

Artigo original

O ENFOQUE DA RELIGIOSIDADE ENTRE IDOSOS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS EM INSTITUIÇÃO ASILAR¹

Paulo Emanuel Silva²

Izabel Cristina Lopes da Silva³

Khivia Kiss da Silva Barbosa⁴

RESUMO

O aumento da população idosa tem levado os pesquisadores a se preocuparem com o estudo dessa faixa etária da população, visto que esta tendência tem gerado inúmeras indagações. Pensando na qualidade de vida dos idosos em instituições asilares e na depressão que este internato pode vir ocasionar, pretendeu-se com esse estudo vislumbrar a religiosidade dos idosos, buscando indícios que correlacionassem com a depressão. Este estudo teve como objetivo geral: verificar a relação entre a religiosidade e a depressão em idosos em uma instituição asilar e como objetivos específicos: caracterizar a população do estudo; identificar os idosos com sintomas depressivos em uma instituição asilar, a partir da escala de depressão geriátrica de Sheikh e Yesavage e relacionar a religiosidade com a depressão em idosos a partir do questionário Whoqol domínio VI. A amostra constituiu-se inicialmente por 25 idosas, porém devido às condições psicológicas e fisiológicas de alguma delas, nossa amostra final contou a participação de 14 idosas, no entanto após a aplicação da escala de depressão nossa amostra se reduziu a 09 idosas com sintomas depressivos. Ao se fazer o relacionamento entre as crenças religiosas como forma de vencer a depressão, percebeu-se que quanto maior o grau de comprometimento de sintomas depressivos, mais os idosos passam a ter uma descrença nos fenômenos religiosos.

Palavras-chave: Idosos. Instituições asilares. Depressão. Religiosidade.

INTRODUÇÃO

A velhice e o envelhecimento têm estado em pauta desde a Antiguidade, através de obras literárias e tratados eruditos, como por exemplo a obra *De Senectute*, de Cícero, escrita há cerca de 2000 anos. No entanto, foi somente no século atual que vimos a emergência e a consolidação do estudo sistemático do envelhecimento, através da Gerontologia (GOLDSTEIN, 1999). Neri (1997) destaca que houve uma intensificação nos esforços de pesquisa na área do envelhecimento, ao mesmo tempo em que a sociedade passou a interessar-se cada vez mais por encontrar soluções para os problemas individuais e coletivos emergentes nas áreas de saúde, educação e seguridade social.

No que tange ao Brasil, algumas projeções sugerem que no ano 2025 haverá no país cerca de 34 milhões de habitantes com mais de 60 anos de idade. Esse dado é extremamente significativo, uma vez que em 1991, havia apenas 10 milhões de brasileiros incluídos nesta faixa etária. Vale ressaltar que esse enorme aumento na população de idosos está trazendo desafios importantes para o sistema de saúde, no sentido de especializar os profissionais,

¹ Artigo retirado de monografia defendida e aprovada na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa - Paraíba.

² Enfermeiro. Especialista em Administração dos Serviços de Saúde – UFPB. Mestrando em Ciências das Religiões – UFPB. Professor da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE – João Pessoa-Paraíba. Emails: pauejp@hotmail.com; paulo@facene.com.br.

³ Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa – Paraíba.

⁴ Enfermeira. Mestre em enfermagem em Saúde Pública pela UFPB. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE e professora da UNIPÊ, João Pessoa – Paraíba.

assim como aumentar o seu contingente para atender à demanda crescente dessa população (PROJETO..., 2007).

No entanto, embora a maioria da população idosa seja independente e resida na comunidade, uma minoria precisa contar com o apoio de instituições residenciais de longa permanência, popularmente conhecidas como asilos. Essa minoria é constituída de idosos muito desvalidos, acumulando problemas sociais e médicos. A palavra asilo vem do grego *ásylos* e do latim *asylu*, significando casa de assistência social onde são recolhidas, para sustento ou também para educação, pessoas pobres desamparadas, como: mendigos, crianças abandonadas, órfãos e velhos (GORZONI; PIRES, 2006).

O Decreto 148/96 define como modalidade asilar a instituição que atende em regime de internato, ao idoso, sem vínculo familiar ou sem condições de prover sua própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social (FREIRE JUNIOR, 2006). É importante destacar, de acordo com o que argumenta Born e Boechat (2002), que um asilo deveria ter uma dupla missão: ser um lar e ao mesmo tempo uma casa especializada, como parte de um sistema continuado de cuidados.

Os idosos se sentem sós e excluídos e o início dessa exclusão se dá graças ao abandono de suas famílias. Herédia *et al.* (2004) afirmam que sendo as famílias parte constituinte da sociedade, como consequência os idosos que são por elas abandonados também o são da sociedade, fato que ocorre geralmente aos 65 anos.

De acordo com Oliveira; Gomes; Oliveira (2007) atualmente, a idade avançada é descrita como desprovida de força, incapaz de prazer, solitária e repleta de amargura. No passado, certas sociedades garantiam ao idoso o poder, a honra e o respeito, entretanto, na sociedade moderna, consumista e imediatista, os idosos são encarados como um peso social, sempre recebendo benefício e nada oferecendo em troca. Os valores da juventude predominam como os de beleza, de energia e de ativismo.

Talvez esse "peso social" leve as famílias a colocarem seus idosos em instituições, para diminuir a carga de respon-

sabilidades diárias. Tais fatos podem explicar, em parte, a alta prevalência de de-pressão observada em idosos que as instituições asilares abrigam.

Para Herédia *et al.* (2004) o processo de internação numa instituição de longa permanência pode representar muito mais do que simplesmente mudança de um ambiente físico, o asilo representa para o idoso uma necessidade de se estabelecer relações com um novo ambiente, ajustar-se a um novo lar, bem como pode desencadear sensações de abandono, ansiedade e medo, pela possibilidade de passar os últimos dias de vida em um lugar estranho, em meio a desconhecidos.

