



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Joana Matos Lima Medeiros

Depressão no idoso

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Joana Matos Lima Medeiros
Depressão no idoso

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Psiquiatria e Saúde Mental

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Prof. Doutor Rui Coelho

Trabalho efectuado sob a Co-Orientação de:

Prof^a. Doutora Lia Fernandes

Revista: "Acta Médica Portuguesa"

Abril, 2010

FMUP

Nome: Joana Matos Lima Medeiros

Endereço electrónico: m04191@med.up.pt

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio: Depressão no Idoso

Nome completo do Orientador: Rui Manuel Bento de Almeida Coelho

Nome completo do Co-Orientador: Lia Paula Nogueira Sousa Fernandes

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção: Psiquiatria e Saúde Mental

É autorizada a reprodução integral desta Monografia apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2010

Assinatura: _____

Joana Matos Lima Medeiros

Eu, Joana Matos Lima Medeiros, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801191, aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2010

Assinatura: _____

Joana Matos Lima Medeiros

Agradecimentos

Gostaria de agradecer ao Prof. Doutor Rui Coelho e à Prof. Doutora Lia Fernandes pela disponibilidade e apoio que demonstraram ao longo da elaboração desta monografia.

Depressão no Idoso

Elderly Depression

J. Medeiros*, L. Fernandes**, R. Coelho***

* Aluna do 6º Ano da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

**MD, PhD, Professora Associada de Psiquiatria e Saúde Mental na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Co-Orientadora do Projecto Opção – Mestrado Integrado em Medicina.

***MD, PhD, Professor Associado, Regente de Psiquiatria e Saúde Mental na Faculdade de Medicina do Porto, Orientador do Projecto Opção – Mestrado Integrado em Medicina.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

m04191med.up.pt

Projecto Opção – Mestrado Integrado em Medicina

Resumo

A depressão no idoso define-se como a existência de síndrome depressivo, definido no *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DMS-IV)* e na *International Classification of Diseases (ICD-10)*, em indivíduos com mais de 65 anos de idade.

A prevalência de depressão major em geriatria é inferior à verificada em outras faixas etárias, contudo ela aumenta com o desenvolvimento de doenças médicas, especialmente cancro, enfarte e distúrbios neurológicos.

Esta patologia é frequentemente subdiagnosticada e subtratada, principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários. A Escala Geriátrica de Depressão (GDS) é um instrumento criado especificamente para auxiliar no diagnóstico de depressão, nestas populações.

Nos idosos com depressão leve, a psicoterapia é eficaz, contudo em casos de depressão moderada a grave, a combinação da psicoterapia e da farmacoterapia geralmente produz maior redução dos sintomas depressivos e manutenção sustentada da resposta, do que cada uma destas terapêuticas isoladamente.

Em geriatria, a resposta aos antidepressivos pode ser mais demorada, pelo que podem necessitar de mais tempo para responder ao tratamento farmacológico. A monoterapia, nestes pacientes pode diminuir a probabilidade de interação medicamentosa e as doses de início dos antidepressivos deverão ser inferiores à dos outros grupos etários.

A eficácia de todas as classes de antidepressivos, incluindo dos SSRIs, TCAs e inibidores da MAO é semelhante. Contudo os SSRIs são considerados o tratamento de primeira linha, principalmente pela sua maior segurança e tolerabilidade.

Existe uma necessidade de desenvolvimento de novos antidepressivos que permita melhorar não apenas no seu perfil de efeitos laterais, mas principalmente, a sua eficácia.

Palavras-Chave: Depressão, Idoso, População geriátrica.

Abstract

Late-life depression refers to depressive syndromes defined in the *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-IV) and in the *International Classification of Diseases* (ICD-10), which arise in adults older than 65 years.

The prevalence of major depression in elderly people is lower than that in other age groups, however it increases with the development of medical illnesses, especially cancer, stroke and neurological disorders.

This condition is often under diagnosed and undertreated, especially at the level of primary health care. The Geriatric Depression Scale (GDS) is an assessment scale designed specifically for depression diagnosis in these populations.

Psychotherapy is effective in elderly people with mild depression. However in cases of moderate to severe depression, the combination of psychotherapy and pharmacotherapy often produces greater reduction of depressive symptoms and sustained response, than each therapies alone.

In geriatrics, the antidepressant effect take longer. Monotherapy in these patients may reduce the drug interaction. The start doses of initiation of antidepressants should be lower than the other patients.

The effectiveness of all classes of antidepressants, including the SSRIs, TCAs and MAO inhibitors is similar, but SSRIs are considered first line treatment, because greater safety and tolerability.

The development of new antidepressants is needed to improve side effects profile and effectiveness.

Keywords: Depressive Disorder, Elderly, Geriatric Assessment.

Índice

Lista de Siglas.....	4
Lista de Tabelas.....	5
Introdução.....	6
Patofisiologia.....	7
Classificação.....	7
Diagnóstico.....	9
Prevenção.....	12
Tratamento.....	12
Conclusões.....	16
Referências Bibliográficas.....	18
Anexos.....	20

Lista de Siglas

DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition;*

ICD-10: *International Classification of Diseases;*

EGD: *Geriatric Depression Scale;*

CES-D: *Center for Epidemiologic Studies Depression;*

HAM-D: *Hamilton Depression Scale;*

PHQ-9: *Patient Health Questionnaire-9;*

CSDD: *Cornell Scale for Depression in Demencia;*

TCC: *Terapia Cognitiva Comportamental;*

PI: *Psicoterapia Interpessoal;*

SSRIs: *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors;*

TCA: *Tricyclic Antidepressants;*

SNRIs: *Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors;*

MAOIs: *Monoamine Oxidase Inhibitors;*

ECT: *Electroconvulsive therapy;*

TMS: *Transcranial Magnetic Stimulation.*

Lista de Tabelas

Tabela I. Classificação e Diagnóstico dos principais Síndromes Depressivos Geriátricos.

