

Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física *

Florindo Stella ¹
Sebastião Gobbi ²
Danilla Icassatti Corazza ²
José Luiz Riani Costa ²

Universidade Estadual Paulista - UNESP Rio Claro, SP, Brasil

Resumo: A depressão constitui enfermidade mental freqüente no idoso, comprometendo intensamente sua qualidade de vida, sendo considerada fator de risco para processos demenciais. 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. As estratégias de tratamento mais utilizadas são psicoterapia, intervenção medicamentosa e exercício físico. A atividade física, quando regular e bem planejada, contribui para a minimização do sofrimento psíquico do idoso deprimido, além de oferecer oportunidade de envolvimento psicossocial, elevação da auto-estima, implementação das funções cognitivas, com saída do quadro depressivo e menores taxas de recaída. Uma das vantagens do exercício físico é o efeito positivo também na prevenção e tratamento de outros agravos comuns nas pessoas idosas. Propõe-se que as administrações municipais organizem programas de atividade física, além da inclusão exercícios físicos nas programações dos Grupos de Terceira Idade

Palavras chave: depressão, idoso, atividade física, saúde mental, qualidade de vida.

Depression In Elderly: Diagnostic, Treatment And Physical Activity

Abstract: Depression is a frequent mental illness in older people and it jeopardizes their quality of life, severely. Furthermore, it is considered a risk factor for dementias. This clinical condition takes in risk, to a great extent, the older patients with some chronic, degenerative or disability diseases, due to reciprocal effects on the clinical evolution. The most common treatment strategies are psychotherapy, pharmacological drugs and more recently, physical exercise. Physical activity, when performed on a regular basis and well planned, contributes to reduce the psycho suffering of the depressed older individuals. In addition, physical activity practice requires psychosocial involvement, increases self-esteem, implementation of cognitive functions which, in turns, help withdrawing from depression and allowing lower rates of depression recurrence. Another benefit of physical activity is its effects on prevention and rehabilitation of others health problems in the elderly. Then, municipalities should promote physical activities programs and exercise sessions could be part in the schedules of Third Age Groups.

Key Words: depression, older people, physical activity, mental health, quality of life.

Introdução

A população acima dos 60 anos de idade tem aumentado significativamente no Brasil. Em 1980, havia 7 milhões de pessoas idosas; atualmente, há em torno de 15 milhões, correspondendo a 8,6 % da população total. A expectativa de vida do brasileiro,

atualmente, é de aproximadamente 68 anos, sendo de 72,6 para as mulheres e de 64,8 para os homens (IBGE, 2000).

Estima-se que, para o ano 2025, haverá, em nosso país, cerca de 32 milhões de idosos (Tamai, 1999). Este rápido crescimento da população idosa vem exigindo respostas do Estado e da sociedade, como a implantação da Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94 e Decreto 1.948/96), que deve ser complementada por ações desenvolvidas pelos estados e municípios.

* Artigo da conferência a ser apresentada durante o III Congresso Internacional de Educação Física e Motricidade Humana e IX Simpósio Paulista de Educação Física, na cidade de Rio Claro, Estado de São Paulo, Brasil, durante os dias 30 de abril a 3 de maio de 2003.

¹ Departamento de Educação – UNESP – Rio Claro.

² Departamento de Educação Física – UNESP – Rio Claro.

O aumento da população idosa está associado à prevalência elevada de doenças crônico-degenerativas, dentre elas aquelas que comprometem o funcionamento do sistema nervoso central, como as enfermidades neuropsiquiátricas, particularmente a depressão. No entanto, embora o envelhecimento normal possa apresentar uma lentificação dos processos mentais, isto não representa perda de funções cognitivas.

Apesar da probabilidade de desenvolver certas doenças aumentar com a idade, é importante esclarecer que não se pode imaginar que envelhecer seja sinônimo de adoecer, especialmente quando as pessoas desenvolvem hábitos de vida saudáveis (Neri, 2002; Costa, 2002). Chaimowicz (1997) adverte que o ritmo e a intensidade das alterações que acompanham o processo de envelhecimento dependem de características individuais, como a herança genética, e de fatores ambientais, ocupacionais, sociais e culturais aos quais o indivíduo esteve exposto ao longo da vida.

