidez e busca excessiva de reassseguramento. Estudos recentes indicam que a resolução de problemas protege as pessoas de eventos estressantes na vida. Já as estratégias de evitação podem causar depressão.
- Eventos estressantes da vida: eventos estressantes da vida, especialmente perdas pessoais ou abuso físico ou sexual, parecem aumentar a probabilidade de depressão ou tornarem a resposta cerebral ao estresse mais hipersensível ou intensa.

- Reações únicas ao estresse: pesquisas indicam claramente que o potencial para reações ao estresse resulta em alterações substanciais na neuroquímica e na estrutura do cérebro, incluindo o desenvolvimento de um sistema persistentemente hipersensível de resposta ao estresse.
- Fatores cognitivos: pensamentos e crenças gerais de uma pessoa a respeito do mundo e dos relacionamentos podem causar depressão.
- Efeitos interpessoais e exigências sociais: fatores sociais e emocionais que afetam a qualidade dos relacionamentos estão ligados ao estresse; apoio social positivo reduziria o estresse, enquanto relacionamentos negativos o aumentam.

Entre as diversas correntes psicoterapêuticas, cada qual analisando o fenômeno depressão segundo seus pressupostos, temos a questão do vazio existencial como fator causal da doença. Segundo de Viktor Frankl, uma das possíveis explicações para a instalação da depressão em idosos e aposentados é o vazio existencial, atrelado a falta de sentido na vida nos mesmos. (FRANKL, 2008) Frankl é o criador da Logoterapia, chamada também de Terceira Escola Vienense de Psicoterapia. Apesar de ter sua obra pouco difundida no Brasil, os conceitos de Frankl baseiam um crescente ramo de pesquisa envolvendo o sentido da vida e aspectos terapêuticos em pessoas portadoras de doenças terminais, adição e em idosos. (SOMMERHALDER, 2010; RODRIGUES, 1991).

Frankl apresenta em sua teoria possíveis causas da depressão em idosos. Ele destaca o vazio existencial como desencadeador de uma neurose noogênica, ou seja, por falta de sentido na vida, essa última, manifestando-se através da depressão. Estudos relacionando sentido da vida, bem-estar e prevenção de depressão vêm sendo publicados, tornando esse campo de estudo promissor para maior compreensão e elaboração de recursos terapêuticos para idosos.

A presença da sensação de vazio e mesmo o vazio existencial apresenta forte relação com o quadro sintomatológico do idoso com depressão. A sensação de vazio é, por si só, um sintoma marcante da doença. Os critérios do DSM-IV-TR e a EDG abordam a questão de maneira bem direta. No DSM-IV-TR, a sensação de vazio junta-se ao sentimento de tristeza no primeiro critério diagnóstico. A EDG é também bastante objetivo nesse aspecto, uma vez que uma de suas perguntas, tanto na versão de 30 quanto na de 15 itens, é “Você sente que sua vida está vazia?”.

Whelam et al. (2008) apontam que das 15 perguntas da EDG, a pergunta que aborda a sensação de vazio é a que apresenta maior sensibilidade (59%) e especificidade (75%) em idosos institucionalizados. (WHELAM et al, 2008) Anteriormente, mas analisando idosos da comunidade, em 1994, D’Ath et al. também apontaram que a pergunta “Você sente que sua

vida está vazia?” é a que apresenta maior sensibilidade no rastreio da depressão em idosos (84%). (D’ATH et al, 1994).

Entender a depressão em idosos através de diversas perspectivas se faz necessário à medida em que nos possibilita compreender melhor a doença e a adotar recursos terapêuticos adaptados e eficientes. Apesar do emprego de medicamentos eficazes e com poucos efeitos colaterais, estudos apontam imensa dificuldade no tratamento de idosos com depressão. (DINIZ; FORLENZA, 2009; BLAZER, 2009) Conforme Frank e Rodrigues (2006) e Blazer (2009), após instituição de adequada terapêutica, apenas um terço dos idosos com depressão melhora e permanece bem, um terço apresenta recaída e um terço não melhora, cronifica. (FRANK; RODRIGUES, 2006; BLAZER, 2009).

A questão da prevenção do transtorno depressivo em idosos é pouco pesquisada. Alguns estudos envolvendo pacientes com fatores de risco para a doença apontam que intervenções de aspectos educativos apresentam efeitos favoráveis. O uso de recursos educativos no tratamento e prevenção de doenças mentais é bem consolidado, principalmente no transtorno de humor bipolar e esquizofrenia. (GREVET; ABREU; SHANSIS, 2003) (PELLEGRINELLI, 2010; BAHLS; ZACAR, 2006).

Compreende-se a abordagem que visa ajudar o paciente a reconhecer os sintomas de sua doença, interpretar os danos causados pela mesma e planejar estratégias de convívio com a doença. (GOLDMAN, 1988) A questão da psicoeducação voltada para idosos também é bastante escassa, sendo os trabalhos relacionados mais a cuidadores de idosos com quadros demenciais. (RASKIN, 1998) A adaptação de recursos pedagógicos e a didática para idosos se faz necessária pelas dificuldades cognitivas características próprias do envelhecimento, assim como adaptação cultural.

Antes de aprofundar-me em tópicos relacionando psicoeducação e idosos com depressão, considero importante o aprofundamento na teoria e conceitos de Frankl. Também trarei conceitos de Erik Erikson acerca do desenvolvimento humano, por considerá-los pertinentes à proposta do projeto. Nesse sentido, aproximarei o pensamento desses dois autores com abordagens mais recentes e também trarei resultados de pesquisas que apontam a vigência e utilidade das teorias no estudo do envelhecimento, principalmente no tratamento e prevenção do transtorno depressivo.

2.3 Frankl e a Questão do Sentido da Vida

Viktor Emil Frankl nasceu em 1905, em Viena, na Áustria. Ainda adolescente, começou a assistir aulas de psicologia existencial na Universidade Popular de Viena. Por volta dos dezesseis anos, num grupo filosófico da Universidade Popular, realiza uma fala sobre o sentido da vida. Em decorrência de sua correspondência com Freud, um de seus manuscritos foi enviado, pelo próprio Freud, para a Revista Internacional de Psicanálise, sendo publicado no ano de 1924. No ano de 1925, o artigo “Psicoterapia e Concepção do Mundo” foi publicado na “Revista Internacional de Psicologia Individual”. (VIKTOR FRANKL INSTITUT, 2010).

Frankl ingressou na Universidade de Viena para cursar medicina, formando-se em 1930. No ano anterior, ele explicita suas idéias sobre os valores, ou seja, as três formas, que no seu entender, viabilizam ao ser humano encontrar o sentido da vida: “O primeiro consiste em criar um trabalho ou fazer uma ação. O segundo está em experimentar algo ou encontrar alguém; em outras palavras, o sentido pode ser encontrado não só no trabalho, mas também no amor” (FRANKL, 2008, p.135) Prossegue o autor, explicando que o terceiro - o mais importante, - é a capacidade de encontrar um sentido até mesmo no sofrimento, “[...] saber como sofrer, quando se faz necessário” (FRANKL, 2008, p. 136).

O autor especializou-se nas áreas da neurologia e da psiquiatria. Direcionou suas produções para a reflexão sobre a carência de sentido da vida, especialmente entre os jovens.

Em dezembro de 1941, casou-se com Tilly Grosser, enfermeira do Hospital de Rothschild. Com a Segunda Guerra Mundial, tornou-se acirrada a perseguição aos judeus pelos nazistas. Teve que interromper então sua carreira. Nove meses depois do casamento, Frankl e sua esposa já estavam no campo de concentração de Theresienstadt. Antes do exílio, ele tinha rascunhado um livro com algumas bases da logoterapia que já vinham sendo gestadas desde 1933. Frankl, em período de três anos, esteve preso em quatro campos de concentração: Theresienstadt, Auschwitz, Kaufering III e Türkheim.

Em liberdade, Frankl assume a direção da Policlínica Neurológica de Viena, dedicando-se a essa função vinte e cinco anos. Ele recebeu vinte e sete títulos de Doutor *honoris causa*, de dezoito universidades do mundo inteiro. No Brasil, recebeu tal menção da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Frankl falece em 1997, tornando-se um dos marcos na psicoterapia existencialista.

Faz-se útil mencionar os principais autores que embasaram Frankl em sua trajetória. Há um predomínio de autores da filosofia e psicologia existencial em sua formação. Conceitos como liberdade, responsabilidade, valores criativos, resiliência, transcendência e relação com o outro formaram o alicerce da teoria do sentido da vida. Entre os autores, podemos citar: Kierkegaard, Rollo May, Heidegger, Jaspers e Buber. (FOSSATTI, 2009) Apesar de ter rompido com Freud e Adler, não se pode esquecer de mencioná-los como balizadores do percurso de Frankl e surgimento de sua teoria.

A Logoterapia, ou, Terceira Escola Vienense de Psicoterapia, concentra-se no sentido da existência humana, bem como na busca da pessoa por esse sentido. Para a logoterapia, a busca de sentido na vida da pessoa é a principal força motivadora no ser humano. Por essa razão costumo falar de uma vontade de sentido. A busca do indivíduo por um sentido é a motivação primária em sua vida, e não uma “racionalização secundária” de impulsos instintivo – como era pregado pela psicanálise naquela época. Esse sentido é exclusivo e específico, uma vez que precisa e pode ser cumprido somente por aquela determinada pessoa.

Início a abordagem da teoria de Frankl justamente buscando em diversos autores posicionamentos sobre o conceito de “sentido da vida”. O sentido de vida faz parte dos questionamentos existenciais e é uma busca constante do ser humano. A Psicologia tem uma longa trajetória de dedicação à compreensão do conceito para melhor explicitá-lo e, assim, compreender sua relação com os mecanismos de ajustamento e adaptação, contribuindo para o estudo do desenvolvimento humano e do envelhecimento. (SOMMERHALDER, 2010).

Reker e Wong definem sentido de vida como um construto multidimensional, composto por um componente cognitivo, englobando crenças e interpretações do mundo. Isso ajuda o indivíduo nas suas preocupações existenciais, na organização e na compreensão das experiências. Há também um componente motivacional, que reúne os sistemas de valores de cada indivíduo, os quais interferem na realização das metas pessoais. Por último, há um componente afetivo, relacionado ao sentimento de satisfação, que é a convicção de que a vida vale a pena. As experiências pessoais medeiam essas escolhas. (REKER; WONG, 1988 apud SOMMERHALDER, 2010).

Reker afirma que o sentido de vida está associado a ter um propósito, uma direção, uma razão para a existência, ter uma percepção de identidade pessoal e interesse social, além de sentir-se satisfeito com a vida, mesmo diante de situações difíceis, quando o “para que viver” é essencial. Na dimensão individual, as crenças, os valores e as necessidades da pessoa norteiam quais as metas que ela deve perseguir e em quais relacionamentos deve investir. Isso funciona como um guia para as buscas e os engajamentos individuais. (REKER, 1997). O

sentido de vida – que compreende esquemas conceituais, categorias do *self*¹ e interpretação da vida – orienta o indivíduo em direção ao viver. É uma rede cognitivo-afetiva que abrange metas, comportamentos e várias classes de padrões de autoavaliação. É direcionado pelos valores da vida e está associado à saúde mental (PRAGER, 1997). Então, o conceito de *self*, também chamado de autoconceito e de noção de eu, é a percepção de si e da realidade pela própria pessoa (ROGERS, 1992 apud MAIA, GERMANO, MOURA JR, 2009).

O construto ainda é considerado novo na área de estudos do envelhecimento. (SOMMERHALDER, 2010) O eixo desses trabalhos é o conceito de envelhecimento como um processo universal e, como tal, envolvido por indagações sobre a continuidade do ser. Um dos questionamentos mais comuns é “por que estou aqui; para onde vou?”. Apesar disso, é preciso lembrar que, salvo as semelhanças inerentes à espécie, adultos e pessoas idosas são indivíduos com histórias de vida, aspirações e atribuições de significado para suas existências que corroboram suas vivências, ou seja, envelhecer é uma experiência singular, ligada à trajetória pessoal, o que define sua particularidade.

Ao declarar que o ser humano é uma criatura responsável e precisa realizar o sentido potencial de sua vida, quero salientar que o verdadeiro sentido da vida deve ser descoberto no mundo, e não dentro da pessoa humana ou de sua psique, como se fosse um sistema fechado. Chamei essa característica constitutiva de “a auto-transcendência da existência humana”. Ela denota o fato de que o ser humano sempre aponta e se dirige para algo ou alguém diferente de si mesmo – seja um sentido a realizar ou outro ser humano a encontrar. (FRANKL, 2008)

O sentido da vida difere de pessoa para pessoa, de um dia para outro, de uma hora para outra. Ele se modifica, mas jamais deixa de existir. De acordo com a logoterapia, podemos descobrir esse sentido na vida de três diferentes formas:

1. Criando um trabalho ou praticando um ato. 2. Experimentando algo ou encontrando alguém; 3. Pela atitude que tomamos em relação ao sofrimento inevitável. A segunda maneira de encontrar um sentido na vida é experimentando algo – como a bondade, a verdade, e a beleza – experimentando a natureza e a cultura, ou, ainda, experimentando outro ser humano em sua originalidade única – amando-o. (FRANKL, 2009, p. 135).

A vontade de sentido também pode ser frustrada; nesse caso a logoterapia fala de “frustração existencial”. O termo “existencial” pode ser usado de três maneiras, referindo-se:

¹ MAIA, Camila Moreira; GERMANO, Idilva Maria Pires; MOURA JR, James Ferreira. **Um diálogo sobre o conceito de self entre a abordagem centrada na pessoa e psicologia narrativa**. Rev. NUFEN, São Paulo, v. 1, n. 2, nov. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912009000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 de fev. 2012.

“(1) à existência em si mesma, isto é, ao modo especificamente humano de ser; (2) ao sentido da existência; (3) à busca por um sentido concreto na existência pessoal, ou seja, à vontade de sentido.” (FRANKL, 2009, p.126).

A frustração existencial também pode resultar em neuroses. Para esse tipo de neuroses, a logoterapia cunhou o termo “neurose noogênicas”, a contrastar com as neuroses na significação habitual da palavra, isto é, as neuroses psicogênicas. As neuroses noogênicas têm sua origem não na dimensão psicológica, mas antes na dimensão “noológica” (do termo grego *noos* que significa “mente”) da existência humana.

As neuroses noogênicas não surgem de conflitos entre impulsos e instintos, mas de problemas existenciais. Entre esses problemas, a frustração da vontade de sentido desempenha papel central. A logoterapia considera sua tarefa ajudar o paciente a encontrar sentido em sua vida. (FRANKL, 2008).

Uma vez mostrado o impacto benéfico da orientação para o sentido, volto-me agora para a pernicioso influência daquela sensação da qual se queixam tantos pacientes hoje em dia, ou seja, a total e extrema falta de sentido de suas vidas. Eles carecem da consciência de um sentido pelo qual valesse a pena viver”. O autor diz também que esses pacientes sentem-se perseguidos pela experiência de seu vazio interior, de um vazio dentro de si mesmos; que estão presos na situação que chama de ‘vazio existencial.

O vazio existencial se manifesta principalmente num estado de tédio. Agora podemos entender por que Schopenhauer disse que, aparentemente, a humanidade estava fadada a oscilar eternamente entre os dois extremos de angústia e tédio. É fato concreto que atualmente está causando e certamente trazendo aos psiquiatras mais problemas que o faz a angústia. E estes problemas estão se tornando cada vez mais agudos, uma vez que o crescente processo de automação provavelmente conduzirá a um aumento enorme das horas de lazer do trabalhador médio. É lastimável que muitos deles não saberão o que fazer com esse tempo livre adicional. (FRANKL, 2009, p. 131).

Pensemos, por exemplo, na "neurose dominical", aquela espécie de depressão que acomete pessoas que se dão conta da falta de conteúdo de suas vidas quando passa o corre-corre da semana atarefada e o vazio dentro delas se torna manifesto. Não são poucos os casos de suicídio que podem ser atribuídos a este vazio existencial. Fenômenos tão difundidos como depressão, agressão e vício não podem ser entendidos se não reconhecermos o vazio existencial subjacente a eles. O mesmo é válido também para crises de aposentados e idosos. (FRANKL, 2009, p. 132).

De acordo com o autor, não é possível ao psicólogo dar um sentido para a vida do outro, mas sim ajudá-lo a encontrar o seu próprio sentido (SOMMERHALDER; GOLDSTEIN, 2006). Ele propõe quatro fatores que podem levar a pessoa a encontrar um sentido para a vida:

(a) A valorização do que é importante para a pessoa, ou seja, aquilo que teve significado durante a vida, desde os pequenos até os grandes eventos. As experiências de vida influenciam na forma que cada um tem de lidar com as situações. (b) As escolhas – o indivíduo é responsável por cada escolha que faz ao longo da vida, inclusive diante de situações adversas. Frankl aborda o sofrimento como uma grande oportunidade de crescimento pessoal, que, no entanto, depende de como a pessoa o enfrenta. Ela pode sucumbir à dor, ou extrair ensinamentos da situação difícil. (c) Responsabilidade – por tudo o que a pessoa faz, pelas escolhas e decisões. (d) Significado imediato – dar sentido às coisas que acontecem na vida diária, tanto as experiências positivas, quanto as negativas. (FRANKL apud SOMMERHALDER, 2010, p. 271).

2.4 Erik Erikson: Generatividade e Integridade

Além de Frankl, tomo como marco teórico do projeto alguns conceitos importantes deixados por Erik Erikson, que serão úteis ao me aprofundar na investigação de meios de psicoeducação para idosos com depressão. Psicanalista de origem alemã, Erik Homburger Erikson nasceu a 15 de Junho de 1902, tendo falecido nos Estados Unidos em 1994. Ele iniciou sua vida como artista plástico. Em 1927, depois de estudar arte e viajar pela Europa, passou a lecionar em Viena a convite de Anna Freud. Sob orientação dela, submeteu-se à psicanálise e tornou-se, ele próprio, psicanalista. Erikson contestava a psicanálise por esta não considerar as interações entre o indivíduo e o meio, assim como por privilegiar os aspectos patológicos e defensivos da personalidade. No início da carreira, o interesse de Erikson esteve na adolescência. Em 1933 emigrou para os Estados Unidos e naturalizou-se americano. Lecionou nas universidades de Harvard, Berkeley e Yale. (ERIKSON, 1998)

Erikson modificou e estendeu a teoria freudiana. Enfatizou a influência da sociedade no desenvolvimento da personalidade. Recorre-se a ele neste estudo por ser um modelo que integra o crescimento e desenvolvimento humano como um processo que continua ao longo da vida, desde o nascimento até a velhice.

Segundo o autor, o crescimento psicológico do indivíduo ocorre de forma semelhante ao do embrião. Epigênese é o um termo utilizado na Embriologia. Sugere que cada elemento se desenvolve sobre as outras partes. É estruturalmente semelhante ao do crescimento embrional no sentido de que o aparecimento de cada estágio sucessivo baseia-se no desenvolvimento do estágio anterior. Cada estágio representa uma luta entre duas tendências conflitantes que precisa ser solucionada satisfatoriamente. Esse desafio envolve processos internos (psicológicos) do indivíduo e processos externos (sociais). (ERIKSON, 1998).

Erikson dividiu o desenvolvimento humano em oito estágios. Em cada um dos oito estágios o ego passa por uma crise. O desfecho da crise pode ser positivo ou negativo; onde o desfecho positivo de uma ajuda na superação da próxima e, o desfecho negativo, além de enfraquecer o ego e rebaixá-lo a estágios anteriores de desenvolvimento, prejudica a superação das crises seguintes. (ERIKSON, 1998).

No sétimo, chamado de idade Adulta, é onde se contrapõem a generatividade e a estagnação. Nesse estágio, a virtude humana que emerge é o cuidado. Nele, o indivíduo tem a preocupação com tudo o que pode ser gerado, desde os filhos até idéias e produtos. Transparece uma necessidade de transmitir, de ensinar, como forma de fazer-se sobreviver, de valer a pena todo o esforço de sua vida, de saber que há um pouco de si nos outros. Isso impede a absorção do ser em si mesmo, a estagnação, o tornar-se lamuriante. O foco da generatividade pode ser os filhos, mas também criações diversas, no trabalho e na arte. Todas as forças surgidas em estágios precedentes (esperança e vontade, propósito e competência, fidelidade e amor) se mostram essenciais para a tarefa geracional de cuidar da geração seguinte.

O oitavo estágio, chamado de velhice, apresenta como conflito a integridade e a desesperança, quando o ser humano passa a refletir sobre sua vida. Nesse estágio, sobressai-se a sabedoria, que remete ao saber acumulado durante toda a vida, a capacidade de julgamento maduro e justo, e a compreensão abrangente dos significados da vida, e a forma de ver, olhar e lembrar as experiências vividas.

Por integridade entende Erik Erikson a capacidade de aceitar os limites da vida, isto é, o que a vida tem dado ou não; o ganho de um sentido de pertencer a uma história mais ampla. Este crescimento permite ao indivíduo ser capaz de aceitar seu ciclo vital e daqueles que se tornaram significantes ao longo desse mesmo ciclo. Na integridade, a pessoa não receia encarar todo o caminho seu percorrido, levando-o a compreender o percurso das pessoas que acompanharam o seu ciclo de vida, “livre do desejo de que eles fossem diferentes, e uma aceitação do fato de que a vida de cada um é de sua própria responsabilidade”, sendo que o possuidor da integridade defende a dignidade do seu próprio estilo de vida contra todas as ameaças físicas e econômicas.

A integridade é também um sentido de coerência e inteireza, como capacidade potencial do ser humano de manter as coisas unidas. A consciência de possuir sabedoria desenvolve-se a partir dos encontros tanto com a integridade quanto com o desespero, à medida que o indivíduo é confrontado com preocupações fundamentais. O fracasso no trabalho de construção da integridade, sucede o desespero. Assim, o desespero manifesta o fato de o

indivíduo sentir que o tempo é demasiado curto para voltar a recomeçar a sua vida com o objetivo de encontrar rumos alternativos para a integridade. (ERIKSON, 1998; SCHAIE; WILLIS, 2003).

2.5 Vaillant, Butler e Teoria do Desenvolvimento ao Longo da Vida

Após apresentar conceitos básicos das teorias de Frankl e Erikson, com intuito de valer-me delas como referenciais teóricos para o desenvolvimento do estudo sobre envelhecimento, acredito ser válido aproximá-las das obras de gerontólogos e geriatras de destaque. Essa aproximação ilustrará conceitos teóricos apontados, além de demonstrar a vigência dos conceitos de Frankl e Erikson em modernas teorias do envelhecimento.

Em primeiro lugar, trago o nome de Geoge Vaillant (1934), psiquiatra norte-americano, professor da Faculdade de Medicina de Harvard. Ele foi responsável durante 30 anos pelo Estudo do Desenvolvimento Adulto, que analisou 824 homens ao longo de 60 anos. Ele é autor do best-seller “*Aging Well*”, onde apresentou a análise de três grandes estudos longitudinais que investigaram características relacionadas ao envelhecimento. (VAILLANT, 2002; VAILLANT, 2001).

Encontra-se muito da teoria do desenvolvimento de Erikson no trabalho de Vaillant. Ao modelo de Erikson, Vaillant adiciona dois novos estágios: o da “consolidação da carreira”, após o estágio da intimidade versus o isolamento; e, na idade adulta tardia, logo após a generatividade, o estágio chamado de “mantedor do sentido”. Os conceitos defendidos por Vaillant insistem que a educação de adultos os ajuda a viver melhor e que as pessoas podem mudar.