Tabela II. International Classification of Diseases (ICD-10) – *Guidelines* para Diagnóstico de Depressão.

Tabela III. Medicação que pode causar Depressão.

Tabela IV. Diferenças entre Demência e Depressão.

Tabela V. Síndromes Depressivos Geriátricos associados a Distúrbios Médicos.

Tabela VI. Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida.

Tabela VII. Instrumentos de *Screening* para a Depressão em idosos.

Introdução

A depressão no idoso define-se como a existência de síndrome depressivo, definido no *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual* (DMS-IV) (Tabela I) e na *International Classification of Diseases* (ICD-10) (Tabela II), em indivíduos com mais de 65 anos, que podem ter tido início antes ou depois dos 65 anos ^[1].

A depressão na população idosa é comum, recorrente e frequentemente sub-diagnosticada e sub-tratada, principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários ^[2]. Prevê-se que as consequências na saúde pública do sub-tratamento da depressão no idoso irão aumentar, dado o envelhecimento crescente da população ^[3].

Na população geriátrica, a prevalência de depressão major varia de 1 a 4% e a de depressão minor varia de 8 a 16%. A prevalência da depressão no idoso é superior no contexto médico à da comunidade, encontrando-se taxas de depressão em doentes hospitalizados que variam de 5 a 44% ^[4]. Cerca de 5 a 15% dos idosos sofrem de depressão associada a alteração funcional, uso excessivo dos recursos de saúde e aumento da mortalidade traduzido pelo aumento das taxas de suicídio e de complicações das doenças cardíacas ^[5]. É importante referir que as taxas de suicídio encontradas em idosos são quase o dobro das que se verificam nas restantes faixas etárias ^[6].

Na população idosa, a incidência e a prevalência de depressão major duplicam entre os 70 e os 85 anos [169]. A prevalência de depressão major, em indivíduos que residem em lares de terceira idade, é de 12-14%, sendo que 17-35% apresentam depressão minor ou sintomas clínicos significativos de depressão ^[1].

Não existem diferenças raciais ou étnicas contudo, a prevalência de depressão no género feminino é superior ao masculino, em todas as idades ^[4].

Os factores associados a maior risco de desenvolvimento de depressão incluem: género feminino; isolamento social; viuvez/divórcio; baixas condições socioeconómicas; comorbilidades; dor não controlada; insónia; insuficiência funcional; disfunção cognitiva; alguns fármacos (Tabela III); tentativas de suicídio anteriores e história familiar de depressão major. No entanto, os pacientes que tenham tido o primeiro episódio de depressão com mais de 65 anos têm menor probabilidade de ter história familiar de depressão que aqueles cujos episódios surgiram em faixas etárias mais baixas ^[7].

Dado os altos custos pessoais e públicos da depressão nas populações idosas, em maior escala nos países industrializados, a prevenção e o tratamento da depressão no idoso revestem-se por isso, de extrema importância no âmbito da saúde pública ^[8,9].

Patofisiologia

Os estudos desenvolvidos no âmbito da neuropsiquiatria estão a contribuir para um melhor entendimento da depressão. Alterações verificadas ao nível da amígdala, hipocampo e do circuito subcortical frontal, mais especificamente circuitos estriado-pálido-tálamo-corticais, quer devido a neurodegeneração ou a doença cerebrovascular, encontram-se na base de alguns tipos de depressão no idoso. A doença cerebrovascular subclínica também pode condicionar a susceptibilidade prévia para a expressão da depressão.

Outros achados como atrofia cerebral, lesões isquémicas periventriculares e da substância branca subcortical estarão também envolvidos nesta patologia ^[1,4,9].

Classificação

Os efeitos da idade, das alterações cerebrais e a presença de comorbilidades influenciam o tipo de expressão da depressão e o grau de resposta ao tratamento. De seguida são apresentados vários subtipos de depressão que podem estar presentes no idoso;

Depressão Major

Para o diagnóstico de depressão major ser feito, segundo DSM-IV e o ICD-10, é necessária a presença de humor depressivo e perda de interesse/prazer em quase todas as actividades. A depressão major no idoso encontra-se geralmente associada a alterações cognitivas e corporais. Estas últimas incluem, hipercortisolemia, aumento da gordura abdominal, diminuição da densidade mineral óssea e aumento do risco de diabetes *mellitus* tipo 2 e hipertensão arterial. Idosos sem demência e com depressão major, frequentemente evidenciam dificuldade de concentração, de processamento mental e da execução de funções. Estes défices apresentam alguma melhoria após a remissão da depressão mas geralmente, não melhoram por completo ^[1].

Depressão Minor

Nos idosos encontra-se associada a alteração funcional e, cerca de 25% dos pacientes desenvolvem depressão major num período de dois anos, podendo também desenvolver ideação suicida ^[10]. Em pacientes muito idosos poderá surgir um período de três anos antes do surgimento de depressão major (Tabela I).

Distímia

Os pacientes idosos devem cumprir os mesmos critérios, definidos pelo DSM-IV, para os pacientes mais jovens. A distímia é uma síndrome depressiva de severidade leve a moderada que se define como tendo duração mínima por um período de dois anos (Tabela I).

Depressão psicótica

Trata-se de um dos tipos mais graves de depressão e que ocorre mais frequentemente em idosos. A depressão psicótica apresenta frequentes recaídas, podendo estar presentes delírios somáticos, paranóides e persecutórios. As alucinações são raras e tendem a ser transitórias. Os pacientes afectados apresentam, geralmente, um quadro de início subagudo, história médica prévia e familiar de depressão e disfunção da memória ^[11].

