

DEPRESSÃO EM IDOSOS***DEPRESSION IN THE ELDERLY***

Mello E* & Teixeira MB**

RESUMO: Trata-se de um artigo de revisão integrativa que teve como objetivos verificar o que os profissionais de saúde, têm escrito sobre a depressão nos idosos e identificar como estes profissionais estão diagnosticando e tratando os idosos com depressão. Na busca por artigos referentes a temática encontramos 47, que subdividimos em 5 grupos: prevalência de depressão em idosos depressão e tratamento; depressão e alterações cognitivas; idoso e qualidade de vida e idoso e outros.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento. Depressão. Idosos. Interação social.

ABSTRACT: *Depression is one of the pathologies that has been growing in the population in general and more intensely among the elderly, affecting the quality of life of these individuals. Myths, such as regarding the symptomatology of depression as something specific of aging, may lead to non-diagnosis and, consequently may aggravate a condition that could be treated and lead to recovery. When investigating the literature related to the subject, we found 47 articles, which were subdivided into 5 groups: prevalence of depression in the elderly; depression and treatment; depression and cognitive changes; the elderly and quality of life, and the elderly and the others.*

KEYWORDS: *Aging. Depression. Elderly. Social Interaction*

<?> * Elisio Mello - Psicólogo. Especialista em gerontologia e geriatria. e-mail: discipuloamado@uol.com.br

<?> ** Marina Borges Teixeira – Profa. Dr.a do curso de Mestrado em enfermagem da Universidade Guarulhos – UnG. e-mail: marina-teixeira@uol.com.br

INTRODUÇÃO

No Brasil consideramos a pessoa idosa aquela que tem 60 anos ou mais (Estatuto do Idoso). Conforme os dados do IBGE, hoje há no Brasil cerca de 32 milhões de pessoas idosas, sendo a maioria de mulheres viúvas, com baixa escolaridade e com uma renda mensal menor comparada a dos homens da mesma faixa etária.

Garrido¹ cita que no Brasil, em 1991, havia cerca de 10,7 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2005, havia 33,9 idosos para cada grupo de 100 jovens. Estima-se que em 2025, este numero chegará a 15% da população e em 2050 atingiremos a marca de 24%; logo o Brasil deixará de ser o país da juventude, para tornar-se o país dos idosos.

O envelhecer humano é visto e estudado em aspectos interligados: o físico, o social e o psicológico. Com o chegar da idade a pessoa vai perdendo sua vitalidade, suas forças vão diminuindo e o mundo parece que não tem mais o espaço que tinha antes para que o idoso possa viver e sentir-se vivo. Com a aposentadoria, principalmente os homens, perdem uma grande parte do seu convívio social, não encontram seu espaço dentro de casa e, em muitos casos, esta situação não é bem aceita pela família. Dificuldades conjugais vão se avolumando dia após dia, e a perda do poder aquisitivo leva o idoso a fechar-se no seu mundo.

A viuvez é outro fator de perda para o idoso, pois unida a ela vem à solidão e pode ocorrer ainda a perda de convivência com outros casais, pois os viúvos se encontram menos.

A sociedade capitalista supervaloriza a produção e o consumo. O idoso não produz, ou se produz, já não é tanto como antes e também por perder seu poder aquisitivo com a aposentadoria consome menos e por isto a sociedade não o valoriza.

A imagem que muitos idosos tem de si mesmo é negativa, como aquele ser que não consegue fazer isto ou aquilo, que não tem forças para fazer o que fazia antes, que não se lembra mais das coisas como antes, que seu corpo não responde mais aos movimentos e não faltam aqueles que ao olhar no espelho dizem para si mesmo “eu já fui muito bonito(a)”, muitos ainda têm que conviver com a perda da possibilidade do auto cuidado e da perda da independência seja ela decorrente de problemas financeiros ou da perda da capacidade sensorial (visão e audição)².

