



# PSICOLOGIA

FAEF - Garça

## Revista Eletrônica Científica

### VELHICE: DEPRESSÃO E OUTRAS COMORBIDADES

ALVES, Edvaldo Moreira Junior 1

FERNANDES, Elizabeti Cristina Pires 2

LEITE, Juliana Teixeira 3

JUSTINO, Yagda Aparecida de Campos 4

MOREIRA, Simone Alves Cotrin - Orientadora 5

#### RESUMO

Este artigo tem por objetivo estabelecer relações entre velhice e o conceito de depressão, velhice e demais comorbidades, indicando como as doenças relacionadas à velhice podem desencadear um quadro de depressão, e que a mesma também pode surgir devido a problemas emocionais, como a perda do companheiro, aposentadoria, abandono familiar, social, entre outros. Refletiremos também como se dá o diagnóstico de depressão, quais são as comorbidades crônicas mais conhecidas e a importância dos médicos no momento de diagnosticar e tratar o idoso, tendo este uma visão integral do indivíduo, dando atenção às doenças que interagem entre si.

Palavras-chave: Depressão. Velhice. Comorbidades. Diagnóstico.

#### ABSTRACT

This article aims to establish links between the concept of depression, age and other comorbidities, indicating how the diseases of old age can trigger a depression symptom, and that it can also arise due to emotional problems such as loss of companion, retirement, family abandonment, social, among others. We reflect also how is the diagnosis of depression, what are the best known

1 Acadêmico do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde – FASU – Garça/SP

e-mail: [edvaldojr1234@hotmail.com](mailto:edvaldojr1234@hotmail.com) RA: 50563

2 Acadêmica do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde – FASU – Garça/SP

[elizabeti\\_fernandes@hotmail.com](mailto:elizabeti_fernandes@hotmail.com) RA: 50583

3 Acadêmica do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde – FASU – Garça/SP

e-mail: [juli-tex@hotmail.com](mailto:juli-tex@hotmail.com) RA: 50579

4 Acadêmica do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde – FASU – Garça/SP

e-mail: [yah\\_campos@hotmail.com](mailto:yah_campos@hotmail.com) RA: 50555

5 Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde de Garça

e-mail: [saudemental.smhs@terra.com.br](mailto:saudemental.smhs@terra.com.br)

chronic comorbidities and the importance of physicians in time to diagnose and treat the elderly, the latter an integral vision of the individual, paying attention to diseases that interact.  
Keywords: Depression. Old age. Comorbidities. Diagnosis.

## 1. INTRODUÇÃO

O aumento progressivo na expectativa de vida implica aumento da morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis que, muitas vezes, são incapacitantes e que são determinantes da maior parte dos gastos com a saúde nos países desenvolvidos. A depressão na população idosa, por exemplo, é um importante problema de saúde pública em virtude de sua alta prevalência, frequentemente associado às doenças crônicas, impacto negativo na qualidade de vida e risco de suicídio (DUARTE; REGO, 2007).

Segundo Del Porto (1999), o termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s). Os sentimentos de tristeza e alegria colorem o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades.

No idoso, a depressão tem sido caracterizada como uma síndrome que envolve inúmeros aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento. Quando de início tardio, frequentemente associa-se a doenças clínicas gerais, e a anormalidades estruturais e funcionais do cérebro. Se não tratada, a depressão aumenta o risco de morbidade clínica e de mortalidade, principalmente, em idosos hospitalizados com enfermidades gerais. As causas de depressão no idoso configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes em que atuam fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros. Cabe ressaltar que a depressão no idoso, frequentemente, surge em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves. (FLORINDO et al; 2002).

Enquanto *sintoma*, a depressão pode surgir-nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Enquanto *síndrome*, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite). Finalmente, enquanto *doença*, a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: transtorno depressivo maior,

melancolia, distimia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotimia, etc. (DEL PORTO, 1999, p. 06).

Através da pesquisa bibliográfica, procuraremos, a partir daqui, estabelecer a relação pretendida entre velhice, depressão e outras comorbidades.

## **2. DEPRESSÃO E COMORBIDADES CRÔNICAS EM IDOSOS**

A depressão constitui enfermidade mental frequente no idoso, comprometendo intensamente sua qualidade de vida, sendo considerada fator de risco para processos demências. É uma condição que coloca em risco a vida, sobretudo daqueles que têm alguma doença crônico-degenerativa ou incapacitante, pois há uma influência recíproca na evolução clínica do paciente (FLORINDO et al; 2002).

Pacheco (2002, apud FLORINDO et al; 2002) destacam que enfermidades crônicas e incapacitantes constituem fatores de risco para depressão. Sentimentos de frustração perante os anseios de vida não realizados e a própria história do sujeito marcada por perdas progressivas - do companheiro, dos laços afetivos e da capacidade de trabalho - bem como o abandono, o isolamento social, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social do investimento escolar, a aposentadoria que mina os recursos mínimos de sobrevivência, são fatores que comprometem a qualidade de vida e predisõem o idoso ao desenvolvimento de depressão.