Alguns pacientes com depressão psicótica têm alterações cognitivas importantes que contribuem para o desenvolvimento de alterações do humor, uma condição a que se deu o nome de pseudodemência ^[1]. Este termo foi substituído por síndrome demencial da depressão uma vez que os défices cognitivos eram reais. Estes pacientes apresentam um risco mais elevado de conversão irreversível para uma síndrome demencial, como no caso da doença de Alzheimer.

As alterações do humor e da cognição respondem bem aos antidepressivos e, esta reposta permite a distinção entre estes pacientes e aqueles com depressão que complica a doença de Alzheimer, nos quais, a terapêutica antidepressiva vai melhorar as alterações do humor mas os défices cognitivos vão aumentar progressivamente (Tabela IV) ^[12].

Depressão vascular

A doença cerebrovascular pode predispor, precipitar e perpetuar algumas síndromes depressivas nos idosos. Esta afirmação baseia-se na comorbilidade dos síndromes depressivos com as lesões cerebrovasculares e com os factores de risco cardiovasculares. Idosos com depressão vascular apresentam maior défice cognitivo, que idosos depressivos sem estigmas vasculares. Nestes pacientes, a fluência verbal e a nomeação de objectos são as funções cognitivas mais atingidas. Fármacos utilizados na prevenção da doença cerebrovascular podem reduzir o risco de depressão vascular. Assim sendo, o uso de antidepressivos que promovam a recuperação isquémica (dopamina ou noradrenalina) podem ser favoráveis na depressão vascular, ao contrário de fármacos que inibem a recuperação isquémica, como bloqueadores alfa-adrenérgicos, a ser evitados ^[1].

O diagnóstico de depressão condicionada por uma comorbilidade médica é feito pelo surgimento de humor depressivo ou anedonia, em pacientes que já foram diagnosticados com uma doença que está associada à depressão (Tabela V). Cerca de 25% dos pacientes que tiveram

um enfarte do miocárdio ou que se submeteram a cateterismo cardíaco apresentam depressão major e cerca de 25% vão ter depressão minor. Metade dos pacientes com doença coronária e depressão major terão tido pelo menos um episódio de depressão, e 50% na altura do cateterismo cardíaco mantêm-se deprimidos, um ano após o procedimento. A depressão exacerba o prognóstico das doenças médicas ^[1, 13].

Diagnóstico

No diagnóstico de depressão geriátrica é importante ter em conta vários aspectos como a presença de doenças médicas concomitantes e efeitos laterais da medicação, como foi visto anteriormente, mas também o facto de estes pacientes poderem apresentar mais dificuldades de comunicação, apresentarem um maior número de queixas somáticas e niilismo terapêutico ^[2, 14].

Na colheita da história clínica, os pacientes devem ser questionados sobre história de consumo de drogas ilícitas, álcool, suplementos vitamínicos ou uso de produtos naturais.

A dor é uma das queixas mais comuns nos pacientes com depressão, surgindo tipicamente de forma exagerada e envolvendo múltiplos sistemas (gastrointestinal, neurológico, musculo-esquelético). Não poderá ser esquecida a história social do paciente uma vez que poderá ser vital para o diagnóstico, visto que a existência de perdas pessoais (cônjuge, amigos, animais de estimação) podem precipitar um episódio depressivo. Por fim, estudos recentes revelam que dos pacientes idosos que cometeram suicídio, 20% tinham sido consultados no mesmo dia pelo seu médico assistente e 40% tinham falado com o seu médico há uma semana. Deste modo, torna-se importante colocar perguntas do tipo, “Tem tido pensamentos de autodestruição ou para terminar com a sua vida?”, “Tem algum plano para cometer suicídio?”, “Tem acesso a armas ou objectos para cometer suicídio?”, “Tem alguém que lhe dê suporte ou que o acompanhe, neste momento?”, “Tem história familiar de suicídio?”.

O exame físico deverá ser o mais completo possível e deverá incluir exame rectal com pesquisa de sangue oculto nas fezes e um exame do estado mental, nomeadamente inferindo a função cognitiva e o humor. Os exames laboratoriais devem incluir pesquisa dos níveis de FSH, estudo bioquímico (electrólitos, glicose em jejum, níveis de vitamina B12 e folatos) e, quando indicados, estudos radiográficos e electrocardiograma ^[2].

A colheita de uma história clínica e exame físico cuidados são pois, essenciais no diagnóstico da depressão no idoso porque permitem fazer exclusão de causas fisiológicas e farmacológicas dos sintomas depressivos.

A utilização de instrumentos de *screening* aumenta a confiança ao fazer o diagnóstico de depressão ^[15]. Dado que os sintomas depressivos que ocorrem nos idosos são consideravelmente diferentes daqueles verificados em classes mais jovens, utiliza-se a escala de depressão geriátrica (GDS) (Tabela VI) que é o melhor instrumento validado para uso nesta população. Contudo a sua utilização encontra-se limitada em pacientes com défices cognitivos. Outras escalas utilizadas são a Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) e a Escala de Cornell para a Depressão na Demência (CSDD) ^[14, 15]. Estes instrumentos não são diagnósticos, apenas sugerem a presença ou ausência de indicadores de suspeição quando comparados com populações consideradas normais.

A GDS e a CES-D (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale*) são as escalas citadas mais frequentemente na literatura, relativamente ao diagnóstico de depressão nos idosos:

Escala geriátrica da depressão (GDS) (Tabela VI) (*Yesavage e tal (1983) "Development and validation of geriatric depression scale" J. Psychiatric Res. 17:37-49*)

Esta escala é a única criada especificamente para a população idosa. Ela compreende trinta questões sobre sentimentos e comportamentos, que decorreram na última semana. As respostas são dicotômicas (sim/não). De modo a se tornar mais simples e mais adequada a pacientes com distúrbios cognitivos, adoptou-se o formato em versão reduzida de apenas 15 questões da GDS. Os itens presentes nesta escala não são os critérios de depressão major do DSM mas sim uma lista de questões que os investigadores, com base na sua experiência clínica, acreditaram estar mais relacionados com a depressão geriátrica ^[15, 16].

