

PREVALÊNCIA E DETERMINANTES DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

PREVALENCE AND DETERMINANT OF DEPRESSION SYMPTOMS IN AGED PEOPLE ATTENDED IN PRIMARY HEALTH ATTENTION

PREVALENCIA Y DETERMINANTES DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ANCIANOS ATENDIDOS EN EL NÚCLEO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

MARIA DAS GRAÇAS MELO FERNANDES¹

NEILCE FALCÃO DE SOUZA NASCIMENTO²

KÁTIA NÉYLA DE FREITAS MACÊDO COSTA³

Este estudo exploratório teve como objetivo identificar a prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. Sua efetividade se deu numa Unidade de Saúde da Família do município de João Pessoa – PB, no período de fevereiro a junho de 2006, envolvendo uma população de 91 idosos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, utilizando-se instrumento estruturado. As informações empíricas foram analisadas quantitativamente. Os resultados apontam uma prevalência de sintomas depressivos entre 52% dos idosos pesquisados. Quanto aos determinantes, observamos dados consensuais com a literatura pertinente, destacando-se múltiplos eventos etiológicos. No referente aos fatores biológicos, verificamos idade avançada, sexo feminino, presença de doenças físicas e uso de medicamentos. Entre os eventos psicossociais precipitadores de sintomas de depressão no grupo investigado, observamos baixo nível de renda e de escolaridade, déficit de suporte social e perda de parente, especialmente do cônjuge.

DESCRIPTORIOS: Idoso; Depressão; Enfermagem; Saúde do Idoso.

This exploratory study aims to identify the prevalence and determinant of depression symptoms in aged people attended in primary health attention. Its effectiveness was in a Family Health Unit in the city of João Pessoa – PB, from February to June of 2006, involving a population of 91 aged people. The collection of data was accomplished by an interview, with the use of a structured instrument. The empirical information was quantitative analyses. The results point to a prevalence of depression between 52% of the researched aged people. Taking into consideration the determinant, we observed similar data with the pertinent literature, with multiple etiological events standing out. As far as the biological factors are concerned, we verified old age, feminine gender, and presence of physical diseases and use of medicine. Between the psychological and social events starters of depression in the investigated group, we observed low level of rent and schooling, deficit of the social support and loss of a relative, especially of the partner.

DESCRIPTORS: Elderly; Depression; Nursing; Health of the Elderly.

El propósito de este estudio exploratorio fue identificar la prevalencia y determinantes de síntomas depresivos en ancianos atendidos en el núcleo de atención primaria de salud. Se concretizó en una Unidad de Salud de la Familia del municipio de João Pessoa – PB, en el período de febrero a junio de 2006, abarcando una población de 91 ancianos. La recogida de datos fue realizada a través de entrevista, utilizando instrumento estructurado. Las informaciones empíricas fueron analizadas cuantitativamente. Los resultados registran una prevalencia de síntomas depresivos entre el 52% de los ancianos investigados. En cuanto a los determinantes, observamos datos consensuales con la literatura pertinente, destacándose múltiples eventos etiológicos. En lo referente a los factores biológicos verificamos edad avanzada, sexo femenino, presencia de enfermedades físicas y uso de medicamentos. Entre los eventos psicosociales anticipadores de síntomas de depresión en el grupo investigado, observamos bajo nivel de renta y de escolaridad, déficit de soporte social y pérdida de pariente, especialmente del cónyuge.

DESCRIPTORES: Anciano; Depresión; Enfermería; Salud del anciano.

¹ Enfermeira. Doutora em Sociologia. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Rua Eng. Normando Gomes de Araújo, 132. Bairro-Bessa. CEP: 58037-125. João Pessoa- PB/Brasil. E-mail: graacafernandes@hotmail.com

² Enfermeira da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa-PB. Especialista em Saúde da Família, Brasil. E-mail: neilce_falcao@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB/ Brasil. E-mail: katianeyla@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A depressão constitui-se em uma condição psiquiátrica que abrange sintomas psicológicos, comportamentais e físicos, podendo haver variações conforme a fase da vida da pessoa que é por ela acometida, sendo um importante problema de saúde pública, especialmente por compreender uma relevante causa de incapacidade, acarretando elevados custos ao indivíduo, à família e à coletividade⁽¹⁾.