Existe ainda aquele idoso que já tendo anteriormente um relacionamento difícil com seus familiares e com amigos agora ele é isolado e em casos extremos são institucionalizados em ambientes confinados, nos quais podem perder sua liberdade e até mesmo sua identidade. Esses ambientes por mais saudáveis que sejam não conseguem reproduzir o ambiente familiar, são lugares em que os afetos são deixados de lado, tornando-se assim um ambiente estressante. Nestas situações o sentimento de abandono por parte da família fala mais alto do que a acolhida proporcionada pela instituição. Isto gera ao idoso um alto nível de tensão que passa a ser somatizado e surgem as mais diversas sintomatologias (dor pelo corpo, angústia, palpitação, insônia, gripes, resfriados) bem como sintomas psíquicos como irritabilidade, tristeza profunda; hipobulia; hipoatividade, que não sendo observados e tratados podem evoluir para um quadro mais grave: a depressão^{3,4}.

A DEPRESSÃO NO IDOSO

Em 1979, a OMS (Organização Mundial da Saúde) calculava que um em cada 10 idosos sofria de depressão, ou seja, 10% da população idosa^{5,6}.

Depressão é doença, não é algo que faça

parte do envelhecer. Pode ser prevenida e tratada, e é esta nossa responsabilidade como profissionais de saúde.

A depressão é a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, frequentemente sem diagnóstico e sem tratamento. Ela afeta sua qualidade de vida, aumentando a carga econômica por seus custos diretos e indiretos e, pode levar a tendências suicidas. Os pacientes deprimidos mostram-se insatisfeitos com o que lhes é oferecido, havendo interrupção em seus estilos de vida, redução de seu nível socioeconômico quando ficam impossibilitados de trabalhar. Além disso, há privação interpessoal particularmente naqueles que se isolam em decorrência da depressão e, naturalmente, naqueles que encurtam suas expectativas de vida, seja por suicídio ou por doenças somáticas relacionadas à depressão^{3,4,6,7}.

A depressão geriátrica é multifatorial. Os fatores genéticos embora presentes pouco contribuem; atualmente mudanças que ocorrem no metabolismo dos neurotransmissores além das alterações hormonais e a dessincronização do ritmo cardíaco, são tidas como as principais causas da depressão. Há de se considerar ainda os fatores sociais e saúde física. Alterações da acuidade visual e auditiva são fatores que contribuem fortemente para a depressão, pois levam o idoso ao isolamento⁸.

Aproximadamente 50% dos pacientes com demência, 25% dos pacientes com doença cerebrovascular e 50% dos pacientes com Parkinson, tem também associada à depressão.

O Código Internacional de Doenças (CID 10) classifica os quadros depressivos em quatro tipos e traz para cada um deles os sintomas (somáticos e psíquicos), bem como o tempo de duração e o número de sintomas presentes em cada tipo para que possa ser diagnosticado com segurança^{2,3}.

Segundo Scalco⁸ um diagnóstico mais preciso de depressão em idosos não consegue se enquadrar nos episódios descritos no CID 10, pois esses foram estabelecidos para adultos jovens, sem levar em conta que os idosos tendem a expressar sintomas em forma de queixas físicas e ao mesmo tempo tem certa relutância em relatar sintomas psiquiátricos. Faz-se necessário considerar os sintomas depressivos e não necessariamente uma síndrome depressiva completa para diagnosticar a depressão em idosos. Ela é diagnosticada pelas seguintes alterações: falta de energia; distúrbios do sono; alterações do humor e da motivação (volição); melancolia; anorexia; perda de peso; sintomas hipocondríacos; sintomas somáticos; agitação ou retardamento psicomotor; prejuízos cognitivos; humor depressivo, tendência a enfatizar as dificuldades e responder “não sei” as perguntas.

Deve-se considerar que ele comumente fala bastante e, ao mesmo tempo, fala pouco dos seus sentimentos; os sintomas somáticos podem estar escondendo os sintomas depressivos; a depressão pode estar presente no idoso, porém ela não é uma doença própria da terceira idade, tristeza não é sinônimo de depressão.

Todo profissional da saúde deverá estar apto a perceber sintomas de depressão e deverá encaminhar o paciente e a família para o tratamento com uma equipe especializada.

O trabalho do profissional deverá conduzir o idoso de tal forma que esse possa retomar sua vida e conduzi-la normalmente dentro de suas capacidades e limitações; como também o trabalho terapêutico haverá de proporcionar apoio emocional ao idoso, reduzindo sua ansiedade e elevando sua confiança e autoestima.

