



ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO ENVELHECIMENTO

Do ponto de vista existencial, o idoso vive uma situação de perdas continuadas: diminuição do suporte sócio-familiar, perda do estatus ocupacional e econômico, declínio físico, doenças físicas e incapacitantes são suficientes para um expressivo rebaixamento do humor. Além do fato de que na idade avançada é mais frequente o aparecimento de fenômenos degenerativos ou doenças físicas capazes de produzir sintomatologia depressiva.

A ansiedade/depressão nos idosos depende da interação entre fatores ambientais, constitucionais, biológicos e suporte social (fatores biopsicossociais). Os eventos ambientais são representados pelas perdas e limitações; e funcionam como desencadeadores da ansiedade/depressão. Os elementos constitucionais são as propensões genéticas ao desenvolvimento da ansiedade/depressão, bem como os traços de personalidade.

A incapacidade decorrente da senilidade é um fator de risco importante ao desenvolvimento da ansiedade/depressão no idoso. O início da incapacidade gera considerável estresse e alterações do estilo de vida. A imobilidade, dor, necessidade de hospitalização constante, terapia de reabilitação, sensação de perda do controle sobre a própria vida, baixa autoestima, restrições das atividades sociais e relações interpessoais dificultadas são situações que precipitam a ansiedade/depressão.

A biologia do envelhecimento contribui para a eclosão da ansiedade/depressão através das doenças físicas e a consequente incapacitação, donde se inclui a depressão vascular consequente das alterações da circulação cerebral.

Os idosos encontram-se excluídos da produção porque ninguém lhes dá emprego, tornam-se pouco consumidores porque não têm dinheiro e consomem recursos da saúde porque adoecem. Este descuido social implica no escasso conhecimento que se tem da realidade psicológica, da subjetividade e da percepção que o idoso tem de si e do mundo em que vive. Os estudos negligenciam a saúde emocional e os sentimentos do indivíduo que envelhece.

Quando se pensa no idoso, deve-se pensar em Saúde Mental. Esta pode ser entendida como o equilíbrio psíquico que resulta da interação do indivíduo com a realidade. Essa realidade é o meio circundante que permite ao indivíduo desenvolver suas potencialidades humanas de acordo com a satisfação das necessidades básicas à existência.



Pois bem, o que se quer dizer com “necessidades humanas”, neste caso refere-se à autonomia funcional que diz respeito à capacidade que tem o indivíduo para valer-se de si na interação com o ambiente e satisfazer suas necessidades. A perda da autonomia funcional tem início com a perda da capacidade de se locomover. Outra limitação importante está no ato de não poder cuidar sozinho da sua alimentação e de conseguir as coisas de que necessita passando a depender de tudo e todos.

As condições materiais de existência e o suporte familiar são fatores decisivos na sensação de autonomia funcional dos idosos, pois estando suas necessidades melhores satisfeitas, haverá maior independência e liberdade de ação. Porém, o que se observa é que os fatores sociais exercem forte influência dentre os quais se destaca nas mulheres as mudanças em sua aparência externa e nos homens, a debilidade física.

Estes fatores desenvolvem ou exacerbam sintomas tais como a ansiedade, irritabilidade, sensação de insuficiência, de inutilidade, entre outras, o que leva os idosos a valorizar as características da velhice de forma inapropriada. Isto, por sua vez, gera problemas psicológicos, pois as limitações e o afastamento social afetam o equilíbrio interno dos indivíduos.

Os fatores individuais também devem ser considerados. Dentre eles se encontra o perfil psicológico e mental prévio do idoso além do nível educacional e experiências vitais críticas como acidentes, doenças pregressas e atuais e a ocupação pregressa e atual. Quanto aos fatores sociais, tem-se a influência preconceituosa que determina modelos e padrões para "o velho", o que restringe suas possibilidades de participação na comunidade.

É importante lembrar que as alterações neurofisiológicas associadas ao envelhecimento começam a aparecer cedo, por volta dos 40-50 anos e, dependendo de fatores genéticos, ambientais e antecedentes médicos pessoais, evoluem de forma muito variável.

Embora, já esteja demonstrado que as células neuronais podem replicar-se na vida adulta, a partir das chamadas células-fonte, a multiplicação não é suficiente para reparar a perda progressiva das células neuronais do cérebro. Mesmo ocorrendo alguma reorganização de sinapses e células neuronais e modificações no número e sensibilidade dos neurorreceptores, alteração no desempenho cognitivo é observado e constatado em avaliações neuropsicológicas.