Carneiro e Oliveira (2009) ressaltam que quando os idosos se aposentam, é comum se sentirem inúteis, sem rotina diária, improdutivos, ou ainda, menos ainda estão contribuindo com seu trabalho, influenciando negativamente na sua saúde emocional.

Assim, o paciente idoso, cuja depressão tenha tido início em épocas remotas de sua vida e se prolongado na velhice, tende a apresentar componente genético significativo. Por outro lado, naquele cuja depressão tenha iniciado após os 65 anos, a interferência genética tende a ser menos intensa e os fenômenos neurobiológicos tendem a ser mais importantes (FLORINDO et al; 2002).

Carneiro e Oliveira (2009) ressaltam que os indivíduos constroem sua identidade tendo como referencia a ocupação ou papel profissional, assim a perda deste papel e a concomitante perda da identidade gerariam estresse, ansiedade e predisposição a depressão. A demência no idoso pode vir a ser confundida com a depressão, pois nos dois casos, a doença ocorre por causa do avanço da idade.

Segundo Duarte e Rego (2007), a comorbidade entre doenças físicas e mentais é de grande interesse, sendo geralmente aceito que a presença de uma patologia orgânica aumenta o risco de transtornos psiquiátricos. Doenças clínicas podem contribuir para a patogênese da depressão através de efeitos diretos na função cerebral ou através de efeitos psicológicos ou psicossociais.

O fato de uma depressão exigir ou não tratamento depende de sua gravidade e do grau de incapacidade provocado por ela. Não há definições rígidas e fixas para essas designações. Se você se sente deprimido por uma razão óbvia, e seus sintomas persistem por semanas, um antidepressivo brando, muitas vezes, pode ajudar. Se você continuar deprimido por mais de dois meses, ou se sua depressão vai e vem, é possível que você precise de tratamento por tempo indeterminado (CARNEIRO; OLIVEIRA, 2009).

Abaixo temos alguns sintomas que podem indicar um possível diagnóstico de depressão, segundo Carneiro e Oliveira, (2009):

Tristeza ou ansiedade continuado; dificuldades de concentração ou de tomar decisões, como que vestir ou comprar; falta de interesse nas atividades que antes eram importantes e davam prazer; falta de interesse por sexo, após de uma vida inteira de forte libido; irritabilidade e alterações da personalidade; choro excessivo; mudanças nos hábitos de sono; sentimentos de desesperanças, e falta de valor ou culpa; incapacidade de funcionar no trabalho ou em casa; uma pessoa deprimida que não ouve bem e tem a visão fraca pode torna-se paranóica, sentir-se perseguida e acreditar que há uma conspiração contra ela; fadiga crônica e falta de energia; dores e problemas inexplicados, e principalmente dor de cabeça, prisão de ventre e perda de peso; alterações do apetite; pensamentos de morte ou suicídio; perda de memória.

Existem diferenças entre um quadro de depressão e demência. Carneiro e Oliveira (2009) afirmam que a depressão causa alterações no comportamento como tristeza, insônia, falta de energia, falta de motivação, irritabilidade, desânimo, baixa auto-estima sentimentos de abandono e inutilidade, delírios, alucinações e mais dependência dos familiares. Mas, a diferença principal entre depressão e demência é que na depressão os problemas são percebidos de maneira mais rápida, pois os déficits são mais acentuados. Já na demência, essas perdas são mais lentas e progressivas.

Irigaray e Schneider (2008) ressaltam que, na velhice, os traços de personalidade seriam modificáveis, principalmente porque nessa fase de vida as pessoas têm maior probabilidade de serem confrontadas com eventos de vida estressantes que requerem adaptação. Embora muitos indivíduos possam manter a personalidade estável sob circunstâncias de vida normais, infere-se que, diante de situações mais complexas, a personalidade mudaria para se adaptar às transformações da vida.

Duarte e Rego (2007) chamam a atenção para a presença de depressão em idosos portadores de doenças crônicas, os quais muitas vezes não são atendidos por geriatras nem por psiquiatras, profissionais obviamente treinados para a investigação da sintomatologia depressiva. O envelhecimento populacional fará com que os médicos e profissionais de saúde, independentemente de sua especialidade, lidem cada vez mais com pacientes idosos. Eles estudaram 14 doenças clínicas, cujos critérios diagnósticos foram os seguintes:

a) hipertensão arterial: pressão sistólica  $\geq 140$ mmHg e/ou pressão diastólica  $\geq 90$ mmHg, aferida em duas ocasiões; ou uso atual de anti-hipertensivos;

b) diabetes mellitus: glicemia de jejum  $\geq 126$ mg/dl (em mais de uma ocasião) ou curva glicêmica maior que 200mg/dl (em dois momentos); ou uso atual de hipoglicemiantes;

c) acidente vascular cerebral (AVC): relato de AVC prévio, objetivamente comprovado por exame físico, exame de imagem ou relatório de alta hospitalar;

