

DEPRESSÃO NO IDOSO: UM ESTUDO TRANSVERSAL¹

LAWIN, Gustavo²
TORRES, José Ricardo Paintner³
FARIA, Marcos Quirino Gomes⁴

RESUMO

Este artigo procura explorar os índices de depressão em idosos, divididos em dois grupos: moradores de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI); e moradores de uma comunidade atendida por uma Unidade de Saúde Familiar (USF), considerando-se todas as especificidades que os diferenciam de indivíduos de outras faixas etárias. Nesses dois ambientes, foi utilizada a Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage (1983), com 15 perguntas, além da coleta de dados como: idade, sexo, raça, estado emocional, número de filhos e tratamento recebido. O maior enfoque do estudo foi a dificuldade de diagnosticar a depressão nos idosos, especialmente por se tratar de uma doença de difícil reconhecimento nessa faixa etária. Os dados são bastante válidos, uma vez que apontam para a grande disparidade entre os idosos residentes em ILPIs e aqueles que vivem na comunidade, quando se comparam as porcentagens de casos de depressão. Por exemplo, entre os residentes da ILPI, 41% dos idosos entrevistados apresentaram um quadro de depressão leve, e 18% apresentaram depressão grave. Já na USF selecionada para a pesquisa, 21,4% apresentaram depressão leve, e 21,4% apresentaram quadro de depressão grave. Com esse levantamento, foi possível constatar que a depressão no paciente idoso ainda é subdiagnosticada, principalmente nas ILPIs, onde a patologia é mais frequente e mais grave. Portanto, este trabalho estabelece-se como um mecanismo de orientação, para familiares e profissionais de saúde, a fim de que reconheçam a possibilidade de depressão nesses pacientes, de modo que sejam encaminhados ao tratamento com especialistas.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos. Depressão. Comunidade. ILPI.

DEPRESSION IN ELDERLY PEOPLE: A CROSS-SECTIONAL STUDY

ABSTRACT

This article aims to explore the rates of depression in elderly people, divided into two groups: residents of an Institution of Long-Staying for Elderly People; and residents of a community served by a Family Health Unit, considering all the features that differentiate them from individuals in other age groups. In both environments, the Geriatric Depression Scale of Yesavage (1983) was used, with 15 questions, in addition to the collect of some data such as age, sex, race, emotional status, number of children and the treatment received. The main focus of the study was the difficulty in diagnosing depression in elderly people, especially because it is a disease of difficult recognition in this age group. The data are quite valid, since they point to the great disparity between elderly people that reside in some institutions and those who live in communities, when comparing the percentages of cases of depression. For example, among the residents of the selected institution, 41% of them had a mild depression and 18% had severe depression. Among the ones who live in the community of the research, 21.4% had mild depression and 21.4% had symptoms of severe depression. With this survey, it was found that depression in elderly people is still underdiagnosed, especially in those institutions, where the pathology is more frequent and more severe. Therefore, this work establishes itself as a mechanism of guidance to families and health professionals in order to recognize the possibility of depression in these patients, so that they are routed to treatment with specialists.

KEYWORDS: Elderly. Depression. Community.

1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema abordado nesta pesquisa é de suma importância, devido ao aumento da expectativa de vida da população brasileira. Segundo dados do IBGE (2002), “nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar quase 13% da população ao final deste período”, e isso exige que estejamos mais bem preparados para tratar esse tipo de paciente. Além disso, muitas vezes, os sinais e sintomas do quadro depressivo em idosos passam despercebidos, pelo próprio paciente, pelos familiares e, inclusive, pelos profissionais da saúde. O quadro clínico dessa patologia é confundido com o próprio envelhecimento, atrasando ou inviabilizando o tratamento que poderia ser imposto, aumentando a morbidade e a mortalidade desses pacientes. Se, de acordo com os dados coletados, a incidência de depressão maior em idosos na comunidade é de 3%, em idosos que moram em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), a incidência aumenta consideravelmente para 10%.

Com a contribuição desta pesquisa, queremos chamar a atenção para as características fundamentais do diagnóstico de estado depressivo na terceira idade, mostrando a incidência da doença, tanto naqueles que vivem em comunidades quanto nos que moram nas ILPIs. Com um diagnóstico correto e um tratamento preciso, conduzido por um profissional clínico, o paciente pode ter uma melhora na qualidade de vida, diminuindo suas chances de morbimortalidade.

É válido ressaltar, contudo, que não se pode confundir “senescênci” – o processo de envelhecimento sadio, comum a todos os indivíduos – com “senilidade” – o envelhecimento acometido por doenças –, pois, em termos de manifestações clínicas de depressão, isso poderia acarretar a falta de tratamento adequado, comprometendo a melhora na qualidade de vida de nossos pacientes.

Mediante o exposto, abre-se espaço, agora, para reflexões em torno da caracterização da depressão, seguida da análise dos dados obtidos ao longo da pesquisa.

¹ Artigo elaborado a partir de pesquisa realizada como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz.

² Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG) – gustavolawin@hotmail.com

³ Professor orientador, docente do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG) – ricardo@fag.edu.br

⁴ Professor coorientador, docente do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG) – marcosqfaria@terra.com.br

A apresentação da pesquisa desenvolvida segue um percurso delineado de modo a facilitar a sua compreensão, de forma efetiva. Para isso, a seguir, é construída a sua fundamentação teórica; são descritos os procedimentos adotados na sua realização; são apresentados e discutidos os dados coletados; e, por fim, são feitas as considerações em torno das conclusões alcançadas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A depressão é a doença psiquiátrica mais comum em idosos. Geralmente, permanece sem diagnóstico e sem tratamento, devido à dificuldade em descobri-la na terceira idade. Ela afeta a qualidade de vida, interfere na economia, com custos diretos e indiretos, e pode levar algumas pessoas a cometerem suicídio.

Com o aumento da idade, há um aumento na prevalência de problemas de saúde típicos do idoso: doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, doenças reumatológicas e alguns transtornos mentais. Um desses problemas é a demência, que afeta aproximadamente 5% dos idosos aos 65 anos de idade e 20% daqueles com 80 anos ou mais. A depressão também é um transtorno mental muito frequente entre esses indivíduos, com variações de 5% e 35%, dependendo da gravidade da depressão. Os distúrbios psiquiátricos interferem de forma negativa na vida dos envolvidos e representa uma das principais áreas de gasto com saúde em países desenvolvidos (ALMEIDA, 1999).

Dentre os indivíduos que vivem em comunidade, com 60 anos ou mais, acredita-se que de 1% a 5% sofram de distimia (um tipo de depressão crônica na qual o paciente tem difícil relacionamento com as outras pessoas, apresenta autoestima baixa e excesso de autocritica, com alguns sintomas da depressão típica) e que de 1% a 5% integrem um quadro de depressão maior (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 2007).

Alguns estudos relatam as porcentagens de idosos acometidos pela depressão em diversos locais. 23% de idosos teriam sintomas depressivos no hospital, sendo que 11,5% teriam depressão maior. Nesses casos, 5,6% seriam constituídos por homens, e 4,7% por mulheres. Já no ambulatório, 10,8% de idosos estariam com sintomas depressivos, e 4,5% com depressão maior. Na casa de repouso, encontram-se 30,5% de pessoas idosas com sintomas depressivos, além de 12,4% com depressão maior (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 1999; HYBELS; BLAZER; PIEPER, 2001).

Em estudos realizados com tomografia computadorizada (TC) em idosos com depressão, podem-se ver alterações cerebrais, como alargamento de ventrículos, lesões de substância branca frontal profunda, regiões periventriculares e gânglios da base na depressão tardia. É possível constatar, também, menor densidade da substância cerebral. Esses achados são relacionados com idosos depressivos com lentificação psicomotora, deficiências cognitivas e alterações em ritmos biológicos. Quanto à gravidade dos sintomas, é maior naqueles com diminuição do fluxo sanguíneo cortical global, principalmente em região frontal, temporal superior e parietal anterior (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 2007).

Com o envelhecimento, ocorrem modificações nos neurotransmissores: a acetilcolina sofre com a diminuição de receptores muscarínicos pós-sinápticos; a dopamina tem uma redução de concentração estriatal; a serotonina tem uma discreta diminuição de receptores 5HT2; e o GABA tem uma diminuição dos receptores benzodiazepínicos. Acredita-se, então, que alterações neurotransmissoras como essas poderiam levar a uma maior dificuldade na manifestação plena da síndrome depressiva, com sintomas depressivos de menor intensidade, dificultando assim o reconhecimento da doença (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 2007).

A depressão em idosos está associada a diversos fatores de risco, relatados em estudos tanto de corte transversal como em estudos prospectivos. Os fatores mais relatados são: sexo feminino; idade; luto; baixa escolaridade e renda; estresse; baixo suporte social; alguns tipos de personalidade; baixa qualidade de vida e condições de saúde; déficits cognitivos; limitação funcional; histórico psiquiátrico e comorbidades psiquiátricas; uso abusivo de álcool; uso de fármacos (digoxina, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio, betabloqueadores); quadros dolorosos; doenças físicas agudas e crônicas (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009).

A depressão é caracterizada como uma síndrome que envolve muitos aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento. Para ser diagnosticado como depressivo, o paciente tem que permanecer em um período mínimo de duas semanas se sentindo triste, melancólico, com sentimento de angústia, ansioso, desanimado e adinâmico. O paciente perde a motivação, nada está bom, parece que nada mais faz sentido, fica pessimista e preocupado. Essas características não só afetam o psicológico como também o sono, o apetite e a disposição física, ou seja, afeta o organismo como um todo. Geralmente, associa-se a doenças clínicas e anormalidades da estrutura e função do cérebro. Caso não seja tratada, a depressão aumenta o risco de morbidade clínica e de mortalidade, principalmente quando se trata de pacientes idosos hospitalizados com enfermidades gerais (MORENO; MORENO, 2008).