A depressão e os transtornos do humor, a ansiedade são problemas psicológicos que se expressam através de uma ampla variedade de transtornos físicos e funcionais nesta fase da vida se constituindo numa das principais queixas dos idosos.

É provável que a ansiedade/depressão não reconhecida e não tratada contribua de para o aumento da taxa de mortalidade. Viúvos com episódios depressivos maiores têm uma percepção negativa da própria saúde, são mais propensos a atividades pouco saudáveis, como fumo ou uso de drogas e tendem a apresentar comprometimento do sistema imune. Além disso, estudos têm documentado que o luto é um fator de risco para o desencadeamento do transtorno de ansiedade.

A morte súbita de um ente querido desencadeia a ansiedade/depressão e também pode desenvolver transtorno tais como: estresse pós-traumático, pânico, ansiedade generalizada e transtorno obsessivo-compulsivo. Estes transtornos são observados no período que decorre da elaboração das perdas.



A demência implica sempre num comprometimento importante e irreversível na qualidade de vida do indivíduo. Entretanto, embora alguns autores mencionem esses quadros sob a denominação de demências reversíveis, na realidade trata-se de *delirium*. As demências propriamente ditas resultantes do Alzheimer ou da Demência Vasculare, como as seqüelas de AVC, são em sua grande maioria irreversíveis. Pois os medicamentos mais modernos de que a medicina dispõe, embora traga inegáveis benefícios, ainda não são capazes de restituir o nível de cognição anterior.

Cabe ressaltar também a presença de depressão emocional afetando a cognição e a memória. A depressão comumente produz um déficit mnêmico, especialmente após os 40 anos e esse prejuízo de memória do depressivo pode ser confundido com um quadro inicial de demência. Pacientes inicialmente diagnosticados como deprimidos apresentam verdadeiros sinais de demência, apesar da melhora inicial com o tratamento medicamentoso para depressão.

O paciente com déficits cognitivos secundários à depressão tem um comprometimento maior da recuperação da memória imediata. No caso de demências, a recuperação imediata está igualmente comprometida, mas a recuperação tardia tende a ser bem pior que a imediata, evidenciando perda de material ao longo do tempo. Os déficits cognitivos relacionados à ansiedade/depressão também têm como característica seu curso flutuante ao longo do dia, podendo alternar-se entre normal e prejudicado.

A depressão de início tardio é consequência das alterações vasculares encontradas nos idosos. Nesta situação, a atitude preventiva contra doenças circulatórias cerebrais é o tratamento mais adequado. A leucoencefalopatia (leucariose) caracterizada por lesões de origem vascular observadas na substância branca está diretamente relacionada a este tipo de acometimento. Uma das consequências da depressão em pacientes com lesões vasculares seria a resistência ao tratamento e a necessidade de mais tempo para a recuperação, bem como maior declínio cognitivo e risco aumentado para demência e acidente vascular cerebral (AVC).

Os sintomas mais frequentes costumam ser inquietação psicomotora (depressão ansiosa), sintomas depressivos, somatizações, sintomas neurovegetativos, perda da autoestima, sentimentos de abandono e dependência, eventuais sintomas psicóticos, déficit cognitivo variável e ideação suicida. Além de alterações do sono e do apetite, sintomas psiquiátricos, perda de energia, sensação de culpa, tristeza e diminuição da concentração.

A ansiedade/depressão é encoberta por múltiplas e variadas queixas somáticas associada. O diagnóstico da ansiedade/depressão no idoso se baseia na história clínica, nos antecedentes afetivos pessoais e familiares bem como no julgamento de elementos sócio-psicológicos associados e possivelmente facilitadores.

É necessário que a sociedade de um modo geral, e a neuropsiquiatria em particular, conheça a dimensão subjetiva, a saúde emocional e as potencialidades inerentes ao idoso. Muito pouco se sabe sobre como o idoso percebe a si e a seu envelhecimento. Este será o caminho para se estabelecer uma atenção psicológica e elencar fatores que determinem a angustia e a ansiedade/depressão que rodeiam o envelhecimento.



Associação Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro (Federada da ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria e da WPA - Associação Mundial de Psiquiatria). Pesquisador do Núcleo de Ciências Médicas, Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. **Formação:** Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. Psiquiatria Forense pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Psiquiatria pela Universidade Estácio de Sá, Brasil. Psicopedagogia Clínica e Institucional pelo Grupo de Ação Educacional, Brasil. Psicologia Analítica pela Universidade Hermínio da Silveira e Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação, Brasil. Neurolingüística pelo Instituto NLP in Rio & NLP Institut Berlin, Brasil/Alemanha. Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya, Espanha. E-mail: ma@icc-br.org

