

Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão*

Epidemiologic pattern of aging under depression

Lourdes Bernardete Dezordi Conte**
Lúcia Nazareth Amante de Souza***

Resumo

Introdução – Este trabalho teve por objetivo identificar o perfil epidemiológico de uma população idosa, com sinais e sintomas de depressão, na área de abrangência do Programa de Saúde da Família da Policlínica de Campinas, São José, SC. **Material e Métodos** – A pesquisa foi realizada em maio de 2003, através de visitas domiciliares e na instituição "Lar dos Velinhos de Zulma", abrangendo uma amostra de 36 idosos. **Resultados** – Entre os idosos asilados houve um predomínio da faixa etária acima de 80 anos, sendo a maioria do sexo feminino, enquanto na comunidade o número de idosos distribuiu-se de forma homogênea entre as diferentes faixas etárias. As principais doenças encontradas entre os idosos estudados foram: hipertensão, diabetes, doenças reumáticas e acidente vascular cerebral. Em relação aos fatores de risco à depressão, foram observados: abandono familiar, sedentarismo, doenças físicas e perdas de entes queridos. **Conclusão** – Conclui-se que a depressão está presente na população idosa, embora ainda não seja reconhecida como uma doença pela grande maioria das pessoas.

Palavras-chave: Idoso; Depressão; Epidemiologia; Qualidade de vida

Abstract

Introduction – The aim of this work was to identify the epidemiologic pattern of an elderly population, with signs and symptoms of depression in "Programa Saúde da Família" (PSF) from Policlínica de Campinas, São José, SC, Brazil. **Material and Methods** – Data were collected in May, 2003, in the form of home visits in the community as well as visits at the asylum "Lar dos Velinhos de Zulma", including a sample size of 36 elderly individuals. **Results** – The results showed a prevalence of individuals above 80 years old among the elderly refugees, as well as a prevalence of the feminine sex, while in the community the elderly individuals were equally distributed among the age groups. The main diseases found among the studied group were: hypertension, diabetes, rheumatic diseases and cerebral vascular accident. The main causes of depression were: family abandonment, sedentaryism, physical diseases and losses of dear entities. **Conclusion** – Overall, depression is an important disease in elderly population, but such problem is not yet recognised as a disease by the majority of population in present days.

Key words: Aged; Elderly; Depression; Epidemiology; Quality of life

Introdução

A depressão é uma doença que há milhares de anos acompanha a humanidade. Antes mesmo da Era Cristã já havia registros sobre pessoas que sofriam com a depressão, conhecida na época como melancolia. Conforme Cordás⁹ (2002), muitos séculos antes das teorias etiopatológicas em psiquiatria, o ser humano sofria e por vezes, acabava desistindo da vida em função do aparecimento dessa doença.

O mais importante fator desencadeante da depressão é a perda de algo muito valioso, portanto o idoso passa a ser mais propenso a desencadear esta patologia, uma vez que se depara frequentemente com perdas e mudanças em sua vida⁴.

Segundo a OMS⁵ (2002) a depressão é o quinto problema de saúde pública mundial. Calcula-se que 15% das

pessoas foram, são ou serão atingidas por este mal em todo o mundo. Também, segundo Papalia⁶ (2002), depois dos distúrbios cardiovasculares a depressão será no futuro a doença que mais afetará a vida útil da humanidade.

De acordo com Snowdon⁸ (2002) sintomas depressivos são altamente prevalentes em fases tardias da idade das pessoas. A maioria dos estudos de prevalência de transtornos depressivos entre idosos (não limitados à depressão maior) que requerem intervenção clínica indica que mais de 10% dos idosos apresentam quadros depressivos e pelo menos 20% destes em condições crônicas sofrem de transtornos depressivos o que origina um prognóstico pior para a depressão e para as enfermidades clínicas. A doença física é um dos fatores de risco mais significativos, embora essa associação possa impedir os clínicos de reconhecerem a depressão.

* Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), 2003.

