



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

CURSO DE MEDICINA

RENAN FERNANDES CARDOSO

RIVANDO RODRIGUES DE SOUSA OLIVEIRA

DEPRESSÃO NO IDOSO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

João Pessoa – PB

Maior de 2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

CURSO DE MEDICINA

RENAN FERNANDES CARDOSO

RIVANDO RODRIGUES DE SOUSA OLIVEIRA

DEPRESSÃO NO IDOSO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso, em formato de artigo científico (estilo Vancouver), apresentado como exigência parcial para a obtenção do diploma de conclusão de curso, pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação do Professor Rivando Rodrigues de Sousa Oliveira.

João Pessoa – PB

Mai de 2016

DEPRESSÃO NO IDOSO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

DEPRESSION IN ELDERLY: A INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Renan Fernandes Cardoso¹, Rivando Rodrigues de Sousa Oliveira²

1. Acadêmico do 12º semestre do curso de Medicina pela Universidade Federal da Paraíba

2. Psiquiatra, Professor Auxiliar de Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba

RESUMO

Objetivo: Averiguar, na literatura, a existência de artigos relevantes que tratem da temática da depressão geriátrica.

Métodos: Foi construída uma revisão integrativa da literatura sobre o tema proposto. Cumpriram-se as seguintes etapas: seleção das pesquisas para compor a revisão, definição das características das pesquisas primárias, análise e interpretação dos achados, e relato da revisão. A pesquisa eletrônica foi realizada nas seguintes bases de dados: MEDLINE/Pubmed, SCIELO e LILACS. Foram incluídos artigos publicados entre 1992 e 2010.

Resultados: Foram selecionados 24 artigos que cumpriam os critérios pré-estabelecidos. Em relação à epidemiologia, percebeu-se que não há consenso quanto aos números de prevalência dessa patologia na faixa etária idosa, todavia a literatura é convergente ao afirmar que a doença é mais prevalente em idosos do sexo feminino, hospitalizados, portadores de outras comorbidades e de baixo suporte socioeconômico. Do ponto de vista clínico, a depressão menor é mais prevalente nessas populações que a depressão

maior. Para o diagnóstico, reafirma-se a importância de instrumentos de rastreamento, como a Escala de Depressão Geriátrica. Quanto ao tratamento, a primeira escolha é de psicoterapia combinada à farmacoterapia.

Conclusão: Reafirma-se a importância do desenvolvimento de novos estudos voltados para uma melhor compreensão desse tema.

Palavras-chave: Depressão; Idosos; Geriatria.

ABSTRACT

Objective: To investigate, in the literature, the existence of relevant articles dealing with the subject of depression in elderly.

Methods: We built an integrative review of the literature of the theme. The following steps were fulfilled: research selection to compose the review, definition of the characteristics of primary research, analysis and interpretation of findings, and review of the report. The electronic survey was conducted in the following databases: MEDLINE/PubMed, LILACS and SCIELO. It was included articles published between 1992 and 2010.

Results: We selected 24 articles that met the pre-established criteria. Regarding epidemiology, it was realized that there is no consensus on the prevalence figures of this pathology in the elderly, however the literature is convergent to say that the disease is more prevalent in female elderly, hospitalized patients with other comorbidities and low socioeconomic support. From a clinical standpoint, minor depression is more prevalent in those populations that major depression. Regarding diagnosis, it reaffirms the

importance of screening instruments, such as the Geriatric Depression Scale. As for treatment, the first choice is psychotherapy combined with pharmacotherapy.

Conclusion: It was reaffirmed the importance of developing new studies aimed at a better understanding of this topic.

Keywords: Depression; Elderly; Geriatrics.

INTRODUÇÃO

Os transtornos do humor são uma das desordens psiquiátricas mais comuns em idosos. Dentre eles, a depressão, que pode tanto ter se iniciado na vida adulta jovem como na terceira idade, é a mais frequente e está associada ao maior risco de morbidade e de mortalidade, ao aumento na utilização dos serviços de saúde, à negligência no autocuidado, à adesão reduzida aos regimes terapêuticos, além de maior risco de suicídio^{1,2}.

A depressão na faixa etária idosa permanece subdiagnosticada e inadequadamente tratada³⁻⁶. As consequências negativas desse cenário para a saúde pública tendem a aumentar ao longo do tempo, visto que a população mundial continua a envelhecer⁷.

Deve-se ressaltar, todavia, que a depressão não é uma consequência normal do envelhecimento⁸⁻⁹. Tristeza e luto são reações normais a eventos da vida que ocorrem com o envelhecimento, tais como perda de entes queridos; ajuste às mudanças no status social; transição de uma vida independente para uma vida de cuidados assistidos; e perda das funções física, social ou

cognitiva. Mas, apesar destas perdas, o envelhecimento pode ser vivido com satisfação, saúde e bem-estar¹⁰. Nos Estados Unidos, por exemplo, idosos saudáveis independentes, residentes na comunidade, têm uma taxa de prevalência de depressão clínica menor que a população geral adulta¹¹.