Outro estudioso do envelhecimento cuja obra que se aproxima dos marcos teóricos da presente dissertação é Robert Butler (1927-2010). Médico geriatra, ele criou o primeiro departamento de geriatria nos Estados Unidos, na Mount Sinai School of Medicine, em Nova York. Ele também fundou o Instituto Nacional sobre Envelhecimento daquele país, em 1975. Butler também participou a criação da Associação Americana de Psiquiatria Geriátrica, da Associação da Doença de Alzheimer e do Centro Internacional de Longevidade. Recebeu prêmio Pulitzer pelo livro “*Why Survive? Being Old in America*” e escreveu mais de 300 artigos sobre medicina e envelhecimento. (MARTIN, 2010).

Em 1963, Butler publicou o artigo “*The life-review: an interpretation of reminiscence in the aged*”. Nele, o autor descreveu sua observação clínica e destacou a importância da reminiscência em idosos. No texto, Butler concede a reminiscência como um processo natural e espontâneo que caracterizado pelo retorno progressivo à consciência de experiências passadas e, particularmente, o ressurgimento de conflitos não-resolvidos. A maior tarefa é descrita como aquela para clarear, aprofundar e encontrar sentido para aquilo que o indivíduo obteve durante a vida, aprendendo e se adaptando. Nesse aspecto, a reminiscência é vista como favorecedora ao envelhecimento bem-sucedido. (GONÇALVES; ALBUQUERQUE; MARTIN, 2008).

Emerge, em Butler, a terapia da reminiscência, que tem como objetivos terapêuticos: auxiliar o paciente a ter noção da vida como um todo, reestruturação da identidade, resolução de problemas e conflitos, restauração da harmonia com amigos e parentes, retomada de sonhos da juventude, reconciliação e capacidade de viver o presente. (GONÇALVES; ALBUQUERQUE; MARTIN, 2008) Diversos pesquisadores defendem a terapia da reminiscência para idosos e também destacam sua utilidade na prevenção da depressão para essa população. (BOHLMMEIJER, 2007; POT; BOHLMMEIJER; et al., 2010).

Ao analisar o legado de Butler, encontram-se pressupostos próximos aos balizadores teóricos da dissertação. Há similaridades claras em relação à teoria eriksoniana, onde a terapia da reminiscência encontra apoio no conceito de integridade nos oitavo e nono estágios do desenvolvimento. Quanto à Frankl e sua teoria do sentido da vida, Butler traz como um dos objetivos da terapia da reminiscência justamente auxiliar o paciente a encontrar sentido em sua história de vida. Em outros momentos, Butler também compartilha o encontrar sentido na vida como necessário para o envelhecimento bem-sucedido: “Sabemos que todos precisam de um propósito, de uma paixão, alguma coisa que dê sentido e faça a diferença para a vida das pessoas– isso ajuda qualquer um a viver mais.” (BUTLER apud VEJA, 2010).

Finalizando, outro olhar consolidado sobre desenvolvimento humano é a teoria do desenvolvimento ao longo da vida (do inglês “*life-span*”). Baltes et al., autores da teoria, assumem que o desenvolvimento é um processo ao longo de toda a vida, ou seja, tendo continuidade na velhice. (BALTES, 1997) Segundo Neri (2006), esse desenvolvimento caracteriza-se por:

- a. atuar como um processo multidirecional e multidimensional, incluindo aspectos genético-biológicos e sócio-culturais;
- b. equilíbrio entre ganhos e perdas, implicando em mudança adaptativa constante, envolvendo considerável variabilidade intra-individual;

- c. alocação de recursos diferenciada ao longo da vida: desenvolvimento na infância, manutenção na idade adulta, regulação e manejo de perdas na velhice;
- d. atuação sistêmica de mecanismos de seleção, otimização e compensação das perdas, visando produzir um desenvolvimento bem-sucedido ou adaptativo.

A partir dessas proposições, Baltes estabelece estratégias para um envelhecimento bem-sucedido. Ele destaca o fortalecimento das capacidades cognitivas dos indivíduos através da educação, motivação e atividades relacionadas à saúde, assim como formação e manutenção de redes sociais de apoio. (LIMA, 2008, p. 21).

2.6 Pesquisas Recentes

Após verificar a relevância dos conceitos antropológicos e de desenvolvimento psicossocial de Frankl e Erikson relacionando-as com abordagens recentes, acredito que enriquecerá o embasamento teórico do projeto o apontamento de pesquisas atuais que envolvem esses conceitos e o envelhecimento. Krause publicou um estudo exploratório que investigou se sentido na vida estava associado à mortalidade em idosos. O estudo envolveu 1.361 idosos, de diversas localidades dos Estados Unidos, acompanhados por um período médio de 8,4 anos. O pesquisador concluiu que aqueles com maior senso de sentido na vida tiveram mortalidade menor. Entre diversas facetas relacionadas a sentido da vida, ter um propósito na vida foi associada a menor mortalidade. Krause aponta que intervenções devem ser criadas para auxiliar idosos a encontrar propósito na vida. (KRAUSE, 2009).

O estudo de Boyle et al. também apontou a relação entre propósito na vida e diminuição da mortalidade em idosos da comunidade. Com amostra de 1.238 idosos, acompanhados por 2,7 anos, o risco de morte foi 57% menor naqueles idosos que obtiveram escore alto na escala utilizada para medir o sentido da vida em relação aos que apresentaram escores mais baixos. (BOYLE; BARNES; BUCHMAN, 2009).

Outros estudos relacionam sentido da vida e desfechos clínicos. O mesmo grupo de pesquisadores da pesquisa anterior, investigou a associação entre propósito na vida e risco de desenvolvimento de Doença de Alzheimer (DA) e transtorno cognitivo leve (TCL) – condição clínica situada entre a normalidade e o quadro demencial. Após acompanhar 900 idosos ao longo de 7 anos, Boyle et al. encontram que aqueles com maiores escores em medidas de propósito na vida apresentaram 2,4 vezes menos chance de desenvolver DA, assim como

menor risco de desenvolver TCL e também apresentaram uma menor taxa de declínio cognitivo. (BOYLE; BARNES; BUCHMAN, 2010).

Koizumi et al. publicaram estudo realizado no Japão, mostrando que após acompanhamento de adultos entre 40 e 74 anos por, em média 13,3 anos, homens com maior senso de propósito na vida tiveram menor mortalidade por todas as causas, acidente vascular cerebral e doença cardiovascular. Quanto às mulheres, o estudo não encontrou relação significativa entre senso de propósito na vida e mortalidade, possivelmente, segundo os autores, por limitações estatísticas devido ao baixo número de mortes na coorte. (KOIZUMI et al., 2008). Tanno et al. reforçam os dados encontrados por Koizumi et al. (2008), apontando que o senso de sentido da vida está relacionado à longevidade na amostra estudada também no Japão. (TANNO et al., 2009).

Quanto à associação entre sentido da vida de depressão, destaca-se o estudo de Reker que analisou variáveis existenciais como preditores da doença em idosos institucionalizados e da comunidade. Ele encontrou redução na incidência de depressão em idosos que apresentam escores altos de sentido da vida. (REKER, 1997) Fry em uma pesquisa com adultos viúvos, com o objetivo de investigar se variáveis existenciais como o significado pessoal, o otimismo, a religiosidade e a acessibilidade ao suporte religioso estariam ligados ao bem-estar psicológico, relatou que ter um propósito na vida ajuda a superar a perda e também na prevenção de depressão. (FRY, 2001).

Outro grupo de pesquisas aponta as fontes de sentido em idosos. Reker e Wong realizaram pesquisa com adultos canadenses em três faixas etárias. Em todas elas foram encontradas similaridades nas seguintes fontes: relacionamento pessoal, satisfação de necessidades básicas, crescimento pessoal, atividades de lazer, preservação de valores e ideais, realização pessoal e altruísmo. Os autores concluíram que há uma mudança qualitativa na velhice, predominando uma tendência no desenvolvimento em direção a um processo mais interiorizado, egocêntrico, preocupado consigo, voltando o indivíduo progressivamente para o controle e a satisfação das suas necessidades básicas. Essa mudança se daria a partir da segunda metade da vida. (REKER; WONG, 1988) Essa mesma tendência à interiorização foi encontrada por Prager, em amostra de faixa etária similar, porém na Austrália. (PRAGER, 1996).

Prager encontrou duas fontes de sentido como importantes em todas as faixas etárias: satisfação de necessidades básicas, relações pessoais, preservação de valores e ideais humanos. As mulheres idosas deram mais ênfase a conceitos humanistas, sociais e culturais,

assim como se constatou uma constância na importância da realização individual e um aumento na atribuição de sentido para a ética social e respeito ao outro, incluindo a família.

Os grupos mais velhos foram unânimes em relação à importância de preservar valores e ideais humanos. As fontes de sentido que indicam transcendência do *self* foram significativamente mais importantes para os grupos de homens mais velhos, quando comparado aos jovens. (PRAGER, 1996).

Segundo Sommerhalder, as informações obtidas nos estudos de Prager (PRAGER; 1996, 1997) e Reker e Wong (REKER; WONG, 1988) permitem afirmar que as fontes de sentido relacionamento social e satisfação de necessidades básicas são comuns aos indivíduos adultos, mas não se pode deixar de considerar que o sentido de vida também é adquirido socialmente e que varia de uma cultura para outra. (SOMMERHALDER, 2010).

Outro estudo que investigou fontes de sentido na vida entre idosos foi realizado por Anchoo e Levi (ANCHO; LEVI, 1995 apud SOMMERHALDER, 2010) Segundo os pesquisadores, na amostra analisada, formada por idosos entre 61 e 84 anos, elas foram: relacionamento, altruísmo, criatividade, realização e status social, segurança, crescimento espiritual, aumentos em posses materiais, atividades de lazer, preservação de valores e ideais humanos, sobrevivência, continuidade do *self*, geratividade, apreciação da natureza e das artes em geral. No Brasil, Freire encontrou resultados semelhantes ao investigar metas de vidas em adultos e idosos, destacando manutenção do *self*, auto-realização, desejos para outros e contato social. (FREIRE, 2001).

Além de pesquisas que demonstram o impacto positivo que o alto senso de sentido na vida traz à saúde dos idosos, e também aquelas apontando as fontes para realização desse sentido, merece destaque uma quantidade significativa de trabalhos que apontam para benefícios do uso da reminiscência no tratamento de depressão em idosos. Essas últimas, reforçam os pressupostos de Erikson, Frankl e, especialmente, de Butler – criador da terapia da revisão da vida, ou do inglês “*life-review therapy*.” Wong (1998) também defende o uso da reminiscência como medida também preventiva para idosos. (WONG, 1998) Cappeliez (2002) define a terapia da revisão de vida como um tipo de reminiscência que consiste na avaliação estruturada do passado do indivíduo com objetivo de aceitação de eventos negativos, resolução de conflitos passados, identificação da continuidade entre o passado e o presente e encontrar sentido na vida. (CAPPELIEZ, 2002).

Westerhof et al. investigaram, através de estudo controlado e randomizado, o impacto de uma intervenção de revisão de vida no sentido da vida e a capacidade dessa mudança na prevenção de depressão ao longo de seis meses de acompanhamento. Concluíram que idosos

submetidos a revisão da vida apresentaram, inicialmente, maiores escores em sentido da vida em relação ao grupo controle. Esse aumento nos escores de sentido da vida predisse diminuição em sintomas depressivos durante o seguimento. A importância desse estudo foi mostrar que há a possibilidade de auxiliar idosos na procura por sentido através da revisão da vida, podendo isso ser usado na terapia de idosos com sintomas depressivos. (WESTERHOF et al., 2010).

3 PSICOEDUCAÇÃO E EDUCAÇÃO NA TERCEIRA IDADE

Após delinear os conceitos e referenciais teóricos norteadores do projeto de pesquisa, assim como brevemente revisar estudos a eles relacionados na área da saúde, retomo ao assunto depressão, terceira idade e educação. Ao término da primeira parte, mencionei a incipiência de trabalhos nas áreas de prevenção e psicoeducação em depressão, em especial a voltada a idosos.

O termo psicoeducação é encontrado frequentemente na literatura contemporânea de saúde mental, tipicamente quando se refere a técnicas úteis no manejo de pacientes com quadros severos de doença mental. No entanto, até agora, devido à falta de unanimidade na definição padrão de psicoeducação, diversas definições diferentes surgiram. Algumas delas são simplistas, enquanto outras vão muito a fundo. (ATRI; SHAMA, 2007) Goldman define psicoeducação como:

educação ou treinamento para uma pessoa com transtorno psiquiátrico em áreas que servem de metas para o tratamento ou reabilitação, por exemplo, otimizando a aceitação da pessoa em relação àquela doença, promovendo cooperação ativa com tratamento e reabilitação e fortalecimento de estratégias de enfrentamento que compensam deficiências causadas pelo transtorno. (GOLDMAN apud ATRI, SHARMA, 2007, p. 33).

Outros autores também contribuem na conceituação, acrescentando que por psicoeducação compreende-se a abordagem que visa ajudar o paciente a reconhecer os sintomas de sua doença, interpretar os danos causados pela mesma e planejar estratégias de convívio com a doença. Ela pode acontecer pessoalmente de forma individual ou em grupos; por material de apoio (ex. livros) (SCOGIN; FORREST, 1989; BILICH, 2008; NAYAYLOR, 2010) ou mesmo pela Internet (COCKAYNE, 2011; CHRISTENSEN; GRIFFITHS, 2004).

Há uma relevante base de estudos que apontam a eficácia da psicoeducação em transtornos mentais, como depressão, transtorno do humor bipolar, esquizofrenia, prevenção de suicídio e demência. Há também relatos de benefício da psicoeducação em pacientes que sofreram infarto do miocárdio e após o diagnóstico de câncer. (MCGILLION; WATT-WATSON, 2008; ATRI; SHARMA, 2007).

Nukariya menciona que o importante da psicoeducação não é a verticalização na relação paciente e clínico, mas a cooperação entre as partes. (NUKARIYA, 2001) Colom e Vieta destacam que as intervenções testadas com sucesso apresentavam as seguintes características: melhoravam o *insight* sobre a doença, auxiliavam o paciente a lidar com a estigmatização,

melhoravam a adesão ao tratamento, ensinavam o paciente e a família a identificar sinais prodromicos precoces, promoviam hábitos saudáveis e a regularidade no estilo de vida e evitar o abuso de substâncias. (COLOM; VIETA, 2004).

Devido à alta prevalência de transtorno depressivo e a existência de barreiras ao tratamento (acesso, custo e casos não diagnosticados), Donker et al. consideram a psicoeducação como uma forma curta, não onerosa e efetiva de intervenção. Por isso, realizaram uma meta-análise que investigou o efeito da psicoeducação passiva na redução de depressão, ansiedade e estresse. Eles concluíram que apesar de se acreditar que intervenções psicoeducacionais fossem inefetivas, o estudo revelou que essas abordagens reduzem os sintomas de depressão e estresse. Os autores apontam que a intervenção psicoeducacional pode ser um primeiro passo para o tratamento da depressão na atenção primária em saúde. Outros estudos demonstram que há benefício quando se adiciona psicoeducação ao tratamento medicamentoso, quando comparado ao tratamento apenas com medicamentos. (DONKER; et al., 2009).

Kronmüller et al. investigaram o valor prognóstico do conhecimento sobre a doença no desfecho da depressão após 2 anos. Foi encontrado que 45 % dos pacientes apresentaram recorrência da doença. Pacientes com depressão recorrente ou crônica apresentaram menor conhecimento sobre a doença, especialmente sobre o tratamento. Os mesmos pesquisadores, em 2006, publicaram estudo demonstrando associação entre a duração da doença e o grau de conhecimento sobre ela. (KRONMÜLLER; et al., 2007).

Apesar de evidências sustentarem o emprego de intervenções psicoeducativas na prevenção e tratamento da depressão, há uma importante carência de nortes que orientem a abordagem do ponto de vista pedagógico. A adaptação de intervenções e de recursos educacionais para idosos também exige atenção, como linguagem e disposições gráficas. Essas adaptações devem ser ressaltadas na medida em que o idoso com depressão geralmente apresenta características clínicas de baixa auto-estima, dificuldade no raciocínio e piora na memória. (LACERDA, 2009) Logo, se faz necessário a incorporação de conceitos acerca da educação e educação para terceira idade no arcabouço teórico do projeto.

Mesmo sendo o envelhecimento populacional recente, já em 1976, em seu artigo publicado no periódico *“Educational Gerontology”*, com o título *“Philosophical presuppositions of education for old age.”*, Moody apontou os quatro principais paradigmas de educação de idosos. Enquanto os dois primeiros tinham caráter recreativo, o terceiro modelo se baseava na participação e atividade, negando a passividade e a segregação dos modelos precedentes. Nessa concepção, a educação se define como meio de manutenção das

habilidades e das experiências dos idosos para que possam intervir nos problemas da sociedade. Acredita-se que a estratégia participativa possa aumentar as capacidades desses idosos. (MOODY apud CACHIONI; PALMA, 2006).

O quarto modelo fundamentava-se na idéia de auto-realização e de educação permanente, com o reconhecimento dos valores inerentes, direitos e oportunidades dos idosos. Acredita-se que os comportamentos sociais e próprios dos idosos visam à auto-afirmação e à auto-realização da pessoa em sua totalidade. Nesse modelo a educação tem um importante papel, que não é o de divertir ou entreter o idoso, nem de perpetuar ou reproduzir papéis desempenhados em outras épocas da vida, mas sim de servir de veículo para o indivíduo manter seus níveis de funcionamento. Para o autor, a educação de idosos e as metas educativas só têm pleno significado nos dois últimos modelos, estimulando nos alunos uma atitude social positiva, autônoma, independente e responsável.

Atenta à necessidade de iluminar caminhos a UNESCO (UNESCO, 1976), após a Conferência de Nairóbi em 1976, publicou diretrizes sobre a educação de idosos, sob título “Recomendação sobre o Desenvolvimento da Educação de Adultos”. Segundo a organização, a educação para idosos deveria:

- a. considerar menos o conteúdo e mais o despertar nela a capacidade de confiança em si mesma, de sua autonomia e o de destruir os estereótipos negativos que poderão estar influenciando na sua vida. Aumentando o senso de suas responsabilidades, a pessoa idosa poderá melhorar sua saúde física e mental, o que contribuirá para que ela se afirme cada vez mais no dia-a-dia e no seu comportamento social;
- b. minimizar o isolamento, a solidão em que vivem muitos idosos, estimulando as relações com pessoas de sua geração e, também, com as de outras gerações;
- c. proporcionar conhecimentos práticos, específicos sobre, por exemplo, a passagem da vida ativa para a de aposentado, além de conhecimentos teóricos relativos ao processo de envelhecimento; ainda, atividades físicas, socioculturais e artísticas que possam interessar aos idosos;
- d. proporcionar a tomada de consciência das pessoas idosas da riqueza de sua vida pessoal e profissional e da importância da comunicação de sua experiência a outras gerações, desenvolvendo o equilíbrio e a compreensão mútua num mundo tão conflitado e que muda rapidamente.

No mesmo documento, fica descrito o significado de educação e aprendizagem ao longo da vida:

[] denota uma proposta geral destinada a reestruturar o sistema de educação já existente e desenvolver todo o potencial educacional fora do sistema educacional. Nessa proposta, homens e mulheres são os agentes de sua própria educação, por meio da interação contínua entre seus pensamentos e ações; ensino e aprendizagem, longe de serem limitados a um período de presença na escola, devem se estender ao longo da vida, incluindo todas as competências e ramos do conhecimento, utilizando todos os meios possíveis, e dando a todas as pessoas oportunidade de pleno desenvolvimento da personalidade; os processos de educação e aprendizagem nos quais crianças, jovens e adultos de todas as idades estão envolvidos no curso de suas vidas, sob qualquer forma, devem ser considerados como um todo. (UNESCO, 1976, p.2).

Na mesma linha, Cachioni e Palma acreditam que uma proposta educacional para o adulto maduro e o idoso deve ser fundamentada no reconhecimento da heterogeneidade desse segmento etário, reconhecimento esse que deve conduzir a uma política educativa baseada no respeito ao sentido da vida e pela dignidade das pessoas, quaisquer que sejam sua classe social, sua profissão e seu nível de escolaridade. (CACHIONI; PALMA, 2006).

Os mesmos autores reiteram que os três princípios que sustentam uma proposta educativa para idosos são:

- Princípio da atividade: a capacidade de manter-se ativo mediante um processo educativo de ampla cobertura social incrementa a autonomia e a auto-realização. O enfoque da atividade incide não sobre o que a pessoa é, mas sobre o que ela pode ser. O tipo de atividade a ser realizada requer uma decisão livre, autônoma e criativa para que o idoso alcance satisfação pessoal e coletiva.
- Princípio da independência: a educação deve preparar o idoso para manter sua independência e autonomia no mais alto grau possível em relação aos laços tradicionais, evitando-se que seja mero receptor passivo de políticas sociais existentes.
- Princípio da participação: a pessoa humana é um social por definição, e assim deve ser respeitado seu direito à interação e à participação social. A condição ideal de participação é dada por uma sociedade que não discrimina por nenhum critério – nem por idade –, oferecendo a todos os cidadãos as mesmas oportunidades básicas. (CACHIONI; PALMA, 2006, P.1464).

Nos últimos parágrafos, ficam expostos pressupostos educacionais que logo me remeteram a Paulo Freire, como cooperação entre as partes envolvidas, não verticalização, participação, negação da passividade e uso das experiências dos idosos. Freire, em *Pedagogia da Autonomia* (1996) e *Pedagogia do Oprimido* (1970) traz conceitos que vão diretamente ao encontro desses pressupostos. Para o educador, crítico feroz da educação bancária – onde no

educando é depositado o conhecimento já pronto – é necessário que se empregue a dialogicidade na relação educador-educando, amparada na colaboração, união, organização e síntese cultural. (FREIRE, 1982).

Em Pedagogia da Autonomia, Freire aponta os saberes necessários à prática educativa, entre eles muitos são importantes quando queremos participar da educação de idosos, e principalmente, de idosos em situação de fragilidade emocional e existencial alimentada pela depressão. Para Freire, ensinar exige: reflexão crítica sobre a prática, o reconhecimento e a assunção da identidade cultural, a consciência do inacabamento, a apreensão da realidade, curiosidade, compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo, exige saber escutar, e, por último, exige disponibilidade para o diálogo.

Outro autor cujos ensinamentos aqui encontram espaço é Carl Rogers (1902-1987). Em sua obra “Tornar-se Pessoa”, Rogers aproxima a relação da consulta terapêutica com a sala de aula, apontando que para o êxito de ambas, se faz necessária uma relação facilitadora, caracterizada pela empatia, não diretividade e centrada na pessoa. (ROGERS, 1976).

As ideias de Freire, Rogers e Fanon – essas últimas apontadas na epígrafe da dissertação em trechos de “A Síndrome do Norte-africano” – não só se sobrepõem, somando-se, mas também o fazem com as de Frankl e Erikson. Cabe pontuar que as ideias de sentido da vida e valores que baseiam a Teoria do Sentido da Vida de Frankl são extremamente individuais, inclusive modificando-se ao longo da vida. Um aspecto interessante nessa individualidade e temporalidade dos sentidos e valores que os promovem, é que eles estão fortemente relacionados a aspectos culturais. Isso obriga o pretendente a educador de idosos para o sentido da vida, assumir a vontade da escuta, do diálogo, da empatia e da não diretividade.