A literatura descreve elevados índices de prevalência de transtorno depressivo na população idosa, ressaltando a possibilidade de variações, dependendo de características da população estudada e do instrumento de mensuração utilizado. É também no indivíduo idoso que os estados depressivos têm pior prognóstico e maior incidência de suicídios. Quando duradouros, podem interferir na sua capacidade funcional e, conseqüentemente, na sua capacidade de autocuidado e nas suas relações sociais. A depressão também está associada a um aumento da mortalidade e do uso dos serviços de saúde por parte dos idosos⁽²⁾.

Estudos internacionais mostram que a depressão constitui um dos transtornos mentais mais frequentes nesta fase da vida, afetando, aproximadamente, 15% a 20% dos idosos. No âmbito nacional, dentre aqueles que procuram tratamento médico em ambulatorios gerais, as taxas de depressão são muito elevadas, variando de 14% a 52%. Entre os idosos institucionalizados, o índice de prevalência da depressão varia entre 25% a 80%⁽¹⁾.

No geral, a sua sintomatologia no idoso associa-se a múltiplos fatores, tais como, alterações estruturais e funcionais do sistema nervoso central, comorbidades, doença incapacitante, abandono e/ou maus-tratos, uso crônico de medicamentos, aposentadoria irrisória, mudanças de papéis na sociedade e na família, sofrimentos prévios e atuais, perda de ente querido, especialmente do cônjuge e de filhos, entre outros⁽³⁾.

Vale destacar que várias questões podem interferir na identificação de sintomas depressivos em idosos, destacando-se o início insidioso dos sintomas, a tendência destes a expressarem sintomas em forma de queixas físicas, bem como sua relutância em relatar sintomas psiqui-

átricos. Além disso, muitas vezes sintomas depressivos, a exemplo da baixa do humor, são considerados fisiológicos na velhice ou reações esperadas na vigência de doenças físicas⁽³⁾. A dificuldade de se diagnosticar a depressão no idoso também é influenciada por fatores como a confiabilidade das escalas de mensuração e a seleção dos indivíduos e do contexto no qual está inserido.

Dadas essas questões, além do despreparo de alguns profissionais de saúde frente a esse fenômeno em pessoas idosas, o índice de reconhecimento de depressão e conseqüente instituição de um tratamento eficaz para a resolução do problema é relativamente baixo no contexto da atenção básica. Estima-se que 50% dos idosos depressivos não são diagnosticados pelos profissionais de saúde que exercem atividade na atenção primária⁽⁴⁻⁵⁾. Isso também é referendado pela vivência das pesquisadoras no cuidado ao idoso nesse contexto de atenção à saúde. Nesse cenário, nossas observações empíricas identificam um considerável número de idosos apresentando sintomas depressivos, como ansiedade, baixa autoestima, solidão, insônia, desamparo e anedonia, porém sem nenhuma abordagem terapêutica instituída.

Tal fato tem despertado a nossa preocupação em adotar medidas de intervenção de modo individualizado. Para isso, faz-se necessária a identificação da prevalência, bem como dos fatores envolvidos na sua etiologia. Ante o exposto, este estudo objetivou investigar fatores relativos à prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde.

METODOLOGIA

Este estudo de caráter exploratório foi realizado numa Unidade de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB, no período de fevereiro a junho de 2006, tendo como população 175 idosos cadastrados no referido serviço de saúde. A amostra investigada compreendeu 91 idosos que aceitaram participar da investigação, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após serem informados dos seus propósitos e métodos nela adotados.

A efetividade da pesquisa envolveu duas fases, sendo adotada a entrevista estruturada como técnica de coleta de dados, a qual só teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (Processo nº 239/2006). Vale destacar que, em todo o desenvolvimento do estudo, foram considerados os aspectos éticos da pesquisa, envolvendo seres humanos dispostos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁶⁾.