** Professora do Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem e Biomedicina da Universidade Presidente Antonio Carlos (UNIPAC), Uberlândia, MG. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Paulista (UNIP). E-mail: lbdezordi@bol.com.br

*** Professora do Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem da UNISUL. Mestre pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Atualmente, a preocupação com a terceira idade já está entre os principais destaques na nossa sociedade, onde se observam avanços através de pesquisas, congressos de gerontologia, buscando cada vez mais alternativas para a qualidade do envelhecimento.

O objetivo deste estudo foi determinar o perfil epidemiológico dos idosos com sinais e sintomas característicos de depressão atendidos pelo Programa de Saúde da Família da Policlínica de Campinas, município de São José, SC. Desta forma, procurou-se (i) identificar os idosos com sinais e sintomas característicos de depressão, (ii) identificar nesta população os principais fatores de risco à depressão e, (iii) conscientizar a equipe do PSF bem como os familiares dos idosos sobre a importância da depressão.

Material e Métodos

O estudo foi desenvolvido no Programa de Saúde da Família da Policlínica de Campinas, São José, SC. A pesquisa foi realizada através de visitas domiciliares e na instituição "Lar dos Velhinhos de Zulma", no mês de maio de 2003. Empregou-se uma amostra não casual, envolvendo 36 idosos, onde foram considerados os seguintes critérios: 1) ter idade igual ou acima de 60 anos; 2) apresentar determinados sinais e sintomas característicos de depressão como tristeza, desânimo, irritabilidade, diminuição da autoestima, insatisfação com a vida, choro, solidão, incapacidade e ansiedade; e 3) pertencer à área de abrangência do Programa de Saúde da família (PSF) da Policlínica de Campinas, São José, SC.

A técnica para coleta de dados foi através de observação não participante e aplicação de um formulário contendo perguntas objetivas e discursivas. Em cada visita foram coletadas as seguintes informações sobre os participantes: estado civil, sexo, idade, capacidade de desempenhar atividades físicas, capacidade de comunicação, diferentes formas de tratamento, diferenciados diagnósticos, formas de deambulação, fatores de risco para depressão e depoimento segundo quadro depressivo. Os dados foram tabulados e utilizados na construção de histogramas de frequência.

Por ser uma pesquisa que envolveu seres humanos, a mesma foi desenvolvida obedecendo às normas da resolução 196/96, que diz respeito à bioética, autonomia, a não maleficência e a justiça. Além disso, todos os participantes tiveram a livre opção para participar da pesquisa, através do termo de consentimento e livre esclarecimento.

Resultados e Discussão

Distribuição dos idosos por faixa etária e estado civil

Entre os idosos asilados, 57,1% eram do sexo feminino e 42,9% do sexo masculino. Na comunidade, 53,3% eram do sexo masculino e 46,6% do sexo feminino (Gráfico 1). Observou-se que no grupo dos asilados o maior número de idosos estava concentrado na faixa etária acima de 80 anos, com predomínio do sexo feminino, representando 33,3% do total desses idosos. Em segundo lugar apareceram as faixas etárias entre 70 e 80 anos seguidas pelas demais, com distribuição homogênea dos sexos. Já na comunidade, o número de idosos distribuiu-se de forma homogênea entre as faixas etárias, sendo que acima de 80 anos predominou o sexo masculino, com 13,3%. Estes resultados confirmam estudos realizados previamente, os quais têm mostrado um aumento na expectativa de vida da população idosa⁶.

Em relação ao estado civil, o estudo mostrou que 80% dos idosos da comunidade eram casados, 6,6% solteiros e 13,3% eram viúvos (Gráfico 2). Na instituição 57,1% eram viúvos, 28,6% eram solteiros e 14,3% eram separados. Na comunidade não foram encontrados idosos separados ou morando sozinhos; todos moravam com algum familiar, tais como filhos, netos, noras ou genros.

Um estudo semelhante realizado no ano de 1993 mostrou que a grande maioria das mulheres idosas (66%) eram compostas por viúvas, solteiras ou separadas, ao contrário dos homens que, na mesma idade, cerca de 76,3% eram casados⁹. Esta diferença pode estar relacionada ao fato de que os homens casam com maior frequência em relação às mulheres após a juventude, com uma tendência a casarem-se com mulheres mais jovens².