O mesmo acontece com os conceitos de Erikson, que apesar de sintetizar características comuns, conflitos e valores resultantes de cada fase, deixa aberto em cada estágio espaço para que cada pessoa se resolva em sua individualidade, ou seja, cada ser humano encontra seu próprio jeito de percorrer seu desenvolvimento. Para tornar mais claro, no caso da generatividade, Erikson afirma que é normal e necessário para o ser humano deixar algo de si para a sociedade, porém se é a família, um livro, ou um trabalho voluntário, isso cabe exclusivamente ao indivíduo, no curso de sua trajetória. E, só poderemos tentar iniciar um processo educativo com idosos se pretendermos conhecer e investir nessas subjetividades.

Ao abarcar na dissertação os conceitos de psicoeducação, educação e educação para a terceira idade, é importante também apontar os diversos espaços em que eles se dão, acontecem. Na educação de idosos, destacam-se práticas relacionadas à educação não-formal, como televisão, jornais, rádio, livros e, também, Internet. Outro espaço bastante difundido de

educação são os grupos de terceira idade, onde o conhecimento nasce de palestras, convívio, atividades e viagens. Há também um significativo número de universidades da terceira idade em nosso país, sendo espaços para educação permanente e socialização. (CACHIONI; PALMA, 2006)

A própria legislação é atenta e contempla aspectos importantes relacionados à educação da terceira idade, como a necessidade de que as abordagens educacionais ocorram por diversos meios. O Estatuto do Idoso traz a necessidade do poder público incentivar a criação de universidades abertas da terceira idade, assim como adaptação de material didático e projetos pedagógicos que visem à emancipação do idoso. (BRASIL, 2003).

No capítulo anterior, vimos a consolidação dos conceitos de Frankl e Erikson em pesquisas sobre saúde, mais especificamente depressão em idosos. Conectando esses conceitos com os de Freire, Fanon e Rogers, além daqueles que da UNESCO, de Cachioni e Palma vislumbro um campo novo para psicoeducação de idosos com depressão, de caráter primordialmente humanista.

Fossatti (2009) fala da necessidade de uma educação voltada para o sentido da vida, ou logoformação. Para o pesquisador, ela seria:

entendida como formação promotora de sentido na vida da pessoa. Acredito ser esta uma contribuição relevante para o desenvolvimento de pessoas saudáveis, (não apenas de educadores universitários), bem-realizadas e bem-sucedidas, resultantes de uma vida vivida com sentido. Por logoformação, entendo, pois, uma formação e uma educação promotoras de sentido na vida da pessoa, que se expressa particularmente na vivência dos valores criativos, vivenciais e atitudinais. Em minha compreensão, a contribuição de uma logoformação estende-se para um conceito de formação geral e integral ao longo da vida, para além da educação formal, em todas as dimensões e em todas as circunstâncias. (FOSSATTI, 2009, p.208).

Para tal, percorri um caminho investigativo que considerou as peculiaridades culturais e de realização de sentido da vida, em idosos que estão ou foram acometidos pelo transtorno depressivo, assim como os espaços educacionais nos quais os mesmo se aproximam freqüentemente. Dar voz a esses idosos se fez necessário para continuar a trajetória pessoal e profissional de cuidado de idosos, para o desenvolvimento de práticas educativas, no caso, psicoeducativas, baseadas em princípios que realmente os contemplem e ajudem. Quem sabe, através da pesquisa e reflexão sobre os resultados, possa dar uma pequena contribuição para a consolidação do campo da psicoeducação de idosos com depressão em nosso país.

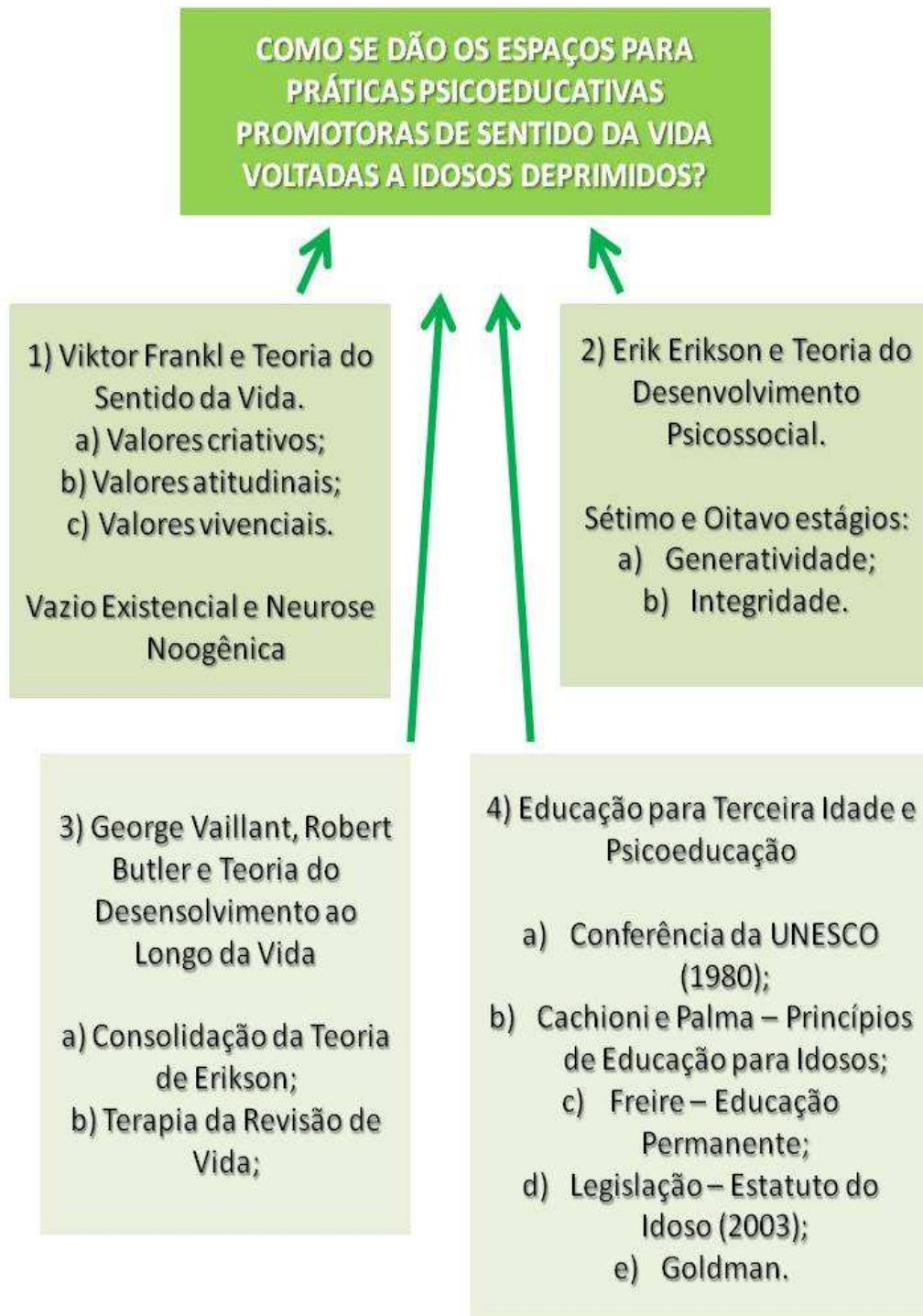


Figura 1 – Referencial Teórico do Projeto
 Fonte: Autor.

4 PSICOEDUCAÇÃO, DEPRESSÃO E TERCEIRA IDADE: PESQUISAS EM ÂMBITO NACIONAL

Com intuito de situar o projeto na produção acadêmica nas áreas de psicoeducação, depressão na terceira idade e sentido da vida. Acredito ser importante essa revisão sistemática para que o projeto de pesquisa sustente-se academicamente e que seja fornecido ao pesquisador possibilidade de troca e aprofundamento em trabalhos já realizados no campo de estudo.

Realizei pesquisas no Banco de Teses e Dissertações da CAPES e na biblioteca eletrônica SciELO. O Banco de Teses e Dissertações da CAPES tem por objetivo facilitar o acesso a informações sobre teses e dissertações defendidas junto a programas de pós-graduação do país. O Banco de Teses faz parte do Portal de Periódicos da Capes/MEC. Para este trabalho, a Capes disponibiliza ferramenta de busca e consulta de resumos relativos a teses e dissertações defendidas a partir de 1987. As informações são fornecidos diretamente à Capes pelos programas de pós-graduação, que se responsabilizam pela veracidade dos dados.

A SciELO (da sigla em inglês “*Scientific Electronic Library Online*”) é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. É o resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em parceria com a BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. A partir de 2002, o Projeto conta com o apoio do CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. O Projeto tem por objetivo o desenvolvimento de uma metodologia comum para a preparação, armazenamento, disseminação e avaliação da produção científica em formato eletrônico.

Durante a banca de qualificação do projeto da dissertação, foi sugerido pelos participantes da mesma que fossem incluídos na busca artigos, dissertações ou teses que tratassem de “educação em saúde”, depressão e terceira idade, a fim de aumentar o campo de procura por pesquisas, uma vez que os mesmos consideravam a busca por psicoeducação muito restrita.

4.1 Dissertações e teses disponíveis no Banco de Teses e Dissertações da CAPES

O quadro abaixo apresenta os resultados de pesquisas feitas em 1 de Fevereiro de 2012, no Banco de Teses e Dissertações da CAPES, conforme as palavras-chaves apontadas.

Palavras-chaves	Resultados
Psicoeducação, depressão e idosos	Nenhuma dissertação ou tese encontrada.
Psicoeducação, depressão e terceira idade	Nenhuma dissertação ou tese encontrada.
Psicoeducação, depressão e sentido da vida	Nenhuma dissertação ou tese encontrada.
Psicoeducação e terceira idade	Foi encontrada uma tese, de título: "PREPARANDO ADULTOS PARA A CONVIVENCIA COM FAMILIARES IDOSOS", de 1995.
Educação em saúde, depressão e idosos	<p>Foram encontradas as seguintes teses e dissertações:</p> <p>Ana Cristina Costa Lima. Atuação de psicólogos na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e perspectivas para o trabalho e a educação em saúde: Joinville, SC, 2005 - 12/04/2006.</p> <p>Evandro Diniz Corvino. Faculdade Aberta para a Terceira Idade FEFISO/ACM de Sorocaba: educação para o envelhecimento e seus efeitos nos participantes - 01/10/2010</p> <p>Flavio Merino de Freitas Xavier. Saúde Mental de Octagenários residentes na comunidade - 01/09/2001.</p> <p>Ivana Marinho Paiva Freitas. Estudo do perfil bio-psicossocial da população diabética residente na comunidade do Dendê cadastrada no NAMI - 01/01/2005.</p> <p>LÍLIAN FERNANDA GALESÍ PACHECO. VIGILÂNCIA NUTRICIONAL EM IDOSOS: PROPOSTA PARA CUIDADORES SEM FORMAÇÃO ESPECÍFICA - 01/06/2010.</p> <p>MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO. A mulher idosa e a educação em saúde: saberes e práticas para promoção</p>

	<p>do envelhecimento saudável - 01/09/2005.</p> <p>Marlos Rodrigues Domingues. PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE EXERCÍCIO FÍSICO - 01/01/2003.</p> <p>Meiry Fernanda Pinto. Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos com Doença de Alzheimer - 01/11/2009.</p> <p>Tania Cristina Guerreiro Martins. Desempenho de memória em alunos da Unati/UERJ que participam de um programa de otimização cognitiva - 01/06/2006.</p>
Educação em saúde, depressão e terceira idade	Nenhuma dissertação ou tese encontrada.

Quadro 1 - Banco de Teses e Dissertações da CAPES
Fonte: Autoria própria, 2012.

4.2 Artigos publicados na biblioteca eletrônica SciELO

O quadro abaixo apresenta os resultados de pesquisas feitas em 23 de Março de 2011, na biblioteca eletrônica SciELO, conforme as palavras-chaves apontadas.

Palavras-chaves	Resultados
Psicoeducação, depressão e idosos	Nenhum artigo encontrado.
Psicoeducação, depressão e terceira idade	Nenhum artigo encontrado.
Psicoeducação, depressão e sentido da vida	Nenhum artigo encontrado.
Psicoeducação e terceira idade	Nenhum artigo encontrado.
Educação em saúde, depressão e idosos	Não foram encontrados documentos para sua consulta
Educação em saúde, depressão e terceira idade	Não foram encontrados documentos para sua consulta

Quadro 2 - Biblioteca Eletrônica SciELO
Fonte: Autoria própria, 2011.

5 MÉTODOS

Considerando os objetivos da pesquisa, a necessidade de dar voz aos idosos atendidos com quadro de depressão, a fim de tentar entender aspectos culturais e subjetivos, utilizei a abordagem de pesquisa qualitativa. Acredito ser ela a mais adequada na tentativa de resolver os objetivos estabelecidos, por permitir maior aproximação na relação entre pesquisador e objeto de pesquisa e maior aprofundamento na análise do objeto em si. Entre os tipos de pesquisa na abordagem qualitativa, escolhi o estudo de caso. Para Stake, este tipo de estudo direciona-se para “[...] o estudo da particularidade e da complexidade de um caso singular, para chegar a compreender sua atividade em circunstâncias importantes” (STAKE, 1998, p. 11). Uma questão segundo ele é o conhecimento derivado do caso, ou melhor, o que se aprende ao estudar o caso. O conhecimento gerado a partir de um estudo de caso é diferente daquele derivado de outras pesquisas, porque ele é: mais concreto, mais contextualizado, mais voltado para a interpretação do leitor e baseado em populações de referência determinadas pelo leitor. O estudo de caso, segundo Merriam, “possibilita a descoberta de novas relações, conceitos, compreensão, mais do que verificação ou hipótese pré-definida caracteriza o estudo de caso qualitativo.” (MERRIAN apud ANDRE, 2005, p. 16-17).

Segundo Yin, deve-se dar preferência ao estudo de caso quando (1) as perguntas da pesquisa forem do tipo “como” e “por que”; (2) quando o pesquisador tiver pouco controle sobre aquilo que acontece ou que pode acontecer; e (3) quando o foco de interesse for um fenômeno contemporâneo que esteja ocorrendo numa situação da vida real. (YIN, 2001).

Sintetizando ideias de vários outros autores, pode-se dizer que o estudo de caso tipo etnográfico em educação deve ser usado quando: (1) há interesse em conhecer uma instância em particular; (2) pretende-se compreender profundamente essa instância particular em sua complexidade e totalidade; e (3) busca-se retratar o dinamismo de uma situação numa forma muito próxima do seu acontecer natural. (ANDRE, 2005) Creio que a proposta de pesquisa preenche os requisitos apresentados para que o tipo de pesquisa caracterize-se como estudo de caso, tanto seguindo os requisitos de Yin quanto os de Andre.



Figura 2 – Desenho da Pesquisa
Fonte: Autor.

5.1 Contexto

A pesquisa foi realizada em consultório médico privado próprio, uma vez que de lá veio grande parte da motivação em escolher o tema de estudo da pesquisa, que é a depressão em

idosos. É importante situar o histórico e características do atendimento prestado no contexto em questão. Iniciei atendimento ambulatorial em outubro de 2009 na cidade de Novo Hamburgo – RS, oferecendo atendimento em clínica geral e geriatria. Atualmente atendo cerca de 600 pacientes, sendo 140 deles idosos com depressão. O perfil dos pacientes que procuram atendimento é de classe média e alta, sendo a grande maioria usuária de plano de saúde de cooperativa médica local. As primeiras consultas duram pelo menos uma hora, quando procuro fazer a avaliação geriátrica ampla (AGA), método de abordagem proposta por Marjory Warren que visa à análise de múltiplos aspectos da saúde do idoso. (PAPALÉO NETTO, 2006) O registro dos atendimentos se dá em prontuário manual, embasado em formulário próprio de anamnese constituído por 16 páginas.

5.2 Sujeitos e Critérios

Os sujeitos da pesquisa são idosos residentes na comunidade atendidos em consultório médico privado com diagnóstico de depressão, nos quadros de doença ativa, em remissão ou em tratamento de manutenção. Foi realizada escolha intencional de 10 idosos com diagnóstico de transtorno depressivo, em qualquer fase – 2 idosos decidiram por não participar da pesquisa. Dos 8 idosos participantes da pesquisa, 6 eram mulheres. A faixa etária variou entre 61 a 90 anos.

Utilizei nos critérios de inclusão instrumentos de diagnóstico de depressão amplamente validados. São eles a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (ANEXO A) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR). (ANEXO B).

A alfabetização tornou-se um critério obrigatório na medida em que utilizei questionário como ferramenta para coleta de dados. Quanto aos critérios de exclusão, tentei com os mesmos afastar causas secundárias de depressão. Diversas doenças e outras situações, como viuvez, por exemplo, podem causar depressão. (BLAZER, 2009; ALEXOPOULOS, 2005; AMES, 2010) No entanto, pretendi tentar ao máximo excluir pacientes com depressão secundária a alguma condição clínica descompensada, uma vez que esse subtipo nosológico não tem como uma das questões-chave a falta do sentido da vida, ou o chamado vazio existencial, e, logo, a educação para o sentido da vida não encontrará espaço nessa circunstância.

Também pretendi tornar válida a aplicação do questionário na medida em que coloquei como um dos critérios de exclusão justamente a incapacidade de leitura e o comprometimento cognitivo, medido através da escala chamada Mini-exame do Estado Mental de Folstein, (FOLSTEIN, et al., 1983; LOURENCO; VERAS, 2006) instrumento amplamente utilizado em avaliação cognitiva em idosos, ou da funcionalidade, mensurada através das escalas de Katz e Lawnton. (KATZ, 1963; LAWTON; MOSS, FULCOMER, 1982).

A verificação do preenchimento ou não dos critérios de inclusão e exclusão se deu pela análise dos prontuários.

5.2.1 Critérios de inclusão:

- Idosos atendidos em ambulatório privado com diagnóstico de depressão atual, em fase aguda, de remissão ou em tratamento de manutenção;
- Diagnóstico de depressão através da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage com escore maior ou igual a 5 e preenchimento dos critérios do DSM-IV-TR para depressão;
- Alfabetizados.

5.2.2 Critérios de exclusão:

- Comprometimento cognitivo significativo – Escores no MEEM menores do que aqueles compatíveis com escolaridade ou comprometimento de funcionalidade as escalas de Katz e Lawton.
- Possuir qualquer das seguintes condições clínicas descompensadas: distúrbio de função tireoidiana, distúrbios hidroletrolíticos (sódio, potássio e cálcio), insuficiência renal, insuficiência hepática, insuficiência cardíaca moderada e grave, dificuldade sensoriais, hipovitaminoses (vitamina B12 e ácido fólico), hipertensão arterial sistêmica e diabetes;
- Incapacidade de leitura;
- Não ter se tornado viúvo(a) há pelo menos 2 anos.
- Não residir no município de Novo Hamburgo.

5.3 Coleta de Dados

Para coleta de dados utilizei questionário com perguntas fechadas e abertas, que foi encaminhado, em conjunto com o termo de consentimento livre e esclarecido, a todos os pacientes que preencheram os critérios de inclusão, respeitarem os de exclusão.

Foi feito contato telefônico entre o pesquisador e os participantes selecionados, onde o primeiro explicou que a pesquisa estava sendo desenvolvida e se há o interesse do último em participar. Foi feita uma combinação do local onde será feita a apresentação do que é a pesquisa, ficando a critério do participante escolher entre seu domicílio ou mesmo o consultório médico.

O TCLE e o questionário foram lidos aos participantes. Os mesmos, ao concordar em participar da pesquisa, preencheram o termo e assiná-lo nesse momento ou solicitar prazo para fazê-lo.

Foi dado o prazo de 10 dias para preenchimento do questionário, quando os mesmos foram recolhidos.

Fiz a escolha da análise dos prontuários e do uso de questionário por considerar que eles responderiam melhor às características da pesquisa. Na análise documental verifiquei as características dos idosos quanto ao preenchimento dos critérios de inclusão e exclusão.

O uso de questionário em pesquisa social é validado. (11) Para Gil, o objetivo do questionário, enquanto técnica de investigação, é “[...] o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc”. (GIL, 2007, p. 128) A utilização do questionário traz o benefício de economia de tempo, capacidade de aplicação a uma amostra numericamente significativa, preserva o anonimato, oferece maior tempo para os participantes darem suas respostas, conseguindo coletar melhor informações mais próximas ao problema de pesquisa. Também vejo como vantajoso o emprego do questionário nesse caso específico por acreditar que sua aplicação não interferirá na relação médico-paciente e, em consequência, no tratamento dos participantes. Entre as desvantagens da ferramenta, sei que a utilização de questionários impossibilita a exploração de variáveis emergentes ao longo da pesquisa.

Escolho a aplicação de questionário próprio porque considero mais adequado ao cumprimento dos objetivos elencados. A escolha do questionário próprio também possibilita a abordagem de assuntos relacionados aos balizadores teóricos do projeto. Outro aspecto que se

faz importante trazer é a escassez de pesquisas no tema proposto, reforçando a necessidade de criar instrumentos de pesquisa adaptados.

O questionário foi elaborado a partir dos conceitos antropológicos de Viktor Frankl, das variáveis ligadas à meia-idade e velhice do ciclo de desenvolvimento social de Erik Erikson e de estudos que relacionam o sentido da vida e terceira idade. (APÊNDICE A) Na elaboração do questionário prestei atenção na questão da adaptação lingüística e clareza na exposição das perguntas tendo em vista a possibilidade de maior dificuldade na leitura e interpretação por parte dos participantes. Atento a essa questão da linguagem e adaptação, realizei um estudo piloto com dois idosos com diagnóstico de depressão, que não participaram da pesquisa.

5.4 Análise dos Dados: Caminhos Metodológicos

As informações obtidas através do questionário foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. (BARDIN, 1988) Segundo a autora, a análise de conteúdo define-se como: conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1988) Minayo destaca duas funções na aplicação da técnica: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. (MINAYO, 1994).

Bardin destaca três diferentes fases na organização da análise de conteúdo: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Segue síntese de cada uma das fases:

5.4.1 Primeira fase: pré-análise

Caracteriza-se como a fase da organização. Inicia-se com uma leitura flutuante, ou seja, estabelecer contato direto com os dados coletados, deixando-se invadir pelo conteúdo. Procede-se após essa etapa inicial a escolha dos documentos, a constituições de um corpus, que se refere ao universo estudado na sua totalidade. Para sua constituição algumas regras devem ser seguidas:

- a) Exaustividade: contemplar todos os aspectos levantados desse corpus;

- b) Representatividade: eleger elementos que contenham características essenciais dentro da proposta de investigação;
- c) Homogeneidade: obedecer a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados;
- d) Pertinência: adequação dos documentos analisados de forma a responder aos objetivos da pesquisa.

5.4.2 Segunda fase: exploração do material

Essa fase consiste basicamente numa operação de classificação com objetivo de alcançar o cerne do texto. Na análise temática, segundo Minayo, o texto é dividido em unidades de registro, que podem se formar por palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, indicados como relevantes na pré-análise. (MINAYO, 1994).