Na primeira fase da pesquisa foi identificada a prevalência de sintomas depressivos entre a população de idosos investigada, mediante a Escala de Depressão Abreviada⁽⁷⁾, instrumento validado em vários idiomas, inclusive em Português, confiável e amplamente utilizado para rastreamento de sinais e sintomas depressivos em idosos, elaborado especificamente para esse grupo etário⁽⁷⁻⁹⁾. Além disso, apresenta acurácia para os muito idosos (mais de oitenta anos) e a vantagem de não incluir sintomas somáticos, reduzindo a interferência de sintomas confundidores em uma população na qual a comorbidade é bastante frequente⁽⁸⁻⁹⁾.

Ainda considerando a escala em questão, salientamos que ela é de fácil e rápida aplicação e pode ser utilizada em indivíduos com alterações clínicas, com *deficit* cognitivo leve e de baixa escolaridade. Sua versão completa apresenta trinta questões; já sua versão abreviada consiste de quinze questões, com alternativas de resposta sim e não, em que escores inferiores a cinco são considerados normais, de cinco a dez indicam depressão leve a moderada e, acima de dez, depressão grave, avaliando sintomas afetivos e de comportamento, com pouca ênfase em sintomas somáticos. Não é necessária formação médica do entrevistador, podendo até ser autoaplicável⁽⁷⁻⁹⁾.

As escalas de depressão no idoso, apesar de úteis no diagnóstico, apresentam suas limitações, que devem ser levadas em conta; mas, por outro lado, sua utilização serve de *screening* para melhor avaliar esta faixa etária⁽⁹⁾.

Na segunda fase, foram identificados os possíveis determinantes do fenômeno entre aqueles que obtiverem uma pontuação maior que cinco na escala de rastreamento de prevalência de sintomas da depressão ora referida. Para

isso, foi utilizado um instrumento estruturado elaborado pelas pesquisadoras, envolvendo características individuais e condições psicossociais vivenciadas pelos idosos apontadas pela literatura pertinente como determinantes de sintomas depressivos no idoso. As variáveis envolvidas nesse instrumento foram idade, sexo, nível de escolaridade, ocupação, renda, suporte social, presença de doença crônica, autopercepção do estado de saúde, uso continuado de medicamentos e perda recente de membro familiar.

O tratamento dos dados empíricos foi realizado mediante uma abordagem quantitativa. Para tanto, utilizou-se o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 11.0. Nesse processo, foi realizada análise descritiva frequencial das variáveis, corroborando com estudos para busca de comparações e similaridades.

RESULTADOS

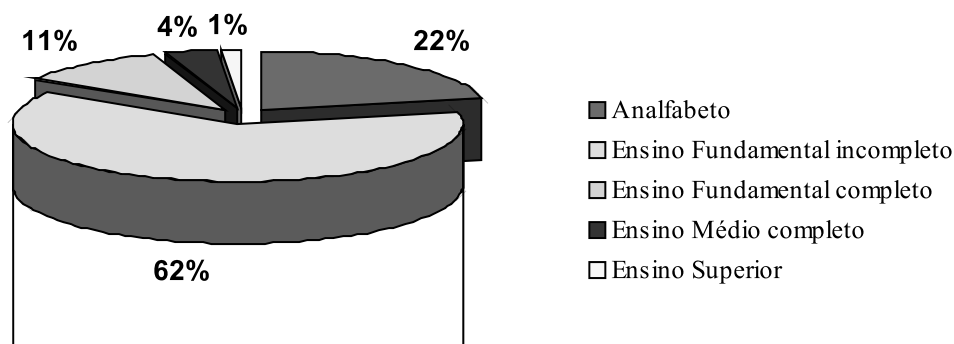
Quanto à prevalência da sintomatologia depressiva no grupo pesquisado, considerando os critérios propostos pela Escala de Yesevage, observamos um índice de 52%, afetando 47 dos 91 idosos participantes da primeira fase da investigação. Entre os deprimidos, 48% apresentavam depressão leve ou moderada (escore de seis a dez pontos) e 4% evidenciavam o problema de maneira severa (escore de onze ou mais pontos).