As taxas de depressão em idosos residentes na comunidade variam de 2 a 10%¹². Já em populações geriátricas hospitalizadas, as taxas de prevalência de depressão alcançam índices superiores a 30%. Pacientes idosos com comorbidades como acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio ou câncer, por sua vez, apresentam taxas de depressão superiores a 40%¹³⁻¹⁵.

Depressão na faixa etária geriátrica está ainda associada a inúmeros fatores de risco. Os mais identificados são: sexo feminino, idade, viuvez, baixa escolaridade e renda, presença de eventos de vida estressores, baixo suporte social, características de personalidade, percepção de baixa qualidade de vida e condições de saúde, presença de déficits cognitivos, limitação funcional, histórico e comorbidades psiquiátricas, uso e abuso de álcool, uso de alguns fármacos (como digoxina e betabloqueadores), presença de doenças físicas agudas e crônicas, dor e comorbidades¹⁶.

Já em relação à patogenia da depressão em idosos, estudos revelaram que danos na região do circuito subcortical frontal, especificamente nas vias estriato-pálido-tálamo-cortical, estão relacionados a alguns subtipos de depressão em idosos devido à neurodegeneração ou à doença cerebrovascular¹⁷⁻²⁰.

Os efeitos da idade de início de manifestação de sintomas depressivos, as mudanças no envelhecimento cerebral e a presença de comorbidades podem influenciar o tipo e a expressão da depressão que o idoso apresenta, assim como alterar a capacidade de resposta ao tratamento. Alguns pacientes, especialmente os idosos, podem ter sintomas depressivos clinicamente significativos, mas que acabam por não preencher totalmente os critérios para depressão maior como definido pelo DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition). Por isso, fala-se tanto no idoso em depressão menor (também conhecida como depressão leve, subclínica ou subsindrômica)^{21, 22}.

Esses pacientes podem apresentar humor deprimido, diminuição do prazer, perda ou ganho de peso acentuado sem estar em dieta, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimento de inutilidade, culpa excessiva, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ideação suicida recorrente ou mesmo tentativa de suicídio, entre outros^{21, 22}.

Em relação ao diagnóstico da depressão no idoso, é importante estar atento, visto que o mesmo pode ser dificultado por doenças que cursam com sobreposição de sintomas de depressão ou mesmo devido a efeitos colaterais de medicamentos que também geram sobreposição desses sintomas. Além disso, o idoso pode apresentar habilidades de comunicação já prejudicadas ou múltiplas queixas somáticas²³.

A escolha do tratamento dependerá da gravidade, do tipo, e da cronicidade do episódio depressivo, além de considerar contraindicações para medicamentos, qualidade do acesso ao tratamento e preferência do paciente.

Vale ressaltar que psicoterapia e farmacoterapia podem ser utilizadas isoladamente ou em combinação²⁴.

O constante aumento da população idosa mundial, tanto em países desenvolvidos como subdesenvolvidos, reafirma a importância de elaborar estudos como este. O objetivo aqui almejado, portanto, é averiguar a existência de trabalhos na literatura relacionados ao tema, a fim de esclarecer peculiaridades sobre epidemiologia, fatores de risco, formas clínicas, diagnóstico e tratamento da depressão no idoso.

METODOLOGIA

Neste estudo, foi construída uma revisão integrativa da literatura sobre a depressão em idosos, reunindo e sintetizando resultados e conclusões de pesquisas sobre esse tema de modo sistemático e ordenado.

A revisão integrativa é um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas. É importante esclarecer, portanto, que a revisão integrativa caracteriza-se por ser mais ampla que a revisão sistemática, visto que inclui estudos experimentais, quase experimentais, teóricos e empíricos, enquanto a sistemática aborda apenas os de caráter experimental²⁵.

No processo de elaboração dessa revisão, cumpriram-se criteriosamente as seguintes etapas: seleção das pesquisas para compor a amostra da revisão; definição das características das pesquisas primárias que compõem a amostra; análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; e relato da revisão, proporcionando um exame crítico dos achados, capaz de contribuir com o enriquecimento do tema²⁶.

Realizou-se a primeira etapa através de uma pesquisa eletrônica, utilizando as seguintes bases de dados: MEDLINE/Pubmed, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Utilizaram-se os seguintes descritores: depression and elderly (depressão e idosos), depression and geriatrics (depressão e geriatria) e depression and aging (depressão e envelhecimento).

Foram incluídos, nesta revisão, 24 artigos originais (Tabela 1), publicados entre 1992 e 2010, em português, inglês ou espanhol, escolhidos por terem foco na depressão no idoso, abordando seus aspectos epidemiológicos, apresentações clínicas, diagnóstico e tratamento.