5.4.3 Terceira fase: tratamento dos resultados obtidos

Para cada item do questionário, serão levantadas as unidades de registro que mais se destacam. Detendo esses resultados, o analista pode “propor inferenciais e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos” (BARDIN, 1988, p. 127).

5.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNILASALLE, de Canoas – RS. Todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nos moldes do CEP da instituição.

O estudo foi do tipo cego, ou seja, o pesquisador não soube de quem era cada um dos questionários respondidos. Os questionários não foram identificados e foram entregues em envelope pardo. Logo, as informações obtidas na pesquisa não influenciaram individualmente em cada um dos tratamentos. Foi garantida, assim, a privacidade aos participantes.

Quanto aos riscos e benefícios aos participantes da pesquisa, aos mesmos não serão oferecidos riscos de divulgação de informações pessoais – como consta no parágrafo anterior, o estudo é do tipo cego e os questionários não serão identificados –, não haverá qualquer interferência no tratamento médico desses pacientes por parte do pesquisador. Em termos de

benefícios, os participantes poderão contribuir com uma pesquisa acerca das necessidades de uma população da qual fazem parte.

Os dados coletados serão guardados em pasta fechada no consultório onde será realizada a pesquisa, por um prazo de cinco anos. Após, os mesmos serão encaminhados para incineração em forno de metalúrgica da cidade.

Os resultados do estudo serão apresentados aos participantes e explicados pelo pesquisador, pessoalmente, para melhor compreensão dos mesmos quanto aos resultados.

Os custos de toda a pesquisa foram bancados pelo autor.

6 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO

Conforme o caminho metodológico escolhido, foi utilizada a análise de conteúdo dos questionários segundo Bardin. (BARDIN, 1988) Chamou-me atenção a riqueza de ideias e posicionamentos apontados nas respostas, o que reforçou a validade da escolha da utilização de questionários com perguntas abertas como instrumento de investigação.

Em sequência, exponho as categorias que predominaram em cada uma das cinco perguntas, trazendo fragmentos das respostas dos participantes como ilustração, assim como as relações que faço com os referenciais teóricos do trabalho e com pesquisas já feitas em outras populações de idosos. Não perdendo o foco no ato educativo em si, mais especificamente na psicoeducação, tento aproximar a análise a um caminho para uma prática educativa, que englobe elementos oriundos da análise, as condições de humor e cognição típicas – e anteriormente descritas – do idoso com depressão e os possíveis espaços onde essas práticas poderão se desenvolver.

Por último, já no capítulo da conclusão, apresento a síntese da trajetória de pesquisa e tento contribuir com uma reflexão envolvendo os resultados e discussões originárias do trabalho e suas relações com de práticas psicoeducativas promotoras de sentido da vida para idosos com depressão.

6.1 Primeiro Questionamento: Promotores do Sentimento de Utilidade

O sentimento de utilidade está associado ao bem-estar mental de idosos e pode ser encontrado no que Frankl denomina de valores vivenciais e Erikson, generatividade. O contraponto, ou seja, a inutilidade, é um dos sintomas-chave do transtorno depressivo, estando presente diretamente nos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR e na Escala de Depressão Geriátrica. Por outro lado, não como sintoma, o sentimento de inutilidade pode também ser um desencadeador do transtorno. Logo, ouvir dos idosos participantes da pesquisa o que os faz sentirem-se úteis emergiu como necessário na tentativa de lhes dar voz e compreender sua busca pelo bem-estar mental, distanciando-os do estado depressivo.

A categoria que predominou (na verdade, foi unânime) na análise das respostas do primeiro questionamento foi o ajudar\cuidar do próximo. Destacou-se o servir e ajudar principalmente a família.

*“Trabalhar, cuidar da família. Quando possível ajudar outras pessoas.”
(Participante C)*

“Sinto-me útil também quando estendo a mão para alguém seja da minha família ou não.” (Participante E)

Havia, sim, uma expectativa em relação a esse resultado, uma vez que durante atividades educativas, clínicas e convívio com idosos eu tinha uma amostragem bastante significativa que apontavam para essa necessidade e para a importância de ajudar o próximo. Essa expectativa também se justificava pela leitura de pesquisas que investigaram fontes de sentido da vida em idosos, que apontam o relacionamento social e altruísmo como importantes promotores de sentido. (REKER; WONG, 1988) (ANCHO; LEVI, 1995 apud SOMMERHALDER, 2010; FREIRE, 2001. Especificamente, em se tratando de idosos com depressão, foi realizada uma pesquisa na Universidade da Virgínia, nos Estados Unidos, com vinte idosos deprimidos verificou que questões como independência, espiritualidade, depressão, doenças clínicas e família são temas potenciais para elaboração de estratégias de abordagem da doença. (RAGAN KANE, 2010)

O cuidar e ajudar o próximo como formas de sustentar o sentimento de utilidade nos idosos participantes, em especial o cuidar da família, está presente no pensamento dos autores escolhidos no referencial teórico do presente trabalho. Frankl destaca que a realização do sentido de vida se descobre: “1. Criando um trabalho ou praticando um ato. 2. Experimentando algo ou encontrando alguém; 3. Pela atitude que tomamos em relação ao sofrimento inevitável.” (FRANKL, 2009, p. 135).

Em Frankl, também encontramos um conceito que reforça essa necessidade encontrada dos idosos em ajudar o próximo: é o que ele chama de autotranscendência. Nesse conceito, Frankl reforça a necessidade do homem sair de si, olhar para o próximo e para o mundo, para assim existir e realizar-se.

Ao declarar que o ser humano é uma criatura responsável e precisa realizar o sentido potencial de sua vida, quero salientar que o verdadeiro sentido da vida deve ser descoberto no mundo, e não dentro da pessoa humana ou de sua psique, como se fosse um sistema fechado. (FRANKL, 2009, p.135).

No viés específico do cuidado de membros da família, Frankl relaciona esse cuidado ao que chama de valores criativos. Sendo mais uma forma, segundo autor, de se encontrar sentido na vida.

Outro conceito que baliza teoricamente o trabalho e que se relaciona com o cuidar do próximo e da família é o da generatividade de Erikson. Contrapondo-se à estagnação, a generatividade é o processo de resolução do sétimo estágio do desenvolvimento de Erickson. Resultante dessa tensão emerge o valor do cuidado – justamente o que encontramos como promotor do sentimento de utilidade na amostra. Nesse estágio, há a preocupação com tudo o que pode ser gerado, desde os filhos até idéias e produtos. Transparece uma necessidade de transmitir, de ensinar, como forma de fazer-se sobreviver, de valer a pena todo o esforço de sua vida, de saber que há um pouco de si nos outros. Isso impede a absorção do ser em si mesmo, a estagnação, o tornar-se lamuriante.

O foco da generatividade pode ser os filhos, mas também criações diversas, no trabalho e na arte. Todas as forças surgidas em estágios precedentes (esperança e vontade, propósito e competência, fidelidade e amor) se mostram essenciais para a tarefa geracional de cuidar da geração seguinte.

Faz-se necessário esclarecer que o contexto social no qual estava inserido o surgimento da teoria do desenvolvimento de Erikson não contemplava o extraordinário aumento na expectativa de vida e algumas características a isso relacionadas, como a maior interação entre avós e netos. Hoje, a questão de cuidado da geração seguinte contempla o cuidado com netos e, em alguns casos, bisnetos. O depoimento de uma das idosas participantes da pesquisa deixa isso bem claro:

“Como aposentada com 71 anos, sinto-me útil como administradora do meu lar, fazendo os trabalhos domésticos. Tenho um jardim que eu gosto muito e cuido dele, o que é um prazer e um relax para mim. Tenho um neto de 10 anos e uma neta de 9 meses que vem regularmente a minha casa e ficam algumas horas comigo. Me sinto realizada e útil no que faço. Tenho marido que também precisava da ajuda e companhia. Gosto muito e me sinto bem ajudando os outros.”(Participante B)

Dentro da questão da generatividade e do cuidar/ajudar o próximo, um aspecto interessante, que em conjunto com o cuidado da família constituiu também a categoria cuidar do próximo, e que se mostrou presente nas respostas foi o trabalho voluntário. Lafin et al. definem como:

Voluntário é aquele que se oferece para prestar um serviço, por vontade própria, sem receber remuneração econômica, movida pela consciência, a partir de suas inquietações pelos problemas sociais que atingem os indivíduos, grupos ou setores sociais. (LAFIN et al. 2006, p. 1420).

Constata-se um crescente no número de idosos que aderem ao trabalho voluntário em diversas populações. A OMS afirma que, em busca de um envelhecimento ativo, é preciso “reconhecer o valor do voluntariado e desenvolver oportunidades para que idosos participem em atividades voluntárias significativas”. (OMS, 2005) As pesquisas mostram que idosos que aderiram ao trabalho voluntário apresentam melhores resultados em termos de saúde, como maior longevidade, melhora na qualidade de vida, satisfação com a vida e menores taxas de depressão. (GOTTLIEB; GILLESPIE, 2008 ; SCHWINGEL; NITI; TANG, 2009; PILLEMER, 2010) Um estudo longitudinal realizado em Israel com idosos com mais de 75 anos não apontou para uma redução no número de doenças na comparação entre voluntários e não-voluntários. No entanto, os voluntários apresentaram menor déficit cognitivo, menos sintomas depressivos, maior número de relacionamentos interpessoais e avaliação mais positiva da vida. (SHMOTKIN D, BLUMSTEIN T, MODAN B., 2003)

Trazendo referências acerca da questão do cuidado do próximo e da importância dessa relação com o outro e do doar-se, cabe ressaltar que é uma questão pensada por diversos autores, entre eles o filósofo francês Emmanuel Mounier. Ele destaca a importância da relação com o outro no processo de personalização da pessoa, sendo a generosidade um dos pilares de uma sociedade de pessoas.

A força viva do ímpeto pessoal não está, nem na reivindicação (individualismo pequeno-burguês), nem na luta de morte (existencialismo), mas na generosidade e no ato gratuito, ou seja, numa palavra, na dádiva sem medida e sem esperança de recompensa. A economia da pessoa é uma economia da dádiva, não de compensação ou de cálculo. (MOUNIER, 2004, p. 47).

Segundo Nascimento:

Entretanto, Mounier nos apresenta uma filosofia nova, filosofia da pessoa em relação ao outro, ou seja, do espírito na forma pessoal que lhe é conatural e necessária. Contudo, a pessoa não está encerrada em si mesma, mas ligada, através da consciência, a um mundo de pessoas que são os outros e a comunidade. Sua filosofia não admite sistemas prontos e acabados, dando sentido ao conceito de liberdade humana, outrora esquecida até mesmo pela filosofia. (NASCIMENTO, 2007, p.119).

Relacionando aspectos educativos a essa questão do cuidar do próximo como promotora do sentimento de utilidade nos idosos participantes da pesquisa, penso serem importantes algumas considerações. Primeiro, da necessidade de se tentar compreender o que torna o idoso, no caso o idoso com transtorno depressivo em qualquer uma das fases da doença, útil. Abordar esse assunto e oferecer um espaço para que se dê tempo para que o idoso expresse o

que lhe desperta esse sentimento é fundamental quando se tenta promover uma prática psicoeducativa de caráter terapêutico e preventivo, pois é só compreendendo esse motivador de utilidade que o educador compreenderá o que se passa culturalmente e pessoalmente com a pessoa a sua frente.

Faz-se importante retomar os processos cognitivos e de humor aos quais um idoso com depressão pode enfrentar, como pessimismo, desânimo, dificuldade de entender as coisas ao redor. (STELLA, 2002; BLAZER, 2009; ALEXOUPoulos, 2005)

Tais características devem ser tomadas em consideração é necessário que nessa investigação do que promover seu sentimento de utilidade que se leve em consideração essas alterações cognitivas.

Muitas vezes o idoso poderá não saber como se sentir útil, ou pelo fato da depressão estar interferindo em seu julgamento, ou fazendo com que ele desvalorize a abordagem do reforço do sentimento de utilidade, principalmente se ela chegar até ele como algo sugestionado ou imposto. Por outro lado, o idoso poderá estar sendo útil e, pelo quadro de pessimismo e alteração cognitiva causados pela doença, não estar se percebendo como útil ou importante para alguém. Nesse último caso, cabendo ao educador tentar facilitar esse entendimento.

Como os próximos são na maioria das vezes a família, pode-se pensar em frustração desse ímpeto de utilidade, sendo os maus relacionamentos familiares uma importante causa de estresse familiar. Colocar essa questão do relacionamento familiar como difícil deve ser pensada na elaboração de uma prática educativa que aborde a questão da utilidade e ajuda ao próximo. Vianna, Vianna e Bezzera, no artigo “Relação Médico-Paciente Idoso: desafios e perspectivas”, de 2010, reforçam essa necessidade de expansão da relação para além daquela restrita ao médico e ao paciente idoso, mas envolvendo também as pessoas próximas ao último. (VIANNA, VIANNA e BEZERRA, 2010)

Uma prática psicoeducativa que aborde essa questão se enriquecerá na escuta, na consideração das relações pessoais do idoso e nas circunstâncias que pode estar passando. Nesse aspecto, as práticas psicoeducativas devem ter por objetivos localizar quando possível ou reforçar ações já vigentes mas não valorizadas pelo participante.

Quanto ao trabalho voluntário, apesar de ser altamente benéfico para o idoso, ele precisa ser muito bem orientado, para que se evite abandonos precoces, frustrações ou mesmo piora no quadro depressivo. Existem organizações que auxiliam candidatos a voluntários a escolher a melhor vaga e trabalham com a capacitação. No Rio Grande do Sul, a organização não-

governamental Parceiros Voluntários tem essa missão. (PARCEIROS VOLUNTÁRIOS, 2012)

Segundo Lafin et al. o trabalho voluntário, qualquer que seja o método adotado, é regido por algumas questões básicas que devem ser conhecidas pelos voluntários e pelas organizações: companheirismo, bom ambiente de trabalho, clara definição de tarefas, correta alocação, planejamento do trabalho, treinamento, avaliação e respeito à dignidade do voluntário e da comunidade. (LAFIN et al, 2006)

6.2 Segundo Questionamento: Encarando a Depressão

“Encarar de frente os desafios é difícil, mas não há outra saída”. (Participante F)

Ao analisar as categorias oriundas das respostas, emergiu um aspecto comum a todas elas, que é a responsabilidade sobre o seu processo de cura. Todos os idosos mostraram-se responsáveis, na medida em que tomaram atitudes em prol de uma mudança na situação. No campo da psicologia da terceira idade, existe um termo relacionado ao capital psicológico chamado locus de controle, que reflete as diferenças na personalidade quanto às crenças que as pessoas possuem sobre a fonte de reforço – interno ou externo. Guimarães define locus de controle como constructo da personalidade que se refere à percepção do indivíduo quanto ao locus dos eventos de sua vida ser determinado internamente por seu próprio comportamento, ou se é devido ao destino, sorte ou circunstâncias externas. (GUIMARÃES, 2006)

A forma como o idoso encara os acontecimentos da vida relacionando a sua capacidade e responsabilidade sobre os mesmos - o locus de controle – é determinante no seu processo de envelhecimento e qualidade de vida. (GUIMARÃES, 2006; TIMM et al., 2011) De uma forma bastante clara, me parece haver uma sobreposição entre o preditor de envelhecimento saudável – locus controle interno – com o de responsabilidade, encontrado nas respostas dos participantes da pesquisa.

Nos depoimentos dos Participantes A e B, pode-se verificar a postura de responsabilidade para si e necessidade de tomar atitudes face à situação adversa:

“A depressão é pior que ter dor. Luto para não me entregar à depressão. Faço uso de um medicamento não muito forte. A melhora maneira de espantar a depressão é sempre estar ocupada, fazendo tudo com amor (às vezes não é fácil) e ter em mente

que não se faz só o que se gosta, mas o que é necessário. Também a leitura me ajudou muito.” (Participante B)

“Numa longa vida de noventa anos fui com coragem determinação e trabalho e lute para vencer as dificuldades. A esperança da vitória é alavanca poderosa e fundamental. Encarar de frente os desafios é difícil, mas não há outra saída. (Participante F)

“Aquilo que não se pode mudar: aceitar. Aceitar as pessoas como elas são. Carl Rogers disse: “Posso mudar o mundo, mudando-me – não posso mudar os outros”. (Participante H)

A noção de responsabilidade é uma constante na obra de Frankl. Escolho conceitos do autor que abordam o tema: “ser-responsável”, otimismo trágico e valores atitudinais. Para Frankl:

Com efeito, o verdadeiro ser humano, totalmente ao contrário da concepção psicanalítica, não é um ser impulsionado; trata-se muito mais, de acordo com Jaspers, de um “ser que decide”, ou, no sentido de Heidegger e também de Binswanger, de um “estar aqui”. No sentido analítico-existencial que nós lhe damos, constitui um “ser-responsável”, portanto um ser existencial. (FRANKL, 2009b, p.21).

Para Frankl, o posicionamento de exercer a responsabilidade se faz necessário principalmente diante de circunstâncias adversas, e daí derivam dois conceitos importantes de sua obra. O primeiro, o otimismo trágico, está relacionado ao que de melhor – *optimum* no latim – a pessoa pode oferecer diante de uma tragédia e tendo em vista o potencial humano que, nos seus melhores aspectos, sempre permite: “1. Transformar o sofrimento numa conquista e numa realização humana; 2. Extrair da culpa a oportunidade de mudar a si mesmo para melhor; 3. Fazer da transitoriedade da vida um incentivo para realizar ações responsáveis.” (FRANKL, 2009, p.161).

A ideia de responsabilidade também emerge nos valores promotores do sentido da vida. A meu ver, os valores atitudinais (diante de situações adversas) são manifestações objetivas do “ser-responsável” de Frankl.

As categorias que se destacaram nas respostas dos participantes da pesquisa, na forma de enfrentar a depressão foram:



Figura 3 - Encarando a Depressão
Fonte: Autor.

6.2.1 Buscar ajuda na espiritualidade e religião

As práticas espirituais estão muito presentes entre os idosos e isso é constatado em diversas culturas. Vaillant relata aumento do domínio espiritualidade com o envelhecimento, associando-o valores como afirmação, gratidão e perdão. (VAILLANT, 2002)

Os participantes A e B se manifestaram da seguinte forma:

“Eu procuro refletir sobre a adversidade.” (Participante A)

“Sou uma pessoa de muita fé, creio num Deus todo poderoso e foi desta maneira que me entreguei e pedi uma luz. Além da espiritualidade, busquei ajuda com um profissional que me acolheu com muito carinho, paciência, capaz de ouvir com interesse minhas razões por estar ali.” (Participante E)

Para maior compreensão de conceitos, considero necessário demarcar o meu entendimento sobre, e principalmente, espiritualidade e religião. Segundo Elkins:

Espiritualidade, que deriva do latim *spiritus*, que significa “sopro”, em referência ao sopro da vida. Envolve também o sentimento de gratidão pela vida, o desenvolvimento de ver o sagrado nos fatos comuns, de remeter a uma questão universal referente ao significado e ao propósito da vida, de ter fé, de amar, de perdoar, de adorar, de transcender o sofrimento e de refletir sobre o significado da vida. (ELKINS apud SOMMERHALDER, GOLDSTEIN, 2006, p.1307).

Sommerhalder e Goldstein (2006) afirmam que espiritualidade e religiosidade são compreensões diferentes: “Enquanto a espiritualidade remete a uma reflexão sobre, a religiosidade remete a uma relação com. Essa relação pode ser com Deus ou com uma entidade ou um ser superior diferentemente nomeado”. (SOMMERHALDER, GOLDSTEIN, 2006, P.1308).

Trazendo os referenciais teóricos para a discussão sobre a categoria “Buscar Ajuda na Espiritualidade e Religião”, encontram-se fortes relações entre as obras de Frankl e Erikson com aspectos de espiritualidade. Em Frankl, encontram-se explicitamente conceitos relacionados ao tema: supra-sentido e “Deus inconsciente”. Já na teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson, os conceitos de integridade e gerotranscendência relacionam-se a práticas espirituais.

Frankl deixa bem claro o papel da espiritualidade em sua teoria ao denominar a logoterapia como a “psicoterapia a partir do espiritual.” (FRANKL, 2009, p.19). Ele denomina supra-sentido aquele sentido último que necessariamente excede e ultrapassa a capacidade intelectual finita do ser humano. (FRANKL, 2008).

Segundo Moreira e Holanda (2010), para Frankl a iniciação na dimensão supra-humana, efetiva-se na fé e funda-se no amor. Além disso, a fé no plano do supra-sentido tem grande importância psicoterápica e psico-higiênica. “Tal fé é criadora. E brotada duma força interior esta fé torna o homem mais forte. Para o crente, não há, em última instância, nada sem sentido.” (MOREIRA; HOLANDA, 2010, p.354).

Freitas relaciona espiritualidade com a ideia de “sentido último” que pode ser entendido como um sentido maior. “Como compreender, então, a fé em Frankl?”, se pergunta a autora: “A fé não é uma maneira de pensar da qual se subtraiu a realidade, mas uma maneira de pensar à qual se acrescentou a existencialidade do pensador” (FREITAS, 2010, p. 60). Para Frankl, o homem sempre apresentou um vínculo intencional, mesmo inconscientemente, com Deus. Esse Deus é denominado “Deus inconsciente”. (SOMMERHALDER, GOLDSTEIN, 2006, p. 1310).

Dentro da terapia do sentido da vida, Frankl deixa claro a tensão existente entre o se achar o sentido para aquele momento e sua relação com a saúde mental – que o autor chama de *noodinâmica*. Ou seja, o ser humano necessita de uma tensão de sentido para se fazer

saudável. Considero esse tema noodinâmica também como fortemente ligado à espiritualidade, uma vez que demanda do ser humano uma reflexão profunda e constante sobre sua existência. (FRANKL, 2009).

A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson contata a espiritualidade no oitavo estágio – do qual entre o conflito entre integridade e desespero emerge o valor da sabedoria. Para resolver esse conflito, se faz necessário que a pessoa consiga refletir sobre sua vida, o que a meu ver demanda uma prática espiritual. Além desse contato no oitavo estágio, podemos também relacionar a teoria de Erikson com a espiritualidade, daí de uma forma mais explícita, quando da publicação póstuma de suas ideias quanto a um novo (nono) estágio do desenvolvimento – que estaria relacionado profundamente a ideia de gerotranscendência de Tornstom. A autoria desse novo estágio é dividida entre Erikson e sua esposa. No nono estágio não se tem mais a preocupação com essa retrospectiva, o foco está em viver o melhor possível cada dia. Eles acreditam que os anciãos que chegam ao nono estágio em harmonia com os elementos distônicos de suas vidas, encontrarão êxito ao transpor o caminho que leva a gerotranscendência. (ERIKSON, 1998). A gerotranscendência seria, conforme Joan Erikson (1998) um estágio final que leva à maturação e à sabedoria, no qual o indivíduo experimenta um novo sentimento de comunhão cósmica com o espírito do universo, uma redefinição de tempo, espaço, vida e morte.

Em pesquisa realizada no Brasil, em 2010, com histórias de vida de idosas, Freitas encontrou que a espiritualidade se mostrou um fator contribuinte fundamental para a elaboração do sentido da vida na velhice tarde. Para a pesquisadora, em todas as dificuldades, a espiritualidade está presente como fator indispensável não só no enfrentamento das mesmas, mas como colaboradora do sentido para suas vidas. (FREITAS, 2010).

