



DEPRESSÃO GERIÁTRICA EM MULHERES IDOSAS

Mateus Ribeiro Kanamura¹, Marcelo Picinin Bernuci²

RESUMO: Essa pesquisa tem objetivo de conhecer mais profundamente a depressão maior que atinge as idosas. Antigamente, essa doença era confundida com até mesmo um transtorno de ordem espiritual. Século passado, a teoria monoaminérgica explicou com sucesso os sintomas depressivos como oriundos de uma depleção principalmente de serotonina nas fendas neurais de sinapses no encéfalo. Mas será que essa síndrome não tem outra causa possível? Pois bem, esse artigo se concentrou em conhecer vários fatores que geram ou aumentam sintomas depressivos: viuvez, solidão, redução da capacidade funcional, alterações fisiológicas pós-menopausa, etc. Essa pesquisa é uma revisão sistemática que utiliza o método PRISMA para apurar melhores resultados. Desse modo, encontramos resultados e esperamos achar mais dados que confirmem a importância de outras causas e agravadores de depressão que não envolvam apenas a neuronal central, mais aceita. As informações buscadas virão em forma de números estatísticos que comprovem a existência de uma etiologia multidisciplinar dentro da depressão geriátrica feminina. Dessa forma, os dados serão utilizados em um artigo de revisão sistemática de caráter quantitativo, exibindo assim outros aspectos sobre a patologia. Os resultados parciais já foram positivos em relação ao sucesso de uma visão mais abrangente da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão Maior; mulheres; idosas.

1 INTRODUÇÃO

A depressão é um conjunto de sintomas que inclui: tristeza, sentimento de vazio, humor irritado, pessimismo, indisposição para labor, dentre outros. Segundo Kaplan, esses acometimentos têm faces biológica e psicossocial, sendo que alterações metabólicas podem gerar alterações na “psyché” e vice-versa (KAPLAN, 2007). Por exemplo: níveis mais baixos de serotonina na fenda sináptica geram tristeza; e o contrário se verifica quando um indivíduo que recentemente perdeu a esposa desenvolve sentimento de perda e seus níveis de serotonina decaem, isso se confirma pois a terapia medicamentosa tem efeito. É importante também salientar que existem distintos tipos de depressão que diferem entre si em duração dos episódios, faixa etária em que aparece, etiologia. De acordo com o DSM-V esses tipos transtornos depressivos incluem: depressão maior, distímia, distúrbio depressivo induzido por medicamentos/substâncias, depressão induzida por outra condição clínica, depressão de origem indeterminada (DSM-V). (DSM-V) Nesse trabalho focaremos na depressão maior, ela representa o quadro mais típico encontrado em pacientes depressivos: humor depressivo(tristeza, vazio, desesperança), diminuição de interesse e prazer na maioria das atividades rotineiras, aumento ou perda de peso maiores que 5% em um mês acompanhando perda ou ganho de apetite(não se inclui dietas ou doenças com esse mesmo efeito), insônia ou hipersonia, maior agitação ou retardo psicomotor, fadiga durante o dia, sentimento de culpa ou de inferioridade, depleção na capacidade de raciocinar ou tomar decisões, recorrentes pensamentos de morte. Esses sintomas pra caracterizarem depressão maior não podem ser mais bem explicados por outra patologia ou uso de substância. Esses sintomas geram isolamento social e redução da capacidade funcional, levando a um agravamento do quadro. A nível mundial, a depressão afeta aproximadamente 350 milhões de pessoas; em um estudo organizado pela World Mental Health Survey, em 17 países envolvidos, um a cada 20 indivíduos apresentaram sintomas de depressão no ano de 2011 (KESSLER, 2008).

A depressão maior terá aspectos muito particulares em idosos e isso será aprofundado nesse trabalho. Primeiro é importante salientar que depressão não é algo inerente ao processo de envelhecimento (KAPLAN, 2007). Mundialmente, a prevalência de depressão maior em idosos variam de 4,8% a 14,6% na comunidade, porém esse número se eleva para 22% quando se trata de idosos hospitalizados (CID-10). No Brasil, a prevalência estimada de depressão em idosos é alta. Segundo dados do Ministério da Saúde (2012), meta-análise de 17 estudos (n= 15491 idosos) mostrou taxas de 7% para depressão maior. A etiologia da depressão geriátrica é semelhante às das demais faixas etárias, porém aspectos como viuvez, baixo suporte social e institucionalizações são mais importantes em adultos ou crianças (DSM-V). Existem 4 subtipos distintos de depressão maior em idosos, com seus respectivos quadros clínicos: depressão vascular(ocorre com mais de 85 anos, prejuízo psicomotor e cognitivo); síndrome depressiva(disfunção executiva e fraca resposta aos antidepressivos); depressão psicótica(extremamente prevalente em idosos, associada à alucinações e/ou delírios);

¹Acadêmico de Medicina do Centro Universitário Cesumar – UNICESUMAR, Maringá – PR. Não bolsista. mribeirokanamura@gmail.com