Os autores Carvalho & Fernandes⁵ fazem a seguinte sugestão de terapias para o geron-

te: Psicoterapia Breve; Terapia Cognitiva comportamental; Terapia de Revisão e Terapia de Grupo. Muitos idosos têm encontrado no grupo um local para expressar suas angústias e ao mesmo tempo identificar-se com as angústias dos outros. Encontram nele proteção e meios para desenvolverem o desejo de uma vida mais saudável, com aqueles que vivem os mesmos dramas. O grupo também proporciona uma maior socialização, aumenta a autoestima e autovalorização, esclarece e resolve conflitos intrapsíquicos e interpessoais.

Na depressão geriátrica, juntamente com todas as terapias possíveis de recuperação do idoso, vale destacar que o suporte social que ele dispõe é fundamental para que sua resposta seja mais adequada a este tratamento^{3,9}.

Frente a tudo acima descrito e considerando que os conhecimentos teóricos delineiam a prática profissional, este trabalho teve como objetivos verificar o que os profissionais de saúde, têm escrito sobre a depressão nos idosos e identificar como estes profissionais estão diagnosticando e tratando os idosos com depressão.

MÉTODO

Foi realizado um estudo de revisão integrativa da literatura, em revistas indexadas nas bases Lilacs, ScieLo e na revista Kairós (publicação específica do grupo de estudos de geriatria da PUC-SP), utilizando os descritores: idoso; depressão; tratamento.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados no período de 2002 a 2009 relacionados a idosos(pessoas com 60 anos ou mais).

Durante a pesquisa foram encontrados 86 artigos, dentre os quais foram excluídos 39, após a análise do título e resumo dos mesmos quanto à adequação ao tema proposto e critérios de inclusão.

Os 47 restantes foram lidos na íntegra e após fichamento os dados foram agrupados em cinco categorias, analisados quantitativamente (número e porcentagem) e apresentados em forma de tabelas e quadros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos selecionados foram divididos, após leitura em cinco categorias, conforme pode ser visto na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos segundo categoria.

CATEGORIAS	Nº	%
Prevalência de depressão em idosos	14	29,8
Depressão e tratamento	12	25,5
Depressão e alterações cognitivas	7	14,9
Idoso e qualidade de vida	3	6,4
Idoso e outros	11	23,4
TOTAL	47	100,0

Dos 47 (100,0%) artigos 6 (12,7%) são de divulgação sendo o restante artigos resultantes de pesquisas. Esse fato nos indica o grande interesse dos profissionais de saúde em estudar esse quadro, importante na população idosa, pois, segundo Carvalho (1996), 10% dos idosos tem depressão e segundo Duarte & Rego¹⁰ de 15% a 20% dos idosos não institucionalizados apresentam sintomas depressivos.

Tabela 2 – Distribuição dos artigos segundo ano de publicação.

ANO	Nº	%
1999	1	2,1
2000	-	-
2001	1	2,1
2002	6	12,8
2003	1	2,1
2004	2	4,3
2005	4	8,5
2006	9	19,1
2007	10	21,3
2008	8	17,0
2009	5	10,6
TOTAL	47	100,0

Tabela 3 – Distribuição das revistas segundo número de artigos publicados.

Revistas	Nº	%
Rev. bras. psiquiatria	8	17,0
J. bras. psiquiatria;	4	8,5
Rev. psiquiatria Rio Gd. Sul;	4	8,5
Rev. saúde publicação	2	4,3
Rev. bras. epidemiologia	2	4,3
Dement. neuropsychol;	2	4,3
Acta sci	2	4,3
Psicologia reflexão critica	2	4,3
Psico USF; RBM; Aval. psicol; Arq. int. otorrinolaringol; Rev. baiana saúde pública; Rev. bras. saúde matern. Infan; Ter. man; Rev. bras. ciênc. mov; Acta méd.; Rev. psiquiatr. clín.; An. Fac. Med. Univ. Fed. Pernamb; Rev. Assoc. Med. Bras.; Re- vista Brás. Geriatr. e gerontol ; Mundo saúde; Sci. med; Estud. psicol.; Rev. psicol; Rev. bras. cineantropom. desempenho hum; Cad. Saúde pública; Saude soc.; Ciênc. saúde coletiva.	21*	44,7
* cada revista com 1 artigo		
TOTAL	47	100,0

Como era de se esperar devido à temática, as revistas ligadas à área de psiquiatria publicaram 18 (38,3%) dos 47 (100,0) artigos.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos de pesquisa da categoria “prevalência de depressão em idosos”, segundo objetivos do estudo.