Trazendo esses conceitos ao meio acadêmico, são diversas as pesquisas na área da saúde que relacionam práticas espirituais e religiosas com aspectos de saúde. Segundo essas pesquisas, quem pratica mais espiritualidade ou frequenta atividades religiosas pode ter maior longevidade, menos risco de doenças cardiovasculares, maior satisfação com a vida e menor risco de depressão. (ARAÚJO; ALMEIRA, 2008, MOREIRA-ALMEIDA, LOTUFO NETO, KOENIG, 2006).

Recentemente, no começo de 2012, foi publicado no periódico da Associação Americana de Psiquiatra, o *American Journal of Psychiatry*, o resultado de um estudo longitudinal de 10 anos que investigou justamente a relação entre religião e depressão em adultos com alto risco de desenvolver a doença. Aqueles que se declararam religiosos tiveram menor recorrência de

depressão, ou seja, novos episódios após a recuperação completa de um evento. (MILLER et al, 2012).

Na mesma edição do periódico, o editorial traz o título “Religião/Espiritualidade e Depressão: o que Podemos Aprender dos Estudos Empíricos?”. O Dr. Dan Blazer assina o editorial, conclui que os achados até agora sugerem que os clínicos devem considerar religião e espiritualidade dos pacientes como parte da avaliação psiquiátrica, como mais uma peça no quebra-cabeças que constitui a pessoa, de quem buscamos entender ao máximo para proporcionar nossa maior ajuda possível. (BLAZER, 2012).

6.2.2 *Buscar ajuda médica*

“Compreendido, então que nem tudo poderia resolver, tomei medicação adequada.” (Participante D)

“Além da espiritualidade, busquei ajuda com um profissional que me acolheu...” (Participante E)

Outra categoria encontrada foi a busca na ajuda médica. Entre os idosos, em especial, as mulheres, a procura pelo profissional médico como meio de ajuda é comum. Quanto a questões de cunho psicológico, foi constatada preferência em se buscar o clínico geral inicialmente, em detrimento do médico especialista. (DINIZ; FORLENZA, 2009).

Essa tendência pode ser explicada pela relação de confiança entre o médico clínico assistente com o idoso, que proporciona um maior espaço para queixas dessa natureza. Apesar de haver um predomínio das mulheres idosas na busca por ajuda, no consultório tenho percebido um número considerável de senhores que trazem queixas de humor e de problemas de vida, principalmente após algumas consultas iniciais.

6.2.3 *Leitura*

Sobre como enfrentaram a depressão, outra categoria que se destacou foi a atitude de “leitura”. Esse achado traz alguns pontos para reflexão, como a iniciativa do idoso em buscar o conhecimento acerca de uma situação da qual desconhece, que o entendimento sobre a doença depressão é objeto de interesse do idoso e a leitura como uma forma de comunicação e aprendizagem cotidiana na vida dos idosos participantes.

Oliveira e Krüvinel apontam a leitura como benéfica à saúde mental do idoso. As pesquisadoras encontram que uma relação entre atitude de leitura e menores níveis de desesperança em idosos do interior de São Paulo. (OLIVEIRA E KRUVINEL, 2007) Um das possíveis explicações para essa relação seria o estímulo cognitivo proporcionado pelo hábito da leitura. Nesse sentido, os idosos que apresentam algum prejuízo cognitivo (esquecimentos ou lapsos), podem ficar mais propensos a sentimentos auto-derrotistas e desesperançosos em relação à vida.

Além do estímulo cognitivo, a leitura também pode ajudar o idoso, e em especial o com depressão, a melhorar sua saúde mental através de informações que o façam entender o que está se passando, formas de tratamento e prevenção. Naylor et al., em pesquisa realizada na atenção primária a adultos com depressão em Nevada, nos Estados Unidos, mostraram que a prescrição de leitura como intervenção psicoeducacional (biblioterapia) foi tão efetiva quanto ao tratamento normalmente empregado. Os pacientes que foram alocados no grupo da biblioterapia, apresentaram as mesmas taxas de redução em sintomas de depressão, atitudes disfuncionais relacionadas à doenças e aumentaram sua satisfação com a vida e prazer. Os autores também destacaram a viabilidade da prática. (NAYLOR ET AL., 2010).

6.2.4 Arranjando uma ocupação

A última categoria na análise das respostas sobre como enfrentaram a depressão apontou para o aspecto já explorado na primeira pergunta que é arranjar uma ocupação. Na análise das respostas anteriores, fizemos a relação entre o sentir-se útil com valores atitudinais e vivenciais de Frankl, além da generatividade de Erikson. A volta desse assunto na análise reitera a sua importância no dia-a-dia dos idosos participantes, em especial ao valor que os mesmos dão como impactantes de seu bem-estar mental.

Assim como feito na análise das respostas à primeira pergunta do questionário, faz-se aqui necessário relacionar as categorias encontradas (Figura 3) e os aspectos educacionais, voltados particularmente à psicoeducação. Quanto à responsabilidade, ficou demonstrado que o idoso que assume para si o controle das situações tem chances de ter uma vida mais saudável e uma saúde mental melhor. O foco na ajuda do idoso com depressão a assumir essa responsabilidade pela sua vida é objeto do tratamento psicoterapêutico em si. Trabalhar esse foco demanda uma grande capacidade profissional técnica e humana, sendo um momento delicado e individualizado. Na perspectiva psicoeducativa, principalmente na coletiva, é

errado que esse seja o foco de qualquer abordagem – o cobrar a responsabilidade pelos atos e situação de vida.

Como uma ação preventiva, de suporte e de auxiliar, a prática psicoeducativa que visa trabalhar a questão da responsabilidade deveria limitar-se a expor o tema, mostrando e promovendo a discussão de questões como responsabilidade, locus de controle e histórias de vida. Vale lembrar que os pacientes ou participantes dessas práticas não são acostumados a esse tipo de prática educativa e podem estar passando por problemas psicológicos que facilmente lhes faça entender qualquer coisa sob a ótica pessimista quanto a si mesmos ou em relação ao profissional a sua frente.

No que tange à espiritualidade, a prática psicoeducativa deve ter como princípios a sensibilidade em não excluir ou afastar os participantes e o acolhimento das pessoas com atitudes espirituais diversas, ou mesmo aquelas que se dizem não espiritualizadas. Inicialmente, conceituar bem espiritualidade, diferenciando-a de práticas religiosas, é uma maneira de evitar compreensões erradas. Além disso, mostrar os benefícios da prática espiritual, em termos de saúde, pode ser considerado. É necessário ter cuidado no fervor de opiniões dos participantes em públicos, que pode levar a uma inibição ou mesmo contradição entre os participantes, fazendo com que se perda o foco da atividade.

Já na definição do que é espiritualidade, pode-se mostrar quais são os itens que a compõe (reflexão quanto a si, os outros, por exemplo). Dissolver o tema e abordar os domínios pode resultar em tarefas de mais fácil aceitação pelos participantes. Isso poderia ser feito trabalhando com meditação, o pensar no outro, em erros e acertos e história de vida.

A abordagem de aspectos religiosos demandaria do profissional que planeja e executa uma prática educativa um conhecimento muito grande acerca de diversas religiões – o que sabemos que não é um conhecimento corriqueiro entre os profissionais da saúde e educação.

Essa preocupação quanto à forma de se trabalhar espiritualidade e religião com idosos num contexto de psicoeducação justifica-se por haver na sociedade – e, conseqüentemente, no ambiente acadêmico e de consultório médico – um senso comum frágil de que religião e coisas espirituais não se discute, logo, não se fala a respeito. Dentro da medicina, a questão de abordar aspectos espirituais não é uma constante.

No meu cotidiano do consultório, procuro perguntar sobre práticas religiosas e espirituais dos pacientes. No caso dos idosos com depressão, sempre tento estimulá-los a retomar práticas que abandonaram – em grande parte das vezes por perda do interesse ou falta de quem os levem. Caso os idosos relatem que pratiquem sua espiritualidade, ou mesmo, sua religião, tento fazer uma espécie de reforço positivo para que mantenham o hábito.

Por último, na abordagem da questão da espiritualidade, da reflexão ou da religião, considero haver espaço para a sugestão de que o idoso escreva sobre coisas relacionadas a sua vida e ao momento que está passando. Alguns trabalhos apontam que essa prática, que chega a ser chamada de escrita terapêutica, apresentando resultados interessantes. (BAIKEI, WILHELM, 2006).

Outra categoria que se destacou na forma como os idosos participantes enfrentaram a depressão foi a leitura. A prática da leitura é uma manifestação de aprendizagem, que partiu dos próprios pacientes. Na literatura há diversos trabalhos que apontam o benefício da psicoeducação através da leitura, quer seja por livros ou mesmo folhetos. (NAYLOR ET AL, 2010; FLOYD, 2003).

Para que a prescrição de leitura como via de apoio terapêutico, no enfoque psicoeducativo, é necessário que o profissional conheça bem os materiais disponíveis, não só quanto ao conteúdo, mas forma de abordagem e acesso em termos de linguagem e quantidade de informações. Infelizmente, livros voltados para idosos são raros no mercado, o que abre espaço para que os próprios profissionais se organizem para escrever artigos e disponibilizá-los aos idosos participantes das práticas, ou mesmo, aqueles que são diretamente seus pacientes.

No consultório, quando possível, disponibilizo textos sobre depressão, prevenção de demências e orientações para familiares de idosos com depressão. (Anexo C) A receptividade tanto dos pacientes quanto dos familiares é bastante boa. Outra forma de disponibilizar informações acerca de saúde é uma coluna em jornal voltado para a terceira idade da região do Vale do Sinos, da qual Novo Hamburgo faz parte, além de um blog sobre saúde. (MINOZZO, 2012) O retorno dos idosos quanto aos textos é interessante e me passa uma impressão de uma demanda muito grande por informação sobre saúde.

Dentre as categorias, também se destacou a “busca na ajuda médica”. Acredito que essa procura pelo profissional deve ser incentivada em qualquer prática psicoeducativa pelo caráter de múltiplas causas da doença depressão em idosos. Às vezes doenças como distúrbios da tireóide, iatrogenia e hipovitaminoses causam a depressão e de nada adiantará um empenho em psicoeducação se essas causas não forem solucionadas. Lembro que é extremamente necessária uma avaliação global da saúde do idoso para um correto planejamento do tratamento.

Por outro lado, a manifestação dos idosos na procura do atendimento médico coloca a classe profissional como referencial de ajuda, logo, com uma responsabilidade em atender o idoso como um todo, compreendendo diversos aspectos da sua existência para melhor auxiliá-

lo. Inclusive, a presente dissertação trata de opções de auxílio terapêutico, de cunho educacional, que diferem da prática corriqueira da prescrição de psicofármacos como solução única. E, como referencial de ajuda, o médico deve estar atento a práticas não-farmacológicas.

Infelizmente, sabemos da situação na qual a maioria das pessoas no Brasil vive e recebe o atendimento de saúde, em que predomina o pouco tempo e o tratamento do idoso sem o conhecimento técnico e o aspecto humano necessário. No entanto, cabe a nós, investigarmos e contribuirmos para que, aos poucos, essa situação modifique-se.

Por último, como forma de enfrentar a depressão emergiu o ocupar-se. Como vimos na discussão da primeira pergunta, o sentimento de se sentir útil é de grande importância para o idoso, devendo ser estimulado respeitando as capacidades e condições de saúde do momento.

6.3 Terceiro Questionamento: Ajuda Além do Tratamento

Ao elaborar o questionário, houve uma preocupação em olhar para os movimentos dos pacientes para superar a depressão fora do contexto da relação médico-paciente, ou terapeuta-paciente. Desejava saber quais eram as atitudes voluntárias e cotidianas que os idosos consideravam importantes em seu processo de recuperação. Elaborei esse questionamento, excluindo o tratamento médico/psicológico, justamente para que se conseguisse atingir o objetivo proposto.

As categorias que se destacaram foram a ocupação, os relacionamentos pessoais e a espiritualidade. Percebe-se que as categorias aqui destacada foram trabalhadas nas perguntas anteriores, reiterando seus papéis como importantes temas para práticas psicoeducativas.

Ao invés de repetir a discussão dessas variáveis, trago trechos das respostas que ilustrem as categorias selecionadas.

- a) **Ocupação:** *“A ocupação (trabalho) com os seguintes requisitos: prazeroso, não cansativo, não obrigatório, novo, quando em grupo que promova a participação, formado por pessoas com afinidades comuns e a conscienciologia.” (Participante D).*
- b) **Relações pessoais:** *“Um ponto importante para superar a depressão é ocupar-se e sentir-se útil, amar, ser amada, se valorizar, se realizar, às vezes em pequenas coisas, nas coisas simples. Para mim as relações entre as pessoas é de muita ajuda,*

pois estas relações vem se tornando cada vez mais superficiais e descartáveis.” (participante B).

- c) Espiritualidade:** *“Fé e trabalho. Procuo ocupar-me.”* (Participante E) e *“Quando a depressão surge, falar com Deus, com palavras que vem do fundo da alma. Sempre que ela vem ler a Bíblia, como fazia Lincoln. Dizia Lincoln: “leia este livro pelo que sua razão possa aceitar e aceite o resto pela fé, você vivera e morrerá um homem melhor.””* (Participante H).

6.4 Quarto Questionamento: Revisitando o Passado

Considerarei importante fazer esse questionamento na medida em que alguns aspectos dos referenciais teóricos escolhidos tratam da questão do passado e pelo passado ser uma temática constante no discurso dos idosos. Entre os aspectos dos autores escolhidos, fica bem claro a relação do passado com o conceito de integridade de Erikson. Já Robert Butler, foi ainda mais fundo na questão e criou a terapia da revisão da vida, ou de reminiscências. Quanto a Frankl, apesar de sua psicologia ser voltada especificamente do aqui agora para o futuro, o psiquiatra não deixa escapar pontos-chave em relação ao passado.

Retomando o conceito de integridade, Erikson a contrapõe com a desesperança em seu oitavo estágio do desenvolvimento. Na resolução desse conflito, emerge a sabedoria. É nesse estágio, que o ser humano remete ao saber acumulado durante toda a vida, a capacidade de julgamento maduro e justo e a compressão acerca dos significados da vida. Trata-se, portanto, de uma fase da vida onde o olhar para o passado criticamente se faz necessário.

Em acordo com a teoria de Erikson, Butler em 1963 publicou o artigo *“The life-review: an interpretation of reminiscence in the aged”* (no português: “A revisão da vida: uma interpretação da reminiscência nos idosos”), descrevendo sua observação clínica e destacando a importância da reminiscência em idosos. Ele concede a reminiscência como um processo natural e espontâneo que caracterizado pelo retorno progressivo à consciência de experiências passadas e, particularmente, o ressurgimento de conflitos não-resolvidos. A maior tarefa é descrita como aquela para clarear, aprofundar e encontrar sentido para aquilo que o indivíduo obteve durante a vida, aprendendo e se adaptando. Nesse aspecto, a reminiscência é vista como favorecedora ao envelhecimento bem-sucedido. (GONÇALVES; ALBUQUERQUE; MARTIN, 2008)

Ao consultar a obra de Frankl, percebo a importância que o mesmo dá ao passado, não como fonte para o entendimento de conflitos vigentes, mas como patrimônio histórico próprio, como algo que reforça os sentidos de responsabilidade e existência da pessoa.

Em vez de possibilidades, realidade é o que tenho do meu passado, não apenas a realidade do trabalho realizado e do amor vivido, mas também a realidade dos sofrimentos suportados com bravura. Esses sofrimentos são até mesmo as coisas das quais me orgulho mais, embora não sejam coisas que possam causar inveja. (FRANKL, 2008, p. 145).

Segundo Wong (1998): “Embora Frankl não advoga explicitamente a revisão da vida, seus escritos enfatizam a necessidade de se tomar uma atitude positiva em relação ao passado. Não podemos mudar o passado, mas podemos aprender a aceitar e a viver com ele.” (WONG, 1998, p. 21)

Quanto às respostas obtidas em relação à utilização do olhar para o passado na abordagem da depressão em idosos, não tinha uma tendência clara de como os participantes responderiam. Pelas consultas e relatos de idosos, e levando em consideração as diferentes fases da depressão nas quais eles podem estar passando, percebia que para alguns o passado era motivo de orgulho, enquanto para outros, indiferença ou mesmo tristeza. Em alguns idosos, em particular pela amostragem maior de pacientes mulheres, o acúmulo de perdas torna o falar do passado sempre um momento delicado.

Há uma situação que, ao meu ver, está aumentando e tem a ver com esses momentos: com a maior longevidade, muitos idosos estão vendo seus filhos morrerem. Esse tipo de perda, me parece justificar um número significativo de casos de depressão em idosos, geralmente sendo casos cujo tratamento é mais difícil.

Voltando aos motivos que me levaram a escolher esse questionamento, disse do uso comum do passado no discurso dos idosos. Butler reforçou essa constatação, trazendo também que a revisão da vida acontece espontaneamente em grande parte dos idosos. A meu ver, considerar o posicionamento dos pacientes diante essa questão pode acrescentar pontos importantes ao se planejar estratégias psicoeducativas.

Dois posicionamentos foram encontrados nas respostas em relação ao olhar para o passado: os que concordam e os que não concordam. Grande parte daqueles que concordaram deixaram ressalvas, em termos de não se impor a abordagem de qualquer maneira, sendo a mesma feita com sensibilidade. O receio que algo desperte sintomas depressivos também transpareceu.

“Acho que pode ser bom, desde que o passado não me deixe ainda mais depressiva”. (Participante C)

Quanto aos que não concordaram na utilização do passado na abordagem da depressão, suas respostas refletiram um posicionamento de relação da ligação com o passado a aspectos depressivos.

“Na minha modesta opinião, não concordo com isso. Para mim o passado está longe e não volta mais. Dizem que recordar é viver, mas não podemos esquecer que estamos vivendo o aqui e agora. Geralmente quem se liga muito ao passado está depressivo, vai lembrar só as coisas ruins que aconteceram. Portanto olhos no horizonte e seguir em frente com muita, muita fé.” (Participante E)

Em relação aos que se mostraram favoráveis, a visão do passado assemelhou-se àquela de patrimônio pessoal de Frankl. Na resposta do participante F, um aspecto importante é manifestado, que trata da mudança ao longo da vida da relação da pessoa com o seu passado. Acredito que isso deva ser levado em conta, como abordarei logo em seguida.

“Quanto a essa opinião, para mim, olhar para o passado foi, no início, muito doloroso, diante das mudanças gerais da minha vida, cheia de alegrias e realizações, passeios, viagens para uma vida de perdas e emoções e sentimentos. A diminuição da capacidade física e mental foi horrível. Hoje olhamos para o passado e, juntos, sentimos a alegria em nossas recordações.” (Participante F)

“Penso, que todos os episódios que vivemos na vida, inclusive os piores e os mais duros de se suportar, são sempre extraordinários e maravilhosas fontes de crescimento. Quando temos algo, nos recusamos a enfrentar desafios, a partir para nova direção, a sair do lugar comum, da mesmice de sempre. Acredito que devemos encarar para valer as situações que a vida propõe.” (Participante G)

Trazendo a discussão para a esfera de planejamento de estratégias de psicoeducação que empreguem o olhar para o passado, em diversas maneiras possíveis, com as respostas dos participantes, ficou destacada a relevância da sensibilidade e cuidado nessas abordagens. Faz-se necessário demarcar os objetivos das práticas psicoeducativas para que as mesmas não se sobreponham às psicoterapêuticas propriamente ditas. A mesma atenção tentei despertar quando da necessidade e do cuidado de se trabalhar a questão da responsabilidade no idoso com depressão. No caso do olhar para o passado, quando se propõem atividades autobiográficas ou que abordem pontos específicos do passado, o não causar sofrimento ao idoso participante deve ser um objetivo bastante claro nos proponentes. Pela situação de extrema fragilidade emocional na qual esses idosos podem estar passando, as práticas psicoeducativas devem, primeiro, proporcionar ambientes de acolhimento e, na medida do possível, de informação e discussão.

Uma forma que considero interessante de se abordar questões relativas ao passado emprega aspectos da terapia cognitiva, onde é trabalhada a forma de como o idoso, sob o signo da depressão, pode estar encarando seu passado. Como mencionei anteriormente, sabe-se que a doença costuma alterar as percepções e mesmo conteúdo do pensamento daqueles por ela atingidos. Deixar essa influência bem clara para os idosos participantes de atividades psicoeducativas é uma maneira de ajuda-los a entender a doença e poder distanciarem-se da visão pessimista e enviesada que a doença os imprime sobre seu passado, a fim de reconstruir essa visão.

A partir do momento em que se obtém alguma forma de consentimento dos participantes para que o passado seja abordado, o emprego de histórias de vida é uma ferramenta útil para uma educação promotora do sentido da vida e que reforce a integridade dos participantes. (BOHLMMEIJER, 2008; WONG, 1998).

Gonçalves, Albuquerque, Martin apresentam caminhos para que as estratégias que empreguem a reminiscência sejam mais eficazes:

É possível observar, de um modo geral, que os investigadores que empregam estratégias de reminiscência com seus clientes idosos são unânimes ao considerar que a eficácia da sua utilização depende, de modo considerável, de quatro fatores interdependentes entre si: (i) da contemplação das especificidades de cada participante, (ii) do estabelecimento de objetivos específicos e realistas, a curto e médio prazo, (iii) da adaptação dos materiais utilizados aos contextos de trabalho, e (iv) da definição criteriosa das estratégias de desenvolvimento e avaliação dos resultados. (GONÇALVEZ, ALBUQUERQUE, MARTIN, 2008, P. 107).

6.5 Quinto Questionamento: Sugestões de Espaços para Práticas Psicoeducativas

Conhecer os meios pelos quais os próprios participantes sugerem para realização de práticas psicoeducativas é investir no entendimento de sua cultura, dos lugares que se mostram mais disponíveis. As práticas psicoeducativas não necessariamente precisam se apresentar sob a forma estruturada, individual ou em grupos, tendo a pessoa do proponente ou facilitador presente. Elas podem compartilhar lugares ocupados pela educação não-formal, como livros, internet e grupos de convívio. (CACHIONI, PALMA, 2006).

As categorias que mais se destacaram foram:

a) Convívio social e os grupos de idosos

Os grupos de idosos, ou de convivência, representam uma forma bastante comum de interação e organização social dos mesmos. Ferrigno et al. apontam como objetivos principais desses grupos a efetiva inclusão e valorização social dos participantes, por meio da melhoria da qualidade de vida em seus múltiplos aspectos (material, econômico, emocional, cultural e social) e exercício pleno da cidadania. Os autores também reforçam que os grupos de convivência possuem forte relação com aspectos educativos. (FERRIGNO et al, 2006 p 1437). Acredito que a cooperação entre grupos de idosos com universidades abertas da terceira idade oportunize uma relação de ganha-ganha bastante interessante: os grupos poderiam se beneficiar de capacitação de lideranças e de contato com o meio acadêmico e as universidades estariam ampliando suas fronteiras e atendendo idosos de diversas condições sociais, já com experiência de organização coletiva.