A GDS com 30 itens apresenta uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 95% ^[16]. Ao contrário de outras escalas de depressão, a GDS não engloba questões relacionadas com queixas somáticas que poderão causar falsos negativos, uma vez que estas queixas podem ser ambíguas. A GDS com 30 itens permanece inalterada desde 1983 e tornou-se o instrumento mais frequentemente usado por investigadores e clínicos no diagnóstico da depressão. A versão reduzida com 15 itens tem uma menor sensibilidade e especificidade que a de 30 itens, não sendo tão eficaz no diagnóstico de depressão minor quanto esta última ^[15, 16, 17].

Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) (*The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population Radloff Applied Psychological Measurement.1977; 1: 385-401*)

Tal como acontece com a GDS, a CES-D apresenta uma versão mais reduzida de 10 itens que se caracteriza por elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico de depressão major em contexto clínico e hospitalar, enquanto a GDS de 15 itens obteve resultados superiores quando aplicada em lares de terceira idade ^[16].

Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) (*Hedlung and Vieweg. The Hamilton rating scale for depression, Journal of Operational Psychiatry, 1979, 10(2):149-165*).

Esta escala tornou-se no método standard para utilização em ensaios clínicos farmacêuticos ^[16]. Não é contudo específica para pacientes geriátricos e inclui múltiplos itens referentes a queixas somáticas que podem gerar confusão com as múltiplas doenças crónicas que podem surgir nos idosos.

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) (*Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. JAMA 1999; 282(18):1737-1744*).

Este é um questionário de 9 itens que deriva principalmente dos critérios da DSM-IV para os distúrbios depressivos major que foi validado para medir a gravidade e servir como instrumento auxiliar de diagnóstico da depressão major. O PHQ-9 foi validado, em 2005, como tendo um papel importante no diagnóstico de depressão pós enfarte, similar ou superior a outros testes usados nesta população. Contudo, num estudo que comparou este questionário com outros testes de *screening*, a superioridade do PHQ-9 revelou-se apenas para a depressão major ^[16].

Escala de Cornell para a Depressão na Demência (CSDD) (*Alexopoulos Gas, Abrams RC, Young RC, Shamolan CA. 1988. Cornell Scale for Depression in Demencia. Biological Psychiatry 23: 271-84*)

Esta escala é utilizada para a depressão em pacientes com demência e depende directamente da observação para avaliação do paciente, uma vez que a linguagem e a cognição não estão intactas ^[16].

Na secção “Anexos”, encontra-se uma tabela que compara os diferentes instrumentos de *screening* utilizados na depressão geriátrica (Tabela VII).

Prevenção

Sabe-se que pacientes com doenças médicas crónicas e em risco de depressão aos quais se proporcionaram técnicas de relaxamento, reestruturação cognitiva, resolução de problemas, comunicação, insónia, nutrição e exercício apresentaram redução dos sintomas de depressão, ansiedade, dor e insónia. Outras alternativas incluem redução do risco de depressão vascular (controlo hipertensão arterial, hiperlipidemia e concentrações plasmáticas de homocisteína) ou a redução do estigma relativo à depressão, de modo a que mais pessoas procurem ajuda médica e adiram ao tratamento ^[1].

Tratamento

Segundo Giron M. et al ^[18], que faz uma revisão da idade dos pacientes presentes em estudos de investigação com antidepressivos, concluiu que os idosos estão sub-representados nestes estudos. Por outro lado, estudos realizados em pacientes jovens não devem ser generalizados para a população idosa, isto porque a depressão é diferente em ambas as populações ^[19].

A terapêutica farmacológica e a psicoterapia são essenciais no tratamento da depressão. Os antidepressivos já mostraram ser eficazes em centenas de estudos casos-controlos e representam, actualmente, o tratamento standard.

A psicoterapia também é utilizada na prática clínica, contudo não é alvo de tantos estudos quanto a farmacoterapia. O tratamento da depressão no idoso pode ser feito com base na psicoterapia e ou farmacoterapia.

As *guidelines* publicadas pela Agência para Cuidados de Saúde e Investigação, sugerem que o tratamento combinado seja indicado particularmente em pacientes com patologia complexa ou doenças crónicas. O tratamento combinado também foi recomendado para pacientes com resposta clínica insatisfatória à monoterapia. As razões pelas quais o tratamento combinado é preferível são o aumento da magnitude e duração da resposta. Alguns medicamentos são inicialmente mais eficazes do que a psicoterapia contudo certos tipos de psicoterapia são mais abrangentes e têm efeitos mais duradouros do que a farmacoterapia ^[20]. Finalmente, a terapia combinada tem as vantagens específicas de cada terapia isolada e também pode aumentar a aceitabilidade do tratamento relativo a cada modalidade, isto é a medicação

pode tornar o paciente mais reactivo à psicoterapia e esta pode fazer com que os doentes tolerem melhor a medicação, bem como os seus possíveis efeitos secundários.

A terapia somática é mais importante nos pacientes com depressão mais grave e acredita-se que a depressão com mais sintomas vegetativos, responde menos à psicoterapia do que à medicação, contudo o suporte empírico é limitado. Pacientes com depressão crónica têm menor probabilidade de remissão de depressão do que aqueles sem depressão crónica [20].