Embora seja uma doença psiquiátrica muito comum na população idosa, a depressão muitas vezes não é diagnosticada e, como consequência, não recebe tratamento (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006). Estima-se que de 30% a 50% dos idosos deprimidos permanecem sem diagnóstico e sem tratamento adequado (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 2007). Algumas dificuldades para se chegar ao diagnóstico residem no fato de que se trata de uma síndrome heterogênea tanto quanto à sua causa quanto à resposta ao tratamento (AVILA; BOTINO, 2006). A presença de sintomas atípicos é frequente, atrasando o diagnóstico e o tratamento. Com isso, é fundamental que os profissionais tenham conhecimento das características da depressão no idoso e estejam aptos para fazer uma investigação dos seus

sintomas.

Para auxiliar nesse diagnóstico, são usadas escalas de depressão, colaborando na prática clínica e intervindo de maneira positiva no tratamento (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Essas escalas são importantes, pois, de acordo com alguns autores, mesmo com a alta prevalência de sintomas depressivos, grande parte desses idosos não se enquadra em nenhuma categoria do DSM-IV ou CID-10 (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 2007), atrasando ou subdiagnosticando essa patologia.

Além disso, pacientes idosos negam sintomas depressivos, muitas vezes por sentirem vergonha de serem portadores de uma doença mental, e há um preconceito social, caracterizando depressão como manifestação normal para o gerente.

Principalmente na população idosa, tem-se conhecimento de que os quadros depressivos têm características clínicas peculiares: diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminação sobre o passado, tonturas e perda de energia. Além disso, esses pacientes se queixam de dores crônicas, maior déficit cognitivo, sintomas psicóticos e fadiga, o que se confunde com alterações inerentes ao próprio envelhecimento ou a condições mórbidas associadas. Com isso, o diagnóstico se torna mais complicado na população idosa (GAZALLE; HALLAL; LIMA, 2004). Por fim, a depressão no idoso fica mais difícil de ser diagnosticada, pois ele tende a relatar menos os sintomas psicológicos (humor depressivo e anedonia), queixando-se mais dos sintomas somáticos (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 2007).

Outro achado comum é o isolamento, com diminuição da expectativa de vida, seja pelo suicídio ou por doenças somáticas relacionadas à depressão (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006). Nesse contexto, o suicídio é o pior desfecho de um transtorno depressivo, sendo que em idosos as taxas são mais altas. Apesar de as tentativas não fatais de suicídio serem mais frequentes em jovens, as tentativas completas são mais frequentes em idosos (PEARSON; CONWELL, 1995). Os fatores de risco seriam o isolamento social, tentativas anteriores de suicídio, comportamentos sugestivos de ideação suicida, doenças neurológicas, câncer e dor crônica e falta de vínculos sociais (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 2007).

Os pilares no tratamento da depressão no idoso compreendem as abordagens psicoterápicas, sociais e ocupacionais, bem como os antidepressivos e a eletroconvulsoterapia (ECT) (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 2007). Vários medicamentos podem ser usados, tais como: tricíclicos, inibidores da monoaminaoxidase (IMAO), inibidores seletivos na recaptação de serotonina (ISRS), inibidores seletivos da recaptação da serotonina e noradrenalina, antipsicóticos atípicos, anticonvulsivantes e o lítio. Porém, como já mencionado, devido à dificuldade na obtenção do diagnóstico da depressão no idoso, muitas vezes o tratamento não é realizado (MENON; FREIRIAS; SANCHES, 1998).

A escala mais utilizada no mundo para rastrear depressão em idosos é a Escala de Depressão Geriátrica (EDG)⁵. Trata-se de uma ferramenta desenvolvida somente para esse grupo etário, sendo útil tanto no contexto clínico quanto para a realização de pesquisas. Seu entendimento é simples, com respostas dicotômicas do tipo sim/não, de aplicação rápida e fácil. Estudos apontam que a EDG é um instrumento com boa validade e confiabilidade. A versão original é constituída por 30 itens, porém existe uma versão reduzida dessa escala, organizada a partir de 15 itens. Na comunidade, a utilização dessa escala reduzida mostrou-se viável, quando relacionada com o diagnóstico de depressão maior e em avaliações de teste-reteste (PINHO *et al.*, 2010). Nela, o escore acima de 5 sugere um quadro depressivo, enquanto um resultado maior que 11 é indicativo de depressão grave.

Para este estudo, um dos locais escolhidos para a investigação é caracterizado como uma ILPI. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o conceito de ILPIs é assim delineado: “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania” (ANVISA, 2005). A definição de ILPIs no Brasil ainda não é um consenso. Sua origem está interligada aos asilos, que no começo eram voltados para a população carente, a qual precisava de um lugar para ficar, sendo mantidos pela caridade de cristãos, visto que não havia uma política pública voltada para esse setor. Com isso, pode-se perceber que a falta de recursos financeiros e a falta de moradia estão entre os principais motivos na busca de um asilo. Alguns fatores, como o envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, estão fazendo com que os asilos, além de assistência social, passem a oferecer também uma assistência à saúde, ou seja, muito mais que um abrigo. Com essa mudança, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) sugeriu que seja utilizado o termo Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (CAMARANO; KANSO, 2010).