“Lugares onde palestras, reuniões, grupos de convivência sempre nos dão conhecimentos, trazidos por pessoas capacitadas, em suas apresentações.” (Participante F).

b) O atendimento médico

“Na minha opinião, este aconselhamento deve partir do médico, por isso seu entendimento deveria ir além da medicina física-psíquica. É ele que conhece, mais do que ninguém, aquele que lhe pede ajuda.” (Participante D).

Surpreendeu-me positivamente o destaque para o atendimento médico como fonte e orientação de aprendizagem, o que vai ao encontro dos motivos que me motivaram a fazer o mestrado e escolher o presente tema. Hoje, sabemos que à parte educativa das consultas médicas é dada pouca atenção, por motivos de tempo e características da relação médico-paciente vigentes. Infelizmente, essa lacuna prejudica bastante o atendimento dos idosos, uma vez que eles necessitam ser ouvidos e muito bem orientados sobre diversos aspectos, desde as causas das doenças, importâncias de hábitos saudáveis até forma correta de uso da medicação.

Quanto ao papel do médico na orientação sobre aspectos educacionais voltados a idosos depressivos, há uma importante carência quanto a referenciais nessa área. Um ponto ilustrativo dessa situação é que dificilmente se encontra em livros de geriatria, ou psiquiatria do adulto, tópicos relacionados a práticas psicoeducativas. Há uma distância entre a prática médica e a necessidade do profissional de participar da educação do paciente.

A meu ver, a educação e a medicina possuem uma ligação muito forte, no sentido de complementação, principalmente da última. Fazer medicina sem educar o paciente é incompleto e é não considerar o paciente como pessoa, como agente da sua cura.

Hall et al. realizaram uma meta-análise com 41 estudos e concluíram que a satisfação do paciente está relacionada à quantidade de informação recebida e à participação no tratamento. Segundo eles, a informação individualiza aumenta a adesão do paciente em até 75%, sendo considerada essencial para o bem-estar dos pacientes. (HALL; ROTER; KATZ, 1988).

Infelizmente, há uma escassez de literatura ou locais para onde o médico possa encaminhar os idosos com depressão para que os mesmos participem de práticas psicoeducativas.

c) Leitura

“Num bom livro, via internet e sempre que possível estar com pessoas agradáveis e que me façam bem que me bote para cima. Pessoas alegres.” (Participante C).

Assim como ocorreu nas respostas do questionamento número 2, sobre as formas que os idosos enfrentaram a depressão, a leitura retoma aqui como um importante meio de informação dos idosos. Como discutido naquele momento, a leitura pode ser um meio importante nas práticas psicoeducativas. A leitura de livros, jornais e revistas faz parte do cotidiano dos idosos, e podem ser empregadas em atividades de psicoeducação.

O estímulo a leitura como prática psicoeducativa apresenta vantagens por representar um hábito com uma periodicidade maior – o participante durante algum período de tempo estará envolvido na prática –, e o participante acessará as informações quando desejar e no seu ritmo, sem qualquer tipo de pressão. Os cuidados ficam na indicação do material de leitura, adaptação de linguagem e aspectos gráficos em virtude das limitações visuais de uma parcela dos idosos.

d) Família

“Família é muito importante, porque se vivemos bem e em paz dentro do nosso lar, se torna mais fácil a recuperação.” (Participante E).

Outra categoria que se destacou foi a indicação da família como fonte de aprendizado em relação à doença depressão. Isso se explica pelo fato de muitos idosos terem na família seu contato com o resto do mundo, e muitas vezes apresentarem um grau considerável de dependência cultural – ou seja, no que fazer e o que conversar ou aprender.

O destaque dado à família como fonte de informações acerca da depressão reforça a necessidade de se educar também a família em termos de psicoeducação. Colom e Veita

(2004) destacam que ensinar os familiares era uma característica das intervenções psicoeducativas que obtiveram sucesso em suas análises. (COLOM, VIETA, 2004).

No dia-a-dia, convivo com familiares angustiados perante a situação de seus pais, companheiros ou avós. Muitas vezes, por falta de conhecimento, conflitos são gerados por falsas crenças (a de que o idoso deprimido não quer melhorar ou se ajudar, por exemplo) e incapacidade de se estabelecer uma relação e comunicação empática e favorável à cura.

Vejo na família um aliado fundamental no processo de cura e prevenção da depressão dos idosos. Corrobora essa opinião o fato de que a categoria que predominou no primeiro questionamento, sobre o que fazia os idosos participantes se sentirem úteis, o ajudar os familiares.

e) Outras Fontes de Aprendizagem Citadas

Por último, agrupei em uma categoria algumas fontes de informação que apenas foram mencionadas por um ou outro participante, não se destacando individualmente na análise das respostas. Porém, considero relevante trazê-las porque apontam para lugares do cotidiano dos idosos e apresentam-se como possibilidades de emprego em práticas psicoeducativas.

Entre esses lugares, foram citados: viagens, internet, palestras, cinema, televisão, voluntariado, centros religiosos e de fisioterapia.

7 CONCLUSÃO: PRÁTICAS PSICOEDUCATIVAS PROMOTORAS DE SENTIDO DA VIDA PARA IDOSOS COM DEPRESSÃO

Concluindo a dissertação, considero importante retomar brevemente à situação da qual fui lançado a iniciá-la. Há pouco mais de dois anos, comecei atendimento em consultório médico privado, atendendo um número significativo de idosos com depressão. Das imensas dificuldades em conseguir dar explicações e orientações para esses pacientes e seus familiares, veio a angústia que atentou para a necessidade de se olhar para como melhorar não só o atendimento, mas a situação daquelas pessoas e seus familiares. É nesse contexto que repousa as origens dessa pesquisa. E, desses dois anos para cá, essa necessidade de informação e apoio aos pacientes vem sendo cada vez mais reforçada, latejante.

Como se pode verificar na revisão da literatura e na pequena amostra de respostas analisada, há um campo bastante rico para investimento acadêmico na área de psicoeducação voltada para idosos deprimidos. Diferentemente de ler relatos de pesquisas feitas em outras populações, ter tido a oportunidade de ler as respostas dos participantes na íntegra foi extremamente construtivo. De certa forma, ter tido acesso às ideias dos pacientes através de sua escrita mudou a perspectiva que tenho em relação a suas histórias de vida e contexto cultural. Por mais que eu tente captar fragmentos que indiquem aspectos pessoais durante a consulta, essa experiência de pesquisa foi significativa.

A questão do sentido da vida de Frankl e os conceitos de Erikson foram encontrados nas respostas, ao mesmo tempo em que se entrelaçaram com diversos autores. Trabalhar com o sentido da vida em idosos com depressão, através de práticas psicoeducativas, merece uma atenção por parte dos profissionais da área da saúde. Falar sobre o sentido da vida com os idosos é acolhedor, é de fácil compreensão e, por ser extremamente pessoal, possibilita a interatividade – que como vimos, são elementos essenciais para práticas educativas para a terceira idade.

Voltando a conclusão para a análise dos resultados encontrados, percebe-se que os idosos participantes possuem um senso de responsabilidade marcante diante de suas vidas, além de uma necessidade existencial de sair de si e ajudar o próximo. Quanto a práticas psicoeducativas, diversos indicativos para criação ou reforço de atividades emergiram, como a educação para relacionamentos pessoais e sociais, valorização da espiritualidade e do senso de utilidade. A questão de se focar no passado, através de revisão de vida, por exemplo, mostrou-se um ponto que necessita de cuidado por parte do proponente, porém, sua função como uma

estratégia positiva também foi destacada no texto. Quanto aos lugares sugeridos para que os idosos busquem ou recebam informações sobre depressão, as categorias convívio social, família, atendimento médico e leitura se destacaram, mostrando-se como espaços interessantes para o desenvolvimento da psicoeducação sugerida ao longo do texto.

Por último, considero importante destacar a disponibilidade que os idosos participantes mostraram em fortalecer sua relação com o médico que lhe assiste. Procurar o médico foi uma categoria importante quando se perguntado qual o posicionamento do idoso quando da depressão, assim como ao médico também foi atribuída a função de mediar as questões psicoeducativas – demonstrado no questionamento quinto. Parece que nas respostas, os motivos que me fizeram iniciar essa pesquisa emergiram. Não vejo como ser médico de idosos, em especial de idosos em situação tão vulnerável quanto aqueles deprimidos, sem compartilhar dos pensamentos humanistas de Frankl, Freire, Mounier e Rogers.

Além da espiritualidade, busquei ajuda com um profissional que me acolheu com muito carinho, paciência, capaz de ouvir com interesse minhas razões por estar ali. (Participante E).

“¿Quiénes son estas criatura con hambre de humanidade que se arquean em las fronteras impalpables (sé por experiência que son terriblemente reales) del reconocimiento integral?” (FANON, 1964, p.11).

REFERÊNCIAS

- ALEXOPOULOS, George S. **Depression in the elderly**. The Lancet, Vol 365 June 4, 2005.
- ALMEIDA, Osvaldo; ALMEIDA, Shirley. **Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida**. Arq Neuropsiquiatr. 1999; 57(2B):421-6.
- AMES, David; et al. **Guide to the Psychiatry of Old Age**. Nova Iorque: Cambridge University Press, 2010.
- ANDRÉ, Marli Afonso de. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília, DF : Liber Livro, 2005.
- ARAÚJO, Maria Fátima; ALMEIDA, Almeida MI, CIDRACK Marlene, et al. **Papel da Religiosidade na Promoção da Saúde do Idoso**. RBPS 2008; 21 (3) : 201-208.
- ATRI, Ashutoshi; SCHARMA, Manoj. **Psychoeducation: Implications for the Profession of Health Education**. Californian Journal of Health Promotion . Volume 5, Issue 4, 32-39, 2007. Disponível em: <<http://www.csuchico.edu/cjhp/5/4/032-039-atr.pdf>> Acesso em 10 de dez de 2011.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Página disponível em: <<http://www.psych.org/>>. Acesso em 25 de Dezembro de 2011.
- BAHLS, Saint-Clair; ZACAR, Flavia Maria Hasegawa. **As Intervenções Psicossociais no Tratamento da Esquizofrenia**. RUBS, Curitiba, v.2, n.1, p.24-33, jan./mar. 2006
- BAIKIE, Karen; GEERLIGS, Liesbeth, WILHELM, Kay. **Expressive writing and positive writing for participants with mood disorders: An online randomized controlled trial**. J Affect Disord. 2011 Dec 29.
- BALTES, Paul. **Theoretical propositions of the lifespan developmental psychology: On the dynamics between growth and decline**. Developmental Psychology (1987), 23, 611-696.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.

BILICH, Linda; DEANE, Frank; PHIPPS, Andrew; et al. **Effectiveness of bibliotherapy self-help for depression with varying levels of telephone helpline support.** *Clin Psychol Psychother.* 2008 Mar;15(2):61-74.

BIRRER, Richard; VEMURI, Sathya. **Depression in Later Life: A Diagnostic and Therapeutic Challenge.** *American Family Physician*(69), Número 10, 2004.

BLAZER, Dan. **Depression in Late Life: Review and Commentary.** *Focus* 7:118-136, Winter 2009. Disponível em: <<http://focus.psychiatryonline.org/cgi/content/full/7/1/118#B2>>. Acesso em: 11 de abr de 2011.

BLAZER, Dan. **Depression in late life: review and commentary.** *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003;58(3):249-65.

BLAZER, Dan; BURCHETT, Bruce; SERVICE, Connie; GEORGE, Linda. **The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration.** *J Gerontol Med Sci.* 1991; 46:M210–M215.

BLAZER, Dan. **Religion/Spirituality and Depression: What Can We Learn From Empirical Studies?** Dan Blazer, M.D., Ph.D. *The American Journal of Psychiatry*, VOL. 169, No. 1 . Editorial. 2012

BOHLMEIJER, Ernst. **Reminiscence and depression in later life.** 2007. 179 f. Tese de Doutorado em Psicologia – Faculdade de Psicologia e Educação, Vrije Universiteit, Amsterdã, 2007.

BOYLE, Patricia; BARNES, Lisa; BUCHMAN, Aron. **Purpose in Life Is Associated With Mortality Among Community-Dwelling Older Persons.** *Psychosom Med.* 2009 June; 71(5): 574–579

BOYLE, Patricia; BARNES, Lisa; BUCHMAN, Aron. **Effect of a Purpose in Life on Risk of Incident Alzheimer Disease and Mild Cognitive Impairment in Community-Dwelling Older Persons.** *Arch Gen Psychiatry.* 2010 March ; 67(3): 304–310.

BRASIL. **Estatuto do Idoso.** Lei Federal nº10741 de 1º de outubro de 2003.

BUTLER, Robert. **O defensor dos velhinhos.** Entrevista a Natalia Cuminale. **Veja**, São Paulo, 24 jun. 2010. Disponível em <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/envelhecimento-idosos-velhice-bem-estar>>. Acesso em: 10 de jan de 2010.

CACHIONI, Meire, PALMA, LS. **Educação Permanente:** Perspectiva para o Trabalho Educacional com o Adulto Maduro e o Idoso. In: FREITAS, Elizabete Viana, et al. (org.) Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Koogan, 2006.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da População Brasileira:** Uma Contribuição Demográfica. In: FREITAS, Elizabete Viana, et al. (org.) Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Koogan, 2006.

CAPPELIEZ, Philippe; O'ROURKE, Norm. **Profiles of reminiscence among older adults:** Perceived stress, life attitudes and personality variables. *International Journal of Aging and Human Development*, 54 (4), 255-266. (2002).

CHAO, S ; et al. **The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents.** *J Nurs Res.* 2006 Mar;14(1):36-45.

CHRISTENSEN, Helen; GRIFFITHS, Katheleen. **Delivering interventions for depression by using the internet:** randomised controlled trial. *BMJ*, 2004 Jan 31;328(7434):265.

COCKAYNE, Nicole; GLOZIER, Nick; NAISMITH, Sharon, et al. **Internet-based treatment for older adults with depression and co-morbid cardiovascular disease:** protocol for a randomised, double-blind, placebo controlled Trial. *BMC Psychiatry* 2011, 11:10.

COLOM, Francesco; VIETA, Eduard. **Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas:** o papel da psicoeducação. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2004, vol.26, suppl.3 [cited 2011-05-09], pp. 47-50 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000700011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de jan de 2011.

D'ATH, P ; et al. **Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders.** I: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. *Fam Pract.* 1994 Sep;11(3):260-6.

DEL PORTO, José Alberto. **Conceito de depressão e seus limites.** In: LAFER, B. et al. *Depressão no ciclo da vida.* Porto. Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 20-28.

DINIZ, Breno; FORLENZA, Orestes Vicente. **Depressão Geriátrica.** In: LACERDA, Acioly et al. *Depressão: do Neurônio ao Funcionamento Social.* Porto Alegre: Artmed, 2009.

DONKER, Tara; GRIFFITHS, Kathleen; CUIJPERS, Pim; CHRISTENSEN, Helen. **Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis** *BMC Medicine* 2009, 7:79 doi:10.1186/1741-7015-7-79

DUSSELDORP, Elise; VAN ELDEREN, Therese; MAES, Stan; et al. **A Meta-Analysis of Psychoeducational Programs for Coronary Heart Disease Patients.** *Health Psychol.* 1999 Sep;18(5):506-19.

ERIKSON, Erik. **O ciclo de vida completo.** Versão ampliada com novos capítulos sobre o nono estágio do desenvolvimento por Joan M. Erikson. Porto Alegre: Artmed, 1998.

FANON, Frantz. **Por la Revolución Africana.** Fondo de Cultura Económica – México. México, D.F., 1973. 223 f.

FERRARI, Juliane; DALACORTE, Roberta. **Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados.** *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 2007.

FERRIGNO, JC, LEITE MLC, ABIGALIL A. **Centros e Grupos de Convivência de Idosos: da Conquista do Direito ao Lazer ao Exercício da Cidadania.** In: FREITAS, Elizabete Viana, et al. (org.) *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Koogan, 2006.

FLOYD, Mark. **Bibliotherapy as an adjunct to psychotherapy for depression in older adults.** *J Clin Psychol.* 2003 Feb;59(2):187-95.

FOLSTEIN, Marshal; FOLSTEIN, Susan. **Mini-mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician.** *J Psychiatr Res*, vol 12, 1975,p.189-198.

FOSSATTI, Paulo. **A produção de sentido na vida de educadores: por uma logoformação.** 2009. 271 f. Tese de Doutorado em Educação. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

FRANK, Monica; RODRIGUES, Nezilour. **Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio.** In: FREITAS, Elizabete Viana, et al. (org.) *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Koogan, 2006.

FRANKL, Viktor Emil. **Sede de sentido.** 3ª ed. São Paulo: Quadrante, 2004.

FRANKL, Viktor Emil. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. 28. Ed. – São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2008.

FRANKL, Viktor Emil. **A Presença Ignorada de Deus**. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2009. 10 ed.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 11ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

FREIRE, Sueli aparecida. (2001). **Bem-estar subjetivo e metas de vida: Um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três faixas de idade**. Tese de Doutorado não-publicada, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000220310>>. Acesso em: 10 de nov de 2011.

FREITAS, Anna Cristina Pegoraro. **Espiritualidade e Sentido de Vida na Velhice Tardia**. Dissertação de Mestrado. 2010. Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Religião.

FRY, Prem. **The unique contribution of key existential factors to the prediction of psychological well-being of older adults following spousal loss**. *The Gerontologist*, 41, 69-81, 2001.

FYFFE, Denise; SIREY, Jo Anne; HEO, Moonseong, et al. **Late-Life Depression Among Black and White Elderly Homecare Patients**. *American Journal of Geriatric Psychiatry*: September/October 2004 - Volume 12 (5) p. 531-35

GAZALLE, Fernando Kratz; et al. **Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil**. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 3, jun. 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOLDMAN, Charles. **Toward a definition of psychoeducation**. *Hosp Community Psychiatry*. 1988 Jun;39(6):666-8.

GONÇALVES, Daniela; ALBUQUERQUE, Pedro; MARTIN, Inacio. **Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações.** *Análise Psicológica*, 1 (XXVI): 101-110, 2008.

GONÇALVES, Valdênia; ANDRADE, Katia. **Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA).** *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, RIO DE JANEIRO, 2010; 13(2):289-299

GOTTLIEB, Benjamin; GILLESPIE, Alayna. **Volunteerism, health, and civic engagement among older adults.** *Can J Aging*. 2008 Winter;27(4):399-406.

GREVET, Eugenio Horácio; ABREU, Paulo Belmonte; SHANSIS, Flávio. **Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.** *Rev Psiquiatr. RS*, 25'(3): 446-452, set./dez. 2003

GUIMARÃES, Renato Maia. **Envelhecimento: Um Processo Pessoal?** In: FREITAS, Elizabete Viana, et al. (org.) *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Koogan, 2006.

HALL, Judith, ROTER Debra, KATZ, Nancy. **Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters.** *Med Care*. 1988; 26:657:675.

HOFFMANN, Ernesto José; RIBEIRO, Fabio; FARNESE, Jussara. **Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil.** *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):190-197.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sala de Imprensa:** Tábuas Completas de Mortalidade 2008. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1507&id_pagina=1>. Acesso em: 10 de mai de 2011. 2010000200009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 13 de jan de 2011.

IRIGARAY, Tatiane; SCHNEIRDER, Rodolpho. **Personalidade e depressão em idosas da UNITI/UFRGS.** *Rev Psiquiatr RS*. 2007;29(2):169-175

KALACHE, Alexandre. **O envelhecimento da população mundial: Um desafio novo.** *Rev Saúde Pública*, 1996; p. 21-26.

KATZ, Sidney; et al. **Studies of finness in the aged: the Index of ADL; a Stardard Measure of biological and Psychosocial Function.** JAMA, v.185, 1963. p. 914-919.

KOIZUMI, Megumi; ITO, Hiroshi; MOTOHASHI, Yutaka. **Effect of Having a Sense of Purpose in Life on the Risk of Death from Cardiovascular Diseases.** J Epidemiol 2008; 18(5), 191-196.

KOENIG, Harold. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. Rev Bras Psiquiatr. 2006;28(3):242-50

KRAUSE, Neal. (2009). **Meaning in life and mortality.** *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64B(4), 517–527

KRONMÜLLER, Klaus-Thomas; VICTOR, Daniela; SCHENKENBACH, Caroline, POSTELNICU, ILLINCA, et al. **Knowledge about affective disorders and outcome of depression.** Journal of Affective Disorders 104 (2007) 155–160

LACERDA, Acioly et al. **Depressão: do Neurônio ao Funcionamento Social.** Porto Alegre: Artemed, 2009.

LAFIN, SHF, SOUZA, SR, BARBOSA, C. **Trabalho Voluntário.** In: FREITAS, Elizabete Viana, et al. (org.) Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Koogan, 2006.

LAWTON, M. Powell; MOSS, Miriam; FULCOMER, Mark et al. **A Research and service-oriented multilevel assessment instrument.** J Gerontol, vol 37, p. 91-99, 1982.

LI, Yan Sheng; MEYER, John; THORNBLY, John. **Longitudinal follow-up of depressive symptoms among normal versus cognitively impaired elderly.** Intl J Geriatr Psychiatr. 2001; 16:718–727.

LIMA, Priscila Melo Ribero. **A Arte de Envelhecer: Um Estudo sobre História de Vida e Envelhecimento.** Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia. Departamento de Psicologia Clínica – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. 2008 pp. 105.

LOPEZ, Alan. **Global Burden of Disease and Risk Factors.** Wasgington – Estados Unidos: Banco Internacional de Desensolvimento e Banco Mundial, 2006. Disponível em: <<http://www.dcp2.org/pubs/GBD>>. Acesso em: 10 de jan de 2011.

LOURENCO, Roberto A; VERAS, Renato. **Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.4 [cited.2011-05-28], pp. 712-719. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de dez 2010.

LOVISI, Giovanni; et al. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006.** *Rev. Bras. Psiquiatr.*, vol.31, suppl.2, pp. S86-S93, 2009.

MARTIN, Douglas. **Robert Butler, 83, Aging Expert, Dies; Inspired New Approaches for Elderly.** *The New York Times*, Nova Iorque, 7 de jul. de 2010. Disponível em <<http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9E00E2D61530F934A35754C0A9669D8B63>>. Acesso em: 12 de mar de 2011.

MCGILLION, Michael; WATT-WATSON, Judy, et al. **Randomized Controlled Trial of a Psychoeducation Program for the Self-Management of Chronic Cardiac Pain.** *J Pain Symptom Manage* 2008;36:126e140.

MILLER, Lisa; WICKRAMARATNE, Priya; GOMEROFF, Marc J. Gameroff; et al. **Religiosity and Major Depression in Adults at High Risk: A Ten-Year Prospective Study.** *The American Journal of Psychiatry*. 2012 January ; 1(169):89-94.

MINAYO, Maria Cecília (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINOZZO, Leandro. **Blog do Dr. Leandro Minozzo.** Disponível em: <<http://www.leandrominozzo.com.br/blog>> Acesso em 15 de Jan de 2012.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. DATASUS - Secretaria Executiva. **Expectativa de Vida a partir dos 60 anos.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/a12tb.htm>>. Acesso em: 10 de dez 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold. **Religiousness and mental health: a review.** *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(3):242-50

MOREIRA, Neir; HOLANDA, Adriano. **Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa.** *Psico-USF*, v. 15, n. 3, p. 345-356, set./dez. 2010

MOUNIER, Emmanuel. **O Personalismo**. Trad. Vinícius Eduardo Alves. São Paulo: Centauro, 2004.