Os artigos selecionados passaram por uma análise minuciosa para avaliar se preenchiam os critérios descritos anteriormente. Além disso, com o objetivo de encontrar artigos não selecionados na pesquisa inicial, foram utilizadas também as listas de referências dos artigos previamente destacados. Por fim, os trabalhos científicos mais relevantes foram selecionados, tendo seus dados analisados e apresentados nos resultados a seguir.

**TABELA 1. AUTORES, PERIÓDICOS E ANO DE PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS
SELECIONADOS PARA A REVISÃO INTEGRATIVA DE DEPRESSÃO NO IDOSO**

Autor	Periódico	Ano de Publicação
Koenig HG et al	Clin Geriatr Med	1992
Montorio I et al	Int Psychogeriatr	1996
Koenig HG et al	Am J Psychiatry	1997
Beekman AT et al	Br J Psychiatry	1999
Hoyl MT et al	J Am Geriatr Soc	1999
Steffens DC et al	Arch Gen Psychiatry	2000
Borin L et al	Int J Psychiatry Med	2001
Solai LK	Drugs Aging	2001
Areán PA et al	Biol Psychiatry	2002
Lavretsky H et al	Am J Geriatr Psychiatry	2002
Burke WJ	Clin Geriatr Med	2003
Rinaldi P et al	J Am Geriatr Soc	2003
van der Wurff FB et al	Int J Geriatr Psychiatry	2003
Wilson K et al	Int J Geriatr Psychiatry	2004
Paradela EMP et al	Rev Saúde Pública	2005
Bós AMG et al	Rev Bras Ciênc Envelh Huma	2006
Lyness JM et al	Ann Intern Med	2006
Pinquart M et al	Am J Psychiatry	2006
Givens JL et al	J Gen Intern Med	2006
Mottram P et al	Cochrane Database Syst Rev	2006
Sjösten N et al	Int J Geriatr Psychiatry	2006
Barry LC et al	Arch Gen Psychiatry	2008
Pinho MX et al	Rev Bras Geriatr Gerontol	2009
Hoover DR et al	Int Psychogeriatr	2010

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta revisão integrativa, foram incluídos 24 artigos que preenchem os critérios de inclusão pré-estabelecidos anteriormente. Informações sobre os trabalhos selecionados foram sumarizadas na Tabela 1.

EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO

Dez dos artigos analisados abordaram aspectos epidemiológicos da depressão na faixa etária geriátrica (Tabela 1). Destes, apenas dois, o de Paradela, 2005¹, e o de Bós et al, 2006²⁷, trouxeram dados sobre a prevalência dessa doença em idosos brasileiros. Segundo Bós et al, 2006²⁷, apesar de existir um número significativo de estudos brasileiros sobre a depressão nos idosos e das informações epidemiológicas levantadas pelo Ministério da Saúde, há poucos levantamentos em nível populacional sobre a saúde mental dos idosos em nosso país, especialmente com uma abrangência nacional²⁷.

Esse artigo incluiu dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000)²⁷. Essa pesquisa da PNAD, que foi realizada em 1998, incluía uma questão simples sobre a saúde mental, perguntando se o entrevistado teria depressão, com a resposta sendo “sim” ou “não”²⁷. Segundo os autores, apesar desse diagnóstico de depressão, baseado numa pergunta única, ser duvidoso se comparado a diagnósticos clínicos mais rigorosos, não se deve subestimar sua importância, visto que o mesmo apresentou um levantamento de grandes proporções, tendo relevância populacional e nacional.

Baseado na questão do PNAD abordada no estudo, das 344.975 pessoas da amostra, 17.582 (5,1%) referiram ter depressão. Para as pessoas

acima de sessenta anos, a proporção é muito maior: 12,5% dos idosos referiram ter depressão. Generalizando esse número para a população brasileira, 1.596.192 idosos em 1998 seriam deprimidos²⁷.

O artigo de Paradela et al, 2005¹, por sua vez, citou um estudo de 1991 que investigou as prevalências de depressão na cidade do Rio de Janeiro, estratificando a população em três estratos, de acordo com o seu nível socioeconômico. As prevalências de depressão variaram de acordo com o grupo estudado e foi de 20,9% no distrito com melhor nível socioeconômico e 36,8% no de pior nível socioeconômico¹. Variações tão importantes em diferentes bairros de uma mesma cidade foram atribuídas às diferenças socioeconômicas da população estudada.

Steffens et al, 2000⁸, também alertam para o fato de que existem poucos grandes estudos de base populacional para depressão em idosos, revelando que essa não é uma deficiência apenas de estudos brasileiros (como relatado por Bós et al, 2006²⁷). Os autores destacam ainda que a maioria dos trabalhos é centrada em indivíduos com idade inferior a 80 anos⁸. Essas controvérsias na literatura podem explicar as divergências epidemiológicas encontradas nos artigos sobre o tema.