Diante do exposto é que surgiu o seguinte questionamento: As crenças religiosas ajudam aos idosos a superarem a depressão? Portanto, para atender às divagações empíricas apontadas, traçamos os seguintes objetivos:

Geral: verificar a relação entre a religiosidade e a depressão em idosos em instituição asilar.

Específicos:

- caracterizar a população do estudo;
- identificar os idosos com sintomas depressivos em uma instituição asilar, a partir da escala de depressão geriátrica de Sheikh e Yesavage;
- relacionar a religiosidade com a depressão em idosos a partir do questionário Whoqol domínio VI.

METODOLOGIA

Este estudo é do tipo exploratório, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, foi realizado na Casa da Divina Misericórdia, localizada no Município de João Pessoa. A referida instituição é mantida através de pessoas que colaboram voluntariamente, girando em torno de 14, entre elas alguns comerciantes do município. Com relação ao quadro de funcionários remunerados, a instituição conta com 12, sendo 4 técnicas de enfermagem, 2 homens de apoio, que realizam serviços diversos, 2 cozinheiras e 2 auxiliares de cozinha e 2 lavadeiras. Vale salientar que os idosos dessa instituição são todos do sexo

feminino. Outro fator que merece menção é que elas recebem apoio religioso através de missa celebrada semanalmente.

A população foi composta por todas as idosas que estavam na instituição, tendo um total de 25 idosas. Já a amostra foi configurada por 14 idosas a partir dos seguintes critérios de seleção: estar em condição de responder ao questionário, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, levando-se em consideração que as participante analfabetas colocassem sua digital no local apropriado, sendo acompanhada da assinatura de uma pessoa responsável.

A amostra com este número de participantes, ou seja, 14 idosas, justifica-se pelo fato de que 11 delas não estavam em condições físicas e ou psicológicas para responder aos instrumentos de coleta de dados.

Para atendermos aos objetivos propostos utilizamos três questionários, sendo um para caracterizar a população do estudo; outro para identificar as idosas com sintomas depressivos, para o qual fizemos uso da escala de depressão geriátrica de Sheikh e Yesavage (LAKHDARI, 2007) versão curta recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) contendo 15 questões, adaptadas às idosas participantes e reduzidas a 14 questões.

Para relacionar as crenças religiosas à depressão utilizamos parte do questionário WHOQOL, que trata-se de um questionário da OMS que mede a qualidade de vida dos indivíduos.

Segundo o grupo WHOQOL (1997), o reconhecimento da multidimensionalidade do construto refletiu-se na estrutura do instrumento de investigação baseada em 6 domínios: I- domínio físico, II- domínio psicológico, III- nível de independência, IV- relações sociais, V- meio-ambiente e VI- espiritualidade/religião/crenças pessoais. Para viabilizar os objetivos utilizamos o domínio VI desse instrumento.

Torna-se necessário frisar que para utilizarmos apenas este domínio do instrumento entramos em contato com o grupo responsável e obtivemos aprovação para usarmos o domínio que condizia com os objetivos traçados.

A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), em dois momentos: no primeiro coletamos o dados referentes à caracterização da amostra e os dados referentes às idosas com sintomas depressivos, no segundo momento aplicamos o questionário com o domínio VI do instrumento de qualidade de vida do grupo WHOQOL, com as idosas identificadas com sintomas depressivos.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram agrupados e analisados de acordo com as recomendações de ambos os instrumentos, que serão explicados a seguir.

Para interpretar as respostas obtidas a partir da escala de depressão geriátrica de Sheikh e Yesave (LAKHDARI, 2007), recomenda-se que se conte 1 ponto para cada resposta negativa ou depressiva, de acordo com o somatório dos pontos deve-se considerar que obtendo-se de 0 a 5 pontos, o exame é considerado normal, de 05 a 10 pontos há indícios de quadro de depressivo leve, e acima de 11 pontos, é provável depressão severa.

No nosso estudo abordamos as idosas que obtiveram pontuação acima de 05 pontos para a segunda parte do nosso estudo, que foi relacionar as crenças religiosas à depressão.

No que se refere à análise do questionário Whoqol, o mesmo recomenda que a pontuação dos escores deverá ser realizada utilizando o programa estatístico SPSS com a sintaxe do whoqol-bref, no entanto, como utilizamos apenas um domínio deste questionário, realizamos estatística simples para obtermos os percentuais das respostas colhidas. Logo após, fizemos um cruzamento dos dados, relacionando as crenças pessoais com as idosas que apresentaram sintomas depressivos.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os pressupostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). Seguimos também os pressupostos da Resolução 311/2007 (COFEN, 2007).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Conhecendo as idosas através de elementos para sua caracterização

Das 25 participantes na etapa inicial,

com relação a faixa etária, a idade variou entre 56 e 102 anos de idade, sendo que 36% (09) das entrevistadas estavam na faixa etária entre 56 e 81 anos de idade; 8% (02) tinham 82 anos; 8% (02) 84 anos; 8% (02) 85 anos; 16% (04) 86 anos; 8% (02) 92 anos e 16% (04) entre 93 e 102 anos de idade.

Esses dados mostram a existência de uma grande variedade na faixa etária das idosas na instituição, existindo tanto "idosas jovens" representada pela faixa etária entre 65 e 85 anos, quanto "idosas muito idosas" que são aquelas que estão com idade acima de 85 anos.

O termo idosos jovens, e idosos muito idosos se deve a OMS, que segundo Soutomaior (2007), elevou a idade para se classificar o idoso de 65 para 75 anos de idade, levando-se em consideração o aumento progressivo da longevidade e da expectativa da vida.

Para Chaimowicz e Greco (2007) deve-se considerar que nos países subdesenvolvidos há fatores determinantes que desencadeiam um envelhecimento funcional mais veloz que o envelhecimento cronológico, a exemplo da qualidade de vida, onde estão incluídos, alimentação, moradia, entre outros.