NASCIMENTO, Claudemiro G. **A Práxis Filosófica no Pensamento de Emmanuel Mounier em Tempos de Globalização**. Fragmentos de Cultura, Goiânia, v. 17, n. 1/2, p. 117-136, jan./fev. 2007.

NAYLOR, Elizabeth; ANTONUCCIO, David O.; LITT, Mark; JOHNSON, Gary E. **Bibliotherapy as a Treatment for Depression in Primary Care**. J Clin Psychol Med Settings (2010) 17:258–271.

NERI, Anita. **O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento**. Temas em Psicologia, vol. 14, no 1, 17-34, 2006.

NUKARIYA, Kazutaka. **Psychotherapy and Psycho-education of Depression**. JMAJ 44(5): 230–234, 2001

OLIVEIRA, Lucy Gomes; OLIVEIRA, Rodrigo. **Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência** Rev Saúde Pública 2006;40(4):734-6

OLIVEIRA, Katya; CRUVINEL, Mirian; SANTOS, Acácia. **Atitudes de leitura e desesperança em idosos**. Paidéia, 2007, 17(37), 245-254.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais – Divisão Populacional. **“World Population Prospects: the 2008 revision: highlights. Key findings.”** Nova Iorque: Organização das Nações Unidas, 2009. Disponível em <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008_highlights.pdf> Acesso em: 12 de mar de 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Viena – Áustria, em 1982**. Organização das Nações Unidas: Nova Iorque – Estados Unidos, 1982.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Segunda Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Madri – Espanha, em 2002**. Organização das Nações Unidas: Nova Iorque – Estados Unidos, 2002. Disponível em <http://www.c-fam.org/docLib/20080625_Madrid_Ageing_Conference.pdf>. Acesso em: 10 de mar de 2011.

ORGANIZAÇÃO PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA DAS NAÇÕES UNIDAS (UNESCO). **Recommendation on the development of adult education, adopted by the General Conference at its nineteenth session.** Nairobi, 26 Nov. 1976. Paris: UNESCO, 1976. Disponível em: http://www.unesco.org/education/pdf/NAIROB_E.PDF. Acesso em: 11 nov 2010.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do campo e termos básicos.** In: FREITAS, Elizabete Viana, et al. (org.) Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Koogan, 2006.

PARCEIROS VOLUNTÁRIOS. Disponível em: < <http://www.parceirosvoluntarios.org.br>> Acesso em 2 de Janeiro de 2012.

PELLEGRINELLI, Karina. **Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional de pacientes bipolares.** 2010. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

PILLEMER, Karl; FULLER-ROWELL, Thomas; WELLS, Nancy. **Environmental volunteering and health outcomes over a 20-year period.** Gerontologist. 2010 Oct;50(5):594-602.

POT, Anne; BOHLMMEIJER, Ernst; et al. **The impact of life review on depression in older adults: a randomized controlled trial.** Int Psychogeriatr. Jun;22(4):572-81, 2010.

PRAGER, E. **Meaning in later life: An organizing theme for gerontological curriculum design.** Educational Gerontology, 23, 1-13, 1997.

PRAGER, Edward. **Exploring personal meaning in an age differentiated Australian sample: Another look at the sources of meaning profile (SOMP).** Journal of Aging Studies, 10(2), 117-136, 1996.

RAGAN, Meredith; KANE Catherine. **Meaningful lives: elders in treatment for depression.** Arch Psychiatr Nurs. 2010 Dec;24(6):408-17.

RASKIN, Allen; MGHIR, Rim; PESZKE, Michael; YORK, Donna. **A Psychoeducational Program for Caregivers of the Chronic Mentally Ill Residing in Community Residencies.** Community Mental Health Journal Volume 34, Number 4, 393-402, 1998.

RAZZOUK, Denise; ALVAREZ, Cristiano; MARI, Jair. **O impacto econômico e o custo social da depressão.** In: LACERDA, Acioly et al. *Depressão: do Neurônio ao Funcionamento Social.* Porto Alegre: Artmed, 2009.

REKER, Gary T. **Personal meaning, optimism, and choice:** Existential predictors of depression in community and institutional elderly. *The Gerontologist*, 37(6), 709-716, 1997.

RODRIGUES, Nara; RAUTH, Jussara. **Os desafios do envelhecimento no Brasil.** In: FREITAS, Elizabete Viana, et al. (org.) *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Koogan, 2006.

RODRIGUES, Roberto. **Fundamentos da Logoterapia.** Petrópolis: Vozes, 1991.

ROGERS, Carl. **Tornar-se Pessoa.** São Paulo: Martins Fontes, 1976, p. 346.

SCHAIE, Warner; WILLIS, Sherry. **Psicología de la Edad Adulta y La Vejez.** 5ª. Ed. Madri: Pearson Educación, 2003.

SCHOEVERS, Robert; et al. **Depression and excess mortality: evidence for a dose response relation in community living elderly.** *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Feb;24(2):169-76.

SCOGIN, Forrest, et al. **Comparative efficacy of cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults.** *J Consult Clin Psychol*. 1989 Jun;57(3):403-7.

SILVA, Antonio Itamar. **Envelhecimento: Resiliência e Espiritualidade.** *Diálogos possíveis.* Janeiro/junho 2007. p 191-209.

SOMMERHALDER, Cinara. **Sentido de vida na fase adulta e velhice.** *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2010, vol.23, n.2, 270-277. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-7972>.

SOMMERHALDER, Cinara; GOLDSTEIN, L. **O papel da religiosidade e da espiritualidade na vida adulta e na velhice.** In: FREITAS, Elizabete Viana, et al. (org.) *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Koogan, 2006.

SCHWINGEL, Andiará; NITI, Mathew; TANG, Catherine; NG TZE, Pin. **Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults:** Singapore longitudinal ageing studies. *Age Ageing*. 2009 Sep;38(5):531-7. Epub 2009 May 27.

SHMOTKIN, Dov; BLUMSTEIN, Tzvia; MODAN, Baruch. **Beyond keeping active:** concomitants of being a volunteer in old-old age. *Psychol Aging*. 2003 Sep;18(3):602-7.

STAKE, Robert E. **Investigación con estudio de casos.** Madrid: Morata, 1998.

STELLA, Florindo. **Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física.** Motriz, Rio Claro, Ago/Dez 2002, Vol.8 n.3, pp. 91-98

TANNO, Kozo; SAKATA, Kiyomi; et al. **Associations of ikigai as a positive psychological factor with all-cause mortality and cause-specific mortality among middle-aged and elderly Japanese people:** findings from the Japan Collaborative Cohort Study. *J Psychosom Res*. 2009 Jul;67(1):67-75.

TIMM, Luciana Almeida, ARGIMON, Irani, WENDT, Gustavo. **Envelhecimento, Qualidade de Vida e Locus de Controle.** PERSPECTIVA, Erechim. v.35, n.129, p. 131-141, março/2011.

TOLMAN, Anton. **Depressão em Adultos.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

VAILLANT, George. **Ageing Well: Surprising Guideposts to a Happier Life From the Landmark Harvard Study of Adult Development.** Boston : Little, Brown and Company, 2002, 373 pp.

VAILLANT, George; MUKAMAL, Kenneth. **Successful Aging.** *Am J Psychiatry* 2001; 158:839-847.

VERAS, Renato. **Envelhecimento Populacional Contemporâneo: Demandas, Desafios e Inovações.** *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3): 548-54

VERAS, Renato; COUTINHO, Evandro. **Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil.** *Rev Saúde Públ.* 25(3): 209-17, 1991.

VIANNAL, Lucy Gomes, VIANNA, Cecília, BEZERRA, Armando José, 2010. **Relação médico-paciente idoso:** desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Educação Médica* 34 (1): 150-159, 2010

VIKTOR FRANKL INSTITUT. Website Oficial do Instituto Viktor Frankl de Viena. **Life and Work**. Disponível em <<http://logotherapy.univie.ac.at/e/lifeandwork.html>>. Acessado em: 08 de dez de 2010.

WESTERHOF, Gerben; BOHLMMEIJER, Ernst; et al. **Improvement in personal meaning mediates the effects of a life review intervention on depressive symptoms in a randomized controlled trial**. *Gerontologist*. 2010 Aug;50(4):541-9.

WHELAN, Paul; et al. **'Do you feel that your life is empty?'** The clinical utility of a one-off question for detecting depression in elderly care home residents. *Age Ageing*. 2008 Jul;37(4):475-8. Epub 2008 Mar 17.

WONG, Paul (1998a). **Meaning-centered counseling**. In P. T. P. Wong & P. Fry (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 395-435). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

WONG, Paul. **Meaning-Centred Counselling**. In: WONG, Paul; FRY, s. *Theories of psychopathology and personality*. 1^a ed., p. 395-435. Disponível em: http://www.drpaulwong.com/index.php?option=com_content&view=article&id=121:meaning-centred-counselling&catid=49:meaning-therapy&Itemid=121 Acesso em 05 de out de 2010.

YESAVAGE, Jerome; BRINK, TL; ROSE Terence; et al. **Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report**. *J Psychiatr Res*. 1983;17:37-42.

YIN, Robert. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A - Questionário

QUESTIONÁRIO

- 1) O que faz o (a) senhor (a) se sentir útil?

- 2) A vida, às vezes, nos impõe circunstâncias adversas, nos obrigando a tomar posições perante elas. De qual forma o(a) senhor(a) encarou a depressão?

- 3) Em sua opinião, fora o tratamento médico\psicológico, o que o(a) ajudou a superar a doença depressão?

- 4) Alguns pesquisadores acreditam que, para o idoso, olhar para o passado pode ser útil em momentos de dificuldades, como o de estar com depressão. O que o(a) senhor(a) acha disso?

- 5) Na sua opinião, em quais lugares uma pessoa idosa com depressão pode buscar conhecimentos que a ajudem a superar a doença?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estimado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia as informações abaixo com calma. Caso não concorde em participar, ou mesmo desiste de participar ao longo da pesquisa, isso não lhe causará quaisquer prejuízo. Se o senhor(a) concordar em participar, basta preencher seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida, basta entrar em contato com o pesquisador responsável. Obrigado pela atenção.

Pesquisa: “PRÁTICAS PSICOEDUCATIVAS PROMOTORAS DE SENTIDO DA VIDA VOLTADAS A PESSOAS IDOSAS COM DEPRESSÃO.”

Pesquisador Responsável: Edson Leandro Minozzo

Orientador: Prof. Dr. Balbuíno Antonio Andreola

Mestrado em Educação do Centro Universitário UNILASALLE, de Canoas – RS.

1. Justificativa e objetivos da pesquisa

É grande o número de idosos com depressão. No entanto, há uma grande dificuldade no diagnóstico da doença nessa faixa etária e no acesso dos idosos ao tratamento. A depressão na terceira idade é um problema social porque incapacita o idoso, prejudicando sua funcionalidade, piorando a situação em outras doenças e ocasionando, em casos graves, até mesmo o suicídio. Por prejudicar a funcionalidade e qualidade de vida da pessoa acometida, trata-se de uma doença do idoso e também de toda sua família. Além disso, é grande a relação entre depressão e instalação de quadros demenciais – como a doença de Alzheimer –, que acabam evoluindo para um grau elevado de dependência do idoso, uma perda na qualidade de vida e um ônus familiar e social significativos.

Dentro da questão do tratamento, também cabe ressaltar que, mesmo com a evolução farmacológica (medicamentos modernos), a depressão na terceira idade ainda apresenta taxas

baixas de sucesso terapêutico, sendo grande o número de idosos que recaem ou permanecem em remissão parcial dos sintomas, ou seja, não obtêm melhora significativa.

Além do tratamento medicamentoso, existem diversas formas de terapias baseadas na relação médico ou psicólogo com o paciente – as chamadas psicoterapias. Entre as psicoterapias, uma que me desperta particular apressado pela sua aplicabilidade na terceira idade é a terapia do sentido da vida, criada pelo psiquiatra Viktor Frankl.

Diversas pesquisas apontam para a importância de práticas educativas em pacientes acometidos por determinadas doenças, entre elas o transtorno depressivo. Porém, é preciso entender a perspectiva, os pontos de vista, dos idosos acometidos pela doença para que se possa elaborar práticas educativas que realmente os auxiliem a superar as dificuldades que a depressão acarreta.

Dessa forma, o objetivo geral desta pesquisa é investigar como se dão os espaços para práticas psicoeducativas promotoras de sentido da vida voltadas para idosos deprimidos atendidos em consultório médico privado na cidade de Novo Hamburgo – RS.

2. Descrição dos procedimentos a serem realizados com os sujeitos da pesquisa:

A pesquisa será feita através da aplicação de questionário a idosos com diagnóstico atual ou passado de transtorno depressivo atendidos em consultório privado em Novo Hamburgo - RS. O pesquisador, previamente, terá feito análise dos prontuários dos participantes para verificar se os mesmos encontram-se dentro das características clínicas exigidas para a pesquisa. Os participantes da pesquisa preencherão os questionários em casa, sem a presença do pesquisador. Os questionários serão entregues no domicílio dos participantes em conjunto com o termo de consentimento livre e esclarecido, por despacha, pelo próprio pesquisador, após contato telefônico feito por ele. Nesse contato, será avisado apenas sobre a entrega de envelope com material de pesquisa que está sendo realizada pelo médico assistente. Aos participantes será dado o prazo de 10 dias para preenchimento do questionário e termo de consentimento livre e esclarecido. Caso desejem participar da pesquisa, os mesmos serão orientados a avisar a secretária do consultório, que encaminhará o despachante para realizar a busca do envelope com os documentos preenchidos.

O pesquisador responsável, Edson Leandro Minozzo, ficará à disposição para esclarecimentos sobre quaisquer aspectos da pesquisa antes e durante seu desenvolvimento, através dos contatos disponíveis na última página deste termo.

As informações obtidas nesta pesquisa servirão como base para a discussão de meios para se elaborar atividades educativas para idosos com depressão, na dissertação de mestrado em Educação que será realizada pelo pesquisador.

As pessoas que receberem o envelope com o termo de consentimento livre e esclarecido e o questionário têm total liberdade para escolher participar ou não da pesquisa, assim como se retirar da mesma a qualquer momento que considere necessário, sem a necessidade de comunicar-se com o pesquisador.

A participação ou não na pesquisa não acarretará nenhuma interferência no tratamento médico do participante.

Será respeitado sigilo aos participantes, desde o contato telefônico para avisar do envio do material quanto das respostas dadas no questionário. Os questionários são anônimos, ou seja, o pesquisador não saberá de quem são as respostas.

Após o término da pesquisa, o pesquisador apresentará os resultados pessoalmente aos participantes.

A participação na pesquisa não acarretará despesas financeiras aos participantes.

O presente termo de consentimento livre e esclarecido foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do UNILASALLE, Canoas – RS, tendo sido aprovado. O presente documento será emitido em duas vias: uma delas a ser retirada pelo participante e outro pelo pesquisador.

Formas de contato com o pesquisador responsável:

Pesquisador: Edson Leandro Minozzo

Endereço: Avenida Nações Unidas, 2390, sala 204. Bairro Rio Branco, Novo Hamburgo – RS. Telefone: (51) 3581-2598. E-mail: leandrominozzo@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: ____/____/____

Eu, _____, residente e domiciliado _____, portador da Carteira de Identidade, RG _____, nascido em ____/____/____, concordo de livre e espontânea vontade em participar da pesquisa: “PRÁTICAS PSICOEDUCATIVAS PROMOTORAS DE SENTIDO DA VIDA VOLTADAS A PESSOAS IDOSAS COM DEPRESSÃO.”

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

APÊNDICE C - Respostas Transcritas dos Participantes

PERGUNTA 1 - O que faz o (a) senhor (a) se sentir útil?

PARTICIPANTE A) *Quando eu vejo uma pessoa em estado de pobreza e doenças, eu procuro consolá-la e ajudar, dentro do possível.*

PARTICIPANTE B) *Durante 25 anos, fui professora primária, profissão na qual me realizava, tendo a convicção de missão bem cumprida. Fiz trabalhos voluntários em Lar de Meninas. Meu marido e eu coordenávamos e fomos palestrantes de Encontro de Noivos, preparatório para o casamento, por 23 anos dentro da Igreja Católica, também atuando em diversos movimentos.*

Como aposentada com 71 anos, sinto-me útil como administradora do meu lar, fazendo os trabalhos domésticos. Tenho um jardim que eu gosto muito e cuido dele, o que é um prazer e um relax para mim. Tenho um neto de 10 anos e uma neta de 9 meses que vem regularmente a minha casa e ficam algumas horas comigo. Me sinto realizada e útil no que faço. Tenho marido que também precisava da ajuda e companhia. Gosto muito e me sinto bem ajudando os outros. (às vezes até me esqueço de um pouco de mim) os outros me dizem isto.

PARTICIPANTE C) *Trabalhar, cuidar da família. Quando possível ajudar outras pessoas.*

PARTICIPANTE D) *A vida, os familiares, os amigos, o companheiro, a profissão, enfim, tudo o que me cerca. De modo diferenciado, sou útil a cada grupo e todos me são igualmente valiosos. Via de mão dupla!*

A vida: infância e adolescência difíceis. Pai adoentado, mãe demente. Comunidade italiana, religião católica, educação rígida. Interna em colégio de “irmãs” até os 19 anos. Neste período, pensava: serei uma alma livre. A demência não fará parte da minha genética.

Os familiares: aos próximos mais próximos sou-lhes útil (materialmente) até o presente momento. Espiritualmente não temos as mesmas ideias, nem as mesmas XXX. Somos totalmente diferentes “Um bando de aves de várias espécies num mesmo ninho”. Aqui está a reeducação que a vida me impôs.

A profissão: dediquei-me a alfabetização de crianças com alguma dificuldade cognitiva. Senti-me extremamente útil por mais de 25 anos. Com elas comecei a pensar no sentido da vida.

Amigos: sou útil a todos, quando busco grupo de apoio, dentro e fora da medicina convencional, para obter novos conhecimentos, nova compreensão, dando novo sentido à vida.

O companheiro: foram sonhos, depois realidade! Pensava não ter que trabalhar para a realidade se tornar sonho. Ledo engano! É trabalho para o resto da existência. Após 30 anos resolvidas as diferenças e aparadas as arestas o companheiro parte para sempre. Sobrevém a solidão a ser removida. A vida continua! Com medicação ou sem medicação? Eis a questão! Aqui, você entra doutor!

PARTICIPANTE E) Fui voluntária por quase 30 anos em uma assistência social. Acho isto uma das coisas da vida que me deu muito experiência. Fazer o bem, sem olhar a quem, é uma troca muito gratificante. Nós procuramos ajudar e recebemos de volta uma alegria muito grande em nossos corações. Sinto-me útil também quando estendo a mão para alguém seja da minha família ou não. Um sorriso é tão fácil dar a alguém, não custa nada e alegra quem o recebe e nós também.

PARTICIPANTE F) Atualmente, por motivos de saúde e de idade avançada, não me sinto tão útil como desejaria ser. Desde a infância procurei ser útil e na idade adulta na posição de filha, de amiga, parente, vizinha, namorada, esposa e mãe de quatro filhos e de uma menina adotiva de três anos foram aprendizados muito produtivos.

Na minha profissão de professora primária tive inúmeras e difíceis situações com meus alunos de diversas idades. Casos em que minha doação foi total e presente na procura de ajuda e solução, tanto na escola como com suas famílias. Sempre tentei ser útil na minha família de nascimento, como a formada com meu casamento, dando sempre o melhor de mim.

PARTICIPANTE G) Fazer o que eu gosto, o que me faz feliz, o que faz com que me sinta um ser humano útil para a sociedade, ou parte dela. O trabalho voluntário faz parte disso.

PARTICIPANTE H) Trabalho – considero o trabalho a minha principal satisfação na vida. Família – viver em harmonia com a família. Ter um projeto – sempre procurei ter um projeto a concluir. Durante 12 meses que levou para construir minha casa, fui muito feliz. Jardim –

trabalhar no jardim e cultivar minhas plantas. Pintura – manter a casa pintada sempre que possível. Ajudar outras pessoas. Voluntariado nas casas de pessoas com adiantada idade, onde os filhos já não mais comparecem.

PERGUNTA 2 - A vida às vezes nos impõe circunstâncias adversas, nos obrigando a tomar posições perante elas. De qual forma o(a) senhor(a) encarou a depressão?

PARTICIPANTE A) Eu procuro refletir sobre a adversidade. Respiro profundamente que é um sistema que faço para relaxar-me e obter energias para tocar a minha vida para frente.

PARTICIPANTE B) A depressão é pior que ter dor. Luto para não me entregar à depressão. Faço uso de um medicamento não muito forte. A melhora maneira de espantar a depressão é sempre estar ocupada, fazendo tudo com amor (às vezes não é fácil) e ter em mente que não se faz só o que se gosta, mas o que é necessário. Também a leitura me ajudou muito.

PARTICIPANTE C) Foi difícil, encarei com ajuda da família e dos amigos da igreja.

PARTICIPANTE D) A princípio não acreditei ser pessoa depressiva, rejeitei tomar a medicação. Pesquisando sobre depressão, constatei ter vários dos seus sintomas sendo a falta de sono, a irritabilidade, a ansiedade os principais. Compreendido, então que nem tudo poderia resolver, tomei medicação adequada, também promovi mudanças necessárias a minha personalidade, remexi no meu ego. A depressão foi um problema a mais a ser resolvido.

PARTICIPANTE E) Minha depressão foi uma coisa muito ruim que aconteceu em minha vida. Amo viver, sou uma pessoa otimista, mas quando surgiu esta doença me sentia um lixo, sem vontade para nada a não ser chorar. Sou uma pessoa de muita fé, creio num Deus todo poderoso e foi desta maneira que me entreguei e pedi uma luz. Além da espiritualidade, busquei ajuda com um profissional que me acolheu com muito carinho, paciência, capaz de ouvir com interesse minhas razões por estar ali. Não sei se posso citar nomes.

PARTICIPANTE F) A vida às vezes nos impõe circunstâncias adversas e fui obrigada a tomar posições perante elas. Numa longa vida de noventa anos fui com coragem

determinação e trabalho e luta vencer as dificuldades. A esperança da vitória é alavanca poderosa e fundamental. Encarar de frente os desafios é difícil, mas não há outra saída.

PARTICIPANTE G) Não sabia que estava vivenciando um quadro depressivo. Me percebia uma pessoa que vivia me autorepreendendo, com sentimentos de culpa, sempre ocupada em voltar às boas (fazer as pazes) com tudo. A insatisfação me invadia e eu não entendia que ela é a linguagem do invisível, dizendo que algo deve ser modificado, transformado, para não ser estagnado. Precisei de um tempo para a compreensão desse processo. Entendi a crise como uma oportunidade de crescimento, oportunidade de me ver e ver a vida de um modo diferente.

Penso que não devemos alimentar a depressão. Não dar corda a ela. Procurar sair o mais rapidamente deste estado para que não se torne algo crônico.

PARTICIPANTE H) Aquilo que não se pode mudar: aceitar. Aceitar as pessoas como elas são. Carl Rogers disse: “Posso mudar o mundo, mudando-me – não posso mudar os outros”. Lendo sempre livros de profissionais da área médica, pela televisão, pelos jornais, que a depressão nos idosos é normal. Procurar seu médico para o devido tratamento. O grande mestre da Yoga Prof. Hermógenes escreve em seu livro Yoga para Velhos: “Deus me livre de ser normal.”