Categoria: “prevalência de depressão em idosos”
Objetivos das pesquisas
Analisar a influência de fatores sociodemográficos, de saúde física, capacidade funcional e função cognitiva sobre a sintomatologia depressiva de idosos do município de Santa Cruz, no Rio Grande do Norte.
Investigar a prevalência de incontinência urinária entre idosos de São Paulo, Brasil, e fatores associados e de risco.
Realizar uma revisão da literatura sobre a incidência de depressão geriátrica e os fatores de risco associados em idosos residentes na comunidade.
Estimar a prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados e as variáveis associadas a este evento.
Investigar a intensidade e prevalência de sintomatologia depressiva em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade (UNITI) da Universidade Federal do Rio grande do Sul.
Determinar a prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência.
Verificar a prevalência da sintomatologia depressiva na população de idosos com idade superior a 60 anos, numa área adstrita do PSF, no Município de Maringá, Estado do Paraná.
Investigar características quantitativas e qualitativas dos sintomas depressivos em diferentes populações de idosos.
Determinar a prevalência de depressão maior em uma população de sujeitos acima de 80 anos residentes na comunidade, comparar os padrões de sono e a função cognitiva entre controles normais e sujeitos com depressão maior e estimar a frequência de outros transtornos psiquiátricos entre controles e sujeitos deprimidos.
Avaliar a prevalência de depressão em idosos internados em um hospital terciário, através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica Yesavage em versão reduzida (GDS-15).
Avaliar a prevalência de depressão em três anos consecutivos na população de idosos residentes em um lar protegido no Rio de Janeiro.
Identificar a presença de depressão em idosos que frequentaram o Programa Universidade Aberta à Terceira Idade, da Universidade Federal de Pernambuco, considerando variáveis demográficas e socioeconômicas.
Coletar informações sobre as condições de vida dos idosos (60 anos e mais) residentes em áreas urbanas de metrópoles de sete países da América Latina e Caribe - entre elas, o Município de São Paulo - e avaliar diferenciais de coorte, gênero e socioeconômicos com relação ao estado de saúde, acesso e utilização de cuidados de saúde.
Determinar a prevalência de depressão em idosos, que residem no Abrigo Cristo Redentor, Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. Os autores relatam que em uma amostra de 55 idosos, identificaram a depressão em 28 idosos (51%), dentre os quais dezoito homens (64,3%) e dez mulheres (35,7%).

A análise dos dados acima nos levou a inferir que o conteúdo dos textos encontrados esta em sintonia com o preconizado atualmente pelos estudiosos da área, cuja preocupação maior é sempre investigar a relação entre patologia e seu impacto na qualidade de vida. Nos artigos do quadro acima podemos notar também esta preocupação, em muitos percebermos que os autores, além de estimar a prevalência de quadros depressivos, buscaram correlacionar os sintomas apresentados com perdas na qualidade e estilo de vida^{3,4}.

O idoso deprimido está sujeito a uma serie de alterações no estilo de vida, como: alterações das funções cognitivas; redução do nível sócioeconômico; redução da rede social de interação, em consequência do seu isolamento.

Scalco⁸, chama a atenção que o diagnóstico da depressão em idosos não se enquadra nas características oferecidas pelo CID-10, logo a utilização da GDS-15, como vimos em vários textos encontrados está se tornando o instrumento adequado para a elaboração do diagnóstico de depressão no idoso, por ser um instrumento simples e fácil de ser utilizado.

Luders⁹, afirma que o suporte social se torna imprescindível para que o idoso que já tenha acompanhamento médico e terapêutico supere a depressão. Verificamos que nos textos encontrados que esta afirmação não aparece como algo determinante na superação da depressão geriátrica.

Quadro 2 – Distribuição dos artigos de pesquisa da categoria “Depressão e alterações cognitivas” segundo objetivos do estudo.