Devido às doenças crônico-degenerativas e às repercussões destas sobre a condição mental, a população idosa tende a requisitar mais os serviços de saúde mental do que os grupos etários mais jovens. Com o aumento da idade há a elevação dos riscos para as doenças mentais. Alguns estudos (Helgason & Magnusson, 1989) mostram que a expectativa para doenças mentais, incluindo quadros demenciais e transtornos funcionais, tenha se elevado de 43%, aos 61 anos, para 67%, aos 81 anos. Porém, nem sempre se torna fácil determinar o padrão de normalidade para o idoso. Muitas vezes, o *continuum* entre normalidade e doença mental, particularmente no idoso, não permite um pronto diagnóstico psiquiátrico. Por outro lado, por razões sócio-culturais, os idosos muitas vezes relutam ou mesmo omitem sintomas mentais que, com frequência, permeiam suas queixas de natureza somática.

A maioria das doenças mentais inicia-se na primeira metade da vida, com duração média de 10 anos. Porém, indivíduos que apresentam quadros psicopatológicos de início tardio têm fatores etiológicos distintos daqueles que evoluíram com doença desde longa data. Em termos etiológicos, nos transtornos mentais de início tardio preponderam os processos neuropatológicos do envelhecimento, enquanto que, em fases anteriores da vida, destacam-se as anormalidades do neurodesenvolvimento, geneticamente determinadas.

Neste artigo, são apresentadas as características clínicas da depressão e seu tratamento, os fatores neurobiológicos a ela associados, a relação entre depressão e doenças clínicas gerais, bem como as funções cognitivas, e a contribuição da atividade física para o idoso com depressão.

Depressão no Idoso

A depressão consiste em enfermidade mental freqüente no idoso, associada a elevado grau de sofrimento psíquico. Na população geral, a depressão

tem prevalência em torno de 15% (Kaplan et al., 1997); em idosos vivendo na comunidade, essa prevalência situa-se entre 2 e 14% (Edwards, 2003) e em idosos que residem em instituições, a prevalência da depressão chega a 30% (Pamerlee et al., 1989).

No idoso, a depressão tem sido caracterizada como uma síndrome **que** envolve inúmeros aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento. Quando de início tardio, freqüentemente 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 onde atuam fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros. Cabe ressaltar que a depressão no idoso freqüentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves.

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 predis põem o idoso ao desenvolvimento de depressão (Pacheco, 2002).

Aspectos Clínicos da Depressão e Diagnóstico

O diagnóstico da depressão passa por várias etapas: anamnese detalhada, com o paciente e com familiares ou cuidadores, exame psiquiátrico minucioso, exame clínico geral, avaliação neurológica, identificação de efeitos adversos de medicamentos, exames laboratoriais e de neuroimagem. Estes são procedimentos preciosos para o diagnóstico da depressão, intervenção psicofarmacológica e prognóstico, especialmente em função da maior prevalência de comorbidades e do maior risco de morte.

Em pacientes idosos, além dos sintomas comuns, a depressão costuma ser acompanhada por queixas somáticas, hipocondria, baixa auto-estima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranóide e pensamento recorrente de suicídio. Cabe lembrar que nos pacientes idosos deprimidos o risco de suicídio é duas vezes maior do que nos não deprimidos (Pearson & Brown, 2000). Os sintomas (Tabela 1), em geral, estão associados à presença de doenças físicas ou ao uso de medicamentos.

Sintomas do estado de humor	Sintomas Neurovegetativos	Sintomas cognitivos	Sintomas psicóticos
Deprimido/disfórico Irritabilidade Tristeza Desânimo Sentimento de abandono Sentimento de inutilidade Diminuição da auto-estima Retraimento social/solidão Anedonia e desinteresse Idéias autodepreciativas Idéias de morte Tentativas de suicídio	Inapetência Emagrecimento Distúrbio do sono Perda da energia Lentificação psicomotora Inquietação psicomotora Hipocondria Dores inespecíficas	Dificuldade de: -concentração -memória Lentificação do raciocínio	Idéias paranóides Delírios de ruína Delírios de morte Alucinações mandativas de suicídio

Tabela 1: Sintomas da depressão no idoso.

Aspectos Neurobiológicos da Depressão

A identificação do início e das condições específicas em que surge um quadro depressivo constitui fator de extrema importância para o diagnóstico etiológico da depressão e das comorbidades, para o tratamento e prognóstico. 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. Obviamente, não se pode excluir a ação de componentes de natureza psíquica que se acumulam ao longo da vida.