Os estudos de Beekman et al, 1999¹², e Pinho et al, 2009¹⁶, por exemplo, relatam que diferenças metodológicas entre os estudos impedem conclusões firmes sobre a variação intercultural e geográfica da depressão no idoso, impossibilitando um consenso sobre a prevalência da doença nessa faixa etária, apesar do grande interesse existente sobre o tema. Ambos os trabalhos analisaram as taxas de prevalência da depressão geriátrica na

comunidade. Segundo o primeiro, essas taxas variam de 0,4% a 35%¹². Já o segundo chegou a uma variação de 5,4% a 24,15%¹⁶.

Diferente dos dois artigos citados no parágrafo anterior, que se focaram na depressão em idosos que viviam na comunidade, Hoover et al, 2010²⁸, estabeleceu uma análise sobre os idosos que se encontravam no primeiro ano de permanência em casas de repouso. O estudo, que teve uma amostra de 634.060 idosos acima de 65 anos residentes de casas de repouso, revelou que nesse grupo de idosos, 54% dos indivíduos apresentavam diagnóstico de depressão dado por um médico²⁸. Tais dados corroboram para reafirmar que a falta dos suportes social e familiar são importantes fatores de risco para a depressão no idoso.

Outros importantes fatores de risco para depressão geriátrica são as comorbidades médicas e a hospitalização, como analisaram os estudos de Koenig et al, 1992⁹, Koenig et al, 1997¹³, e Borin et al, 2001¹⁵. O primeiro desses trabalhos conclui que a saúde física tem um grande impacto sobre o humor e bem-estar de cada indivíduo e, conseqüentemente, as taxas de transtorno depressivo maior em idosos doentes hospitalizados são mais de dez vezes maiores que as relatadas entre os idosos na comunidade⁹. Já o terceiro estudo avaliou uma amostra de 314 doentes do sexo masculino hospitalizados, com idades acima dos 60 anos, do Baltimore Veteran Administration Medical Center nos EUA, em que 60 preencheram os critérios para depressão maior¹⁵.

Dos dez artigos que abordam o tema da epidemiologia da depressão no idoso, cinco deles destacaram, em seus resultados ou conclusões, o sexo feminino como um dos mais importantes fatores de risco da depressão na

população idosa: Steffens et al, 2000⁸, Koenig et al, 1992⁹, Beekman, 1999¹², Bós, 2006²⁷, e Barry, 2008²⁹. Segundo o último deles, vários fatores podem explicar a prevalência desproporcional de depressão em mulheres mais velhas, como maior suscetibilidade à depressão, maior persistência de depressão após o seu início e menor mortalidade²⁹.

A análise desses estudos revela que há divergências quanto aos números de prevalência da depressão no idoso na literatura, mostrando que novos trabalhos científicos sobre o tema serão bem vindos para maior elucidação do assunto. Já em relação aos fatores de risco, percebe-se uma maior convergência dos artigos selecionados, destacando o sexo feminino, hospitalização e comorbidades médicas, além de baixos suporte social e nível socioeconômico, como indicadores preditores de maiores taxas de prevalência de depressão no idoso.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Ainda que a classificação dos estados depressivos em idosos seja semelhante a dos adultos mais jovens, no idoso, as características clínicas costumam diferir um pouco, tanto devido a uma chance maior de ocorrerem comorbidades orgânicas como em decorrência das pressões psicológicas e adaptativas presentes nesta faixa etária³⁰.

A depressão no idoso pode, portanto, se manifestar em diferentes tipos, classificados de acordo com o quadro clínico, a duração e a frequência dos sintomas depressivos presentes em cada indivíduo. Seis das referências selecionadas por essa revisão integrativa (Tabela 1) abordaram esse tema.

As categorias clínicas mais frequentes em idosos, segundo os artigos selecionados (Tabela 1) são: depressão maior, distímia (transtorno depressivo persistente), depressão menor, depressão psicótica, depressão vascular e depressões relacionadas à Doença de Alzheimer e a outras demências.

Os critérios para depressão maior utilizados em todas as referências selecionadas seguem orientações da American Psychiatric Association (APA), através do DSM-4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition)³¹. Esses critérios, por sua vez, não foram alterados no DSM-5 para a depressão maior (Tabela 2), sendo idênticos para pacientes idosos e mais jovens²¹.

O estudo de Pinho et al, 2009¹⁶, por sua vez, lembra também outra forma de depressão frequentemente citada: a distímia, cuja característica essencial é a presença de humor deprimido crônico, presente por pelo menos dois anos. Os sintomas depressivos no transtorno distímico não costumam ser tão graves e incapacitantes quanto aqueles presentes na depressão maior¹⁶. A APA, em 2013²¹, trouxe novamente as características clínicas desse transtorno (Tabela 3) no DSM-5.

Todavia, é a depressão menor (subsindrômica) que se destaca como tema da maior parte dos estudos aqui selecionados. Diagnosticada em pacientes com síndromes depressivas que não atendem os critérios do DSM-5 para depressão maior ou distímia, por número insuficiente de sintomas ou por tratar-se de um transtorno depressivo de curta duração. No DSM-5 é classificada como “Outro Transtorno Depressivo Especificado (F32.8)”²¹, mas na literatura é consagrada pelo termo “depressão menor”.