O gráfico 1, representa a caracterização das idosas que não puderam compor a amostra de nosso estudo. De acordo com o mesmo, podemos destacar que 24% (06) delas são pessoas desorientadas no tempo e no espaço, portanto, sem condições de responder ao questionário, ou seja, são idosas apáticas ou com demência, enquanto 16% (04) têm problemas auditivos e 4% (01) são inconscientes, sendo estas restritas ao

leito, não respondendo a estímulos, quer verbais, quer ao toque. Neste sentido, elas foram excluídas de nossa amostra por não atenderem aos requisitos necessários para o estudo proposto.

A partir desta etapa estão incluídas as idosas que estavam em condições de responder aos questionários. Como configura o gráfico 2, das 14 idosas entrevistadas, observa-se que 72% (10) delas são solteiras, 7% (01) são casadas e 21% (03) são viúvas. De acordo com essa estatística, as idosas, em sua maioria, são solteiras, seguindo, em um menor percentual, as viúvas e por último as casadas.

De acordo com Chaimowicz e Greco (2007), as mulheres tornam-se viúvas mais cedo, apresentam maior dificuldade para casar ou para o recasamento após separação ou viuvez, fato que talvez explique a institucionalização dessas mulheres.

No quesito "grau de instrução", constatou-se que 57,1% (08) das entrevistadas eram analfabetas; 35,7% (05) possuem ensino médio incompleto e 7,2% (01) possuíam ensino superior completo. O percentual que aponta que 7,2% da amostra possuíam ensino superior completo representa uma exceção, já que na maioria das instituições asilares o grupo populacional possuem pouca ou nenhuma escolarização.

Segundo Rejane *et al.* (2007) o analfabetismo no idoso representa uma realidade nos países em desenvolvimento, como, por exemplo, o Brasil, principalmente quando se trata de idosos que viveram sua infância em época em que o ensino não era prioridade, principalmente com relação à

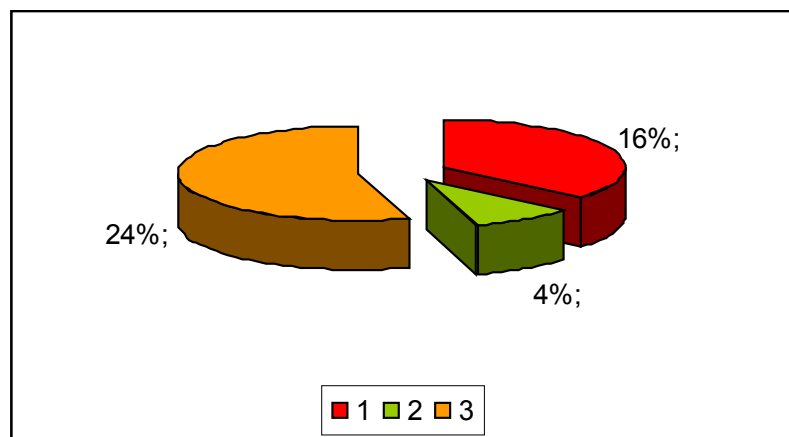


Gráfico 1 – Distribuição das idosas que não participaram do estudo - João Pessoa-PB, 2007.

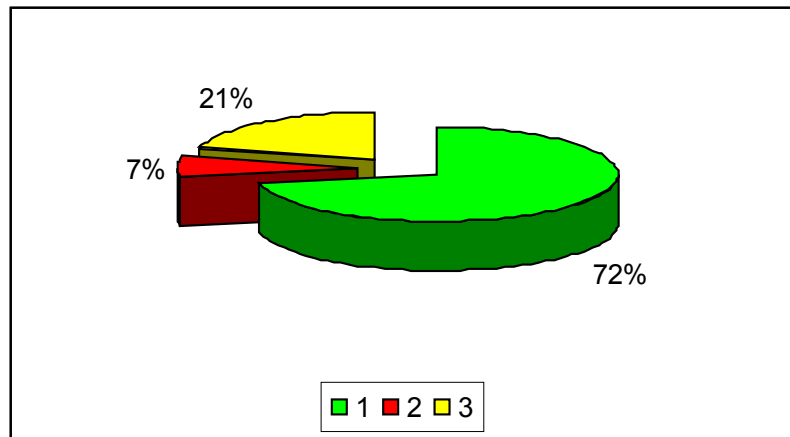


Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo o estado civil - João Pessoa-PB, 2007.

mulher.

No que se refere à “renda mensal”, 100% da amostra, ou seja, todas as participantes do estudo recebem até um salário mínimo. Fazendo uma releitura quanto ao “grau de instrução” das participantes do estudo, podemos observar que estas, em sua maioria, são analfabetas ou possuem ensino médio incompleto, fato que talvez explique a renda mensal da amostra, considerada baixa, ficando essas pessoas enquadradas em uma situação socioeconômica aquém no que diz respeito a uma melhor qualidade de vida.

Avaliação da depressão geriátrica de acordo com a escala de Sheikh e Yesavage, 1986 – Versão curta

De acordo com as recomendações de Lakhdari (2007), a interpretação desta escala geriátrica deverá contar 1 ponto para cada resposta negativa ou depressiva, neste

sentido a pontuação das respostas deverá ser distribuída da seguinte forma:

- ✓ De 0 a 05 pontos: considera-se o exame normal.
- ✓ De 05 a 10 pontos: indícios de quadro depressivo leve.
- ✓ Acima de 11 pontos: provável depressão severa.

De acordo com o gráfico 3, levando-se em consideração os valores obtidos e respeitado as regras para pontuação da escala, podemos observar que 50% (07) da amostra do estudo apresentaram um quadro depressivo leve, enquanto que 35,7% (05) apresentaram um exame normal e 14,3% (02) apresentaram um provável quadro de depressão severa, o que representou um total de 09 idosas com sintomas depressivos.

