

## A DEPRESSÃO NO IDOSO

Rosa Maria Martins\*

A depressão é considerada hoje em dia, um problema de saúde importante que afecta pessoas de todas as idades, levando a sentimentos de tristeza e isolamento social que muitas vezes têm como desfecho o suicídio.

Contudo, é nas idades avançadas que ela atinge os mais elevados índices de morbilidade e mortalidade, na medida em que assume formas incaracterísticas, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, conseqüentemente, de tratar.

Em consequência, a principal dificuldade que se coloca aos profissionais de saúde é o diagnóstico correcto deste quadro clínico, que, em muitos casos, está associado ao facto de a maioria dos idosos, negar a sua depressão e não procurar tratamento psiquiátrico.

De facto, é frequente que as pessoas que rodeiam e convivem habitualmente com os idosos associem à idade avançada a melancolia e a tristeza devido a perdas afectivas, económicas, sociais e doenças crónicas, não valorizando as suas queixas (SIMÕES, 1996).

As teorias que sustentam a depressão no idoso, como sendo diferente do tipo de depressão em outras faixas etárias, apoiam-se, entre outros aspectos, nas diferenças da sintomatologia apresentadas em cada caso.

Existem diversos estudos que demonstram que os idosos apresentam, na sua maioria, depressões atípicas, não se encaixando por isso nos padrões das classificações existentes nomeadamente CID 10 E DSM.IV (COHEN e EISDORFER, 1997).

Na opinião dos mesmos autores, as depressões atípicas podem ser caracterizadas pela falta de episódios de tristeza, claramente distintos, mostrando-se o doente apático, com queixas subjectivas de comprometimento cognitivo, ansiedade proeminente, somatização e excesso de preocupação com o corpo.

Reforçando esta tese, SIMÕES (1996) afirma que, no idoso, os sintomas iniciais do quadro depressivo são relativamente inespecíficos, tais como a astenia, perturbações de sono, tristeza e ansiedade, desinteresse por hábitos e/ou prazeres habituais. Os sintomas mais específicos são os que decorrem da depressão do humor, bem como a lentidão psicomotora.

\* Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viseu.

Na realidade, o idoso apresenta-se, muitas vezes, com múltiplos sintomas confusionais e preocupações somáticas, negando o humor disfórico ou não o vivenciando. A existência de doenças físicas concomitantes pode constituir um factor confusional no diagnóstico, visto que a maioria dos idosos personifica a interacção entre doenças físicas e psiquiátricas.

Entre as queixas mais frequentemente apresentadas salientam-se as algias atípicas, nomeadamente cefaleias, queixas reumatológicas e queixas gastrointestinais. Nestes casos, deve suspeitar-se de uma depressão subjacente sempre que se excluam causas orgânicas e/ou estejam presentes sintomas do síndrome depressivo (anergia, variação diurna do humor e insónia precoce), ou ainda eventuais tratamentos “específicos” que não melhorem o quadro clínico (SIMÕES, 1996).

As alterações comportamentais podem ser o primeiro sinal de um *Distúrbio Afectivo Maior*, não sendo sempre facilmente reconhecidas. Ao menor esforço, a fadiga, talvez devido a uma doença física concomitante, pode produzir apatia, isolamento social e perda de interesse por actividades que anteriormente eram motivo de prazer. Alguns doentes manifestam ainda retardo psicomotor, como a lentidão da fala e dos movimentos do corpo ou, nos casos mais graves, isolam-se da sociedade, negligenciando o trato pessoal, recusando-se mesmo a comer ou a falar. Noutros casos existe activação psicomotora, caracterizada por agitação, cruzar de mãos, preocupação obsessiva, comportamento compulsivo e/ou inquietação. O que importa realçar das alterações verificadas no comportamento do idoso é o alerta quanto à possibilidade de estarmos perante uma doença depressiva (COHEN e EISDORFER, 1997).

Não há dúvida que, do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas, como seja a diminuição do suporte sócio-familiar, a perda do *status* ocupacional e económico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente. Estas perdas provocam, muitas vezes, sentimentos de desânimo e tristeza que, como refere BALLONE (2002), acabam por gerar síndromes depressivos.

Corroborar igualmente esta opinião BIRRER (1999), quando defende que “a principal característica da *Depressão Major* em doentes idosos, é a comorbilidade médica.” Diferentes estudos têm mostrado que as maiores prevalências de depressão observam-se em doentes com: AVC (25% a 48%); doença coronária (8% a 44%); cancro (1% a 40%) e doença de Alzheimer (20% a 40%). Para além das patologias descritas a depressão aumenta frequentemente os índices de morbilidade e mortalidade de outras doenças associadas.

No contexto descrito, é óbvio que acresce a necessidade de se tratar a situação clínica conjuntamente com a doença depressiva.

Assim, quando se fala da depressão no idoso, torna-se muito importante estabelecer um diagnóstico diferencial, uma vez que coexistem outras patologias que podem ser físicas ou psiquiátricas. A doença psiquiátrica mais comum neste grupo etário, é a pseudo demência que no doente idoso se manifesta por sintomatologia do tipo:

- √ Alterações das funções intelectuais;
- √ Alterações do carácter e do comportamento;
- √ Alterações do sono.