Categoria: “depressão e alterações cognitivas”
Objetivos das pesquisas
Avaliar o impacto de treino cognitivo de 8 sessões na funcionalidade e desempenho cognitivo em idosos com CCL.
Verificar a relação entre a queixa de memória e a idade no envelhecimento normal e a relação da queixa com o desempenho cognitivo.
Avaliar os níveis de afetividade e os déficits das funções cognitivas.
Promover uma revisão sobre estudos publicados nos últimos anos sobre alterações cognitivas em idosos com diagnóstico de depressão.
Comparar o desempenho cognitivo de idosos com psicose, depressão e demência em um ambulatório de saúde mental.
Avaliar a frequência de sintomas depressivos e o desempenho cognitivo de idosos institucionalizados e não institucionalizados e comparar os escores nos testes em função da institucionalização e da realização de atividades oferecidas pela instituição.
Identificar o estado de saúde mental de idosos iniciantes em um programa de exercício físico e analisar a associação entre os indicadores sociodemográficos com a pontuação das escalas geriátrica.

A preocupação inerente aos textos mencionados acima nos leva a reafirmar Scalco⁸, que menciona que o diagnóstico de depressão em idosos ultrapassa o apresentado pela CID-10, pois, no idoso, o déficit cognitivo é o fator primordial para chegarmos a uma conclusão sobre o estado depressivo do paciente: a depressão leva o paciente a apresentar prejuízos cognitivos. O prejuízo cognitivo interfere no diagnóstico de depressão, pois o paciente terá dificuldades em relatar seus momentos de tristezas, suas angústias, bem como também terá dificuldades em evocar lembranças do passado para que este possa relatar quais foram as que ocorreram na sua vida, quanto as suas atividades prazerosas e compará-las com o cotidiano vivido no momento³.

Nestes textos encontramos na base de dados pesquisada não encontramos textos propondo algo mais concreto de como realizar o diagnóstico com pacientes dentro deste quadro de déficit cognitivo, como também não encontramos sugestões ou relatos de experiência nesse sentido.

Quadro 3 – Distribuição dos artigos de pesquisa, da categoria “depressão e tratamento” segundo objetivos do estudo.

Categoria: “depressão e tratamento”
Objetivos das pesquisas
Verificar a influência do exercício físico e da atividade física nos aspectos psicológicos (índices indicativos para depressão e ansiedade) em idosos.
Investigar as concentrações plasmáticas em estado de equilíbrio da paroxetina em idosos.
Avaliar a associação entre nível de atividade física e o estado de saúde mental de pessoas idosas.
Revisar a literatura quanto (i) ao possível efeito protetor do exercício físico sobre a incidência de depressão e (ii) à eficácia do exercício físico como intervenção no tratamento da depressão.
Avaliar estudos que analisaram o papel da atividade física nos diferentes níveis de prevenção dos transtornos depressivos (depressão maior, depressão menor e distímia) em idosos.
Revisar ensaios clínicos que examinaram a eficácia da psicoterapia versus os tratamentos farmacológicos, sozinhos ou combinados, para pessoas idosas com depressão.
Revisar ensaios clínicos aleatorizados e não-aleatorizados com o objetivo de estabelecer se o tratamento antidepressivo de manutenção reduz o risco de recaída e recorrência de depressão em idosos.
Examinar o efeito de um programa de exercício físico aeróbico na intensidade do limiar ventilatório 1 (VT-1) nos escores indicativos de depressão e ansiedade e na qualidade de vida de idosos saudáveis.
Verificar a tendência ao estado depressivo em idosos praticantes de atividade física.

Nesta categoria encontramos também 3 artigos de divulgação, cujos assuntos apresentamos a seguir.

Um dos artigos os autores apontam que o manejo dos efeitos adversos em pacientes idosos que usam muito mais medicações e apresentam mais doenças, é ponto decisivo na

escolha de antidepressivos; em outro a autora relata que é indispensável que o médico conheça o paciente que irá tratar e o perfil de efeitos adversos e de possíveis interações medicamentosas dos antidepressivos para poder escolher o mais adequado para cada paciente; e no terceiro artigo de divulgação o autor afirma serem os antidepressivos tricíclicos eficazes com idosos por serem drogas relativamente seguras se bem indicadas e manejadas, respeitando-se as limitações de seu uso em pacientes geriátricos, bem como suas contraindicações clínicas e farmacológicas^{3,6}.