Segundo Hargreaves (2006), a prevalência da depressão no idoso varia de 7 a 36% em pacientes ambulatoriais, podendo alcançar 40% dos idosos institucionalizados. Entretanto, de acordo com o autor,

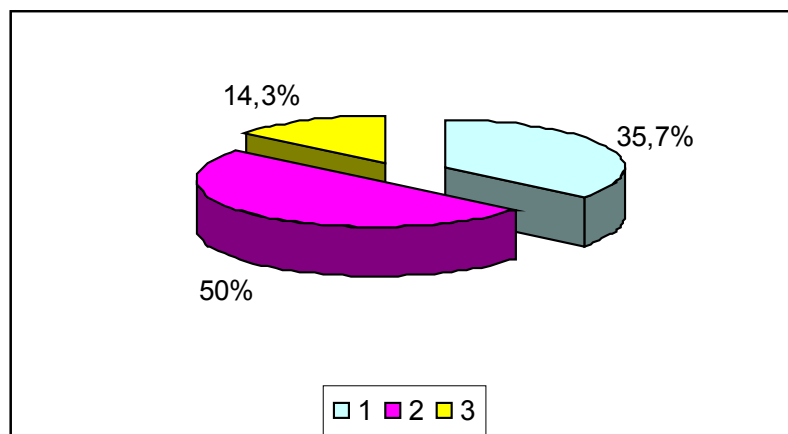


Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo a avaliação da depressão geriátrica de acordo com a escala de Sheikh e Yesavage, 1986 – Versão curta.

devemos considerar que a depressão, está associada a alguns fatores de risco para que ela se desencadeie, a exemplo de uma maior prevalência entre indivíduos que não possuem relações interpessoais íntimas ou são divorciados ou viúvos.

No entanto, é importante destacar que na fase considerada idosa, existem dois fatores considerados importantes, quando se percebe que o idoso está com sintomas depressivos:

a) os fatores cerebrais orgânicos podem ter significado etiológico. A depressão de início tardio está associada a imagens que sugerem lesão vascular em estudos com ressonância magnética, fato que levou alguns autores a proporem o termo "depressão vascular"; **b)** existe uma forte relação entre doença orgânica, medicações usadas e incapacidade funcional com quadros de depressão no idoso, a exemplo do acidente vascular cerebral (AVC), que está fortemente relacionado à depressão, sendo considerado por alguns autores fator de pior prognóstico nesses pacientes, ocorrendo em cerca de um terço dos pacientes com AVC (HARGREAVES, 2006, p. 546).

Na visão de Guimarães e Cunha (2004), os distúrbios de memória frequentemente acompanham a depressão, mas são reversíveis com tratamentos antidepressivos adequados. Somando-se à qualidade de vida, e terapias alternativas não medicamentosas.

A religiosidade vencendo a depressão

A população do estudo vive um período bastante peculiar de suas vidas, marcado por uma estada em um ambiente institucional, levando-os a reaprenderem um novo jeito de viver, em uma fase que ao longo de suas vidas acumularam vários "saberes", o que nos leva a pensar que o ser humano está sempre aprendendo todos os dias de suas vidas. Vale ressaltar que nessa etapa do estudo, nossa amostra contou com a participação de 09 idosas, após identificadas aquelas que apresentavam

sintomas depressivos.

Questionário whoqol, como avaliar?

De acordo com o questionário whoqol, os participantes do estudo devem circular o número que melhor representa a resposta, acerca do seu sentimento sobre as questões contidas no questionário. O referido questionário possui uma numeração de 01 a 05, como mostra o quadro 1.

Resposta	Números
Nada	1
Muito pouco	2
Mais ou menos	3
Bastante	4
Extremamente	5

Quadro 1: Respostas do questionário whoqol domínio VI (grupo whoqol, 1994).

Para uma melhor compreensão dos dados apresentados nesta etapa do estudo, fizemos um cruzamento simples dos dados obtidos na avaliação da escala de depressão com os dados obtidos no questionário whoqol, sendo este cruzamento representado em tabelas que serão descritas após cada gráfico como consta a seguir:

Relacionando a depressão com as crenças pessoais das idosas

Caracterização da amostra segundo as suas crenças pessoais

De acordo com a configuração do gráfico 4, podemos destacar que a maioria das idosas acredita que suas crenças pessoais dão bastante sentido a sua vida, representado por 66,7% (06) das participantes, enquanto 22,2% (02) acham que suas crenças dão um certo sentido a sua vida, quando respondem "mais ou menos" e 11,1% (01) acham que suas crenças dão "muito pouco" sentido.

No cruzamento dos dados do gráfico 3 com o gráfico 4, de acordo com a tabela 1, mostra que as participantes do estudo que apresentaram um quadro leve de depressão, responderam que suas crenças pessoais dão "bastante sentido" as suas vidas, enquanto que as participantes que estão com um provável quadro de depressão severa, responderam que suas crenças pessoais

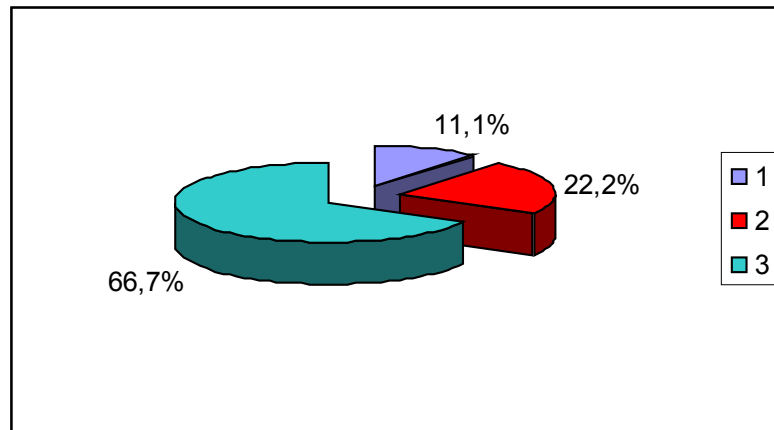


Gráfico 4– Distribuição da amostra quando indagadas: Suas crenças pessoais dão sentido a sua vida? - João Pessoa – PB, 2007.

lhes dão "mais ou menos" ou "muito pouco" sentido as suas vidas.