d) osteoartrose: presença de manifestações clínicas da doença (artralgia, deformidade articular e limitação funcional);

e) incontinência urinária: perda involuntária de qualquer quantidade de urina;

f) obstipação intestinal: frequência menor que três evacuações por semana;

g) doença de Parkinson: presença de dois sinais da tétrede clássica (tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e instabilidade postural), sendo o diagnóstico firmado pelo Núcleo de Apoio ao Paciente com Parkinson (NAPP) do mesmo ambulatório;

h) dislipidemia: colesterol total  $\geq 240$ mg/dl, colesterol-LDL  $\geq 160$  e/ou triglicérides  $\geq 200$ mg/dl;

i) instabilidade postural: relato de quedas frequentes e/ou instabilidade postural comprovada ao exame físico;

j) cardiopatias: relato de cardiopatia, objetivamente comprovado por exame físico, laudos de exames ou relatório médico;

k) demência: comprometimento da memória associado a déficit de outra função cognitiva, com prejuízo funcional e social, não caracterizado como delirium;

l) doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): sinais clínicos e/ou exames complementares compatíveis com bronquite crônica, enfisema pulmonar ou asma;

m) hipotireoidismo: níveis de TSH acima dos valores de referência;

n) câncer: diagnóstico atual ou história prévia de neoplasia, objetivamente comprovado por laudo de exames complementares e/ou relatório médico.

A Geriatria, por trabalhar com a abordagem multidimensional e, na maioria das vezes, com equipe multidisciplinar, é possivelmente a especialidade clínica que mais se preocupa com a investigação da sintomatologia depressiva. Na prática, o idoso, que na maioria das vezes é portador de múltiplas patologias crônicas, termina sendo avaliado por diversos especialistas; e estes, focados no seu alvo de abordagem, perdem a visão integral do indivíduo, deixando de diagnosticar e tratar doenças que interagem entre si, com efeitos deletérios sobre a saúde e a qualidade de vida dos seus pacientes. A depressão é uma doença, e não uma manifestação do envelhecimento fisiológico; portanto, necessita ser diagnosticada e tratada. (DUARTE; REGO, 2007)

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o presente trabalho, ressaltou-se importância da abordagem multidimensional do idoso, considerando que a comorbidade nessa população é mais a regra do que a exceção, e que a associação entre depressão e doença clínica poderá oferecer dificuldades tanto no diagnóstico, como no manejo de ambas. O idoso assim como qualquer outra pessoa, deve ser tratado com respeito e muita atenção, tem direito à vida e à saúde, e na maioria das vezes é portador de múltiplas patologias inclusive a depressão.

Devemos ter em mente que a depressão é uma doença e, como tal, tem tratamento e cura. Muitas vezes supomos que é natural os velhos serem tristes e apáticos devido à idade, o que nos impede de tratarmos este estado afetivo, deixando assim muitos idosos passarem seus “últimos dias” numa dor emocional desnecessária. Não é possível curar alguém do envelhecimento, pois faz parte de

nossa vida. Envelhecer não é adoecer, porém, podemos tomar medidas para evitar ou retardar o aparecimento de doenças e assim acrescentar uma melhor qualidade de vida. Devemos zelar hoje pelo bem - estar físico, mental, social e espiritual de nossos idosos, pois amanhã nossos filhos e netos zelarão pelo nosso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARNEIRO, Fernanda Cristina; OLIVEIRA Andréa Bandeira de. **A depressão como cano de escape na terceira idade.** Rev. electrón. psicol. polít. (Enlínea) v.7 n.20 San Luis ago. 2009  
[http://pepsic.bvs-psi.org.br/sciel.php?script=sci\\_arttext&pid=S1669-35822009000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/sciel.php?script=sci_arttext&pid=S1669-35822009000200004&lng=pt&nrm=iso)

DEL PORTO, José Alberto. **Conceito e diagnóstico.** Rev Bras Psiquiatr. Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo. Depressão - vl. 21 - maio 1999, p. 06-11

DUARTE, Meirelayne Borges; REGO, Marco Antônio Vasconcelos. **Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vl.23, n.3, pp. 691-700. ISSN 0102-311X. doi:10.1590/S0102-311X2007000300027.

FLORINDO, Stella; SEBASTIÃO, Gobj; CORAZZA, Danilla Icassatti, COSTA, José Luiz Riani . **Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física** Motriz, *Rio Claro,Ago/Dez 2002, Vl.8 n.3, p. 91-98.*  
<http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/08n3/Stela.pdf>.

IRIGARAY, Tatiana Quarti; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto **Características de personalidade e depressão em idosas da Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS).** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS 20-03-07 (Artigo) <http://www.revistapsiqrs.org.br/administracao/arquivos/29-02-08.pdf>

SOUZA, Emiliane Nogueira de; LAGO, Salete Bagiotto. **Educação para a saúde na terceira idade: relato de experiência.** *Estud. interdiscip. envelhec., Porto Alegre, v. 4, p. 125-133, 2002.*