Determinados fatores neurobiológicos podem conduzir à depressão de início tardio por aumentarem o risco e a vulnerabilidade do idoso à depressão, tais como alterações neuroendócrinas (redução da resposta ao hormônio estimulador da tireóide), alterações de neurotransmissores (redução da atividade serotoninérgica e noradrenérgica), alterações vasculares e processos de degeneração de circuitos corticais e subcorticais responsáveis pelo processamento e elaboração da vida afetiva e emocional. A produção diminuída de serotonina pelos Núcleos da Rafe e a diminuição dos receptores para estes neurotransmissores representam fatores de vulnerabilidade à depressão no idoso.

Comprometimento dos Núcleos da Base, particularmente do Núcleo Caudado e do Tálamo, tem sido associado com depressão de início tardio (Greenwald et al., 1996; Greenwald et al., 1998). Hipofrontalidade, constatada por neuroimagem funcional, como o SPECT cerebral (Single Photon Emission Computerized Tomography), demonstrando a

redução da atividade cortical pré-frontal, também tem sido correlacionada com depressão de início tardio.

Na depressão com sintomas psicóticos (delírios e alucinações), os recursos de neuroimagem estrutural e funcional podem ser aplicados. Kim et al. (1999) desenvolveram estudo comparativo de volumetria de diversas estruturas cerebrais, com a utilização de ressonância magnética, entre dois grupos - 19 idosos com depressão acompanhada de sintomas psicóticos (delírios) e 26 idosos com depressão, porém, sem sintomas psicóticos. Eles constataram volumes significativamente menores nas regiões corticais pré-frontais no grupo de pacientes deprimidos com delírios. No idoso, a depressão com sintomas psicóticos, ansiedade, irritabilidade e instabilidade emocional tendem a predizer o surgimento de distúrbios de comportamento, principalmente, agressividade e agitação psicomotora.

Depressão e Doenças Clínicas Gerais

A depressão no idoso costuma manifestar-se por meio de queixas físicas frequentes e associada a doenças clínicas gerais, sobretudo aquelas que imprimem sofrimento prolongado, levando à dependência física e à perda da autonomia, e que induzem à hospitalização ou institucionalização. Por outro lado, a depressão nesses pacientes agrava as enfermidades clínicas gerais e eleva a mortalidade.

Embora com prevalência elevada nas doenças clínicas gerais, a depressão não tem sido adequadamente diagnosticada e tratada. Muitas vezes, os sintomas depressivos são confundidos com a própria doença clínica geral ou como uma conseqüência “normal” do envelhecimento, sendo pouco valorizados.

Depressão e doença clínica geral exercem influência recíproca na evolução clínica do paciente. Em algumas condições específicas, frequentes no idoso, a

prevalência da depressão mostra-se bastante elevada: doença de Parkinson (40 a 60%); demência de Alzheimer (30 a 40%); acidente vascular cerebral (30 a 60%); doença de Huntington (30 a 40%); esclerose múltipla (20 a 60%) e epilepsia (10 a 50%). Quadros como síndrome de Cushing, hipotireoidismo, diabetes mellitus, doenças cardíacas e doenças auto-imunes também possuem prevalência elevada de depressão (Cole & Bellavane, 1997; Evans et al., 1997; Prince et al., 1998). Cabe lembrar que medicações de ação central podem causar sintomas depressivos, como anti-hipertensivos (alfa-metildopa, clonidina, nifedipina, propranolol, digoxina), antiparkinsonianos (L-dopa, amantadina), benzodiazepínicos (diazepam e outros), além de corticóides.

Deve-se, ainda, registrar que períodos prolongados de dor, comprometimento da nutrição, emagrecimento e fatores oriundos de doenças físicas que conduzem à diminuição da autonomia e perda de mobilidade física contribuem decisivamente para a instalação da depressão. Pacientes nestas condições tendem a evoluir com sintomas psicóticos caracterizados por delírios de nulidade e de que seu corpo está morrendo. O medo da progressão da doença física, da perda da dignidade e o medo de se transformar em sobrecarga aos familiares também são fenômenos psicológicos que acompanham o comprometimento da condição física (Forlenza, 2000).

O paciente deprimido diminui o autocuidado, recusa-se a se alimentar e a seguir as recomendações do clínico, permanecendo por maior tempo restrito ao leito ou com pouca mobilidade física. Estes fatores, associados à debilidade clínica geral, podem diminuir a imunidade, com maior vulnerabilidade a processos infecciosos.

Depressão e Funções Cognitivas

O aparecimento de transtornos depressivos em idosos tem sido considerado um fator de risco para o desenvolvimento posterior de processo demencial. Alguns estudos sugerem que 50% dos pacientes com depressão evoluem para quadro demencial num período de cinco anos (Rasking, 1998). A comorbidade de depressão e demência contribui para o comprometimento de suas capacidades funcionais.