O gráfico 5, demonstra que 22,3% (02) das participantes acham que suas vidas em "nada" têm sentido, enquanto que 11,1% (01) acham que sua vida tem "muito pouco" sentido, no entanto 33,3% (03) das participantes responderam que suas vidas têm "mais ou menos" sentido e 33,3% (03) responderam que suas vidas têm "bastante" sentido.

Os resultados da Tabela 2 mostram que as idosas que responderam que suas

vidas têm "bastante" sentido, e aquelas que responderam que sua vida tem um sentido "mais ou menos", de acordo com o questionário, estão inseridas em um quadro leve de depressão quando cruzados os dados do gráfico 3 (escala de depressão) com os dados do gráfico 5 (sentido da vida), entretanto, as idosas que responderam que suas vidas têm "muito pouco", ou não tem sentido algum, estão em quadro de provável depressão severa.

Quando questionadas sobre em

Gráfico 3	Números	%	Gráfico 4	Números	%
Quadro depressivo leve	07	50,0%	Bastante	06	66,7%
Provável depressão severa	02	14,3%	Mais ou menos	02	22,2%
Exame normal	05	35,7%	Muito pouco	01	11,1%
TOTAL	14	100%	TOTAL	09	100%

Tabela 1: Cruzamento dos dados Gráfico 3 (escala de depressão) x Gráfico 4 (crenças pessoais)

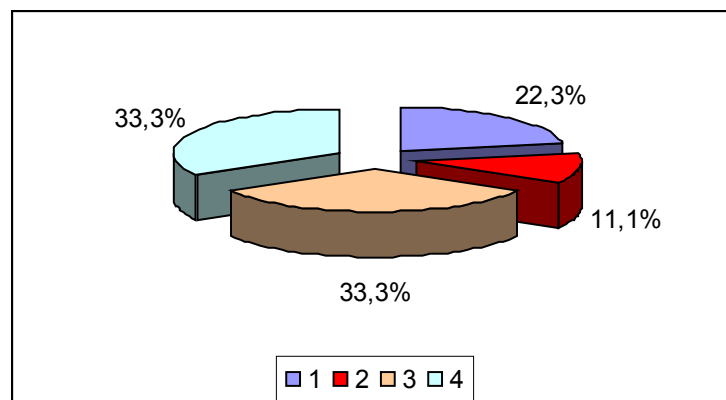


Gráfico 5– Distribuição da amostra quando indagadas: Em que medida você acha que sua vida tem sentido? - João Pessoa – PB, 2007.

Gráfico 3	Números	%	Gráfico 5	Números	%
Quadro depressivo leve	07	50,0%	Bastante	06	33,3%
Provável depressão severa	02	14,3%	Mais ou menos	03	33,3%
Exame normal	05	35,7%	Muito pouco	01	11,1%
TOTAL	14	100%	TOTAL	09	100%

Tabela 2: Cruzamento dos dados Gráfico 3(escala de depressão) x Gráfico 5 (sentido da vida).

que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades, 11,1% (01) responderam que suas crenças são extremamente importantes nesse sentido, e 33,3% (03) acham que suas crenças lhes dão bastante força, no entanto, 22,3% (02) responderam mais ou menos e 33,3% (03) responderam muito pouco.

De acordo com Santana e Santos (2007), a busca pela religiosidade se acrescenta na velhice, não por medo da morte, mas pela busca da alegria interior, um sentido inexplicável de conforto, do sentir-se bem consigo mesmo, de ajudar na compreensão da continuidade da vida, mesmo sem o vigor físico e suas plenas capacidades sociais e econômicas, essa alegria conseguiu mesmo supera todas as

perdas e desencontros do envelhecer, este é o seu segredo.

Após cruzamento dos dados, a Tabela 3 revela que as idosas que estão em um quadro de depressão leve, responderam que suas crenças pessoais lhes são "extremamente" ou "bastante" importantes, enquanto que as idosas que estão com um quadro de provável depressão severa responderam que suas crenças lhes dão "mais ou menos" ou "muito pouca" força para enfrentar as dificuldades.

O gráfico 7, representa como as crenças ajudam a entender as dificuldades da vida, onde podemos observar que 11,1%(01) acham que essas crenças dão "muito pouca" ajuda, 33,3% (03) acham

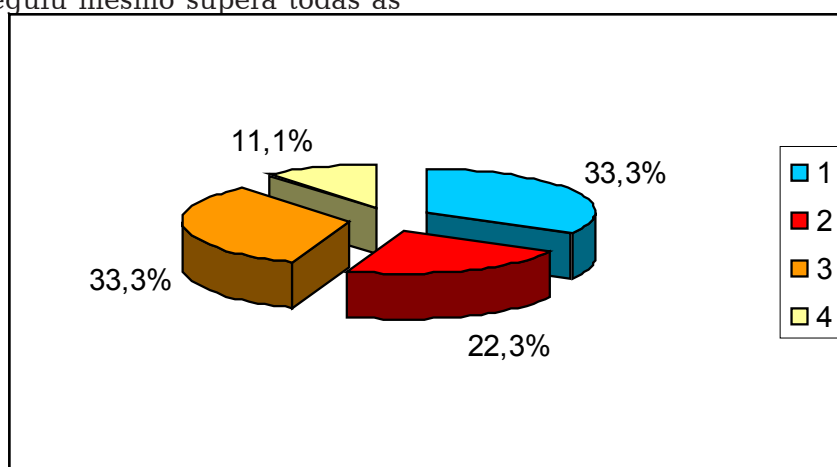


Gráfico 6– Distribuição da amostra quando indagadas: Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades? - João Pessoa – PB, 2007.