Psicoterapia

A psicoterapia é muito útil no tratamento dos distúrbios depressivos e a resposta terapêutica vai depender do tipo de psicoterapia em questão. Pode ser dividida em terapia cognitiva comportamental (TCC), psicoterapia interpessoal (PI) e de resolução de problemas [8].

As terapias, TCC e a PI, combinadas com a medicação antidepressiva, apresentam grande evidência em termos de eficácia no tratamento da depressão no idoso [21]. Esta terapia pode mitigar alguns défices cognitivos associados à depressão. Muitos estudos revelam que a TCC, especialmente em doentes deprimidos e com doença médica concomitante, pode ser uma terapêutica extremamente eficaz [4].

Tratamento farmacológico

Os antidepressivos constituem o tratamento primário da depressão moderada e severa em idosos [4]. A população idosa pode apresentar menor resposta aos antidepressivos ou necessitar de mais tempo para responder ao tratamento farmacológico [22].

Os antidepressivos devem ser utilizados no mínimo durante 6 meses após o primeiro episódio de depressão e não devem ser interrompidos abruptamente [2, 23]. As doses de início dos antidepressivos nos idosos são geralmente mais baixas do que em pacientes jovens (*Start Low and go Slow* [2, 7, 23]) e correspondem, geralmente, a metade das doses dos adultos não idosos. As doses devem ser aumentadas de forma gradual, sempre com monitorização da função renal e hepática [2].

Inibidores selectivos da recaptção da serotonina (SSRIs)

Os SSRIs são fármacos de 1ª linha no tratamento de depressão em idosos à excepção de doentes com distúrbios bipolares, uma vez que estes fármacos podem induzir episódios maníacos. Um estudo realizado nos Estados Unidos da América, no contexto de Cuidados de Saúde Primários, concluiu que 78% dos antidepressivos prescritos na população idosa são SSRIs. As recomendações para o uso destes fármacos, prende-se com o facto da sua melhor tolerabilidade e segurança, relativamente a outras classes de antidepressivos [24].

Os efeitos adversos mais comuns dos SSRIs incluem: distúrbios gastrointestinais e do sono, sudorese excessiva, fadiga, cefaleia e disfunção sexual. Outros sintomas que podem surgir são a hiponatremia e sintomas extrapiramidais. No idoso, a Sertralina e o Escitalopram são recomendados pela sua longa semi-vida (24 horas, aproximadamente).

Se o uso destas substâncias for interrompido abruptamente dá origem a uma síndrome de abstinência (tonturas, desorientação, parestesias, alterações do sono e agitação) que pode durar 10 a 14 dias. Se o desmame for feito em 2 a 3 semanas este síndrome pode ser evitado. A síndrome da serotonina pode surgir se o pacienteingere um excesso de SSRIs ou combina-os com outros medicamentos que inibam o citocromo P450. Os sintomas desta síndrome incluem hipertermia, rigidez muscular, mioclonia e alterações dos sinais vitais e do status mental. Os SSRIs devem ser sempre descontinuados 14 dias antes do início dos MAOIs porque a incidência da síndrome da serotonina aumenta com a associação. Os fármacos que menos interferem com o c-P450 são a Sertralina, o Citalopram e o Escitalopram, logo também são os que menos provavelmente vão interagir com outros fármacos [2, 24].

Novos antidepressivos ou antidepressivos de “dupla acção”

Existem poucos estudos de casos-controlos sobre a eficácia da farmacoterapia na depressão no idoso, como já vimos. Este facto é especialmente verdade quando no referimos aos antidepressivos recentes, como a Venlafaxina ou a Duloxetina que são dois inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina (SNRIs). Estes fármacos são geralmente utilizados perante falha terapêutica com SSRIs. Estudos recentes demonstraram eficácia semelhante entre a Duloxetina, Venlafaxina e a Bupropiona, relativamente aos restantes antidepressivos [4, 19, 25]. Os fármacos Venlafaxina e Bupropiona, podem ser utilizadas com base nos sintomas do paciente. Os efeitos que têm sobre noradrenalina e a dopamina tornam-nos numa boa escolha para pacientes que se apresentem com fadiga, apatia e/ou dificuldades de concentração [2].

Antidepressivos atípicos

Pertencem a este grupo farmacológico os antidepressivos que não se caracterizam como tricíclicos, como SSRIs e nem como inibidores da MAO. Fazem parte deste grupo a Trazodona e a Mirtazapina que são sedativos e que podem ser administrados à noite, em pequenas doses se existir insónia. Dados os efeitos anti-histamínicos da Mirtazapina, esta pode ser utilizada em pacientes com anorexia.

Antidepressivos tricíclicos (TCAs)

Esta classe de antidepressivos já não se recomenda em idosos, embora possa ser utilizada no caso de falha terapêutica de outros antidepressivos. A maior parte dos estudos foca principalmente a Imipramina ou a Nortriptilina. Vários estudos de casos-controlos presentes na revisão de Taylor WD ^[19] 2004, com uma duração de 4 a 8 semanas em indivíduos com mais de 60 anos, concluíram que a acção da Imipramina é significativamente superior ao placebo. Lipsey et al ^[26] 1984, comparou a Nortriptilina a um placebo e concluiu que a Nortriptilina era significativamente mais eficaz que o placebo contudo, encontrava-se associado a alguns efeitos laterais. Alguns dos efeitos laterais que levaram pacientes a abandonar o estudo foram delírio, confusão e agitação. Cole et al ^[4] sugeriu que os TCAs apresentam mais contra-indicações nos idosos com depressão, especialmente naqueles com complicações médicas concomitantes.

Inibidores da Monoamina Oxidase (MAOIs)

Esta classe de antidepressivos raramente é utilizada no tratamento da depressão no idoso. Poderá ser utilizada se o paciente for resistente ao tratamento com outros antidepressivos. Estes fármacos podem cursar com efeitos laterais severos como hipotensão ortostática e insónia.