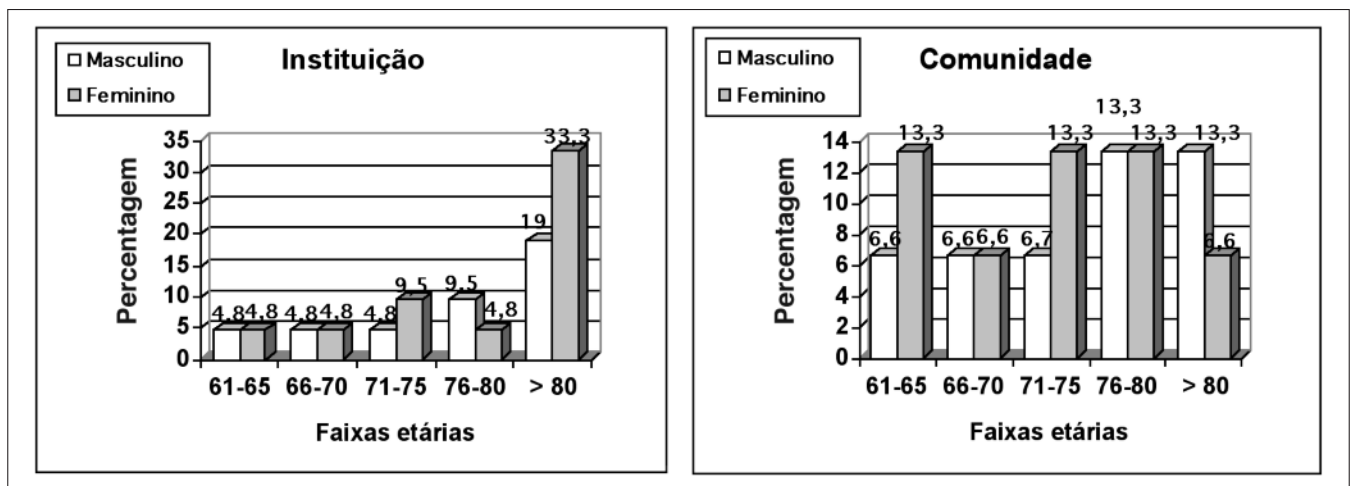


Gráfico 1. Distribuição dos idosos segundo o sexo e a faixa etária. São José, SC, 2009

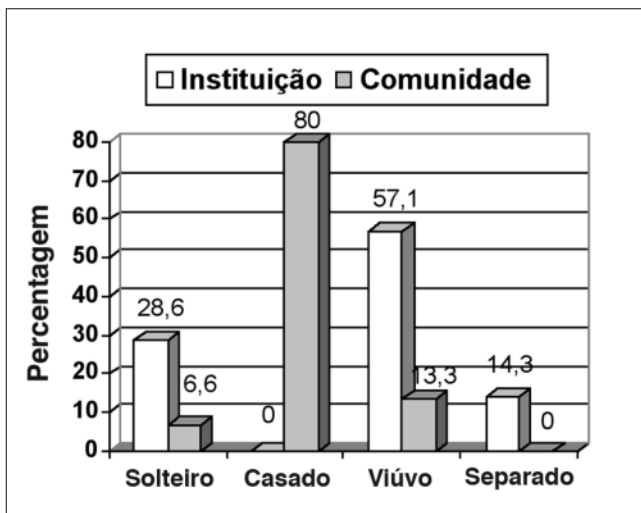


Gráfico 2. Distribuição dos idosos pelo estado civil. São José, SC, 2009

Ainda com relação ao estado civil, um dado surpreendente foi que 80% dos idosos da comunidade ainda eram casados, enquanto no asilo todos os idosos estavam sozinhos. Isso demonstra que morar sozinho ou acompanhado pode ser o resultado de diversos fatores ao longo da vida como, quantidade de filhos, perdas, separações, além de que as diferentes culturas e migrações apresentam diferentes características familiares.