A depressão pode conduzir a alterações das funções cognitivas temporariamente, muitas vezes dificultando o diagnóstico diferencial entre este quadro e demência. Por outro lado, em muitos pacientes, o início de um processo demencial do tipo Alzheimer apresenta-se com sintomas depressivos. Além disso, há associação entre sintomas depressivos e comprometimento das funções cognitivas em idosos, com ou sem demência. Queixas de memória são comuns em pacientes deprimidos, sugerindo, tradicionalmente, o aparecimento do termo “pseudodemência depressiva”. De acordo com Stoppe Jr e Louzã Neto (1999), a relação recíproca entre depressão e demência

manifesta-se da seguinte maneira: *a) Depressão na demência*: os sintomas depressivos constituem parte integrante do processo demencial; *b) Demência com depressão*: coexistência de ambos os fenômenos, sendo que os sintomas depressivos instalam-se em um quadro demencial preexistente; *c) Depressão com comprometimento cognitivo*: a depressão evolui com dificuldades cognitivas, particularmente, de concentração e de memória recente; *d) Demência na depressão*: onde o comprometimento cognitivo resulta do processo depressivo (“pseudodemência depressiva”).

Tratamento da Depressão no Idoso

O tratamento da depressão no idoso tem por finalidade reduzir o sofrimento psíquico causado por esta enfermidade, diminuir o risco de suicídio, melhorar o estado geral do paciente e garantir uma melhor qualidade de vida. O tratamento da depressão, como também de outras doenças neuropsiquiátricas no idoso, constitui um desafio que envolve intervenção especializada. As estratégias de tratamento, comentadas a seguir, envolvem psicoterapia, intervenção psicofarmacológica e, quando necessário, eletroconvulsoterapia. O papel terapêutico da atividade física será analisado em item específico.

Inicialmente, há a necessidade da identificação de fatores que estariam desencadeando o surgimento de um processo depressivo, ou mesmo, agravando uma depressão já existente. Assim, é pertinente verificar se o paciente possui alguma doença clínica que esteja relacionada com a depressão e observar se o uso de algum medicamento (anti-inflamatório, anti-hipertensivo, remédio para insônia, etc.) não estaria levando ao surgimento de sintomas depressivos. A seguir, convém investigar aspectos de natureza psicológica e psicossocial, como lutos, isolamento social, abandono e outros fatores que tendem a desencadear sintomas depressivos.

A intervenção psicoterapêutica, preferencialmente com profissionais especializados em idosos, ajuda a identificar os fatores desencadeadores do processo depressivo, contribuindo para a orientação dos familiares, dos cuidadores e do próprio paciente. Atividades do tipo terapia ocupacional, participação em atividades artísticas e de lazer também têm seu papel no tratamento do idoso deprimido. A intervenção psicoterapêutica, particularmente indicada para idosos, é a modalidade denominada de *psicoterapia breve*. Esta modalidade, além de minimizar o sofrimento psíquico do paciente, ajuda o idoso deprimido a reorganizar seu projeto de vida. É uma terapia prospectiva, voltada para o presente e para o futuro, com duração, em geral, de seis meses.

Quando os sintomas da depressão colocam em risco a condição clínica do paciente e quando sofrimento psíquico é significativo, faz-se necessária a intervenção psicofarmacológica. Recomendam-se os antidepressivos de segunda geração, por constituírem

medicamentos mais seguros para os idosos. A depressão não tratada coloca em risco a vida do paciente e eleva muito seu sofrimento, como visto anteriormente, não se justificando o não tratamento da depressão.

O tratamento psicofarmacológico da depressão no idoso depende essencialmente do perfil de tolerabilidade do paciente em relação aos antidepressivos (Forlenza, 2000). Os ISRS (inibidores seletivos da recaptação de serotonina) constituem a primeira escolha, sobretudo, citalopram e sertralina. Dentre os medicamentos desta categoria, estes dois têm sido os mais estudados na população idosa. Paroxetina e fluoxetina, além de outros menos comuns em idosos, como venlafaxina, também têm sido prescritos. Em geral, os antidepressivos tricíclicos não constituem a primeira escolha para pacientes idosos devido aos efeitos adversos, principalmente anticolinérgicos. Quando necessário prescrever medicamento dessa classe, recomenda-se a nortriptilina, iniciando-se com baixas doses e com elevação cautelosa das mesmas. Deve-se ter atenção para os efeitos adversos dos medicamentos prescritos e para o risco de interação medicamentosa. Devido à presença de várias enfermidades que comumente acometem os idosos, eles tendem a fazer uso de vários medicamentos, com risco elevado de interação medicamentosa com potencialização de efeitos adversos. Especialmente, deve-se evitar drogas que produzam ou potencializem efeitos anticolinérgicos, hipotensão postural, distúrbios do sistema de condução cardíaca e *delirium*. A associação do tratamento psicofarmacológico com psicoterapia tem demonstrado bons resultados.