Os resultados mistos que se verificam em estudos em lares de terceira idade ou em pacientes com doenças médicas associadas, assim como as altas taxas de resposta que se obtêm com uso de placebo, sugerem que a depressão pode ser devida a causas psicossociais (pouco suporte familiar, luto, perda da independência, etc.) que complicam o tratamento ^[4]. A escolha dos antidepressivos a usar depende das características do paciente como a resposta anterior ao fármaco, tolerabilidade, interações medicamentosas e debilidade.

Actualmente, existe uma variedade de tratamentos possíveis. A Rede de pesquisa da APA's Practice Research Network, concluiu que, para a depressão geriátrica, os seus membros usam a combinação da farmacoterapia e psicoterapia em 25% dos casos enquanto a farmacoterapia foi utilizada isoladamente em apenas 39% das vezes. Em 66% destes pacientes tratados com antidepressivos, 59% estavam com doses estáveis. Os SSRIs foram a classe mais usada (30%), seguida dos TCAs (12%). O SSRI mais utilizado foi a Fluoxetina ^[4].

Terapia electroconvulsiva (ECT)

A ECT tem-se mostrado eficaz em pacientes idosos com depressão, especialmente com depressão psicótica. A eficácia é também mais evidente em pacientes com distúrbios cerebrovasculares, demência e doença de Parkinson. O seu uso deve ser considerado também em pacientes com ideação suicida e boa resposta prévia à ECT. Não existem evidências que a ECT cause danos cerebrais contudo o seu principal efeito adverso consiste em perda de memória transitória ^[27].

Terapias de estimulação cerebral

A evidência existente é muito limitada relativamente ao uso de outros tratamentos somáticos da depressão em populações geriátricas. Alguns estudos demonstram que a estimulação magnética transcraniana (TMS) não tem qualquer efeito na depressão em idosos, após duas semanas, contudo um estudo mostrou ligeira melhoria nos sintomas depressivos quando comparados com tratamento de simulação em pacientes com enfarte e depressão refractária ^[4].

Não existem estudos relativamente ao uso da estimulação vagal ou sobre estimulação profunda do cérebro, em pacientes idosos com depressão.

Conclusões

A depressão não é uma consequência natural do envelhecimento. Idosos saudáveis e independentes apresentam taxas de prevalência de depressão major, inferiores à da população em geral. A prevalência de depressão no idoso aumenta com o desenvolvimento de doenças

médicas, especialmente cancro, enfarte e distúrbios neurológicos. As taxas de suicídio na população idosa são praticamente o dobro das que se verificam em outras faixas etárias, o que pode ser explicado pelas tentativas de suicídio serem mais eficazes.

A maioria dos idosos com depressão que se dirige aos cuidados de saúde primários, apresenta-se frequentemente com queixas somáticas, pelo que comumente a depressão geriátrica é subdiagnosticada.

Existem vários tipos de depressão, contudo a mais frequente é a depressão menor com consequências significativas em termos de saúde.

Existem vários instrumentos de *screening* que estão disponíveis e que permitem auxiliar na identificação de pacientes com depressão. O instrumento criado especificamente para o diagnóstico da depressão em idosos é a Escala de Depressão Geriátrica.

Para o tratamento da depressão leve em idosos, a psicoterapia é eficaz, contudo em casos de depressão moderada a severa, a combinação da psicoterapia e da farmacoterapia geralmente produz maior redução dos sintomas depressivos e maior manutenção de resposta do que cada uma destas terapêuticas isoladamente ^[9].

Nos idosos, a resposta aos antidepressivos pode ser mais demorada, pelo que podem necessitar de mais tempo para responder ao tratamento farmacológico ^[22]. A monoterapia é preferida nos idosos para diminuir a probabilidade de interacção medicamentosa e as doses de início dos antidepressivos deverão ser mais baixas que em pacientes jovens ^[2, 7, 23].

A eficácia de todas as classes de antidepressivos, incluindo dos SSRIs, TCAs e inibidores da MAO é semelhante ^[4]. Contudo os SSRIs são considerados o tratamento de primeira linha, principalmente pela sua maior segurança e tolerabilidade.

O prognóstico da depressão no idoso é pior, quando comparado com episódios depressivos do jovem ^[4].

Apesar do tratamento farmacológico da depressão nos idosos ter melhorado significativamente, ainda não existe um único fármaco considerado como terapêutica de primeira linha. Existe uma necessidade de desenvolvimento de novos antidepressivos que permitam melhorar não apenas no seu perfil de efeitos laterais, mas principalmente, ao nível da sua eficácia ^[18].