Considerando a idade, 35% dos idosos tinham idade variável entre sessenta e setenta anos, 43% dos idosos tinham idade situada entre 71 e 80 anos, e 22% tinham 81 anos e mais. Com relação ao sexo, verificamos que 77% dos investigados eram do sexo feminino, e 23%, do sexo masculino.

No tocante a escolaridade, observamos os achados demonstrados na figura 1, a qual nos revela que 22% dos idosos entrevistados eram analfabetos; 62% possuíam ensino fundamental incompleto; 11% completaram o ensino fundamental; 4% possuíam ensino médio completo e apenas 1% concluiu o ensino superior.

No tocante à distribuição dos idosos, conforme ocupação/profissão obtivemos os seguintes dados: 78% eram aposentados; 7%, pensionistas, 11% desempenhavam ati-

Figura 1 – Distribuição dos idosos pesquisados, segundo nível de escolaridade. João Pessoa-PB, 2006.



vidade do lar, e 4% exerciam atividades informais como vendedor(a), artesão(ã) e outras.

Com relação à renda familiar, verificamos que 54% dos idosos sobreviviam com uma renda menor ou igual a um salário-mínimo; 32% percebiam de dois a três salários-mínimos, e apenas 14% possuíam renda familiar superior a três salários-mínimos.

Considerando o arranjo familiar, verificamos que 75% dos idosos moravam com familiares, especialmente num arranjo do tipo idoso/cônjuge/filho; 14% viviam sozinhos, e 11% moravam com outros, não parentes. Quanto à participação dos idosos em grupos de convivência, verificamos que 91% dos deles não participavam de tal vivência.

Observamos que 88% dos idosos não participam de atividades religiosas, e apenas 12% as realizavam. Quanto à ocorrência de morbidade no grupo pesquisado, 69% dos idosos evidenciava uma ou mais doença crônica, enquanto 31% não expressavam tal problema. Já com relação ao estado de saúde percebido, os idosos se posicionaram considerando as categorias de respostas evidenciadas na figura 2.

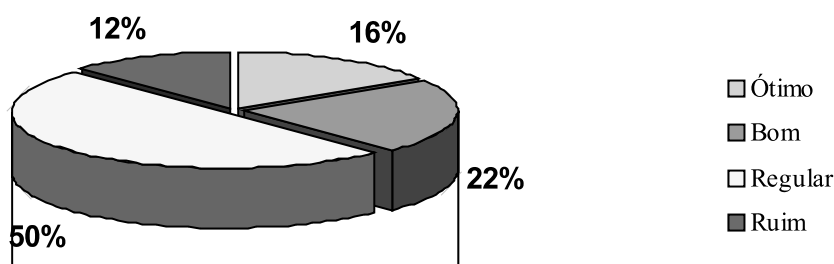
De acordo com a figura 2, 50% dos idosos avaliaram seu estado de saúde como regular; 22% acharam que seu estado de saúde é bom; 16% dos idosos consideraram sua situação de saúde como ótima, e 12% consideraram sua saúde ruim.

Considerando o uso de medicamentos, a maioria, composta de 78% dos idosos, especialmente mulheres, referiram o uso de medicações prescritas. Os demais (22%) não as utilizavam. Além do exposto, identificamos que 76% dos idosos não experimentavam luto secundário a perda de entes queridos, enquanto 24% deles o vivenciavam.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Com base na aplicação da escala, 47(52%) foram classificados como depressivos, cuja depressão surgiu de forma leve na maioria. Este dado é corroborado por informações produzidas por outros estudos nos quais se verifica um elevado índice de prevalência de sintomas depressivos entre os senescentes⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Figura 2 – Distribuição dos idosos, conforme autoavaliação de seu estado de saúde. João Pessoa-PB, 2006.



Quanto aos possíveis determinantes da sua sintomatologia evidenciada pelos idosos envolvidos na segunda etapa da pesquisa ($n = 47$), obtivemos resultados que guardam, de algum modo, congruência com a análise feita pela literatura específica. Considerando isso, foi possível visualizar a natureza multifatorial do fenômeno em questão, tendo sua origem influenciada, tanto por fatores endógenos ou individuais, como por fatores exógenos ou sociais, sobre os quais centraremos nossa análise nos tópicos que se seguem.