Gráfico 3	Números	%	Gráfico 6	Números	%
Quadro depressivo leve	07	50,0%	Extremamente	01	11,1%
Provável depressão severa	02	14,3%	Bastante	03	33,3%
Exame normal	05	35,7%	Mais ou menos	02	22,3%
			Muito pouco	03	33,3%
TOTAL	14	100%	TOTAL	09	100%

Tabela 3: Cruzamento dos dados Gráfico 3 (escala de depressão) x Gráfico 6 (crenças pessoais e força para enfrentar dificuldades).

que suas crenças dão uma certa ajuda quando responderam "mais ou menos" e 55,6% (05) acham que suas crenças são "bastante" pertinentes no sentido de ajuda para entender as dificuldades da vida.

Este cruzamento de dados nos revela, de acordo com a tabela 4, que as idosas que responderam entre "bastante" e "mais ou menos", estão com um quadro de depressão leve, enquanto que as idosas que responderam "muito pouco", estão com um provável quadro de depressão severa, embora 01 das participantes, apesar de ter respondido que suas crenças ajudam "bastante" a entender as dificuldades da vida encontra-se com um escore elevado na escala de depressão.

As crenças religiosas como fonte de renascimento

Como podemos observar a partir da análise dos dados, de uma maneira geral, quanto mais as idosas se apresentam com

o grau de sintomas depressivos profundos, menos as crenças pessoais lhes ajudam. Fato comprovado nos gráficos e no cruzamento deles com a escala de depressão geriátrica que serviu de instrumento para identificação dos sintomas depressivos.

Neste enfoque, podemos inferir que a religiosidade das idosas que fizeram parte da amostra deste estudo, está fortemente atrelada, no sentido de suas percepções, e no modo de encarar os sentimentos que as levam a assumirem atitudes que as auxiliem a enfrentar momento de solidão, que por sua vez podem levá-las à depressão. Diante disso, achamos relevante diferenciarmos religião de religiosidade, no sentido da etimologia da palavra, para percebermos a dicotomia destas duas palavras que, apesar de estarem intrinsecamente ligadas, podem possuir conotações diferentes.

A religiosidade, segundo Santos (2002), pode ser tratada como fundamentalmente o modo como o cristianismo se encarnou nas várias culturas e grupos étnicos, e é profundamente vivido e se

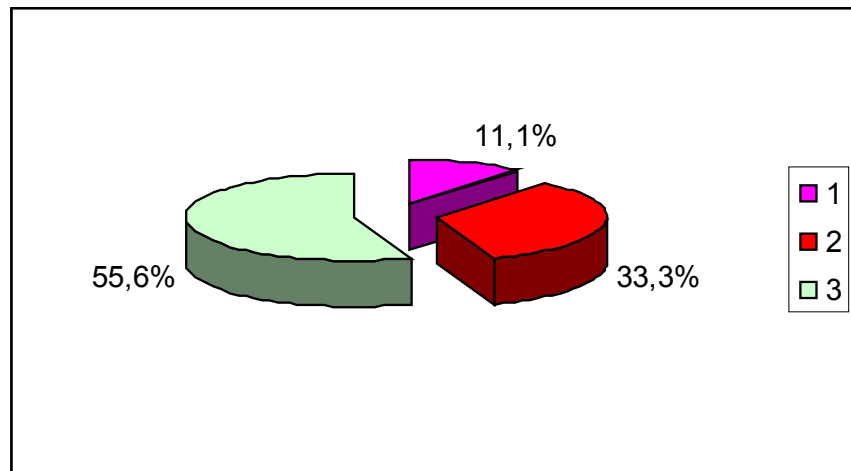


Gráfico 7- Distribuição da amostra quando indagadas: As suas crenças lhe ajudam a entender as dificuldades da vida? - João Pessoa - PB, 2007.

Gráfico 3	Números	%	Gráfico 7	Números	%
Quadro depressivo leve	07	50,0%	Bastante	05	55,6%
Provável depressão severa	02	14,3%	Mais ou menos	03	33,3%
Exame normal	05	35,7%	Muito pouco	01	11,1%
TOTAL	14	100%	TOTAL	09	100%

Tabela 4: Cruzamento dos dados Gráfico 3 (escala de depressão) x Gráfico 7 (crenças pessoais ajudando a entender as dificuldades).

manifesta no povo. Sendo que esta religiosidade popular manifesta-se no sentido de Deus e da sua providência, na proteção de Nossa Senhora e dos Santos, e na atitude fundamental diante da vida e da morte, derivando as devoções, ou seja, rosário, novenas, peregrinações, celebrações sacramentais etc.

Ferreira (1999) define religiosidade a partir da etimologia da palavra que deriva do latim *religiositate*, significando "qualidade de religioso; disposição ou tendência para a religião ou as coisas sagradas; escrúpulos religiosos". Religião pode ser definida como "uma forma concreta, visível e social, de relacionamento pessoal e comunitário com Deus" (SCHLESSINGER; PORTO, 1982).

Em se tratando da etimologia da palavra, o termo religião vem do latim *religio*, significando:

Fidelidade ao dever, lealdade, consciência do dever, escrúpulo religioso, obrigação religiosa, culto religioso, práticas religiosas, religião, que Cícero (106-43 a.C.) liga o verbo latim *releges*, 'retomar o que tinha sido abandonado, tornar a revestir, reler', enquanto que os autores tardios como Lactâncio (260 e 325 d.C.) e Santo Agostinho (354-430 d.C.) derivam do latim *religáre* 'ligar, apertar, atar'. Nos estudos étimos, há que o *lrim religio* muitas vezes significa o mesmo que o latim *obligatio* 'ação de prender-se, de se ligar, de tornar a si uma obrigação' (ENCICLOPÉDIA..., 1980).