Quando o paciente tem risco iminente de suicídio e uma resposta rápida é necessária, em quadros catatônicos que não respondem ao tratamento medicamentoso e quando o paciente não tem tolerabilidade aos psicofármacos, a eletroconvulsoterapia (ECT) constitui opção valiosa e segura para o tratamento da depressão. Eventualmente, podem ocorrer episódios de *delirium* e de distúrbios cognitivos, em geral transitórios. Cabe salientar que a eletroconvulsoterapia somente pode ser efetuada dentro dos parâmetros determinados pelo Conselho Federal de Medicina, entre eles, a realização do ECT em ambiente hospitalar, sob anestesia geral e com equipe especializada, respeitando-se a condição clínica geral do paciente. Consideram-se contra-indicações absolutas ao ECT os quadros de hipertensão intracraniana e a ocorrência de infarto agudo do miocárdio (3 meses) ou acidente vascular cerebral (6 meses). Obviamente, recomenda-se exame clínico completo do paciente e de laboratório antes da realização do procedimento, para verificar a existência de outras contra-indicações.

Depressão e Atividade Física

O fato do paciente com a depressão permanecer no leito por muito tempo, sem praticar atividade física, traz prejuízos acentuados à saúde geral, particularmente no

idoso. Do ponto de vista biológico, a não mobilidade física compromete a atividade pulmonar e isto leva ao acúmulo de secreções nas vias respiratórias, predispondo o idoso a desenvolver pneumonias bacterianas. A permanência excessiva no leito, somada à lentificação psicomotora que a depressão provoca, com frequência desmotiva o idoso andar ou praticar exercícios físicos, e isto leva ao descontrole da pressão arterial com agravamento do quadro hipertensivo, além do comprometimento da circulação periférica, da perfusão cerebral e do próprio funcionamento cardíaco. artrose e outros distúrbios articulares também se agravam devido à falta de atividade física do idoso deprimido.

Segundo Cooper (1982), o exercício físico, em particular o chamado aeróbio, realizado com intensidade moderada e longa duração (a partir de 30 minutos) propicia alívio do estresse ou tensão, devido a um aumento da taxa de um conjunto de hormônios denominados endorfinas que agem sobre o sistema nervoso, reduzindo o impacto estressor do ambiente e com isso pode prevenir ou reduzir transtornos depressivos, o que é comprovado por vários estudos.

Em um estudo desenvolvido por Blumenthal et al. (1999), 156 idosos com desordem depressiva principal (maior ou igual a 13 na escala de Hamilton), com duração de 4 meses, foram divididos em três grupos: Grupo de Medicamento (GM) – cloridrato de sertralina (inibidor seletivo de recaptura de serotonina); Grupo de Exercício (GE) – a uma intensidade de 70 a 85% da frequência cardíaca de reserva, com duração de 45 minutos (10 minutos de aquecimento; 30 minutos pedalando ou andando forçadamente ou correndo levemente; 5 minutos de volta à calma), com 3 sessões semanais, e Grupo Combinado – medicamento associado ao exercício. Ao final de 16 semanas, os três grupos apresentaram resultados semelhantes, com redução dos níveis de depressão, conquanto os pacientes sob medicamento tenham mostrado uma resposta inicial mais rápida. Os autores concluem que a atividade física regular deve ser considerada como uma alternativa não-farmacológica do tratamento do transtorno depressivo. Estes mesmos sujeitos foram acompanhados durante os seis meses seguintes, concluindo-se, ao final, que os sujeitos do GE apresentaram menores taxas de recaída que os sujeitos do GM, evidenciando que a terapia através da atividade física é viável e é associada com benefício terapêutico, especialmente se o exercício é mantido ao longo do tempo (Babyak et al., 2000). Miranda et al. (1996) também verificaram, em 27 idosos com média de idade de 70 anos, que 45 minutos de atividade física aeróbia diminuíram a tensão e a depressão.