A maioria dos idosos (43%) estava entre 71 e 80 anos de idade, sendo 77% do sexo feminino. Conforme se verifica, houve uma maior ocorrência de sintomas depressivos entre os idosos com idade mais avançada. Esse achado está em consonância com os dados apresentados por outros estudos⁽⁴⁾. Tal condição resulta do acúmulo de perdas físicas, psicológicas e sociais vivenciadas por estes ao longo da vida.

Vale ressaltar que esse significativo diferencial na composição por sexo, verificado no contexto desta investigação, recebe influência, entre outros fatores, da condição de gênero, pois as mulheres, além de estarem mais predispostas às situações ora referidas, elas, ao longo do seu curso de vida, dada a questões culturais, são mais expressivas com relação às doenças, têm mais liberdade para chorar e procuram mais frequentemente os serviços de saúde do que os homens.

Além disso, embora as mulheres tenham maior sobrevida do que os homens experimentam, por um período mais prolongado de vida, doenças crônicas e incapacidades do que eles, o que altera significativamente o seu afeto e as faz mais dependentes de cuidado⁽¹²⁻¹³⁾, não obstante serem tradicionais cuidadoras. A abordagem epidemiológica aponta para as diferenças entre as taxas de desordens mentais conforme o gênero, sendo as mulheres as que mais sofrem de distúrbios afetivos, principalmente dos sintomas disfóricos ou depressivos, particularmente em zonas urbanas e de baixa renda, contexto similar ao desta pesquisa^(1,14).

Sem deixar de considerar os possíveis fatores biológicos específicos do gênero feminino, a exemplo das varia-

ções hormonais, estudos realizados na perspectiva sociológica chamam a atenção para os “agentes provocadores” da depressão entre as mulheres, especialmente entre as idosas, elencando os seguintes: casamentos insatisfatórios; abandono por parte de seus companheiros; cuidado com parentes incapacitados; relações familiares insatisfatórias; traumas e outros⁽¹⁵⁾.

A partir da análise dos dados referentes ao nível de escolaridade (figura 1), considerando a possível inter-relação entre a sintomatologia da depressão e o nível de escolaridade dos idosos em estudo, verifica-se que os sintomas depressivos estavam presentes em maior percentual entre os idosos analfabetos e com menor nível de escolaridade.

A literatura pertinente⁽¹⁶⁾ aponta o baixo nível intelectual como um importante preditor de depressão no idoso, bem como de outros transtornos afetivos, a exemplo da ansiedade. Contrariamente, idosos de melhor escolaridade possuem melhor acesso a cuidados médicos, a atividades implicadas no estímulo das funções cognitivas e mentais, além de terem maior nível de participação social e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Analisando a ocupação dos idosos, podemos afirmar que os dados aqui elucidados são condizentes com normas sociais vigentes no Brasil e noutros contextos geográficos as quais conduzem os idosos à aposentadoria e à pouca acessibilidade ao mercado de trabalho formal, pois, neste contexto etário, suas habilidades e experiências são consideradas de menor valia social, especialmente quando comparadas com aquelas evidenciadas pelos mais jovens, havendo, assim, uma nítida associação entre aposentadoria e invalidez⁽¹⁷⁾. Tal realidade, acrescidas às limitações oriundas do processo de envelhecimento, explicam, parcialmente, o humor deprimido de alguns idosos.

Assim sendo, o evento da aposentadoria está fortemente envolvido na determinação de sintomas depressivos por aumentar a disponibilidade de tempo livre do idoso e provocar tensões negativas em suas vidas, gerando impactos negativos, tanto na esfera física, quanto emocional. Diante desse “vazio social”, faz-se necessário que os profissionais de saúde e os familiares ajudem o idoso a

superar estados anímicos baixos e, conseqüentemente, a depressão, tornando-o ativo e ajudando-o a construir um grupo social que venha substituir aquele representado pelos colegas de trabalho (nexo de união com a sociedade).