Schlessinger; Porto (1992), corroboram com esta afirmação, quando dizem que religião tem sentido de tornar a unir (re-ligare) e de trazer de novo à mente, pressupondo algo que, em algum momento, já esteve unido, e hoje não está mais, algo que está além dos homens, que o transcende e ao mesmo tempo está nele. Já Ferreira (1999), define religião como "crença na existência de uma força ou forças sobrenaturais, considerada(s) como criadora(s) do Universo, e que como tal deve(m) ser adorada(s) e obedecida(s)" ou ainda como "a manifestação de tal crença por meio de doutrina e ritual próprios, que envolvem, em geral, preceitos éticos".

Diante essas considerações, podemos inferir que a religião exerce papel

importante na vida dos seres humanos, fazendo-os se sentirem confortados por uma força superior que lhes dão sentido para viver neste plano espiritual, e justamente em momentos de "crises" psicológicas, das quais podemos incluir a depressão, essa pode ser uma válvula de escape, para onde poderão ser redirecionadas todas as suas angústias.

É importante destacar, de acordo com Schlessinger e Porto (1983), que não há po-vo, por mais primitivo que seja, sem religião, e ainda que, considerando a religião com sua estrutura e objetivo, descubrem-se alguns elementos que são próprios das religiões, como: mitos, ritos, elementos de filosofia natural, dogmas e artigos de fé, moral, meditação, oração e mística, dependendo da composição, esses elementos podem variar de religião para religião.

Considerando a importância das religiões no cotidiano das pessoas, e sua diversidade, com suas tradições e elementos próprios, seria necessário uma abordagem hermenêutica sobre cada uma delas, no entanto, faremos uma abordagem, mesmo que sumária, acerca da religião católica, pelo fato de a instituição asilar pesquisada ser uma instituição de cunho eminentemente católico.

A religião católica como elemento que define comportamentos

Como argumenta Schlessinger e Porto (1982 *apud* SANTOS, 2002), a religião católica "é um complexo de crenças em verdades reveladas, de doutrinas, de normas e de concretização das crenças e normas em comportamentos, abrange ainda os meios sensíveis e concretos de que os fieis se servem em suas diversas manifestações de vida religiosa".

De acordo com Filoramo (2005), o conceito católico "aparece pela primeira vez com Ignácio, bispo de Antioquia, um autor cristão do século II d.C. (morto entre 107 e 117), que o usa para referir-se de forma ampla à Igreja instituída por Jesus Cristo". No entanto, ao longo dos séculos, segundo o autor, o termo foi sendo empregado para indicar a 'fé correta' ou ortodoxa, e ainda que depois da Reforma Protestante, o conceito foi utilizado de maneira confessional para

separar as igrejas que surgiram com a Reforma, daquelas que se remetem à Igreja Apostólica Romana, sendo que elas reconhecem no papa o sucessor do apóstolo Pedro (considerado o fundador da Igreja Católica) e seu chefe universal. Como modelo organizacional, podemos destacar que a igreja católica é:

Uma organização do tipo hierárquico, a unidade básica é constituída por uma paróquia (que compreende um vilarejo ou uma região da cidade); as paróquias, por sua vez, são agrupadas em dioceses sob os cuidados de um bispo. A catedral, considerada a igreja principal da diocese e sede do bispo, é governada por um 'cabido' de cônegos (sempre sacerdotes), chefiados por um decano, no topo da hierarquia está o papa (FILORAMO, 2005).

Santos (2002) afirma que o uso da palavra católico aplica-se ao cristão aderente à Igreja Católica, regida por Cristo através do Sumo Pontífice e dos bispos que se unem a ele pelos vínculos da profissão de fé. Em se tratando do termo cristão, podemos nos remeter a sua origem, que deriva do cristianismo.

Filoramo (2005) afirma que o termo cristianismo pode ser entendido como o conjunto de igrejas, comunidades, seitas e grupos, assim como de idéias e concepções, que se referem às palavras daquele que costuma ser reconhecido como o fundador dessa religião: Jesus de Nazaré.

O autor destaca que, ainda que exista uma grande variedade histórica de crenças e práticas, o cristianismo manteve como elemento comum a profissão de fé em Jesus, filho do único Deus Senhor e Criador, encarnado, morto e ressuscitado, o messias (daí o termo messianismo) prometido e como tal "cristo", isto é, "ungido" pelo Senhor (origem do nome cristão com o qual logo foram denominados seus seguidores).

Assim o cristianismo é, junto com outras religiões como o islamismo ou o budismo, uma religião historicamente fundada, não apenas no sentido de ter um início em um dado momento da história, mas também no sentido de que sua origem pode ser remetida à ação de um fundador.

Santos (2002) acredita que é possível distinguir no catolicismo uma dupla dimensão "uma vertical, no sentido do que

há nele de revelação e comunicação com o divino, e outra horizontal, onde se abrigam o humano e o cultural, estas dimensões se tocam em vários pontos e formam um todo".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da expectativa de vida evidenciado pela evolução dos últimos anos requer mais atenção por parte de toda a população, neste interim estão envolvidos os profissionais de saúde e a sociedade de forma geral. Notamos, através deste estudo, que o aumento na expectativa de vida trouxe conseqüências tanto para os idosos propriamente ditos, principalmente quando são internados em instituições asilares, quanto para a sociedade que passa a ser responsável na manutenção e na promoção da saúde do ser idoso. No ambiente asilar percebe-se que os idosos se sentem sozinhos, isolados, abandonados por seus familiares, levando a alguns deles a apresentarem sintomas depressivos.

No enfoque dos idosos em instituições asilares que foi a "pedra filosofal" para a construção deste estudo, tivemos a pretensão de relacionar a questão da religiosidade com os idosos que apresentavam sintomas depressivos. Na nossa investigação pudemos observar que quanto maior o grau de comprometimento de sintomas depressivos, mais os idosos passam a ter uma descrença nos fenômenos religiosos, no entanto, podemos inferir que a religiosidade, tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida dos idosos que estavam na instituição pesquisada.