Corroborar esta opinião BALLONE (2003) ao referir estudos feitos por VILALTA-FRANCH, que demonstram que a depressão estava presente em 28, 15% dos doentes com demência, enquanto no grupo que não apresentava essa patologia, a depressão aparecia apenas numa percentagem de 5, 4%.

Além disso, verificava-se que os doentes com demência apresentam depressões mais resistentes aos tratamentos habituais, o que nos leva a inferir da pertinência de uma abordagem terapêutica e evoluções também diferentes.

### **A DEPRESSÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO**

Como referimos anteriormente, as mudanças do sistema endócrino, neurológico e fisiológico, próprias da idade, contribuem para um declínio progressivo do humor e conseqüente aumento da sensibilidade afectiva.

No aspecto psicológico, a adaptação individual ao processo de envelhecimento pode tornar a pessoa mais vulnerável à depressão. De facto, as sociedades ditas civilizadas e modernas privilegiam a juventude em relação à velhice. Os idosos são excluídos da produção, muitas vezes contra a sua própria vontade, porque ninguém lhes dá emprego, tornando-se pouco consumidores porque não têm dinheiro, consumindo recursos de saúde porque ficam doentes, adoecendo mais porque não têm recursos para a saúde. Neste cenário forma-se um deplorável círculo vicioso, que leva a que os idosos não vivam, mas sobrevivam numa sociedade quase sempre hostil, recebendo as ajudas caridosas que esta se digna oferecer-lhe.

A situação torna-se ainda mais grave se analisarmos a questão dos residentes em instituições. Estes, no mínimo estão separados do seu ambiente familiar habitual,

rodeados de pessoas estanhas e muitas vezes isolados da actualidade cultural e, evidentemente, experimentando a incómoda sensação de abandono, dependência e inutilidade. A baixa qualidade de vida oferecida pela maior parte das instituições também contribui para o agravamento do estado afectivo dos idosos levando, muitas vezes, a estados depressivos graves.

Este problema revela-se de grande importância, uma vez que a população mundial está cada vez mais envelhecida (prevendo-se que assim continue) e o número de idosos institucionalizados a aumentar.

Talvez por isso são vários os autores que têm estudado a relação entre a depressão e o idoso e/ou o idoso institucionalizado, chegando às seguintes conclusões:

SIMÕES (1996) refere estudos feitos por COPELAND, nos EUA, que demonstraram uma prevalência de 20% em 500 idosos rastreados em 100 lares.

Para MIRCHANDANI (1991), “as depressões são as alterações psiquiátricas mais frequentes nos idosos. Dois em cada 3 doentes idosos que vão à consulta externa de psiquiatria têm depressão”.

FERNANDES (2000) menciona vários estudos, tais como:

- BLAZER, que, em mais de 1300 idosos que viviam em comunidades rurais e urbanas nos EUA, encontrou 27% que tinham sintomas de depressão. Desses, 19% identificaram-se com sintomas depressivos leves; 4% apresentavam depressão grave; 2% distúrbio distímico; 0,8% incluíam-se num quadro de episódio depressivo maior e, finalmente, 1,2% enquadravam-se num síndrome misto de depressão e ansiedade.
- Numa comunidade idosa, a norte de Portugal, BARRETO encontrou uma prevalência de 25%.
- SEABRA et al, que levou a cabo, no Algarve, um estudo a idosos reformados concluindo, surpreendentemente, que existe uma prevalência de depressão em 72% deles.
- Nos idosos que frequentavam os centros de saúde de Sintra e Lisboa, SOUSA E VALENTE, constataram uma percentagem de, respectivamente 40% e 35%.
- Em relação a idosos institucionalizados, através de um estudo realizado num lar em Sintra, SILVA, obteve uma prevalência de 25,47% e, num Centro de Dia, uma percentagem de 14,29%.

- SERRA E GOUVEIA, em Unhais da Serra, estudaram um grupo de reformados, concluindo que 40% dos homens tinham perturbações afectivas e que esta percentagem era ligeiramente mais baixa nas mulheres.

SANTOS et al (2003) publicaram um estudo, realizado no lar de Monte Burgos, no Porto, a 157 idosos institucionalizados, onde chegaram à conclusão que 20% destes apresentavam um quadro de Depressão Major e 29,5% de Depressão Minor, perfazendo um total de 49,5% no total de idosos com síndrome depressivo.

Também HIER e BLAZER, citados por BALLONE (2002), dizem que estudos por eles realizados revelam uma prevalência de 20-27%, para idosos que vivem em comunidade e de 25-80% para idosos institucionalizados.

Analisando estes dados, chegamos mais uma vez à conclusão que a percentagem de idosos com perturbações depressivas é elevada, agravando-se estes valores nos idosos residentes em lares.

Podemos ainda acrescentar que os dados nacionais estão próximos dos internacionais. A nível nacional, se atendermos a idosos na comunidade, é apontada uma percentagem de 14% (FERNANDES, 2000); internacionalmente, essa percentagem é de 10% a 27% (BALLONE, 2002).

Quando falamos em idosos institucionalizados, a prevalência é mais elevada, 25% a 80% a nível internacional (BALLONE, 2002); em Portugal vai dos 25% a 73% (FERNANDES, 2000).