Agravos à saúde

Observou-se entre os idosos asilados que 39% possuíam hipertensão, 23% diabetes, 14,3% AVC, 4,8% depressão, 23,8% doenças reumáticas, 28,6% não possuíam nenhum diagnóstico e 23,8% apresentavam outros diagnósticos (osteoporose, pneumonia, cataratas, labirintite, bronquite e anemia). Na comunidade, 40% dos idosos possuíam hipertensão, 20% diabetes, 20% AVC, 6,6% depressão e doenças reumáticas e 60% outros diagnósticos (insuficiência renal, cegueira, anemia, osteoporose, hipertireoidismo, bronquite, labirintite e cataratas).

Em relação às formas de deambulação dos idosos, os dados revelaram que dos idosos asilados 28,6% deambulavam com ajuda, 71,4% sem ajuda, 19% com muleta e 4,8% somente com cadeira de rodas, sendo que nenhum idoso asilado deambulava com andador. Na comunidade, 13,3% deambulavam utilizando muleta como apoio, 73,3% deambulavam sem ajuda, 13,3% deambulavam somente com cadeira de rodas e nenhum idoso deambulava com andador.

Tanto os idosos asilados quanto os da comunidade possuíam diferenciados diagnósticos de saúde, o que leva a concluir que os idosos estão cada vez mais expostos aos fatores de risco à saúde, tornando-se cada vez mais dependentes de outras pessoas. Com o envelhecimento, o organismo torna-se mais propenso ao aparecimento de doenças, as quais influenciam na capacidade de desempenho das atividades diárias dos idosos. Em um estudo similar desenvolvido pela OMS⁵ (2002), cerca de 49% dos idosos apresentaram artrite, 35% hipertensão e

31% doenças cardíacas. Outras doenças encontradas foram cataratas, sinusites, diabetes, comprometimentos visuais, auditivos e ortopédicos, além das doenças que afetam o sistema nervoso como o Mal de Alzheimer e Mal de Parkinson. No presente trabalho foi constatada uma maior incidência de doenças cardíacas como hipertensão e AVC, além de diabetes e doenças reumáticas.

Com relação ao tratamento de doenças, a farmacoterapia foi apontada como a principal forma de tratamento utilizada pelos idosos. Isso demonstra que o idoso não está procurando formas alternativas para o seu bem-estar e sua saúde, resumindo-se simplesmente nas formas mais práticas e de maior oferta à população.

Hábitos e costumes

No que diz respeito aos hábitos e costumes os dados mostraram que dos idosos asilados, 71,4% não realizavam nenhuma atividade da vida diária, 4,8% realizavam com dificuldade e 23,8% realizavam com facilidade. Na comunidade 60% dos idosos realizavam suas atividades com facilidade, 26,6% com dificuldade e 13,3% não realizavam nenhuma atividade (Gráfico 3). Esses resultados demonstram uma grave situação de sedentarismo entre os idosos asilados e chama a atenção para o fato de que essa situação tende a agravar os problemas de saúde dessas pessoas. Está cada vez mais provado que os idosos necessitam manter suas atividades dentro de seu potencial físico e mental, principalmente atividades nas quais envolvam-se com a sociedade, a fim de que possam usufruir de uma vida mais saudável.

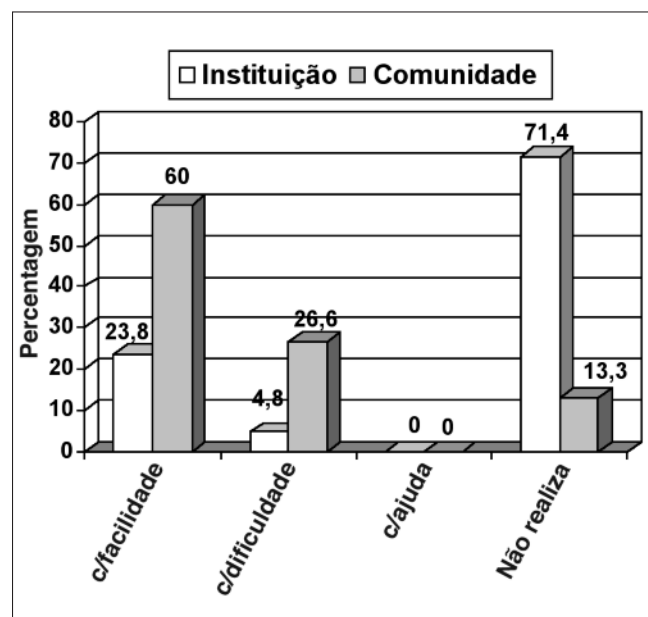


Gráfico 3. Distribuição dos idosos pela capacidade de desempenhar atividades diárias. São José, SC, 2009