Nesse tipo de ambiente, os idosos apresentam mais doenças crônicas – como demência, AVC, doença de Parkinson, osteoartrite, osteoporose, alterações visuais e auditivas e incontinências – associadas a problemas sociais e econômicos, levando a uma prevalência maior de depressão. Os pacientes residentes em ILPIs apresentam mais lesões vasculares que são particularmente consideradas fatores de risco (e também de pior prognóstico) para o desenvolvimento de depressão de início tardio. Tanto nos casos de acidentes vasculares cerebrais como nas demências vasculares, a prevalência de depressão é bastante aumentada (até 50% dos casos) (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 2007).

A seguir, são apresentados os procedimentos adotados na realização da pesquisa.

⁵ Geriatric Depression Scale (GDS).

3 MATERIAL E MÉTODO

Em um contato inicial com os indivíduos, foram coletados dados como: idade, sexo, raça, estado emocional, número de filhos, além de se verificar quais estariam recebendo tratamento. Para isso, foi aplicado um questionário, a Escala Geriátrica de Depressão (YESAVAGE, 1983) (ANEXO A), a fim de que os idosos respondessem a algumas perguntas de forma objetiva.

A abordagem aos pacientes realizou-se por meio de questionamentos específicos, voltados, sobretudo, para a identificação dos riscos de depressão aos quais estavam submetidos. Os dados foram coletados de forma oral, sendo apontados, com um “X”, os itens correspondentes na Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage (1983), sugestivos da patologia.

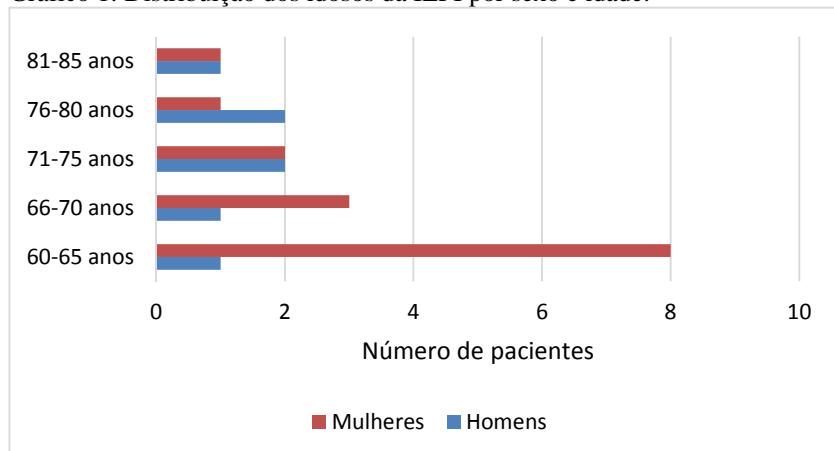
Os pacientes investigados foram contatados a partir de visitas ao Lar dos Idosos Cairbar Schutel, considerado uma ILPI, situado na cidade de Rolândia-PR, e à Unidade de Saúde da Família Canadá, na cidade de Cascavel-PR. Desse modo, foram alcançados os resultados descritos a seguir.

4 RESULTADOS

No total, na ILPI Lar dos Idosos Cairbar Schutel, em Rolândia-PR, havia 30 idosos, mas oito recusaram-se a responder ao questionário ou não conseguiram se expressar de forma clara e objetiva.

De um total de 22 idosos responsivos moradores da ILPI, encontraram-se idades variando de 60 a 85 anos – uma média de 72 anos. Fez-se uma separação de acordo com a idade, o sexo, o número de filhos e quanto ao fato de já terem sido ou não diagnosticados e tratados por depressão. Os dados a que chegamos são apresentados nos gráficos a seguir:

Gráfico 1: Distribuição dos idosos da ILPI por sexo e idade.



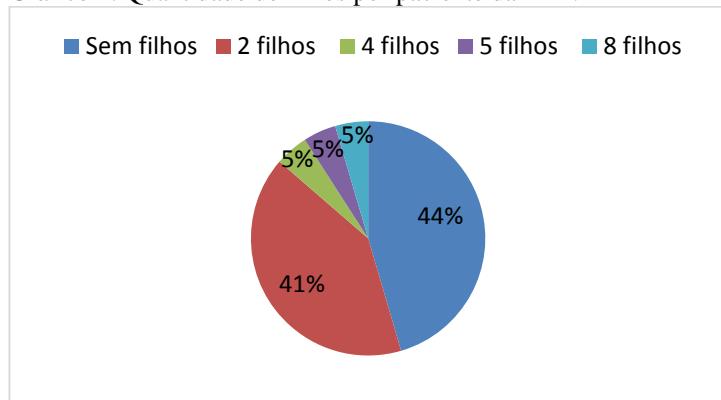
Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme o Gráfico 1, nove idosos estão na faixa de 60 a 65 anos; quatro entre 66 e 70 anos; quatro entre 71 e 75 anos; três entre 76 e 80 anos; e dois entre 81 e 85 anos.