²Docente de Medicina do Centro Universitário Cesumar – UNICESUMAR, Maringá – PR. Não bolsista. mbernuci@gmail.com



depressão melancólica(perda de apetite, piora do humor matutino, pessimismo, culpa)(DSM-V). O diagnóstico é essencialmente clínico e envolve uma série de perguntas para detectar e estratificar a depressão maior em idosos (DSM-V). Esse conjunto de perguntas se chama Escala de Depressão Geriátrica ou de Yesavage. Trata-se de um escore de 30 perguntas, se pelo menos 11 perguntas forem condizentes com quadro depressivo, o resultado é positivo. Quanto mais perguntas com resultado pró-depressão, mais grave o quadro (DSM-V). Existem terapias medicamentosas e não-medicamentosas, sendo que ao usar as medicamentosas deve-se ter em mente as contra-indicações e efeitos adversos possíveis. A psicoterapia é subestimada, no entanto é muito útil para o paciente compreender o motivo da depressão, uma vez que essa não é apenas explicada por questões biológicas relacionadas com neurotransmissores (PARADELA, 2011).

Esse trabalho se ocupará de descrever um subtipo de depressão maior, trata-se da depressão maior geriátrica em mulheres. O que teria de único na depressão em idosas? Diversos fatores. Em números, a depressão diminui sua prevalência na pós-menopausa, as alterações hormonais diminuem e com elas os picos de humor femininos. No entanto, ainda assim, há mulheres que permanecem com quadro depressivo ou que apresentam quadro depressivo pela primeira vez durante a velhice. Isso significa que essas mulheres possuem causa possivelmente diferente das biológicas mais comuns (distúrbio de neurotransmissores). Então isso abre espaço para a discussão sobre o lado emotivo das idosas, uma questão difícil de tratar e pouco valorizada pelos médicos. Será que apenas uma medida medicamentosa ajudaria essas mulheres? Essa depressão maior é diferente, pois tem nome e sobrenome. O luto advindo da viuvez, aposentadoria, mudanças morfológicas da pós-menopausa são mudanças notáveis na vida de uma mulher. Existem diferentes formas de se adaptar ao envelhecimento, uma delas é de maneira patológica, depressão. É verdade que a farmacoterapia ainda constitui o melhor tratamento, porém a questão emocional tem um grande papel na depressão maior e merece tratamento específico. Nesse trabalho as diferentes formas de psicoterapia serão melhor descritas e seu uso apoiado com base em números de pacientes com melhora significativa de qualidade de vida (NIMH, 2009).

Enfim, aqui serão descritas todas as características da depressão maior afetando mulheres idosas. Muito se tem descoberto a respeito dessa síndrome em adultos e crianças. Porém a depressão maior recebe contornos específicos quando se trata de mulheres idosas. O tratamento nesse grupo específico se encontra quase que estritamente medicamentoso, quando o verdadeiro problema pode ser de origem psíquica, comportamental. Através dessa revisão, com base em evidências, será defendida uma ação mais abrangente para promover auxílio tanto farmacoterápico quanto psicoterápico às mulheres idosas. A psicoterapia pode induzir a paciente a apenas mudar o comportamento ou também tornam nítidas as origens subscientes daquela tristeza patológica.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia implica revisão sistemática e meta-análises seguindo recomendações PRISMA. Esse sistema é uma versão atualizada da recomendação QUORUM. Assim, esse trabalho revisará literatura atual e confiável de modo a exibir o que há de consenso sobre o assunto.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Encontramos resultados ainda parciais sobre depressão geriátrica em mulheres. Porém, ficou bem evidente a questão da qualidade de vida como fator decisivo na etiologia das pacientes. A medicina como um todo ainda reluta em diminuir sua filosofia de remediar e se preocupar mais em cuidar. Terapias baseadas em psicoterapia, exercícios físicos e auxílio familiar parecem ter resultados positivos e inesperados. Será que a teoria monoaminérgica, meramente física, é capaz de explicar a influência do estado de espírito no prognóstico dessas pacientes? Esse trabalho tentará elucidar essa dúvida. Destacar os principais resultados obtidos com o desenvolvimento da pesquisa. Poderão ser inseridas ilustrações como figuras, tabelas.... os quais deverão estar apresentados sequencialmente..

4 CONCLUSÃO

De acordo com resultados parciais, foi possível entender que existe sim uma etiologia também envolvendo a mente humana. Sendo assim necessário tratar essa patologia não só medicamentos.

REFERÊNCIAS

American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Uso racional de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.



KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de Psiquiatria: ciência, comportamento e psiquiatria clínica**. 9a Edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KESSLER, RC; ÜSTUN, TB. **Lifetime prevalence and age--of--onset distributions of mental disorders in the World Mental Health Survey Initiative**. In: Kessler RC, Üstün TB, editors. *Patterns of Mental Illness in the World Mental Health Surveys*. Vol. 1. Cambridge University Press; Cambridge, UK: in press, 2008.

PARADELA EMP. Depressão em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 2011;10(2):31-40