A atividade física regular deve ser considerada como uma alternativa não-farmacológica do tratamento do transtorno depressivo. O exercício físico apresenta, em relação ao tratamento medicamentoso, a vantagem de não apresentar efeitos colaterais indesejáveis, além de sua prática demandar, ao contrário da atitude

relativamente passiva de tomar uma pílula, um maior comprometimento ativo por parte do paciente que pode resultar na melhoria da auto-estima e auto-confiança.

Strawbridge et al. (2002), objetivando comparar os efeitos de níveis mais elevados de atividade física em depressão prevalente ou incidente em indivíduos portadores e não-portadores de incapacidades, realizaram estudo longitudinal de acompanhamento, por

cinco anos, em 1947 adultos [idade média - 63 anos; amplitude de 50 a 94 anos; 56 % mulheres] envolvidos no Alameda County Study. Os achados (resumidos na Tabela 2) mostraram efeitos protetores da atividade física na depressão em indivíduos idosos, independentemente de portarem ou não incapacidades.

Nível de atividade física	Prevalência de depressão em 1994		Incidência de depressão em 1999	
	%	Risco em número de vezes - OR	%	Risco em número de vezes - OR
Baixo	11.5	4.21	7.7	4.94
Médio	6.1	2.11	4.3	2.64
Alto	3.0	1.00	1.7	1.00

Tabela 2. Relação entre depressão e nível de atividade física em 1.947 homens e mulheres, com idade entre 50–94 anos (média de 63 anos), sendo 56 % mulheres, do estudo longitudinal “Alameda County Study, California” entre os anos 1994–1999 (Adaptado de Strawbridge et al., 2002)

São vários os mecanismos que têm sido propostos, através dos quais a atividade física pode reduzir a incidência de depressão; contudo, sem ainda mostrarem conclusões definitivas, dois mecanismos constantemente discutidos incluem níveis aumentados de dois tipos de neurotransmissores pós-exercício, as monoaminas e as endorfinas. Os aspectos preventivos da atividade física para Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT), tais como diabetes e doenças cardíacas, podem ser importantes devido à forte associação entre saúde física e prevenção da depressão na velhice. Outros mecanismos possíveis incluem aptidão funcional melhorada e aumento da auto-estima, como resultado de maiores níveis de atividade física; idosos fisicamente ativos podem interagir mais e estabelecer relações com aqueles que entram em contato em razão da própria atividade física (Strawbridge et al., 2002).

Do ponto de vista da saúde mental, no idoso, a lentificação psicomotora e a não mobilidade física provocam baixa auto-estima, diminuição da sua participação na comunidade e a redução do círculo das relações sociais. Como conseqüência, são agravados o sofrimento psíquico, a sensação de incapacidade funcional e os sentimentos de isolamento e de solidão.

Por outro lado, a atividade física tem sido associada a vários fatores favoráveis a uma melhor qualidade de vida no idoso, implementando melhor perfusão sanguínea sistêmica e, particularmente, cerebral. É evidente o benefício da atividade física para a redução dos níveis de hipertensão arterial, para a implementação da capacidade pulmonar e para prevenção de pneumopatias. Ganho de força muscular e de massa óssea e desempenho mais eficiente das articulações são outros benefícios que o idoso obtém com a prática regular e adequada de atividade física, constituindo-se em importante fator de prevenção de quedas e outros

acidentes, que também se apresentam como comorbidades em relação à depressão.

Do ponto de vista mental, a atividade física, sobretudo quando praticada em grupo, eleva a auto-estima do idoso, contribui para a implementação das relações psicossociais e para o reequilíbrio emocional. Capacidade de atenção concentrada, memória de curto prazo e desempenho dos processos executivos (planejamento de ações seqüenciais logicamente estruturadas e capacidade de autocorreção das ações) constituem funções cognitivas imprescindíveis na vida cotidiana e que são estimuladas durante a prática de exercícios bem planejados.

Embora haja necessidade de maior clareza quanto aos mecanismos neurobiológicos e psicológicos envolvidos na recuperação do paciente (Jagadheesan et al., 2002), admite-se que a atividade física regular contribua para a minimização do sofrimento psíquico causado pelo quadro depressivo (Mather et al., 2002).

Comentários Finais

A depressão constitui condição mental nem sempre diagnosticada, o que favorece a cronificação desta enfermidade, agravando o sofrimento psíquico do paciente. Além disso, devido à íntima relação entre depressão e doenças clínicas gerais no idoso, a não identificação e o não tratamento da depressão contribuem para o agravamento de eventuais doenças orgânicas que acometem o paciente, aumentando a morbidade e o risco de morte.