Já na divisão de acordo com o sexo, havia sete homens e 15 mulheres. Distribuindo-os na divisão sexo/idade, obtém-se os seguintes dados: na faixa etária de 60 a 65 anos, oito eram mulheres, com apenas um homem; entre 66 e 70 anos, eram três mulheres e um homem; entre 71 e 75 anos, eram duas mulheres e dois homens; entre 76 e 80 anos, eram dois homens e uma mulher; e na faixa etária de 81 a 85 anos, havia um idoso de cada gênero.

Quanto ao número de filhos, conforme mostra o Gráfico 2, nove dos indivíduos investigados relataram ter dois filhos (41%); um paciente tem quatro filhos (5%); outro tem cinco filhos (5%); outro tem oito filhos (5%); e dez pacientes não têm filhos (44%).

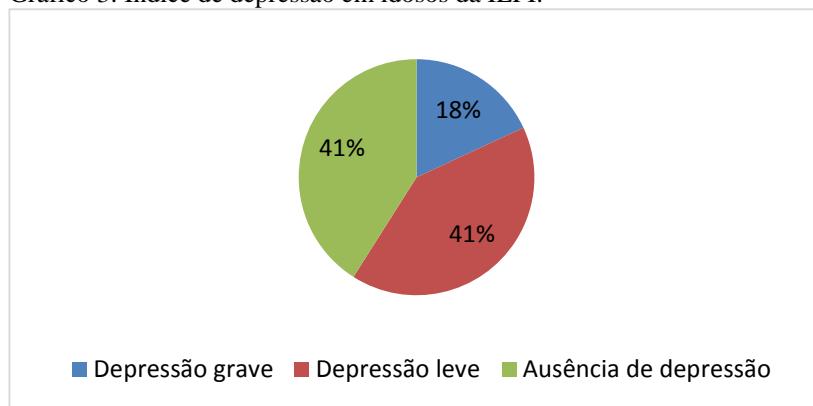
Gráfico 2: Quantidade de filhos por paciente da ILPI.



Fonte: Dados da pesquisa.

Com análise da Escala Geriátrica de Yesavage (1983), chegou-se a alguns resultados:

Gráfico 3: Índice de depressão em idosos da ILPI.

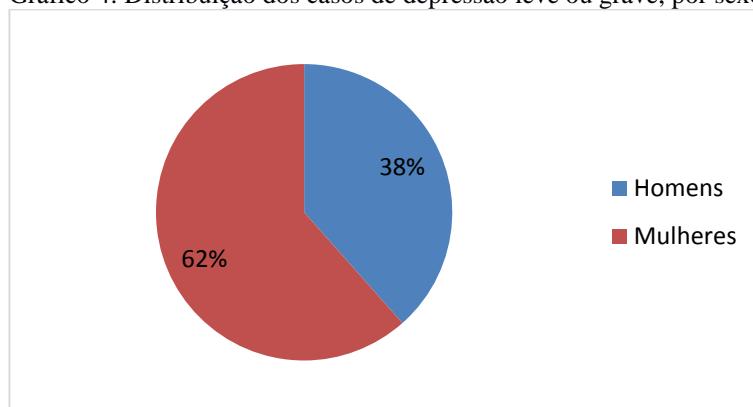


Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme aponta o Gráfico 3, nove pacientes (41%) encontraram-se sem indícios de depressão, dos quais quatro eram mulheres, com média de idade de 73,5 anos, e cinco homens, com média de idade de 66 anos. Outros nove (41%) apresentaram depressão leve, dos quais seis eram mulheres, com média de 66,6 anos, enquanto três eram homens, com média de 73 anos. Por fim, quatro idosos (18%) apresentaram depressão grave, sendo duas mulheres, com média de idade de 63,5 anos, e dois homens, com média de 76 anos.

Somando-se os casos de depressão leve e grave, em um total de 13 indivíduos, 62% eram mulheres e 38% eram homens, como mostra o Gráfico 4, o que evidencia, conforme já salientado, a predominância das ocorrências em pacientes do sexo feminino.

Gráfico 4: Distribuição dos casos de depressão leve ou grave, por sexo, na ILPI.



Fonte: Dados da pesquisa.

Dos que apresentaram depressão leve, quatro não têm filhos, e cinco têm dois filhos ou mais. Entre os que apresentaram depressão grave, todos têm dois filhos.

Por fim, quanto ao tratamento, totalizando 100% dos indivíduos investigados na ILPI, todos os idosos negaram ter sido diagnosticados ou tratados para depressão.