Dentro da classificação temática desse quadro, percebemos sua importância, quando nos recordamos o texto de Bemy², que nos apresenta as limitações físicas e também as vindas do declínio dos órgãos sensoriais, como um fator agravante no desenvolvimento da depressão. Estes estudos nos levam a concluir que os idosos que se envolvem na prática de atividades físicas tendem a diminuir e ao mesmo tempo superar limitações físicas o que pode vir a proporcionar uma ampliação da rede social de relacionamentos, na qual fica mais fácil o idoso conviver com a própria idade e suas limitações.

Exercícios físicos são imprescindíveis para os idosos, pois além dos benefícios citados estes proporcionarão aos idosos uma melhor absorção dos medicamentos, como também irá proporcionar aos idosos um equilíbrio entre o estado de vigília e o sono, proporcionando assim uma qualidade de vida mais satisfatória aos idosos.

Políticas públicas de saúde envolvendo os idosos têm surgido em muitas cidades do Brasil, como, por exemplo, os CRI (centro de referência para idoso), tem proporcionado muitas oportunidades para os idosos, como atividades físicas, de lazer, cultural e de interação social.

A limitação destas atividades se dá por estar apenas “cuidado” dos idosos que vêm em busca de tais atividades, ainda falta àquela política de ir ao encontro do idoso e proporcionar a ele as condições que lhe falta para participar de tais atividades, como por exemplo, uma ampla campanha junto aos postos de saúde divulgando e mostrando os trabalhos nesta linha para os idosos.

Quadro 4 – Distribuição dos artigos de pesquisa, da categoria “idoso e qualidade de vida” segundo objetivos do estudo.

Categoria: “idoso e qualidade de vida”
Objetivos das pesquisas
Verificar a qualidade de vida de idosos praticantes de grupo terapêutico
Examinar a associação entre o tempo de participação na Universidade para a Terceira Idade e as dimensões de personalidade, a qualidade de vida e a depressão em idosos.
Investigar as habilidades sociais, o apoio social, a qualidade de vida e a depressão de idosos da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UnATI/UERJ), de contextos familiares e de asilos utilizando como instrumentos de coleta o Inventário de Habilidades Sociais; a Medida de Apoio Social; o WHO-QOL-ABREVIADO e a Escala de Depressão em Geriatria.

Tomando como parâmetro a definição de que “qualidade de vida é viver da melhor forma possível” e respeitando a subjetividade de cada indivíduo idoso, encontramos idosos com qualidade de vida satisfatória, quando estes frequentam atividades como as mencionadas no quadro acima, pois as mesmas contribuem

para que o idoso, ao vivenciar momentos de socialização saudáveis, obtenham uma melhor qualidade de vida^{3,11}.

Quadro 5 – Distribuição dos artigos de pesquisa, da categoria “idoso e outros” segundo objetivos do estudo.

Categoria: “idoso e outros”
Objetivos das pesquisas
Determinar os aspectos ambientais envolvidos na longevidade usando uma técnica de metodologia qualitativa denominada teoria fundamentada nos dados, tendo como população ex-ferroviários longevos.
Analisar a associação, em uma coorte urbana de idosos, entre sintomatologia depressiva e outros indicadores de capacidade funcional com a mortalidade após 15 anos de seguimento.
Verificar e analisar se houve alteração na capacidade funcional e prevalência de sintomas depressivos após três meses da cirurgia cardíaca
Apreender as representações sociais (RS) dos idosos institucionalizados sobre depressão
Investigar as relações entre eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, autoeficácia no enfrentamento e depressão.
Identificar eventos da maturidade possivelmente relacionados à depressão feminina.
Correlacionar sintomatologia depressiva e atividades sociais em idosos
Examinar a influência da personalidade no surgimento de sintomas depressivos em idosas
Verificar a presença de fatores de risco para quedas de idosos institucionalizados

Dois dos artigos eram de divulgação, um relatando a influência da deficiência auditiva na vida social e familiar do idoso e no outro os autores, a partir do conceito de depressão tecem uma série de comentários sobre epidemiologia e tratamento desta doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os dados acima, podemos inferir que a depressão em idosos é realmente uma questão de saúde pública que não pode mais ficar ausente nas preocupações dos governantes e também dos profissionais de saúde, pois com o aumento da população idosa o número de pessoas com esta patologia tende a ser sempre maior. Consideramos que os índices de depressão em idosos como foram mencionados anteriormente tendem a serem maiores do que encontrado nas pesquisas, pois os sintomas depressivos; como o não querer falar de si e isolar-ser são um empecilho para que o diagnóstico de depressão seja correto. As queixas somáticas se tornam um agravante para que o diagnóstico da depressão venha a ser errôneo, pois muitos idosos falam das queixas psíquicas como queixas somáticas e nem sempre os profissionais da saúde estão atentos a ouvir essas queixas como elas realmente são, pois se assim fossem estes índices de depressão certamente seriam maiores.