Conforme o exposto, a realidade econômica dos idosos investigados é bastante precária, embora esteja em consonância com a realidade do Brasil, do Nordeste e da Paraíba⁽¹⁸⁾. A situação é preocupante, uma vez que desvantagens no desenvolvimento social e precárias condições econômicas constituem, de um modo geral, maior risco de adoecer e morrer precocemente, por qualquer causa, em todas as idades, em ambos os sexos⁽¹⁶⁾.

Analisando, de modo particular, as implicações do arranjo familiar configurado pelas gerações idoso/filhos, ressaltamos que esse modelo parece estar associado a melhores condições de vida para o idoso e para seus filhos. Porém, há indicações de que as gerações mais novas são as maiores beneficiadas com isto, especialmente no que diz respeito às trocas sociais e ajudas recebidas e fornecidas. Este desequilíbrio nas trocas sociais entre as diferentes gerações pode funcionar como um evento determinante para sintomas de depressão.

Considerando a importância da equidade das trocas entre atores sociais como um fator associado ao bem-estar subjetivo, alguns estudos⁽¹⁹⁾ sugerem que ser sobrebeneficiado (isto é, receber mais do que se fornece) pode ser positivo em termos utilitários. Nesse contexto, idosos podem sentir que os jovens têm de retribuir por ajudas prévias que seus pais lhe deram na infância, havendo uma relação positiva entre trocas não balanceadas e sintomas depressivos. Contrariamente, outras investigações⁽¹⁴⁾ têm verificado que, ser sobrebeneficiado pode contribuir para a percepção de certa perda de autonomia e sentimentos de dependência, os quais podem levar à insatisfação, à baixa auto-estima e ao aumento dos sintomas depressivos.

No tocante ao índice de idosos que moram sozinhos (14%), este dado é bastante significativo no que concerne a sua relação com a sintomatologia de depressão. O idoso que mora só tem seu suporte e suas trocas sociais reduzidas, aspectos que, de algum modo, podem levá-los a experimentar vazio emocional e solidão. Vale ressaltar

que essa realidade passa a ter maior significância quando considerada na perspectiva da equidade das trocas sociais. A simples presença de um contato social, sem nenhum tipo de troca, não reduz os sintomas depressivos⁽¹⁴⁾. Não obstante, um suporte social efetivo, além de ter efeito direto no quadro depressivo, tem a capacidade de modelar os efeitos das perdas materiais e interpessoais.

Como evidenciado no estudo, quase a totalidade dos idosos não participa de nenhum grupo de vivência. Isso traz repercussões negativas para a sua saúde mental. O engajamento social representa um aspecto diferencial no rumo de uma vida, no qual os sentimentos de utilidade, identificação com os anseios e valores do grupo e de inserção e realização pessoal favorecem a vivência de um estado de plenitude e bem-estar que possibilita ao idoso um reforço em seu estado existencial.

Essa realidade reflete, de certo modo, a exclusão social dos idosos. Daí a necessidade da implementação de políticas públicas voltadas à participação efetiva do idoso em atividades prazerosas, através da comunidade e, assim, proporcionar a troca de experiências e, conseqüentemente, gerar, no idoso, novas perspectivas com relação ao seu papel na sociedade. Desse modo, essas políticas podem favorecer a formação de redes amplas de suporte social para os idosos, as quais poderiam ter um impacto positivo na saúde mental desse grupo, particularmente naqueles que se encontram isolados por não terem parentes próximos, por evidenciarem baixo status sócio-econômico ou por terem saúde precária⁽¹⁴⁾.

Quando considerada a participação em atividades religiosas, muitos não as praticavam. Isso é um fenômeno que merece destaque dada a contribuição da religiosidade/espiritualidade para o bem-estar do idoso. Dentre os fatores ligados à cultura, a religião é a que exerce maior impacto para o indivíduo, em especial, para o idoso. Além disso, freqüentar atividades religiosas pode estar ligado, também, a probabilidade de encontrar amigos e participar de atividades.

Vários estudos realizados com idosos encontraram correlação positiva entre bem-estar e atitudes ou crenças religiosas, constatando que, quanto maior a freqüência à

igreja e o número de amigos nela, menos incapacitadas e deprimidas as pessoas se sentiam. A vivência da espiritualidade por parte da pessoa idosa pode ajudá-la a superar os momentos difíceis, as perdas do envelhecer e o processo saúde-doença, possibilitando-lhe uma melhor saúde e qualidade de vida⁽¹²⁾.