Referências Bibliográficas

- 1.** Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005 Jun 4-10;365(9475):1961-70.
- 2.** Buckley MR, Lachman VD. Depression in older patients: recognition and treatment. *JAAPA*. 2007 Aug; 20(8):34-41.
- 3.** Rajji TK, Mulsant BH, Lotrich FE, Lokker C, Reynolds CF 3rd. Use of antidepressants in late-life depression. *Drugs Aging*. 2008;25(10):841-53.
- 4.** Beyer JL. Managing depression in geriatric populations. *Ann Clin Psychiatry*. 2007 Oct-Dec;19(4):221-38.
- 5.** Snowden M, Steinman L, Frederick J. Treating depression in older adults: challenges to implementing the recommendations of an expert panel. *Prev Chronic Dis*. 2008 Jan;5(1):A26.
- 6.** Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis*. 2008 Jan;5(1):A22.
- 7.** O'Neil M. Depression in the elderly. *J Contin Educ Nurs*. 2007 Jan-Feb;38(1):14-5.
- 8.** Steinman LE, et al. Recommendations for treating depression in community-based older adults. Late Life Depression Special Interest Project (SIP) Panelists. *Am J Prev Med*. 2007 Sep;33(3):175-81.
- 9.** Steffens DC, Potter GG. Geriatric depression and cognitive impairment. *Psychol Med*. 2008 Feb;38(2):163-75.
- 10.** Lyness JM, Heo M, Datto CJ, et al. Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Ann Intern Med*. 2006; 144:496.
- 11.** Gournellis R, et al. Psychotic (delusional) major depression among elderly patients in primary care settings. *Ann Intern Med*. 2006; 144:496.
- 12.** Green RC, et al. Depression as a risk factor for Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2003; 60:753.
- 13.** Robinson, RG. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biol Psychiatry*. 2003;54:376.
- 14.** VanItallie TB. Subsyndromal depression in the elderly: underdiagnosed and undertreated. *Metabolism*. 2005 May;54(5 Suppl 1):39-44.
- 15.** Farrell C. Poststroke depression in elderly patients. *Dimens Crit Care Nurs*. 2004 Nov-Dec;23(6):264-9.
- 16.** Roman MW, Callen BL. Screening instruments for older adult depressive disorders: updating the evidence-based toolbox. *Issues Ment Health Nurs*. 2008 Sep;29(9):924-41.

17. Edwards M. Assessing for depression and mood disturbance in later life. *Br J Community Nurs*. 2004 Nov;9(11):492-4.
18. Giron MS, Fastbom J, Winblad B. Clinical trials of potential antidepressants: to what extent are the elderly represented: a review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005 Mar;20(3):201-17.
19. Taylor WD, Doraiswamy PM. A systematic review of antidepressant placebo-controlled trials for geriatric depression: limitations of current data and directions for the future. *Neuropsychopharmacology*. 2004 Dec;29(12):2285-99.
20. Hollon SD, et al. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *J Clin Psychiatry*. 2005; Apr;66(4):455-68.
21. Kohn R, Epstein-Lubow G. Course and outcomes of depression in the elderly. *Curr Psychiatry Rep*. 2006 Feb;8(1):34-40.
22. Walsh BT, Sysko R. Placebo control groups in trials of major depressive disorder among older patients. *J Clin Psychopharmacol*. 2005 Aug;25(4 Suppl 1):S29-33.
23. Khouzam HR, Emes R. Late life psychosis: assessment and general treatment strategies. *Compr Ther*. 2007 Fall;33(3):127-43.
24. Draper B, Berman K. Tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors: issues relevant to the elderly. *Drugs Aging*. 2008;25(6):501-19.
25. Mukai Y, Tampi RR. Treatment of depression in the elderly: a review of the recent literature on the efficacy of single- versus dual-action antidepressants. *Clin Ther*. 2009 May;31(5):945-61.
26. Newberg AR, Davydow DS, Lee HB. Cerebrovascular disease basis of depression: post-stroke depression and vascular depression. *Int Rev Psychiatry*. 2006 Oct;18(5):433-41.
27. Jurgen Unutzer. Late-Life Depression. *N Engl J Med*. 2007; 357:2269-76.

Anexos

Tabela I. Classificação e diagnóstico dos principais síndromes depressivos geriátricos ^[1]

Depressão Major	<p>Cinco dos seguintes sintomas devem estar presentes diariamente ou na maior parte do dia, por pelo menos, duas semanas:</p> <p>Pelo menos um sintoma é presença de humor depressivo ou perda de interesse/prazer em quase todas as actividades;</p> <p>Outros sintomas podem incluir: mudança de apetite/peso (inferior a 5% da massa corporal), insónia ou hiperinsónia, agitação ou retardamento psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade e culpa, dificuldade de concentração e pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida.</p>
Depressão Minor	<p>Devem estar presentes pelo menos dois, mas menos que cinco dos sintomas de depressão major, por pelo menos duas semanas. Este síndrome conduz ao sofrimento ou dano funcional e não deve corresponder ao efeito directo do uso de uma substância, condição médica ou luto.</p> <p>Este diagnóstico só poderá ser feito em pacientes sem história familiar de depressão major, distímia ou distúrbios psicóticos e bipolares.</p>
Distímia	<p>Humor depressivo por mais dias (tempo mínimo de dois anos), que não seja acompanhado por mais de dois sintomas presentes na depressão major. A duração deve ser de pelo menos 2 anos. Um episódio de depressão major poderá não estar presente durante os primeiros 2 anos do distúrbio.</p>

Tabela II. International Classification of Diseases (ICD-10) – *Guidelines* para diagnóstico de depressão

1. Humor depressivo;
2. Perda de interesse e alegria;
3. Diminuição de energia que conduz a fadiga e diminuição actividade;
4. Diminuição da concentração e atenção;
5. Diminuição da auto-confiança e auto-estima;
6. Sente que não tem valor e tem ideias de culpa;
7. Visão pessimista do futuro;
8. Ideação suicida;
9. Distúrbios do sono;
10. Diminuição do apetite.

Os sintomas devem persistir por duas semanas.