PERGUNTA 3 - Em sua opinião, fora o tratamento médico\psicológico, o que o(a) ajudou a superar a doença depressão?

PARTICIPANTE A) Em contato com meu médico e com umas palavras, com muita psicologia. Isso sim, acredite, é a melhor saída para alcançar e a tomar as atitudes e pensamentos de ordem positiva, esse é no meu entender o caminho certo. Essa é a minha opinião.

PARTICIPANTE B) Um ponto importante para superar a depressão é ocupar-se e sentir-se útil, amar, ser amada, se valorizar, se realizar, às vezes em pequenas coisas, nas coisas simples. Para mim as relações entre as pessoas é de muita ajuda, pois estas relações vem se tornando cada vez mais superficiais e descartáveis.

PARTICIPANTE C) Tive a ajuda de outras pessoas com o mesmo problema e com medicamentos.

PARTICIPANTE D) A ocupação (trabalho) com os seguintes requisitos: prazeroso, não cansativo, não obrigatório, novo, quando em grupo que promova a participação, formado por pessoas com afinidades comuns e a conscienciologia.

O que é conscienciologia?

“é uma ciência em que você mesmo se pesquisa através de um enfoque abrangente, máximo, de todos os seus instrumentos de manifestação: pensamentos, sentimentos, energia, vai além das investigações convencionais.”

O filho casula com que tenho afinidade.

O filho mais velho que cuida dos meus interesses materiais.

A única filha com quem deixei de implicar, mora comigo, porque quer.

Todos me ajudaram, inclusive os grupos de estudo e lazer.

PARTICIPANTE E) Fé e trabalho. Procuro ocupar-me. Faço trabalhos de bordados para presentear e para vender. Faço também docinhos, que da mesma forma que os bordados, presenteio e vendo. Quem compra gosta e isto me dá muito prazer. O trabalho ocupa-me a mente e o coração. Há um ditado que diz: cabeça vazia oficina do diabo. Concordo com isto.

Como é bom ter saúde e trabalhar.

PARTICIPANTE F) Na minha opinião, fora o tratamento psicológico, o que me ajudou e ajuda a superar a doença depressão foram diversas mudanças de atitude e comportamentos, tais como: melhorar da auto-estima, voltar a conviver e comunicar com os amigos, ex-colegas, vizinhos, cuidar da minha aparência física e de minha casa, como sempre fizera.

Meu desinteresse por muitas coisas foi visto logo por meus familiares que foram presentes, sinceros, francos e amorosos comigo e continuam sempre me dando força para evitar recaídas. Na minha vida, a depressão se manifestou em várias fases, na menopausa, na mudança do ensino em 1972, na aposentadoria aos 70 anos, ao contratar uma pessoa para tomar conta da casa e nos acompanhar.

PARTICIPANTE G) O autoconhecimento. Não adianta buscar fora o que é competência de dentro. Percebo, que, quando aceito o que sou, quando dou importância ao que sinto, quando observo os meus processos mentais, quando minha atenção está voltada ao que meu coração

sente, estou valorizando a mim mesma e aí descubro que a fonte sou eu. Percebo, que se algum fato veio na minha vida é porque tem a ver comigo, que havia uma situação ali e que eu atraio aquilo para mim, que é responsabilidade minha. Portanto, é melhor eu deixar a situação ir embora e ficar só com a lição que ela me trouxe.

PARTICIPANTE H) Não se punir, aceitar e viver o aqui e agora. Procurar viver bem consigo mesmo – aceitar os erros e acertos. Praticar esporte, principalmente a natação. Nadei 30 anos verão e inverno. Quando a depressão surge, falar com Deus, com palavras que vem do fundo da alma. Sempre que ela vem ler a Bíblia, como fazia Lincoln. Dizia Lincoln: “leia este livro pelo que sua razão possa aceitar e aceite o resto pela fé, você vivera e morrerá um homem melhor.” Manter guardada a parte do pensamento admitindo somente aquelas conclusões que deseja concretizar no corpo e mente. Leitura – lendo sempre, ouvindo rádio, principalmente esporte. Tomando conhecimento pelos jornais de tudo que passa no mundo. visitar amigos, cozinhando, ajudando a mulher nos afazeres da casa. Ter o meu cachorro como amigo, falar com ele, dar banho nele, eliminar pulgas. Tomar os medicamentos receitados pelo médico. Formigas – procurar o viveiro e eliminar todas.

PERGUNTA 4 - Alguns pesquisadores acreditam que, para o idoso, olhar para o passado pode ser útil em momentos de dificuldades, como o de estar com depressão. O que o(a) senhor(a) acha disso?

PARTICIPANTE A) Eu tenho em mente de que o passado nós devemos procurar tirar proveito somente das boas coisas, do passado, jogando de lado aquilo que não devemos recordar e que as boas coisas podemos tirar alguns proveitos, outras devem realmente ficar eternamente esquecidas.

PARTICIPANTE B) As coisas desagradáveis do passado devem ser esquecidas (já eram), isto é claro devem ser exercitadas. Coisas difíceis de esquecer como, por exemplo, as perdas, para isto temos ajuda da espiritualidade, grupos de oração, onde se trabalham as perdas. Também as magoas, os rancores, as desavenças, os ódios deve ser trabalhados para nos sentirmos em paz.

PARTICIPANTE C) Acho que pode ser bom, desde que o passado não me deixe ainda mais depressiva.

PARTICIPANTE D) Como pesquisa acho interessante. No meu caso, ajudou-me a compreender o ambiente, os tipos humanos e seus valores, enfim, o meio sócio-econômico, cultural do lugar onde nasci e fui criada. Hoje, vejo resquícios deles em mim.

PARTICIPANTE E) Na minha modesta opinião, não concordo com isso. Para mim o passado está longe e não volta mais. Dizem que recordar é viver, mas não podemos esquecer que estamos vivendo o aqui e agora. Geralmente quem se liga muito ao passado está depressivo, vai lembrar só as coisas ruins que aconteceram. Portanto olhos no horizonte e seguir em frente com muita, muita fé. A fé remove montanhas, é nisso que eu creio e que consegui superar minha depressão.

PARTICIPANTE F) Quanto a essa opinião, para mim, olhar para o passado foi, no início, muito doloroso, diante das mudanças gerais da minha vida, cheia de alegrias e realizações, passeios, viagens para uma vida de perdas e emoções e sentimentos. A diminuição da capacidade física e mental foi horrível. Senti-me à margem da vida. O fato mais marcante foi uma forte isquemia cerebral sofrida por meu marido. Desequilibrei-me física e emocionalmente. Hoje olhamos para o passado e, juntos, sentimos a alegria em nossas recordações.

PARTICIPANTE G) Penso, que todos os episódios que vivemos na vida, inclusive os piores e os mais duros de se suportar, são sempre extraordinários e maravilhosas fontes de crescimento. Quando tememos algo, nos recusamos a enfrentar desafios, a partir para nova direção, a sair do lugar comum, da mesmice de sempre. Acredito que devemos encarar para valer as situações que a vida propõe.

PARTICIPANTE H) Com 84 anos, tendo tido dois acidentes de carro, passando dificuldades para viver, estudar, trabalhar, vejo que tudo que aconteceu serviu para meu crescimento. Dessa forma, quando vem a depressão sigo aquele conselho: passo as mãos no rosto e digo “isto passa, isto passa...”. Lembrando sempre que meus pais passaram para criar 11 filhos e ter por eles GRATIDÃO. Autoconhecimento: onde errei? Onde acertei? O que devo manter em vigilante todo tempo: “Mente vazia oficina do diabo”. Conheci um padre com 100 anos e dele ouvi: “Pouca mesa, pouca cama e muita sola de sapato.”

PERGUNTA 5 - Na sua opinião, em quais lugares uma pessoa idosa com depressão pode buscar conhecimentos que a ajudem a superar a doença?

PARTICIPANTE A) Eu de minha parte, recomendaria sempre que possível dentro das suas possibilidades, programar alguma viagem. Ver outras regiões, outros costumes, outras pessoas, isso nos traz alegrias e distrações e também distrai e nos dá alguns conhecimentos a mais.

PARTICIPANTE B) Leituras, orações, lazer, esporte, amizades, convívio familiar agradável. Passeios, palavras cruzadas (faço muito), reuniões, trabalhos manuais. Um animal de estimação também é uma ótima terapia. Tem também grupos de idosos que ajudam muito. quando se precisa de um psicólogo, também devemos procurá-lo.

PARTICIPANTE C) Num bom livro, via internet e sempre que possível estar com pessoas agradáveis e que me façam bem que me bote para cima. Pessoas alegres.

PARTICIPANTE D) Na minha opinião, este aconselhamento deve partir do médico, por isso seu entendimento deveria ir além da medicina física-psíquica. É ele que conhece, mais do que ninguém, aquele que lhe pede ajuda. Cada indivíduo tem um grau de consciência, um grau de desenvolvimento mental. O que serve para um, não servirá automaticamente para outro. Li em algum livro:

“Após os 40 anos, um indivíduo deveria voltar a uma faculdade que lhe desse formação, para enfrentar o novo futuro que se aproxima.”

PARTICIPANTE E) Dentro de si. Buscando ajuda em algum lugar para se ocupar, seja fazendo alguma atividade física, freqüentando ou ajudando algum clube de idosos, lendo, enfim, par tudo tem solução, o problema maior é querer. Pode-se também participar de programa de auto-ajuda. Falo cadeira isto, pois estou num programa desses ha 17 anos, não pela depressão, por um problema de adição num familiar. E tenho só a agradecer ter encontrado aquelas salas.

Pode-se também pedir orientação para seu médico, que com certeza indicará algum. Família é muito importante, porque se vivemos bem e em paz dentro do nosso lar, se torna mais fácil a recuperação. Nada na vida é fácil, mas se nos detivermos nas dádivas positivas, veremos

que são ilimitadas tanto física, emocional e espiritual. Só a vivência nos traz tal conhecimento.

PARTICIPANTE F) Os lugares que procurei para buscar conhecimentos que ajudaram a superar a doença foram muitos. Na cidade caminhadadas pelas ruas e encontro com amigos nas praças para observar a beleza e pensar na Natureza que nos ensina a ver o quanto é bela e a temos sempre que desejarmos. Lugares onde palestras, reuniões, grupos de convivência sempre nos dão conhecimentos, trazidos por pessoas capacitadas, em suas apresentações.

No cinema e televisão, assistir filmes e programas que me esclareçam dúvidas, tragam informações sobre casos sobre o assunto que me interessa. Nos centro de fisioterapia encontramos ajuda para o corpo, dando nova energia. Nos clubes e passeios da terceira idade encontrei um encantamento inesperado ao observar as pessoas que fazem parte, na suas danças tão vem apresentadas. É sem dúvida no clube que frequento e que sinto, com meu marido, a melhor alegria de viver.

PARTICIPANTE G) Para superar a depressão é preciso vencer os preconceitos, reconhecer-se como alguém que precisa de ajuda, ter claro que, nessa hora, isolar-se, negar, fugir, são as piores escolhas. O caminho da recuperação, da superação passa por buscar e aceitar apoio efetivo, afetivo, terapêutico, refazer e reconstruir os laços com a vida. Confiar no conhecimento humano, nas amizades, nos afetos, nas possibilidades de um tratamento terapêutico, buscar ajuda, apoio, reintegração. Para mim este é o caminho para superar a depressão.

PARTICIPANTE H) Nos abrigos de velhos carentes cujos filhos os abandonaram. Quando ajudamos os necessitados, com afeito, carinho e amor, recebemos o dobro daquilo que doamos. Nos médicos com formação em Geriatria. Telefonando para o CVV – Centro de Valorização da Vida, onde fui o voluntário de número 4 dentro dos colaboradores aqui em Novo Hamburgo. Nas palestras que aparecem os outros religiosos.

APÊNDICE D - Material de Apoio Entregue nas Consultas e Disponibilizado na Internet

a) Depressão e Terceira Idade

A depressão, e seus variados níveis, acomete o ser humano em quase todas as fases da vida, principalmente na terceira idade. Muitas pessoas, inclusive profissionais da saúde, atribuíam, e ainda atribuem, a depressão ao envelhecimento normal. Ser triste seria, então, parte da velhice normal, principalmente quando há viuvez. No entanto, sabe-se que isso é completamente errado e que a tristeza constante e a depressão estão longe de fazer parte do envelhecimento normal e saudável! É importante falarmos de depressão justamente por isso, para que se acabe com qualquer dúvida e que ela seja considerada como normal.

Os estudos sobre a quantidade de idosos com depressão variam em seus resultados, mas se acredita que entre 10-30% dos idosos tenha a doença. O que é bastante: 1 em 3 idosos apresenta depressão.

Mas o que é depressão? É uma doença caracterizada pelo predomínio do humor entristecido e perda de vontade de fazer as coisas, em que a pessoa acaba tendo seu dia-a-dia, sua funcionalidade, prejudicada. Tristezas fazem sim parte da vida, e nem toda tristeza significa depressão. A doença acontece quando essa “fase” perdura e quando a pessoa passa a ter suas capacidades prejudicadas (trabalho, relações pessoais).

Também chamada de “doença do século”, a depressão desperta tanto interesse das pessoas por ser uma das doenças que mais transtornos nos traz. Quem tem depressão acaba tendo uma piora em outras doenças que têm, como insuficiência cardíaca, por exemplo. O deprimido procura muito mais os serviços de saúde, como as emergências. Há um descuido com a aparência e nos demais cuidados, inclusive na hora de tomar as medicações. Fora isso, há também um risco muito maior de suicídio, o que é ainda mais presente em idosos.

São diversas as causas de depressão. Muitos cientistas tentam propor modelos que explicam a instalação da doença, como a falta de substâncias no cérebro ou a falta de sentido na vida. Aqui, mencionamos alguns fatores de risco que acentuam as chances de aparecimento da doença:

- **Eventos de vida negativos**
- **Doença física**

- **Perda do(a) companheiro(a)**
- **Suporte social inadequado**
- **Isolamento social**
- **Baixa renda**
- **Uso indevido de medicações**
- **Baixo nível de escolaridade**

São sintomas (manifestações) da depressão em idosos:

- **Energia e concentração reduzidas**
- **Problemas de sono, de apetite**
- **Hipocondria e somatização(achar que está doente, mesmo não estando)**
- **Baixa auto-estima**
- **Sentimento de inutilidade**
- **Ideação paranóide (de perseguição) e suicida**
- **Prejuízo cognitivo (dificuldade de concentração e redução da memória)**

O diagnóstico de depressão nos idosos é feito pelo médico ou psicólogo. Na avaliação, o idoso é visto como um todo, seu histórico psicológico é levantado e o idoso pode expressar suas dificuldades.

Como instrumento de rastreio, utiliza-se um teste chamado Escala de Depressão Geriátrica. Esse teste pode ser realizado pelo próprio paciente. (ver em página x)

O tratamento para depressão é baseado em psicoterapia, com médicos ou psicólogos. Muitas vezes, é necessário o uso de medicações, os chamados antidepressivos por determinado período. Ao contrário do que muitos pensam, essa classe de medicamentos não vicia. No entanto, a escolha da medicação adequada deve ser feita por médico com bons conhecimentos em geriatria.

Prevenção da depressão na terceira idade:

- **Participe de atividades sociais (grupos, igrejas, esportes);**
- **Corra atrás de objetivos que sempre pensou em alcançar (aprender idiomas, informática, viajar);**
- **Faça atividade física regularmente;**
- **Coma peixe pelo menos 2 vezes por semana;**

- **Pratique atividades de voluntariado;**
- **Desenvolva sua inteligência emocional e evite acumular e reprimir suas emoções negativas;**
- **Reconheça o papel importante que as pessoas a sua volta têm na sua vida;**
- **Escute suas músicas preferidas;**
- **Disponibilize-se para ajudar seus filhos e netos;**
- **Durma bem;**
- **Veja menos televisão.**

b) Como abordar familiares idosos com depressão?

Olá! Tudo bem? O assunto de hoje é delicado e bastante comum. Com o crescimento do número de idosos na sociedade – a cada ano são 800 mil pessoas entrando nessa faixa etária no Brasil! – aumenta também o número de idosos acometidos pela depressão. Colaboram para esse aumento a viuvez crescente, as perdas, a falta de opções de lazer, o empobrecimento na velhice e as difíceis relações familiares.

Mas como e o que falar com um pai, mãe ou esposo deprimido? Será que ao invés de incentivá-lo, de ajudá-lo, eu não possa estar tornando as coisas ainda piores? Por essas dúvidas frequentes e pelas situações vivenciadas no consultório, trago hoje esse tema para reflexão.

Falando dessas vivências no dia-a-dia do consultório, o que mais presencio são familiares extremamente incomodados com o estado depressivo do seu parente (o que é normal) e que muitas vezes, ao tentar ajudar, usam frases que despejam culpa no doente, ou mesmo, falam de uma vontade em estar doente: “ele não se ajuda”, “ela sempre faz isso para chamar atenção”. A expressão facial dos idosos deprimidos nesses momentos acaba ficando pior, quando não dão lugar às lágrimas.

Antes de tudo, é interessante que os familiares busquem informações sobre a doença. Entendendo as causas, os sintomas e as formas de tratamento, os familiares poderão ajudar muito, sendo, inclusive, extremamente necessários no processo de cura e prevenção de recaídas. Nessa linha de entender o que é a doença, é importante que os familiares entendam o que se passa na cabeça de quem sofre depressão. Diferentemente de uma pessoa sem a doença, o deprimido pensa, processa as informações de um jeito um pouco diferente, numa

lógica bastante pessimista. É o que Aaron Beck chama de Tríade Cognitiva da depressão, que é o conjunto de crenças negativas que permeiam as ideias do doente:

Sobre si mesmo: autocrítica exagerada, sentimentos de desvalorização, ou seja, uma visão muito ruim sobre a própria pessoa;

Sobre o mundo a sua volta: o pessimismo toma conta em relação a tudo que é tentativa, plano, futuro. Ele tem a certeza de que as coisas não darão certo;

Sobre o futuro: encara como um lugar sombrio devido à antecipação de frustrações, catástrofes e dor.

Além disso há na pessoa com depressão erros de julgamento ou pensamento, onde as mensagens que chegam até ela são interpretadas erroneamente, com exagero e fatalismo.

Por isso a delicadeza do assunto escolhido. Ao, na melhor das intenções, tentarmos motivar um idoso, poderemos facilmente estar passando uma mensagem que em seu pensamento será interpretada como algo que contribua para piorar seu estado geral. Veja um exemplo: “Mãe, a senhora precisa se ajudar” poderá ser entendida como “Sou um transtorno para minha filha. Eu só atrapalho.” E por aí vai.

É natural e esperado que nos angustiemos ao ver uma pessoa querida por nós em estado de sofrimento mental, assim como o é que tentemos fazer algo. Só que prestar atenção para detalhes como os mencionados acima poderá fazer toda a diferença. Converse com o médico ou psicólogo. Veja como ajudar.

Um bom começo de ano para todos nós!

Abraços, Leandro Minozzo

Fonte consultada: Tolman, A. Depressão em Adultos, 2009.

c) Tristeza não é coisa de idoso

Muita gente acha que tristeza é coisa de idoso. Que é normal ficarmos mais quietos e menos radiantes ao envelhecermos. Porém, eu e você sabemos que isso não é verdade! Justamente querendo investigar se a forma como pensamos está mesmo certa, algumas pesquisas realizadas merecem destaque. Elas comprovam nossa opinião e ainda mostram que é justamente nessa fase da vida que as pessoas têm maior capacidade de ser feliz! Uma pesquisa feita na Inglaterra e na Alemanha mostrou que a partir da adolescência até os 40 anos de idade, o nível de felicidade tende a cair. Após os 40 anos a pessoa passa, então, a aumentar seu índice de felicidade, tendo um nível máximo aos 74 anos! Outra pesquisa, dessa vez realizada nos Estados Unidos, com 340 mil pessoas mostrou resultados semelhantes.

Segundo ela, a partir dos 50 anos as pessoas começaram a ter os níveis de felicidade cada vez maiores. Aos 85 anos, elas estão mais satisfeitas consigo do que quando estavam aos 18 anos.

O grande Ayrton Senna, piloto de fórmula-1 ídolo dos brasileiros, parece que já previa o resultado dessas pesquisas ao dizer: “*Eu sou feliz. Serei plenamente feliz, talvez, se chegar com sabedoria aos 60 anos. De qualquer forma, ainda tenho muita vida pela frente.*” É importante trazermos esses dados, pois a forma como encaramos o envelhecimento, reflete em nossa saúde. Em outra pesquisa, que acompanhou pessoas durante 20 anos, demonstrou-se que aquelas que manifestaram uma visão positiva sobre o envelhecimento viveram em média 7,5 anos a mais do que as que alimentavam imagens negativas sobre a velhice.

Faça o teste abaixo e veja se tu tens risco de estar com depressão. **Pense na forma como tem passado as últimas duas semanas e responda:**

- 1) Você está satisfeito com a sua vida? () Sim () Não@
- 2) Você deixou de lado muitos de suas atividades e interesses? () Sim@ () Não
- 3) Você sente que sua vida está vazia? () Sim@ () Não
- 4) Você sente-se aborrecido com frequência? () Sim@ () Não
- 5) Está você de bom humor na maioria das vezes? () Sim () Não@
- 6) Você teme que algo de ruim lhe aconteça? () Sim@ () Não
- 7) Você se sente feliz na maioria das vezes? () Sim () Não@
- 8) Você se sente frequentemente desamparado? () Sim@ () Não
- 9) Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas? () Sim@ () Não
- 10) Você sente que tem mais problemas de memória que antes? () Sim@ () Não
- 11) Você pensa que é maravilhoso estar vivo? () Sim () Não@
- 12) Você se sente inútil? () Sim@ () Não
- 13) Você se sente cheio de energia? () Sim () Não@
- 14) Você sente que sua situação é sem esperança? () Sim@ () Não
- 15) Você pensa de que a maioria das pessoas estão melhores do que você?
() Sim@ () Não

Total de @: _____

Caso o resultado seja igual ou maior do que 5 @'s, há riscos de depressão. Fique atento!

Até a próxima! Abraços!

ANEXO A - Critérios DSM-IV para Episódio Depressivo Maior

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas é:

- (1) humor deprimido ou;
- (2) perda do interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

(3) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros).

(4) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.

Nota: Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados

(5) insônia ou hipersonia quase todos os dias

(6) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento)

(7) fadiga ou perda de energia quase todos os dias

(8) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente)

(9) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros)

(10) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

D. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

ANEXO B - Escala-reduzida de Yesavage para Rastreamento da Depressão em Idosos

1	Você está satisfeito com a sua vida?
2	Você deixou de lado muitos de suas atividades e interesses?
3	Você sente que sua vida está vazia?
4	Você sente-se aborrecido com frequência?
5	Está você de bom humor na maioria das vezes?
6	Você teme que algo de ruim lhe aconteça?
7	Você se sente feliz na maioria das vezes?
8	Você se sente frequentemente desamparado?
9	Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?
10	Você sente que tem mais problemas de memória que antes?
11	Você pensa que é maravilhoso estar vivo?
12	Você se sente inútil?
13	Você se sente cheio de energia?
14	Você sente que sua situação é sem esperança?
15	Você pensa de que a maioria das pessoas estão melhores do que você?
Contagem máxima de GDS = 15	