No tocante à vivência de algum tipo de doença crônica, muitas a relataram. Quanto às doenças mais evidenciadas, destacaram-se hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, problemas musculoesqueléticos e alterações visuais. A literatura pertinente aponta que de 35% a 45% dos idosos portadores de doenças físicas e incapacidades apresentam síndromes depressivas⁽⁴⁾. Vale ressaltar que a depressão acentua as limitações e incapacidades das doenças e prejudica a aderência a tratamentos, afetando, assim, a recuperação dos pacientes⁽³⁾.

Há varias possibilidades de associação entre depressão e doenças físicas. A depressão pode coexistir com doenças físicas. Pode, também, simular doenças físicas por meio de seus sintomas somáticos (depressão mascarada). A depressão pode desencadear uma doença física ou agravá-la, como uma anemia causada por perda de apetite secundária ao fenômeno. Depressões podem ser causadas por doenças físicas. Por último, a depressão pode resultar do impacto físico e psicológico causado por doenças de natureza crônica⁽³⁾.

Ao analisar a figura 2 percebemos que houve um percentual considerável, em torno de 62% dos idosos, que analisaram sua saúde com uma autoavaliação pessimista. Diferentes pesquisas evidenciaram que idosos que responderam sua auto-avaliação da saúde como ruim apresentaram um risco de mortalidade de duas a sete vezes maior do que aqueles que consideraram sua condição de saúde como excelente. Além disso, resalta-se que, além de suas implicações para a mortalidade, a autoavaliação negativa do estado de saúde também pode prever um risco maior de internação, bem como de limitações funcionais⁽⁴⁾.

No tocante ao uso de medicamentos prescritos, observamos um sobreconsumo medicamentoso na população estudada – condição também observada em outras pesquisas⁽²⁰⁾. Dentro os diversos grupos de medicamentos

consumidos pelos idosos pesquisados, houve uma predominância, em escala decrescente, das seguintes substâncias: anti-hipertensivos; digitálicos, antiinflamatórios e analgésicos e antipsicóticos. Esses grupos de medicamentos são apontados como precipitadores de depressão no idoso^(1,3).

Na análise do sobreconsumo de medicamentos por parte de alguns idosos, chamamos a atenção para dois fatos antagônicos: o primeiro se refere à necessidade legítima de o idoso usar medicamentos em virtude das doenças crônicas que mais frequentemente o acometem; o segundo, diz respeito ao uso de medicamentos, muitas vezes, desnecessários à sua terapêutica ou que possuem importantes contraindicações ou envolvem reações iatrogênicas, entre elas a depressão. Esta última, na realidade, constitui um fenômeno social, pois muitos idosos insistem em obter receitas médicas e tomar medicamentos de efeitos duvidosos, como “bengala química” para enfrentar situações que geram perdas e ansiedade.

Dada essa realidade, a terapêutica medicamentosa do idoso deve ser racional, fazendo-se necessário que os profissionais de saúde intensifiquem a prevenção das doenças/incapacidades através de práticas saudáveis. O envelhecimento bem-sucedido é o resultado de um processo ao longo da vida. A falta de atividade física, uma dieta desequilibrada, baixa autoestima e falta de ocupação não têm cura medicamentosa.

Considerando a vivência de luto decorrente da perda recente de parentes, dos poucos que relataram houve, especialmente, a do companheiro, o que constitui forte preditor de sintomas de depressão. Diferentes estudos apontam, em especial, a perda do companheiro como maior antecedente de depressão entre os idosos. Nesses estudos, observaram que as mulheres idosas viúvas relatam mais sintomas psicológicos do que os homens⁽³⁾.

O evento do luto traz implicações para as múltiplas dimensões do indivíduo, especialmente do idoso. Exige processos adaptativos que, no geral, são acompanhados por tristeza, problemas de saúde, alterações psíquicas, redução das relações interpessoais e outros. Frente a essa realidade, a maioria dos idosos consegue, após certo

tempo, se adequar às novas circunstâncias, porém alguns desenvolvem formas patológicas de luto, evidenciadas especialmente por doenças mentais.