Por outro lado, a atividade física contribui de diferentes maneiras para melhorar a condição clínica geral e a condição mental do idoso deprimido. Do ponto de vista biológico, a atividade física tem sido associada a vários fatores favoráveis a uma melhor qualidade de vida no idoso, principalmente no que tange à perfusão

sanguínea sistêmica e cerebral com redução dos níveis de hipertensão arterial; implementação da capacidade pulmonar com prevenção de pneumopatias; ganho de força muscular e de massa óssea com melhor desempenho das articulações. Em relação à condição mental, a atividade física eleva a auto-estima do idoso, contribui para a implementação das relações psicossociais e estimula as funções cognitivas, principalmente a capacidade de concentração e de memória.

Ao fazer referência às contribuições da atividade física regular e planejada para a melhora do sofrimento psíquico do idoso com depressão, cabe mencionar a atividade física como um recurso preventivo de sintomas depressivos, constituindo um tema importante a ser aprofundado em nosso meio.

Assim, diante da importância da atividade física na prevenção e tratamento da depressão e de outras doenças que acometem especialmente as pessoas idosas, propõem-se que as administrações municipais, através da articulação entre as Secretarias de Esporte e de Saúde, organizem serviços que ofereçam atividade física para a população idosa, podendo utilizar como referência o trabalho que vem sendo desenvolvido pela UNESP – IB/Campus de Rio Claro, há treze anos, através do Programa de Atividade Física para Terceira Idade - PROFIT (Gobbi et al., 2002). Além das ações desenvolvidas pelo poder público, os Grupos de Terceira Idade, que têm se multiplicado por todo o país, podem incluir atividades físicas em suas programações, podendo recorrer ao apoio da Secretaria de Esportes e Lazer do respectivo município (Costa, 2002). Outra medida importante que pode ser desenvolvida pelos municípios é o estímulo e apoio à atividade física nas atividades cotidianas da população, através de um conjunto de ações destinadas a promover o deslocamento a pé (arborização e conservação das vias públicas, faixa de pedestre, eliminação de barreiras arquitetônicas, etc.) e o uso da bicicleta (construção de ciclovias, implantação de ciclofaixas, etc.), além de oferecer infra-estrutura adequada e suporte técnico para as pessoas que, espontaneamente, vêm desenvolvendo o hábito de fazer caminhadas, em diferentes pontos de nossas cidades.

Referências

- Babyak, M.A.; Blumenthal, J.A.; Herman, S.; Khatri, P.; Doraiswamy, M.; Moore, K.; Craighead, W.E.; Baldeewicz, T.T.; Krishnan, K.R.. (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. Psychosomatic Medicine, v. 62, p. 633-638.
- Blumenthal, J.A.; Babyak, M.A.; Moore, K.; Craighead, W.E.; Herman, S.; Doraiswamy, M.; Krishnan, K.R. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. Archives of Internal Medicine, v. 159, p. 2349-2356.
- Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.31, n.2, p.180-200.
- Cole, M.G. & Bellavance, F. (1997). Depression in elderly medical inpatients: a meta-analysis of outcomes. Clinical and Medical American Journal, v. 157(8), p. 1055-1060.
- Cooper, K. (1982). O programa aeróbico para o bem estar total. Rio de Janeiro: Nórdica.
- Costa, J. L. R. (2002). Em Busca da (C)Idade Perdida: O Município e as Políticas Públicas Voltadas à População Idosa. Tese de Doutorado- Saúde Coletiva / FCM-UNICAMP Campinas, SP.
- Edwards, J. (2003). Dementia and Depression in older people. International Psychogeriatric Association. IPA, (oral presentation).
- Evans, M.; Hammond, M.; Wilson K.; Lye M.; Colepand, J. (1997). Treatment of depression in the elderly: effect of physical illness on response. International Journal of Geriatric Psychiatry, v. 12(12), p. 1189-1194.
- Forlenza, O.V. (2000). Transtornos Depressivos em Idosos. Em Forlenza, O.V., Caramelli, P. (Ed.). Neuropsiquiatria Geriátrica, São Paulo: Atheneu, p. 299-308.
- Gobbi, S., Miyasike-Da-Silva, V.; Costa, J. L. R., Santos, F. N. C. (2002). Profit – Atividade Física como forma de ampliar os benefícios do envelhecimento populacional . Anais do 2º Congresso de Extensão Universitária da UNESP. Bauru, SP, PROEX – UNESP, p. 170.
- Greenwald, B. S.; Kramer-Ginsberg, E.; Krishman, R. R. (1996). et al. MRI signal hyperintensities in geriatric depression. American Journal of Psychiatry, v. 153(9), p. 1212-1215.
- Greenwald, B.S.; Kramer-Ginsberg, E.; Krishman, R.R. et al. (1998). Neuroanatomic localization of magnetic resonance imaging signal hyperintensities in geriatric depression. Stroke, v. 29 (3), p. 613-617.
- Helgason, T.; Magnusson, H. (1989). The first 80 years of life: a psychiatric epidemiological study. Acta Psychiatrica Scandinavia, v. 79 (suppl. 384), p. 85-94.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 08. set. 2002.