Para a investigação do segundo grupo, os pacientes idosos contatados por intermédio da Unidade Saúde da Família Canadá, em Cascavel-PR, as etapas seguidas foram as mesmas.

Entre eles, havia um total de 28 indivíduos, sendo encontradas idades variando de 62 a 88 anos – uma média de 75 anos. Fez-se uma separação de acordo com a idade, o sexo, o número de filhos e quanto ao fato de já terem sido ou não diagnosticados e tratados para depressão. Os resultados alcançados são apresentados a seguir.

Gráfico 5: Distribuição dos idosos da USF por sexo e idade.



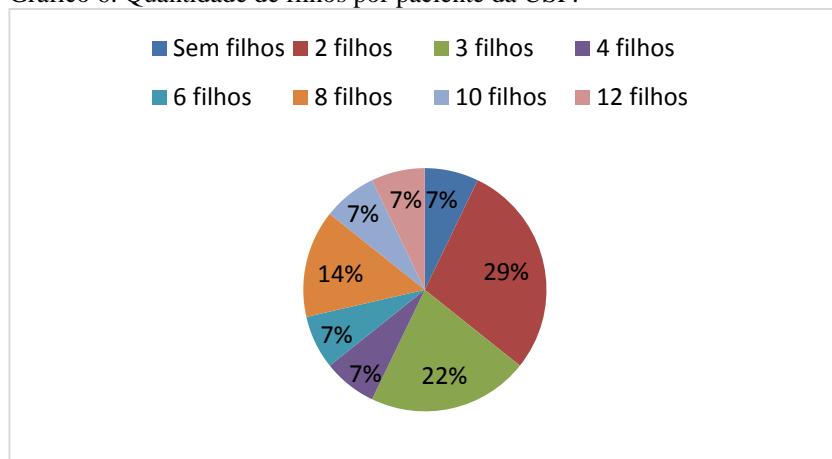
Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com o Gráfico 5, seis idosos estão na faixa de 60 a 65 anos; quatro têm idades entre 66 e 70 anos; seis entre 71 e 75 anos; seis entre 76 e 80 anos; quatro entre 81 e 85 anos; e dois entre 86 e 90 anos.

Já na divisão quanto ao sexo, havia 12 homens e 16 mulheres. Distribuindo-os na divisão sexo/idade, obtém-se os seguintes dados: na faixa etária de 60 a 65 anos, quatro eram mulheres, e dois eram homens; entre 66 e 70 anos, eram duas mulheres e dois homens; entre 71 e 75 anos, todos os idosos eram homens; entre 76 e 80 anos, havia seis mulheres; na faixa etária de 81 a 85 anos, havia dois idosos de cada gênero; e entre 86 e 90 anos, havia apenas duas mulheres.

Quanto ao número de filhos, conforme mostra o Gráfico 6, a seguir, oito dos indivíduos investigados relataram ter dois filhos (29%); seis pacientes têm três filhos (22%); dois têm quatro filhos (7%); outros dois têm seis filhos (7%); quatro deles têm oito filhos (14%); dois têm dez filhos (7%); outros dois têm 12 filhos (7%); e dois pacientes não tiveram filhos (7%).

Gráfico 6: Quantidade de filhos por paciente da USF.



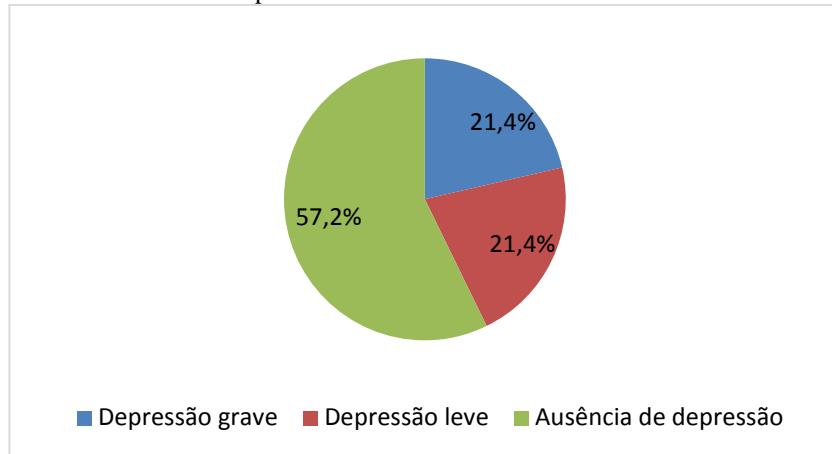
Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a análise da Escala Geriátrica de Yesavage (1983), chegou-se a alguns resultados.

Como é possível observar no Gráfico 7, a seguir, 16 pacientes (57,2%) encontraram-se sem indícios de depressão, dos quais oito eram homens, com média de idade de 68,52 anos, e oito mulheres, com média de idade de 71,75 anos. Além desses, seis idosos (21,4%) apresentaram depressão leve, dos quais eram duas mulheres, com média

de 72 anos, enquanto quatro eram homens, com média de 79 anos. Por fim, outros seis (21,4%) apresentaram depressão grave, sendo todas mulheres, com média de idade de 78 anos.