O envelhecimento normalmente traz uma redução gradual no envolvimento social e maior preocupação com o indivíduo. Em estudos realizados com idosos de 50 a 90 anos envolvidos com a sociedade, observou-

se que os mesmos apresentavam capacidade cognitiva intacta e alto nível de satisfação; já os idosos não integrados eram desorganizados, com pouco controle sobre suas emoções e tinham problemas de enfrentamento do envelhecer⁶.

No presente estudo, foi observada a capacidade de comunicação dos idosos, mostrando que tanto os idosos da comunidade como os asilados falavam e entendiam o que falavam. Em relação aos outros aspectos, na instituição apenas 52,3% sabiam ler e 38,1% sabiam escrever, enquanto na comunidade 73,3% sabiam ler e escrever. Verificou-se, portanto, que o índice de analfabetismo é maior entre os idosos asilados e este fato pode estar relacionado ao menor nível de renda verificado nesses idosos, considerando que o analfabetismo está mais concentrado nas classes sociais de menor renda.

Diante das transformações que vêm ocorrendo entre a população idosa, observa-se a necessidade de proporcionar maiores oportunidades para que os idosos não se sintam em uma fase de limites, mas sim no início de uma nova etapa em suas vidas⁷. É preciso organizar atividades que possam respeitar as condições físicas e psíquicas de cada um, tornando-os desta forma, sujeitos destaques nesta fase da vida, deixando de existir a solidão, as dificuldades de aceitação e o luto, fatores importantes para o surgimento da depressão nessa fase da vida.

Relatos dos idosos segundo sinais e sintomas de um quadro depressivo

Depoimentos dos idosos segundo sinais de tristeza

Sou triste porque não gosto de estar aqui, eu fazia tricô e crochê, não faço mais, minhas blusas estão [lá] jogadas, não as uso mais (Azaléia – idoso asilado)

Fico triste e desanimada, por ter perdido um filho e o marido (Helicônia – idoso da comunidade).

Depoimentos dos idosos segundo insatisfação com a vida

As pessoas não dão valor [pra] gente, não está fácil, estou muito sozinho, faz falta alguém da família. Tenho muita vontade de voltar [pra] Lages, mas estou muito doente, lá eu era doente, mas pelo menos fazia alguma coisa (Gerânio – idoso asilado)

Como posso estar satisfeita com a vida que tenho? Mas fazer o quê. Tem que levar até que Deus me permita (Onze horas - idoso da comunidade).

Depoimentos dos idosos segundo sinais de desânimo:

Como é que eu posso gostar da vida que tenho. Ninguém vem me ver. (Laélia – idoso asilado)

Pela doença que tenho, começo a lembrar do tempo em que era [novo], fazia comida e trabalhava, agora não posso fazer mais (Jasmim – idoso da comunidade).

Depoimentos dos idosos segundo sinais de choro:

Choro muito, ontem a noite mesmo, tive vontade de pegar uma cordinha e me enforcar (Lírio – idoso asilado)

Choro por lembrar da minha família e meus filhos, me sinto muito sozinha (Madre Silva – idoso da comunidade).

Depoimentos dos idosos segundo sintomas de solidão:

A gente se sente sozinha, por estar longe dos filhos (Dracena – idoso asilado)

Sinto-me sozinho por ter perdido a esposa (Flor de Maio – idoso da comunidade)

A partir destes depoimentos verificou-se que a população idosa estudada apresentou um quadro depressivo significativo. Os maiores índices foram encontrados entre os idosos asilados, sendo que a comunidade também apresentou um quadro depressivo importante. Conforme Ballone¹ (2009), a prevalência de depressão nos idosos de um modo geral oscila entre 10% e 27%. Já nos pacientes asilados a taxa de prevalência de depressão é de 25% a 80%, sendo que em idosos portadores de doenças crônicas e demências a prevalência varia muito, podendo chegar até 86%.