- Jagadheesan, K.; Chakraborty, S.; Sinha, V.K.; Nizamie, S.H. (2002). Effects of exercise on depression in old age. British Journal of Psychiatry, v. 181, p. 532.
- Kaplan, H.I.; Sadock, B.J.; Grebb, J.A. (1997). Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica, v. 7ª edição. Tradução: Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kim, D.K.; Kim, B.L.; Sohn, S.E.; Lim, S.W.; Na, D.G.; Paik C.H.; Krishnan, K.R.; Carroll, B.J. (1999). Candidate neuroanatomic substrates of psychosis in old-aged depression. Progress of Neuropsychopharmacological and Biological Psychiatry, v. 23(5), p. 793-807.
- Mather, A.S.; Rodríguez, C.; Guthrie, M.F. et al. (2002). Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder. Randomized controlled trial. British Journal of Psychiatry, v, 180, p. 411-415.
- Miranda, M.L.J; Godelli, M.R.C.S.; Okuma, S.S. (1996). Os efeitos do exercício aeróbio com música sobre os estados de ânimo de pessoas idosas. Revista Paulista de Educação Física, v. 10, n. 2, p. 172-178.
- Neri, A.L. (2002). Envelhecer Bem no Trabalho: possibilidades individuais, organizacionais e sociais. A Terceira Idade, São Paulo, v. 13, n. 24, p.7-27.
- Pacheco, J. L. (2002). Educação, Trabalho e Envelhecimento: Estudo das histórias de vida de trabalhadores assalariados e suas relações com a escola, com o trabalho e com os sintomas depressivos, após a aposentadoria. Tese de Doutorado – Educação / Gerontologia. UNICAMP, Campinas, SP.
- Pamerlee, P.A.; Katz, I.R.; Lawton, M.P.(1989). Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. Journal of Gerontology, v. 44, p. 22-29.
- Pearson, J. L.; Brown, G.K. (2000). Suicide prevention in late life: directions of suicide for science and practice. Clinical and Psychological Review, v. 20 (6), p. 685-705.
- Prince, M.J.; Harwood, R.H.; Thomas, A.; MANN, A.H. (1998). A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression. The Gospel Oak Project VII. Psychological Medicine, v. 28 (2), p. 337-350.
- Raskind, M.A. (1998). The clinical interface of depression and dementia. Journal of Clinical Psychiatry, v. 59 (Suppl. 10),p. 9-12.
- Strawbridge, W.J., Deleger, S., Roberts, R.E., Kaplan, G.A. Physical Activity Reduces the Risk of Subsequent Depression for Older Adults. American Journal of Epidemiology, v. 156, n. 4, p. 328-34, 2002.
- Stoppe, Jr. A. Características Clínicas da Depressão em Idosos. Em: Forlenza, O. V, Almeida, O. P. (Eds.), (1997) Depressão e Demência no Idoso: Tratamento Psicológico e Farmacológico (pp. 47-68). São Paulo: Lemos Editorial.
- Tamai, S. Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. Em: Forlenza, O. V, Almeida, O. P. (1999). Depressão e Demência no Idoso, 2ª edição. (p. 11-24). São Paulo: Lemos Editorial.

Endereço:

Florindo Stella

Departamento de Educação - UNESP

Av. 24A, 1515 Bela Vista

13506-900 Rio Claro SP

e-mail: flotella@hotmail.com

Danilla Icassatti Corazza

José Luiz Riani Costa

Sebastião Gobbi

Departamento de Educação Física- UNESP

Av. 24A, 1515 Bela Vista

13506-900 Rio Claro SP

e-mail: sgobbi@rc.unesp.br

Manuscrito recebido em 30 de outubro de 2002.

Manuscrito aceito em 27 de março de 2003.