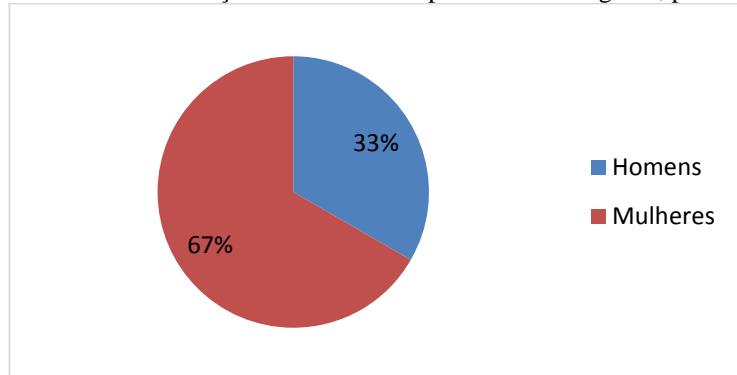
Gráfico 7: Índice de depressão em idosos da USF.



Fonte: Dados da pesquisa.

Somando-se os casos de depressão leve e grave, um total de 12 indivíduos, 67% eram mulheres e 33% eram homens, como mostra o Gráfico 8, tornando evidente, mais uma vez, que os pacientes do sexo feminino são acometidos pela doença na maior parte dos casos.

Gráfico 8: Distribuição dos casos de depressão leve ou grave, por sexo, na USF.

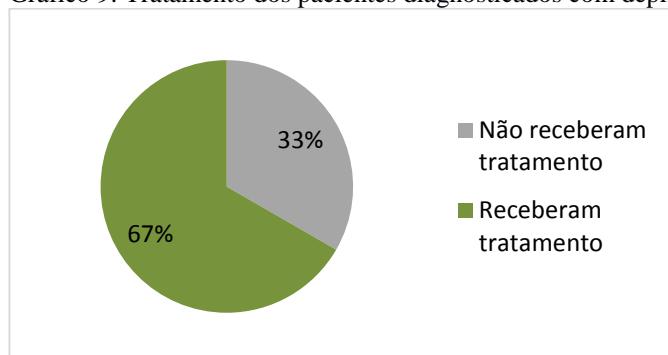


Fonte: Dados da pesquisa.

Entre os que apresentaram depressão leve, todos tinham três filhos ou mais. Dos que apresentaram depressão grave, dois não tiveram filhos, enquanto os demais tinham três ou mais filhos.

Por fim, quanto ao tratamento, entre os indivíduos que apresentaram depressão leve, dois já haviam sido tratados para depressão por um especialista. Dos que apresentaram depressão grave, todos tiveram a doença diagnosticada, sendo quatro tratados pelo clínico, e dois por especialistas. Assim, observa-se o seguinte resultado, no Gráfico 9:

Gráfico 9: Tratamento dos pacientes diagnosticados com depressão na USF.



Fonte: Dados da pesquisa.

A partir disso, constatamos que, aparentemente, os índices de tratamento da depressão são maiores entre os idosos atendidos pela USF, quando comparados aos indivíduos investigados na ILPI, os quais, conforme os dados coletados, não tiveram a doença tratada adequadamente por médicos ou especialistas.

5 DISCUSSÃO

Com a análise dos dados, pudemos observar que a maior porcentagem de idosos acometidos pela depressão é do sexo feminino, podendo atingir o dobro do número de homens com a doença, se visualizarmos os que residem na USF visitada. Outro dado que chamou a atenção foi a constatação de um maior índice de depressão nos pacientes residentes na ILPI investigada.

Entre os que tiveram depressão, também vale salientar que o número de filhos é um fator importante, pois, principalmente naqueles idosos que não vivem na comunidade, a porcentagem de pacientes sem nenhum filho é muito alta (44%), o que demonstra que o abandono desses idosos em instituições de cuidados é um fator agravante da depressão.

Conforme mencionado, a depressão em idosos é de difícil percepção e, muitas vezes, seus sintomas são considerados normais para a idade. Isso está explícito quando 100% dos idosos com depressão na ILPI não foram corretamente diagnosticados, tampouco receberam tratamento especializado para a doença. Esse é um fator que deve ser muito bem esclarecido, de modo que familiares e cuidadores possam procurar um auxílio médico, tratando esses pacientes de forma adequada.

Nos pacientes idosos, encontramos mais apatia, dores crônicas, perda de interesse, anorexia, perda de peso, diminuição de memória e alterações do sono, sintomas muitas vezes confundidos com o próprio envelhecimento.

Alguns autores consideram a depressão no idoso como um pródromo de quadros demenciais, sendo que esses pacientes têm até quatro vezes mais chances de evoluir para uma demência tipo Alzheimer (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 2007).