Principais fatores de risco para a depressão na população estudada

Verificou-se através do estudo realizado que os principais fatores de risco para a depressão, para os quais a população estudada estava exposta, foram:

a) Abandono familiar: a maioria dos idosos asilados relatou sentir saudades de seus familiares tendo em vista não receberem visitas dos mesmos. Dentre os idosos da comunidade, mesmo aqueles que moram com seus familiares acabam ficando sozinhos, pois seus familiares necessitam trabalhar e estão ocupados com suas atividades. Em ambos os casos, os idosos revelaram sentimentos de solidão, conforme os depoimentos:

Choro por saudade dos netos e filhos. (Cravo)

Sinto muita saudade da minha família, ontem no dia das mães ninguém veio [me] ver, nem me ligaram. (Bromélia)

b) Sedentarismo: O sedentarismo parece representar um fator importante para a depressão nesta população, uma vez que a maioria dos idosos não possuía nenhum tipo de lazer. Na instituição somente 28,5% possuíam alguma forma de lazer e na comunidade somente 13,3% dos idosos relataram ter algum tipo de lazer. Por outro lado, uma parcela de idosos realizava alguma atividade, porém tarefas que geralmente não lhes traziam satisfação, conforme os relatos descritos:

Gostaria de ter a vida que tinha antes, trabalhava o dia todo, tranquilo, sossegado e andava a cavalo. (Alamanda)

Eu fico satisfeito não por hoje, mas pela minha mocidade, fui muito feliz, jogava muito futebol e dançava, tive uma mocidade muito boa. (Violeta)

c) Doenças físicas: As doenças físicas foram encontradas com menor frequência em relação aos fatores de risco mencionados anteriormente, mas também estavam presentes nesta população. Um dado importante refere-se ao fato de se observar casais na comunidade onde ambos, marido e mulher, eram depressivos. Neste caso, a depressão do casal de idosos manifestava-se a partir do surgimento de uma doença física em um dos cônjuges, conforme relatos:

Não me sinto bem por o marido estar com AVC, não posso sair de casa, eu gostava muito de sair e ir aos grupos de idosos e passear, depois que ele ficou assim não é mais tão fácil. (Begônia)

Já me senti mais satisfeito, estou cheio de doenças, de problemas, ganho pouco e é tudo apertado. Tenho vontade de ver as pessoas, de conversar mas estou cego, quando vou à hemodiálise, apesar de estar na agulha e na cadeira, me sinto melhor, porque lá eles conversam com a gente. Quem mais me ajuda é minha mulher, não me sinto desprezado pela família, mas a gente que é velho e ainda cego, sinto saudade de quando eu enxergava, eu tinha moto, andava e fazia caldo de cana. (Girassol)

d) Perdas de entes queridos: Este dado apresentou-se com menor frequência, mas que também está presente na população estudada, conforme os relatos:

Perdendo uma filha jovem é como se perdesse um pedaço da gente, minha filha deixou três filhos jovens. (Petúnia)

Às vezes, penso que estou aqui só para atrapalhar a vida de meus filhos. Quando perdi o meu marido não foi fácil, até que Deus me determinou, tenho uma filha que vale ouro. Tenho que me conformar. (Margarida)

e) Fatores econômicos: Os fatores econômicos tiveram pouca participação entre os fatores de risco, especialmente entre os idosos da comunidade, tendo em vista que a maior parte desses idosos pertencia à classe média. No entanto, entre os idosos asilados a situação econômica inferior representou um fator de risco significativo para a depressão. O baixo nível de renda nesta população provoca lembranças de um passado com melhores condições econômicas, ou seja, possibilidades de trabalho e melhor conforto, conforme os relatos seguintes:

Choro por me lembrar dos parentes, sinto muita saudade do passado, do trabalho que fazia, dos bordados e crivo. Minha casa era na Agrônômica, minha casinha caiu e eu doei o terreno. (Calêndula)

O que eu queria era que minha vida fosse melhor, ter saúde, eu gostava de sair, passear, estou muito doente. Se eu tivesse saúde e condições, gostaria de ficar na mi-

nha casa, de morar com meu irmão, mas não tenho, tenho que me conformar. (Camélia)

Percebe-se desta forma que a população idosa está sujeita a determinados fatores de risco que levam à depressão e que acabam impossibilitando as pessoas de terem uma melhor qualidade de vida, favorecendo o isolamento da sociedade e o comodismo por parte de alguns, muitas vezes por pensar que nesta idade não necessitam mais contribuir para o meio em que vivem. Quando a depressão se manifesta na terceira idade, geralmente está relacionada a fatores ambientais ou biológicos, relacionados com o processo do envelhecimento, levando-se em consideração também as questões sociais, como ordem econômica, diminuição do espaço sociocultural e o abandono familiar¹.