TABELA 2. DSM-5: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO**MAIOR²¹**

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas devem estar presentes durante o mesmo período de duas semanas, sendo que pelo menos um dos sintomas é ou (1) humor depressivo ou (2) a perda de interesse ou prazer. Não se pode, todavia, incluir sintomas que são claramente atribuíveis à outra condição médica.

- 1) Humor deprimido.
- 2) Diminuição acentuada do interesse ou prazer.
- 3) Perda de peso significativa em ausência de dieta ou aumento de peso; ou diminuição ou aumento do apetite.
- 4) Insônia ou hipersonia.
- 5) Agitação ou retardo psicomotor.
- 6) Fadiga ou perda de energia.
- 7) Sentimentos de inutilidade, ou culpa excessiva ou inapropriada.
- 8) Capacidade diminuída de pensamento ou concentração.
- 9) Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou uma tentativa de suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas áreas sociais, ocupacionais, ou outras importantes para o funcionamento do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou a outra condição médica.

NOTA 1: Os critérios de A a C representam um episódio depressivo maior.

NOTA 2: Respostas a uma perda significativa (luto, perda financeira, perda por um desastre natural, uma grave doença médica ou invalidez) podem incluir sentimentos de tristeza intensa, reflexão excessiva sobre a perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observado no critério A, que pode assemelhar-se a um episódio depressivo.

D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é melhor explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou outro espectro da esquizofrenia especificado e não especificado, além de outros transtornos psicóticos.

E. Nunca houve um episódio de mania ou hipomania.

TABELA 3. DSM-5: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO

PERSISTENTE (DISTÍMIA) EM ADULTOS²¹

A. Humor deprimido na maior parte do dia, por mais dias do que não, por pelo menos dois anos.

B. Presença, enquanto deprimido, de dois (ou mais) dos seguintes:

- 1) Falta ou aumento de apetite.
- 2) Insônia ou hipersonia.
- 3) Baixa energia ou fadiga.
- 4) Baixa auto-estima.
- 5) Falta de concentração ou dificuldade em tomar decisões.
- 6) Sentimentos de desesperança.

C. Durante o período de dois anos de perturbação, o indivíduo nunca ficou sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de dois meses em nenhum momento.

D. Critérios para um transtorno depressivo maior pode ser continuamente presente durante dois anos.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio de hipomania, e os critérios não foram cumpridos para o transtorno ciclotímico.

F. A perturbação não é explicada por um transtorno persistente esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno delirante ou outro espectro da esquizofrenia determinado ou indeterminado, e outro distúrbio psicótico.

G. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica (por exemplo, hipotireoidismo).

H. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas sociais, ocupacionais, ou outras importantes para o funcionamento do indivíduo.

Burke et al, 2003¹⁴, destacam que muitos idosos apresentam sintomas que não cumprem os critérios para um transtorno específico, mas, no entanto, são clinicamente significativos e afetam a qualidade de vida dessas pessoas.

Segundo os estudos de Beekman et al, 1999¹², Koenig et al, 1997¹³, Lavretsky et al, 2002³², e Lyness et al, 2006³⁵, a depressão menor na população idosa é mais prevalente que a depressão maior. Em idosos na comunidade, segundo resultados do estudo de Beekman et al, 1999¹², a depressão maior é relativamente rara entre os idosos (prevalência média ponderada de 1,8%), já a depressão menor é mais comum (prevalência média ponderada de 9,8%), enquanto todas as síndromes depressivas clinicamente relevantes apresentam uma prevalência média de 13,5%¹². Já para os idosos hospitalizados do estudo de Koenig et al, 1997¹³, as taxas de depressão maior variaram de 10 a 21%, enquanto a depressão menor variou de 14 a 25%, dependendo do esquema diagnóstico utilizado¹³.

Ainda segundo Lavretsky et al, 2002³², e Lyness et al, 2006³⁵, a depressão menor tem importância significativa na população idosa, pois esses pacientes sofrem, assim como os que apresentam depressão maior, com os fardos da doença, incluindo saúde mais pobre e baixo suporte social, além de comprometimento funcional e maior utilização de serviços de saúde, apresentando também mais gastos financeiros.

Além disso, o estudo de Lyness et al, 2006³⁵, destaca que os pacientes com depressão menor são de alto risco para posteriormente desenvolverem depressão maior, e podem ainda apresentar ideação suicida. Neste trabalho, os pacientes com depressão menor, com 60 anos ou mais, tinham um risco seis vezes maior de desenvolver depressão maior em um ano, em comparação aos pacientes sem depressão³⁵.

A APA, em 2013²¹, também traz informações sobre a depressão psicótica, que nada mais é que um transtorno depressivo maior com características psicóticas (delírios ou alucinações).