Por fim, visitando os locais de pesquisa, pudemos constatar, segundo informações dos próprios pacientes, que a depressão interfere muito em suas vidas sociais. Ocorre uma diminuição da saúde física e do nível de atividade, alguns apresentam diminuição cognitiva, queixas somáticas, dificuldades sexuais, diminuição da saúde plena e da independência, gerando, como consequência, o aumento no uso de medicações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação realizada propiciou a elucidação de algumas indagações, as quais nortearam a pesquisa, tais como: Quais idosos são mais acometidos pela depressão, os que vivem em comunidade ou os que residem em ILPIs (instituições de longa permanência para idosos)? Destes, quais estão sendo realmente tratados por depressão?

Constatamos que, de acordo com o estudo, entre os idosos residentes na ILPI, foram somados 59% de quadros de depressão leve e/ou grave. Já nos idosos da USF, esse número foi de 43%. Quanto ao tratamento, dos residentes na ILPI, nenhum paciente havia recebido tratamento para depressão, contrapondo-se aos 67% da USF que haviam recebido tratamento.

Além disso, verificamos que as mulheres foram as mais afetadas: na USF, elas somaram 67%, contra 33% de homens; na ILPI, o percentual foi de 62% de mulheres acometidas pela depressão contra 38% de homens.

Por fim, a hipótese de que os idosos moradores de ILPIs são, normalmente, mais afetados pela depressão pode ser considerada, embora seja necessária uma investigação mais profunda para a sua confirmação. Isso evidencia, portanto, a necessidade de melhores condições para o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento desses pacientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n. 1, p. 12-18, 1999.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [online], v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005.** Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdc/RDC%20N%C2%BA%20283-2005.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2014.

ÁVILA, R.; BOTTINO, C. M. C. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 28, n. 4, p. 316-20, 2006.

BIRRER, R. B.; VEMURI, S. P. Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. **Am Fam Physician**, v. 69, n. 10, p. 2375-2382, May 2004.

BORGES, L. J.; BENEDETTI, T. R.; MAZO, G. Z. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. **J bras psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, 2007.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. Estud. Popul.**, São Paulo, v. 27, n. 1, jan./jun. 2010.

CARDOZO, D. J. R.; DIAS, T. L; MALUF, F. Um estudo sobre depressão no idoso. **Connection Online**, n. 2, p. 51-57, 2007.

FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GAZALLE, F. K.; HALLAL, P. C.; LIMA, M. S. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? **Rev.Bras.Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 145-149, set. 2004.

HYBELS, C. F.; BLAZER, D. G., PIEPER, C. F. Toward a threshold for subthreshold depression: an analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. **Gerontologist**, v. 41, n. 3, p. 357-65, 2001.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 11 set. 2014.

MENON, M. A.; FREIRIAS, A.; SANCHES, M. Tratamento da Depressão no Idoso. **Psychiatry Online Brasil**, v. 3, n. 12, dez. 1998.

MORATO, C. S.; RIBEIRO, I. M.; RIBEIRO, A. C. **A depressão no idoso solitário:** como lidar, um estudo de caso. 2010. Disponível em: <<http://www.atenas.edu.br/faculdade/arquivos/NucleoIniciacaoCiencia/2SEM2010/artigo%201%202%202010.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2014.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H. Antidepressivos tricíclicos. In: CORDÁS, T. A.; MORENO, R. A. **Condutas em Psiquiatria**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

OLIVEIRA, D. A. A. P; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Rev.Saúde Pública[online]**, v. 40, n. 4, p.734-736, 2006.

PEARSON, J. L.; CONWELL, Y. Suicide in late life: challenges and opportunities for research. **International Psychogeriatrics**, v. 7, n. 2, p. 131-6, 1995.

PINHO, M. X.; CUSTODIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 12, n. 1, p. 123-140, 2009.

PINHO, M. X. et al. Confiabilidade e validade da escala de depressão geriátrica em idosos com doença arterial coronariana. **Arq. Bras. Cardiol.** [online], v. 94, n. 5, p. 570-579, abr. 2010.

STELLA, F. et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz**, Rio Claro, v. 8, n.3, p. 91-98, ago./dez. 2002.

STOPPE JUNIOR, Alberto; LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues. **Depressão na Terceira Idade**. São Paulo: Lemos, 1999.

STOPPE JUNIOR, Alberto; LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues. **Transtornos depressivos no idoso**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

WIESE, B. S. Geriatric depression: the use of antidepressants in the elderly. **BCMJ**, v. 53, n. 7, p. 341-347, Sep. 2011.

YESAVAGE, J. A. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiatr Res.**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

ANEXO A

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (YESAVAGE, 1983)

PACIENTE: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

DATA DA AVALIAÇÃO: ___/___/___ AVALIADOR: _____

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 se sente aborrecido com frequência? () Sim () Não
5. Você está 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 a 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 está melhor do que você? () Sim () Não
16. Você já se tratou para depressão? () Sim () Não
17. Tratou com clínico ou especialista? () Sim () Não