Além do exposto, salientamos que os efeitos de uma perda no idoso vêm se sobrepor a outras situações já desfavoráveis, como diminuição da saúde, da mobilidade, das capacidades cognitivas, dos recursos financeiros, das funções sociais, da independência, entre outros. O efeito combinado desses fatores sobre a vida da pessoa idosa enlutada pode tornar o diagnóstico da doença muito difícil. Sua complexidade se deve ao fato da superposição dos atributos clínicos e psicossociais do luto com a sintomatologia depressiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados obtidos nesta pesquisa é possível observar que os mesmos estão em consonância com outros estudos envolvendo a mesma temática em que se verifica uma elevada prevalência de depressão em pessoas idosas, bem como múltiplos determinantes à sua ocorrência. Isso pode ser mais facilmente compreendido se levarmos em consideração que, diferente da juventude, a velhice está frequentemente relacionada a diferentes perdas comumente acompanhadas de sentimento de impotência para enfrentá-las.

Requer dos profissionais da saúde, especialmente dos enfermeiros, um processo reflexivo com vista a produzir dados sobre determinantes de sintomas depressivos entre os idosos, especialmente no âmbito da comunidade e da atenção básica, favorecendo, assim, a identificação e terapêutica precoce de casos, aumentando, com isso, a chance de uma velhice saudável para esses senescentes. Especial atenção deve ser dada aos idosos com outras doenças físicas, que fazem uso de múltiplos medicamentos e que possuem precárias condições sociais.

Para que essa nova prática se concretize, faz-se necessária a presença de um profissional com visão sistêmica e integral do idoso, família e comunidade; um profissional capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutive, envol-

vendo ações inter-relacionadas de promoção, de prevenção e de reabilitação daqueles envolvidos no seu processo de cuidar.

REFERÊNCIAS

1. Canineu PR. Depressão no idoso. In: Papaléo Netto M. Tratado de gerontologia. 2ª. ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 293-300.
2. Farfel JM, Fernandez R. Depressão. In: Jacob Filho W. Terapêutica no idoso: manual da liga do GAMIA. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 77-98.
3. Scalco Z, Scalco A, Miguel E. Transtornos psiquiátricos: depressão, ansiedade e psicoses. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª. ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 155-70.
4. Jacob Filho W, Amaral JRG. Avaliação global do idoso: manual da liga do GAMIA. São Paulo: Atheneu; 2005.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica n. 19).
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
7. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1983; 17(1):37-49.
8. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro Psiquiatr.* 1999; 57(2B):421-6.
9. Siqueira GR, Vasconcelos DT, Duarte GC, Arruda IC, Costa JAS, Cardoso RO. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(1):253-9.

10. Botino CMC, Aparício MAM. Saúde mental e qualidade de vida na velhice. In: Neri AL. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. São Paulo: Alínea; 2007. p. 177-88.
11. Bruno CTS, Marques MBM, Silva MJ. Transtornos depressivos em idosos: o contexto social e o ambiente como geradores. *Rev Rene*. 2006; 7(1):35-42.
12. Py L, Pacheco JL, Sá JLM, Goldman SN. Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nau; 2004.
13. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006. p. 88-104.
14. Ramos M. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. *Rev Dep Psicol*. 2007; 19(2):397-410.
15. Alves PC. Nervoso e experiência de fragilização: narrativa de mulheres idosas. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 153-74.
16. Veras RP. A novidade da agenda social contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade. *Rev A Terceira Idade*. 2003; 14(23):6-29.
17. Silva LRF. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *Rev Hist Ciênc Saúde – Manguinhos*. 2008; 15(1):155-68.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese dos indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
19. Krause N. Negative interaction and satisfaction with social support among older adults. *J Geront Psychol Sci*. 1995; 50(2):59-73.
20. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, Cesar CC, Acurcio FA. Inquérito sobre o uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(40):724-32.

RECEBIDO: 02/09/2009

ACEITO: 20/01/2010