Outros tipos de depressão citados são a depressão vascular e as depressões decorrentes de quadros demenciais^{33, 34}. Esses quadros depressivos podem atingir também pessoas mais jovens, todavia são mais frequentes na população geriátrica, visto que as comorbidades relacionadas a esses quadros alcançam majoritariamente pacientes nessa fase da vida.

A depressão pode, portanto, se desenvolver após um evento cerebrovascular agudo, sendo chamada de "depressão pós-AVC" ou depressão vascular. Pode se desenvolver em associação com alterações isquêmicas crônicas no cérebro. Dois fatores importantes no desenvolvimento de depressão pós-AVC são a localização da lesão e o tempo de acidente vascular cerebral. Pacientes com lesões no hemisfério esquerdo, especialmente do córtex pré-frontal esquerdo, tendem a ter maior frequência e gravidade da depressão. O período de risco maior de tempos de acidente vascular cerebral parece ser os dois primeiros anos, com pico de prevalência que ocorre dentro dos primeiros três a seis meses³³.

Já o desenvolvimento da depressão como uma complicação da doença de Alzheimer é cada vez mais reconhecido. Apresentação e capacidade de resposta ao tratamento podem diferir significativamente de outros tipos de depressão. Além disso, a depressão é uma complicação comum em muitas outras síndromes demenciais incluindo Parkinson, demência de Lewy, demência frontotemporal e demência de Huntington^{21, 34}.

Conclui-se, portanto, que idosos apresentam uma clínica atípica, em relação à depressão maior, na maior parte dos indivíduos. Esse quadro clínico diferente, que se apresenta na maioria dos casos como um transtorno depressivo conhecido na literatura como “depressão menor”, traz graves repercussões à vida dessas pessoas e pode evoluir para um transtorno depressivo maior, além de aumentar o risco de suicídio.

DIAGNÓSTICO: INSTRUMENTOS DE RASTREAMENTO

Diante da importância desses transtornos depressivos em idosos e das suas dificuldades diagnósticas, Paradela et al, 2005¹, afirmam que a avaliação sistemática dos indivíduos idosos com queixas de tristeza e/ou anedonia pode contribuir para melhorar a detecção dessas patologias. Várias escalas para avaliar sintomas depressivos foram desenvolvidas e, muitas delas, têm sido utilizadas para o rastreamento de tais sintomas na população geral¹.

A Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS) é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreamento de depressão em idosos¹. Quatro artigos selecionados nesse estudo (Tabela 1) abordaram aspectos desse instrumento, mostrando que o mesmo oferece medidas válidas e confiáveis^{1, 36-38}. Descrita em língua inglesa em 1983, a escala original tem 30 itens e foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos transtornos de humor em idosos, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas¹. Entre as suas vantagens destacam-se: ser composta por perguntas de fácil entendimento; apresentar pequena variação nas possibilidades de respostas; e a possibilidade de ser auto-aplicada ou aplicada por um entrevistador treinado¹. No entanto, Montorio et al, 1996³⁶,

alertam que a GDS não mantém a sua validade em populações dementes porque não consegue identificar a depressão em pessoas com demência leve a moderada.

O estudo de Paradela et al, 2005¹, estudou a validade da escala, com uma versão reduzida de 15 itens (GDS-15) elaborada em 1986, na identificação de episódio de depressão maior ou distímia em idosos atendidos em ambulatório geral no Brasil. A escala, neste estudo, foi aplicada em 302 indivíduos com 65 anos ou mais, que em seguida foram examinados, de maneira independente, por um geriatra que não tinha conhecimento dos resultados da escala. Concluiu-se com o estudo que a GDS-15 pode ser utilizada para o rastreamento de sintomas depressivos na população geriátrica ambulatorial brasileira, sendo o ponto de corte entre 5 e 6 itens¹.

Rinaldi, 2003³⁷, e Hoyl, 1999³⁸, por sua vez, construíram estudos que abordaram a eficácia de uma versão ainda mais reduzida da GDS, com apenas cinco itens (GDS-5). O primeiro analisou essa eficácia em idosos residentes na comunidade, em casas de repouso e hospitalizados³⁷. O segundo usou uma amostra apenas composta por idosos residentes na comunidade³⁸. Ambos concluíram que a GDS-5 é tão eficaz como a GDS-15, com a vantagem de apresentar menor tempo de aplicação^{37, 38}.

Conclui-se, portanto, que instrumentos de rastreamento, como a GDS, são extremamente relevantes para o diagnóstico da depressão em idosos, visto que os mesmos, como relatado anteriormente, apresentam quadros atípicos, em relação aos critérios de depressão maior do DSM-5²¹.

TRATAMENTO

Nove dos artigos selecionados (Tabela 1) abordaram diferentes facetas do tratamento da depressão geriátrica. Dentre eles, dois, o de Areón et al, 2002²⁴, e o de Pinquart et al, 2006³⁹, trouxeram em suas temáticas tanto o tratamento psicoterápico como o tratamento medicamentoso.