Chegamos a essa afirmação a partir das respostas quanto às crenças pessoais, já que as idosas que apresentaram quadro de depressão leve acham que suas crenças pessoais dão sentido a sua vida, ajudam-lhes a enfrentar as dificuldades da vida, dão-lhes força para enfrentar e entender essas dificuldades. Nesse sentido, consideramos que a presente investigação contribuiu para uma ampliação da perspectiva de compreensão do idoso, possibilitando uma outra abordagem no sentido de investigar ou realizar novos estudos envolvendo o ser que envelhece.

Este conhecimento certamente contribuirá para o cuidado de enfermagem na

saúde do idoso quando a(o) enfermeira(o) compreende que os elementos do imaginário dos idosos fazem parte da relação de ajuda enfermeira - idoso em busca da aceitação da velhice, o que promoverá o bem-estar desse cliente. Como sabemos, o cuidado do ser humano deve ser enfatizado em uma visão holística, neste sentido, deixamos como sugestão que o olhar para as questões religiosas, no tocante ao idoso institucionalizado, deverá fazer parte do ensino de enfermagem da graduação para que o aluno seja capaz de compreender o envelhecer além das modificações fisiológicas, psicológicas e sociais.

REFERÊNCIAS

BORN, T.; BOECHAT, N.S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº196/96**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CONEP, 2000.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 311/2007**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/resoluca/r311.htm>>. Acesso em 14 out. 2007.

THE FOCUS FROM DEVOTION AMONG AGED WITH DEPRESSION SYMPTOMS INSTITUTION GIVE ASYLUM

ABSTRACT

The upswing from population aged tem impish the surveytakers the if we'll worry with the I study of that age group from population, since tendency has been generating innumerable inquiries. Wondering on quality of life from the aged institutions give asylum on depression what boarding school can you come cause, she pretended if with this survey catch a glimpse the devotion from the aged, picking indications what correlation with the depression. Study had I eat objective across the board: verify the relation among the devotion the depression aged an institution give asylum eat objectives specific: feature the population of the study; identify the aged with depression symptoms em an institution give asylum, the part from she climbs of old depression of Sheikh & Yesavage relate the devotion with the depression aged within the questionnaire Whoqol domain I saw. The sample initially for 25 aged , but due conditions psychological and physiological of a few their, our pattern end fable the participation of 14 aged, however after the application from she climbs of depression our pattern if reduces the 09 aged with depression symptoms. The if act a part the relationship among the beliefs religious person I eat form of win the depression, she sensed what regarding major the rate of implicated symptoms, but the aged they undergo the have only one faithlessness on the phenomena religious.

key words: Aged. Institutions give asylum. Depression. Devotion.

- CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. Dinâmica da Institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5. out. 1999. Disponível em: <www.bireme.br>. Acesso em 07 out. 2007.
- ENCICLOPÉDIA Mirador Internacional. **Encyclopedia Britânica do Brasil**. São Paulo: Editoras Publicações, 1980.
- FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio eletrônico**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FILORAMO, G. **Monoteísmos e dualismos: as religiões de salvação**. São Paulo: Hedra, 2005.
- GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U.G. de V. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
- GOLDSTEIN, L. L. A Produção Científica Brasileira na Área da Gerontologia (1975-1999). **Rev. online Bibli**. Profº Joel Martins v. 1. 1999.
- GORZONI, M. L.; PIRES, S. L. Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. **Rev. Psiq. Clin**. v. 33, n. 1, 2006.
- HARGREAVES, L. H. H. **Geriatria**. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações, 2006.
- HERÉDIA, V. B. M. et al. Institucionalização dos idosos: identidade e realidade. In: CORTELLETTI, A. et al. **Idoso asilado, um estudo gerontológico**. Caxias do Sul, RS: Educs/Edipucs, 2004.
- FREIRE JUNIOR, R.C.. A promoção da saúde nas instituições de longa permanência: Uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. **Rev. Brasileira de Geriatria/Gerontologia**, v. 9, n. 1, 2006.
- LAKHDARI, S. Escala de depressão geriátrica de Sheikh e Yasavage. In: **DEPRESSÃO no idoso**. Disponível em: <www.ciape.org/matdidatico/sabri/depressao_no_idoso.ppt> Acesso em: 13 mai. 2007.
- NERI, A. L. **Psicologia do envelhecimento: uma área emergente**. São Paulo: Papyrus, 1997.
- OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 0, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500026&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 Abr 2007.
- PORJETO lar dos idosos. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/laridoso/intodu.htm> Acesso em 09 jun. 2007.
- REJANE, M. B. D. et al. Estudo com idosos de instituições asilares do município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, maio/jun. 2004. Disponível em: <www.bireme.br>. Acesso em 07 out. 2007.
- REZENDE, J. M. de. Disponível em: <http://www.usuários.cultura.com.br/jmrezende/idoso.htm> Acesso em 09 jun. 2007.
- SANTANA, Rosimere Ferreira; SANTOS, Iraci dos - TRANSCENDER COM A NATUREZA: a espiritualidade para os idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 02, p. 148 - 158, 2005. Disponível em < http://www.fen.ufg.br> Acesso em 25 out. 2007.
- SANTOS, F. de A.A. dos. **A religião e o idoso: um estudo com idosos que vivenciam o fraternismo na ordem franciscana secular no município de João Pessoa/PB**. 2002. Monografia (Especialização). João Pessoa, 2002.
- SCHLESSINGER, H. PORTO, H. **A religião ontem e hoje**. São Paulo: Edições Paulinas, 1992.
- _____. **Crenças, seitas e símbolos religiosos**. São Paulo: Edições Paulinas, 1993.

SOUTOMAIOR. **Velhice não é sinônimo de doença.** Disponível em <<http://www.saudevidaonline.com.br/artigo95.htm>> acesso em 17 abr. 2007.

WHOQOL. Desenvolvimento do WHOQOL 100 (1994). Disponível em: <www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>. Acesso em: 11 jun. 2007.