Esta afirmação condiz com minha experiência profissional (psicólogo). Atendendo idosos nestes doze anos de consultório percebo que os mesmos procuram atendimento por uma dor que não passa apesar do tratamento clínico e medicamentoso. Utilizando a Terapia Cognitiva Comportamental, observo que após algumas sessões aonde o vínculo entre paciente e profissional vai se estabelecendo, o paciente tende a relatar com mais liberdade suas angústias, dores, tristezas e os momen-

tos depressivos que o mesmo vem passando; logo, a queixa inicial não é a queixa real que o traz ao consultório.

Na Terapia Cognitiva Comportamental, o paciente é levado a relatar os acontecimentos tristes da sua vida. O profissional o leva a perceber o que desencadeou uma crise depressiva, como este vivenciou tal situação e o que a mesma representou para ele, tendo assim uma associação entre os diversos momentos de tristezas ou negativos de sua vida, como que de uma forma automática este vai somando os momentos estressores da vida a tal ponto que o indivíduo se sente impotente para lidar com tantos problemas. A este ponto o paciente é levado a enfrentar cada situação em separado, aonde ele vai adquirindo confiança em si mesmo para enfrentar os problemas. O profissional (psicólogo) vai buscando na história de vida do paciente, exemplos onde o mesmo enfrentou as dificuldades e teve êxito.

Nesta dinâmica de atendimento, o processo é lento, progressivo e satisfatório. Percebo que os resultados são benéficos ao paciente. No idoso depressivo o uso de medicação é indispensável, pois sem a mesma não haveria tantos resultados positivos.

Acrescentam-se esta dinâmica de atendimento algumas orientações para que o idoso depressivo busque novos laços afetivos e de socialização, como: frequentar mais assiduamente sua igreja, frequentar grupos de terceira idade ou centro de referência para idosos, fazer trabalhos voluntários, praticar atividades físicas e de preferência as que são praticadas em grupos; tudo isto para que o idoso possa perceber que a vida pode ser melhor quando compartilhada com outras pessoas, mesmo que em alguns momentos do dia ou da semana.

Outra orientação que vem dando bons resultados é ajudar o idoso para que este foque

as atenções da sua vida, naquilo que ele gostaria de ter feito e ainda não fez; isto é: algum sonho ou projeto de vida que não pode ser realizado por alguma circunstância ou motivo qualquer e readequar-se este sonho dentro das limitações pessoais do idoso para que ele busque realizar tais sonhos ou projetos. Em outras palavras, o profissional ajuda o idoso a sonhar novamente e organizar-se para que esses sonhos se tornem realidade, assim o idoso possa “sentir-se vivo” novamente.

REFERENCIAS

1. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiologia. Rev bras psiquiatr. 2002;24(Suppl 1):3-6.
2. Bemy L. Transtornos do humor. In: Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
3. Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, da Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
4. Jacob Filho W, Gorzoni ML. Geriatria e gerontologia: **o que todos devem saber**. São Paulo: Roca; 2008.
5. Carvalho VFC, Fernandes MED. Depressão no idoso. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996.
6. Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. São Paulo: COOPMED; 2008.
7. Stuart-Hamiltin I. Psicologia do envelhecimento: uma introdução. Porto Alegre: Artmed; 2004.

8. Scalco ZM, Scalco ZA, Miguel EC. Trans-tornos psiquiátricos: depressão, ansiedade e psicoses. In: Carvalho Filho ET; Papaléo Netto M. Geriatria fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
9. Luders SLA; Storani MSB. Demência: impacto para a família e a sociedade. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996.
10. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. Cad Saúde Pública. 2007;23(3):691-700.
11. Leite UMM, Carvalho EMF, Barreto ML, Falcão IV. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do programa UATI. Rev Bras Saúde Matern Infant.. 2006;6(1):31-38.