Conclusões

Este estudo possibilitou a identificação dos principais problemas enfrentados pela população idosa, as dificuldades com o envelhecimento e as marcas deixadas pelas diferentes fases da vida que se refletem hoje na velhice.

Diante disso, questiona-se o envelhecer e a qualidade deste envelhecer e como a sociedade deve se organizar para oportunizar melhores condições de vida para estas pessoas, principalmente quando se trata do preconceito que ainda existe em relação à idade. Certos conceitos do envelhecer necessitam ser reavaliados, especialmente aqueles que consideram o idoso um empecilho para a sociedade. A partir do momento em que esses conceitos forem quebrados e a sociedade passar a aceitar o idoso como ele é, certamente esta sociedade terá uma visão diferente sobre a terceira idade, percebendo que em determinadas situações o idoso apresenta mais capacidade de enfrentamento, uma vez que ele acumula sabedoria e experiência colhidas no percurso de sua vida.

Percebeu-se na população estudada a falta de apoio familiar e socioeconômico que são fundamentais para um envelhecimento tranquilo. Mais agravante ainda é a situação dos asilados que estão carentes de atenção, principalmente dos familiares. Verificou-se que a depressão está presente nesta população, manifestada por inúmeros fatores, sejam eles perdas, abandonos e limitações físicas.

Apesar de a depressão ser reconhecida como um grande problema de saúde pública, na população estudada verificou-se que as pessoas vítimas desta doença acabam não recebendo a atenção necessária. Esta situação torna-se mais agravante pelo fato de a depressão não ser um marcador do PSF e pela sobrecarga de atividades dos profissionais de saúde, os quais procuram voltar sua atenção para as áreas mais carentes.

A depressão é uma doença que necessita de um acompanhamento adequado, tratamento especializado e ajuda, mas em determinada fase depressiva, um contato físico, alguns momentos de atenção e saber ouvir torna-se suficiente para o idoso compreender a depressão, conhecer e corrigir os pensamentos negativos, pois muitos dos idosos não admitem ser depressivos e muitas vezes não aceitam que outras pessoas reconheçam sua doença e que precisam de ajuda.

Conclui-se desta forma que a população idosa necessita de maior atenção, especialmente no que se refere aos problemas relacionados à saúde mental, uma vez que a

sociedade não está completamente preparada para enfrentar o crescimento significativo desta faixa etária que vem ocorrendo nos últimos anos.

Referências

1. Ballone GJ. Depressão no idoso/Psiquiatria Geral [Base de dados da Internet]. [atualizado em 2009; acesso 30 de jun de 2009]. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=124>
2. Chamowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Post-Graduate do Brasil; 1998.
3. Cordás TA. Depressão da bile negra aos neurotransmissores: uma introdução histórica. Rio de Janeiro: Lemos; 2002.
4. D'Andrea FF. Transtornos psiquiátricos do adulto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil; 1988.
5. Organização Mundial da Saúde. Informação epidemiológica. Genebra; 2002.
6. Papalia DE, Olds SW. O desenvolvimento humano. 7a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
7. Ricartes SP, Holsbach MLCG. A contribuição da terapia ocupacional no tratamento da depressão na terceira idade. Rev Multitemas. 2001;21(2):37-44.
8. Snowdon J. Qual a prevalência de depressão na terceira idade? Rev Bras Psiquiatr. 2002;1(24):42-7.
9. Santos SRD, Santos IBDC, Fernandes MDGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagem. Rev Latinoam Enferm. 2002;10(6):757-64.

Recebido em 17/3/2009

Aceito em 25/8/2009