Areón et al, 2002²⁴, relataram que ao longo dos últimos 20 anos que precederam a pesquisa, numerosos estudos investigaram a eficácia da psicoterapia no tratamento da depressão em idosos e, em menor grau, a eficácia da psicoterapia combinada com uso de antidepressivos. Dos estudos de intervenção, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e psicoterapia interpessoal combinada com medicação antidepressiva apresentaram a maior base de evidências em apoio da sua eficácia para depressão geriátrica²⁴.

Já a pesquisa de Pinquart et al, 2006³⁹, consistiu-se em uma meta-análise de 89 estudos controlados envolvendo idosos com depressão de gravidade variada (depressão maior, depressão menor e distímia). Tal trabalho chegou à conclusão que os estudos controlados randomizados foram limitados, mas que tanto a psicoterapia como a farmacoterapia, utilizadas isoladamente, apresentaram efeitos, de moderado a alto grau, sob a dimensão global dos pacientes, e que ambas as terapias eram mais ou menos equivalentes³⁹.

A maioria dos estudos, por sua vez, abordou mais especificamente os aspectos farmacológicos do tratamento da depressão em idosos. O estudo de Givens et al, 2006⁴⁰, por exemplo, concluiu que muitos pacientes idosos são relutantes em tomar medicação para a depressão. Entrevistas, com 68 pacientes com 60 anos ou mais com depressão, encontraram as seguintes

preocupações expressas pelos mesmos em maior frequência: o medo da dependência de medicação, a rejeição do conceito de depressão como uma doença médica, a crença de que os medicamentos antidepressivos inibem reações emocionais normais, além de experiências negativas prévias com antidepressivos⁴⁰.

Esse estudo citado no parágrafo anterior mostra a importância de entender as motivações que levam um paciente a permanecer relutante em iniciar um tratamento farmacológico antidepressivo. Possivelmente, um melhor diálogo médico-paciente para tratar dessas preocupações específicas pode possibilitar um tratamento mais eficaz e com maior aderência.

Em relação à escolha dos antidepressivos a serem utilizados, uma revisão sistemática de Mottram et al, 2006⁴¹, com 26 estudos randomizados que compararam antidepressivos de diferentes classes em ensaios de reputação científica semelhante, em pacientes com 55 anos ou mais, encontrou pouca diferença na eficácia entre as classes de antidepressivos. No entanto, segundo os resultados do estudo Wilson et al, 2004⁴², houve uma taxa mais elevada de interrupção do tratamento devido aos efeitos secundários para pacientes tratados com antidepressivos tricíclicos, em comparação com os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS). Esses achados sugerem que os efeitos colaterais devem ser bastante considerados na hora da escolha do antidepressivo em idosos.

Segundo Solai et al, 2001⁴³, os ISRS são considerados primeira linha para o tratamento de transtornos depressivos em idosos devido a uma melhor tolerabilidade, facilidade de uso e segurança em geral, especialmente em

casos de overdose. Todavia, o próprio estudo reconhece que há controvérsias sobre o tema na literatura, tornando-se difícil estabelecer um tratamento padrão. Dentro da própria classe dos ISRS, devem-se analisar as características específicas de cada fármaco para realizar uma melhor escolha para o paciente. Por exemplo, fluoxetina, fluvoxamina e paroxetina são mais susceptíveis a apresentarem interações medicamentosas significativas em relação a drogas como citalopram e sertralina⁴³.

Steffens et al, 2000⁸, num estudo de prevalência e tratamento de depressão em idosos, revelaram que, entre os indivíduos da amostra com depressão maior, 35,7% estavam usando um antidepressivo (principalmente ISRS) e 27,4% um sedativo ou hipnótico.

Outra terapêutica abordada dentre os artigos selecionados é em relação à neuroestimulação por eletroconvulsoterapia (ECT). Van der Wurff et al, 2003⁴⁴, destacam que a ECT continua a ser uma opção de tratamento importante e viável em idosos, podendo ser utilizada para pacientes deprimidos que não responderam aos tratamentos antidepressivos adequados e para pacientes com depressão maior grave em que há risco de vida ou significativo prejuízo funcional.

Outro aspecto abordado é a prática de exercícios como medida terapêutica para a depressão geriátrica. Sjösten et al, 2006⁴⁵, concluíram em seus estudos que exercícios físicos podem ser eficientes na redução da depressão clínica e de sintomas depressivos a curto prazo em idosos. O exercício físico pode, portanto, ser um tratamento importante para pacientes com depressão leve ou moderada, mas pode ser difícil para eles iniciar essa

prática. Assim, concluímos que pode ser necessário um tratamento adicional, com medicamentos ou psicoterapia, mostrando que essas medidas terapêuticas funcionam mais em conjunto.