Tabela III. Medicação que pode causar depressão ^[7]

Sintomas	Medicação
Aumento pressão arterial	Clonidina, Reserpina
Desequilíbrios hormonais	Estrogéneo, progesterona, cortisol, prednisona, esteróides anabólicos
Doença Cardíaca	Digitálico, Propranolol
Neoplasias	Cicloserina, Tamoxifeno, Vinblastina, Vincristina
Doença de Parkinson	Levodopa, Bromocriptina
Artrite	Indometacina
Ansiedade	Diazepam, Triazolam
Dor	Codeína, Propoxifeno

Tabela IV. Diferenças entre demência e depressão ^[2]

	Demência	Depressão
Início	Insidioso, indeterminado	Relativamente rápido, associado a alterações do humor
Duração dos sintomas	Geralmente longo	Geralmente curto
Orientação, humor, comportamento, afectos	Inconsistente	Intacto, deprimido/ansioso
Disfunção cognitiva	Consistente; estável ou com agravamento	Inconsistente, flutuante
Defeitos neurológicos	Geralmente presente (i.e. agnosia, apraxia)	Ausente
Sintomas depressivos	Dissimulado pelo paciente	Destacado pelo paciente
Deficits memória	Presente	Presente
História psiquiátrica	Não se recorda de eventos recentes; geralmente não tem consciência da sua perda de memória; o início de perda de memória surge antes das alterações do humor	Concentração pobre; o paciente queixa-se de perda de memória para eventos remotos e recentes; segue o início do humor depressivo
Responde a questões	Quase falha as questões	Não sabe as questões
Desempenho/ <i>Performance</i>	Esforça-se mas sem interesse pelas suas perdas	Não tenta esforçar-se mas preocupa-se mais com as perdas
Associações	Não sociável, não coopera, hostil, instabilidade emocional, confusão, desorientação	Distúrbios do sono e do apetite, ideação suicida

Tabela V. Síndromes depressivas geriátricas associados a distúrbios médicos ^[1]

Depressão associada a doenças médicas- pacientes que desenvolvem humor triste ou diminuição de interesse/prazer em quase todas as actividades e que apresentam uma doença médica, fisiologicamente relacionada com a depressão:

- **Infecção viral**
- **Endocrinopatia-** hipotireoidismo, hipertireoidismo, hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo, hipoadrenocortismo, hiperadrenocortismo, doença de Cushing
- **Doenças malignas-** leucemia, linfoma, cancro de pâncreas
- **Doença cerebrovascular-** enfartes lacunares, enfarte do miocárdio, demência vascular
- **Enfarte do miocárdio**
- **Distúrbios metabólicos-** deficit de vitamina B12, malnutrição

Tabela VI. Escala de Depressão Geriátrica

Geriatric Depression Scale (GDS)

Yesavage et al (1983) "Development and validation of geriatric depression scale" J. Psychiatric Res. 17:37-49

Nome:

Idade:

Data de Nascimento:

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

1.* Está satisfeito(a) com a sua vida?	S	N
2.* Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	S	N
3.* Sente a sua vida vazia?	S	N
4.* Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5. Tem esperança no futuro?	S	N
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	S	N
7.* Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	S	N
8.* Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
9.* Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
10.*Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	S	N
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?	S	N
12.*Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	S	N
14.* Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	S	N
15.*Pensa que é bom estar vivo(a)?	S	N
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	S	N
17.*Sente-se inútil?	S	N
18. Preocupa-se muito com o passado?	S	N
19. Acha a vida interessante?	S	N
20. É difícil para si começar novas actividades?	S	N
21. *Sente-se cheio(a) de energia?	S	N
22. *Sente que a sua situação é desesperada?	S	N
23. *Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor que a sua?	S	N
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	S	N
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	S	N
26. Tem dificuldade em se concentrar?	S	N
27. Gosta de se levantar de manhã?	S	N

28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	S	N
29. Tem facilidade em tomar decisões?	S	N
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	S	N

Pontuação da GDS de 30 itens:

1 ponto para as respostas **Sim** nas questões: 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28

1 ponto para as respostas **Não** nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30

0-10 = ausência de depressão

11-20 = depressão ligeira

21-30 = depressão grave

Pontuação da GDS de 15 itens:

1 ponto para as respostas Sim nas questões: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15

1 ponto para as respostas Não nas questões: 1, 5, 7, 11, 13

0 – 5 = sem depressão

>5 = depressão

Tradução: João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD), 2008, 2ªEdição.

Tabela VII. Instrumentos de *screening* para a depressão em idosos ^[16]

Escala	Número itens	Pontuação	Características operacionais	Vantagens/ Desvantagens	Razões para selecção deste instrumento
GDS	30	- Auto pontuação, - Dicotómica (sim/não).	- Sensibilidade de 92%; - Especificidade de 89-95%.	- Criado para distúrbios depressivos em idosos; -Exclui itens somáticos e relativos ao suicídio.	- Fácil administração; - Questões simples; - O mais frequentemente usado em idosos.
GDS	15		- Grande correlação com a GDS: - Sensibilidade de 92%; - Especificidade de 81%.	- Perda de especificidade no geral e de sensibilidade na presença de demência; - Não tão importante quanto a original na detecção de depressão menor.	- Fácil administração.
CES-D	10	Auto pontuação.	- Sensibilidade e especificidade em clínicas, lares e hospitais; - Numa amostra de idosos, a sensibilidade foi de 100%, a especificidade de 93% e o valor preditivo positivo para depressão maior foi de 38%.	- Poderá ser mais difícil em indivíduos com incapacidade cognitiva.	- Menos sensível que a GDS para a depressão menor.
HAM-D	21	- Pontuado pelo entrevistador; - Requer treino; - Duração: 15-20 minutos.	- Poucos estudos realizados em idosos.	- Itens sobre queixas somáticas podem ser elementos confundidores em idosos.	- Prevalente na área investigacional; - Tem sido usado para identificar a depressão na demência.
PHQ-9	9	- Auto pontuação.	- Boa sensibilidade e especificidade em amostra de pacientes pós-enfarte.	- Desenvolvido especificamente a partir dos critérios do DSM-IV.	-
CSDD	19	- Pontuado pelo observador. - Requer treino.	- Desenhado especificamente para pacientes com demência; - Com informação sobre idosos, familiares e cuidadores.	- Requer treino para aceder a adultos idosos com demência grave e moderada.	- Apropriado para uso em idosos com demência, especialmente moderada e grave.