Através dessa revisão integrativa, torna-se clara a importância do desenvolvimento de novos estudos voltados para uma melhor compreensão do funcionamento dos transtornos depressivos na faixa etária geriátrica. Somente novas perspectivas do assunto permitirão avanços capazes de melhorar o rastreamento, o diagnóstico e, principalmente, o tratamento desses pacientes que apresentam particularidades próprias do envelhecimento.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Centro de Ciências Médicas (CCM) e a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), pelo apoio a esta pesquisa.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev Saúde Pública, v. 39, n. 6, p. 918-23, 2005.

2. Taylor WD. Clinical practice. Depression in the elderly. *N Engl J Med* 2014; 371:1228.
3. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA* 1997; 278:1186.
4. Hybels CF, Blazer DG. Epidemiology of late-life mental disorders. *Clin Geriatr Med* 2003; 19:663.
5. Valenstein M, Taylor KK, Austin K, et al. Benzodiazepine use among depressed patients treated in mental health settings. *Am J Psychiatry* 2004; 161:654.
6. Unützer J. Clinical practice. Late-life depression. *N Engl J Med* 2007; 357:2269.
7. Araujo TCN, Alves MIC. Perfil da população idosa no Brasil. *Textos envelhecimento*, v. 3, n. 3, 2000.
8. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:601.
9. Koenig HG, Blazer DG. Epidemiology of geriatric affective disorders. *Clin Geriatr Med* 1992; 8:235.
10. Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicol reflex crit*, v. 20, n. 1, p. 81-6, 2007.
11. Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician* 2004; 69:2375.

12. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174:307.
13. Koenig HG, George LK, Peterson BL, Pieper CF. Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1376.
14. Burke WJ, Wengel SP. Late-life mood disorders. *Clin Geriatr Med* 2003; 19:777.
15. Borin L, Menon K, Raskin A, Ruskin P. Predictors of depression in geriatric medically ill inpatients. *Int J Psychiatry Med* 2001; 31:1.
16. Pinho MX, Custódio O, Makdisse M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, v. 12, n. 1, p. 123-140, 2009.
17. Kales HC, Maixner DF, Mellow AM. Cerebrovascular disease and late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13:88.
18. Tekin S, Cummings JL. Frontal-subcortical neuronal circuits and clinical neuropsychiatry: an update. *J Psychosom Res* 2002; 53:647.
19. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al. 'Vascular depression' hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:915.
20. Kumar A, Jin Z, Bilker W, et al. Late-onset minor and major depression: early evidence for common neuroanatomical substrates detected by using MRI. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1998; 95:7654.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington 2013.

22. Duailibi K, da Silva ASM. Depressão: critérios do DSM-5 e tratamento. Rev. Bras. Clin. Terap, v. 40, n. 1, p. 27-32, 2014.
23. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. Am J Psychiatry 2001; 158:479.
24. Areán PA, Cook BL. Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. Biol Psychiatry 2002; 52:293.
25. Mender KDS et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto and Contexto Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758, 2008.
26. Bertolin DC et al. Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura. Acta paul enferm, v. 21, p. 179-86, 2008.
27. Bós AMG, Bós AJG. Fatores determinantes e conseqüências econômicas da depressão entre os idosos no Brasil. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 2, n. 2, 2006.
28. Hoover DR, Siegel M, Lucas J, et al. Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the USA. Int Psychogeriatr 2010; 22:1161.
29. Barry LC, Allore HG, Guo Z, et al. Higher burden of depression among older women: the effect of onset, persistence, and mortality over time. Arch Gen Psychiatry 2008; 65:172.

30. Blay, SL. Características Clínicas, Fatores de Risco e Curso da Depressão em Idosos. In: Lafer, B et al. (Eds). "Depressão no Ciclo da Vida". Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
31. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington DC 2000.
32. Lavretsky H, Kumar A. Clinically significant non-major depression: old concepts, new insights. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10:239.
33. Robinson RG. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003; 54:376.
34. Lyketsos CG, Olin J. Depression in Alzheimer's disease: overview and treatment. *Biol Psychiatry* 2002; 52:243.
35. Lyness JM, Heo H, Datto, CJ, et al. Resultados de depressão menor e subsindrômica entre pacientes idosos em ambientes de cuidados primários. *Ann Intern Med* 2006; 144: 496.
36. Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *Int Psychogeriatr* 1996; 8:103.
37. Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, et al. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51:694.
38. Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, et al. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47:873.

39. Pincus M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1493.
40. Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K, et al. Older patients' aversion to antidepressants. A qualitative study. *J Gen Intern Med* 2006; 21:146.
41. Mottram P, Wilson K, Strobl J. Antidepressants for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2006.
42. Wilson K, Mottram P. A comparison of side effects of selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in older depressed patients: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19:754.
43. Solai LK, Mulsant BH, Pollock BG. Selective serotonin reuptake inhibitors for late-life depression: a comparative review. *Drugs Aging* 2001; 18:355.
44. Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WJ, Beekman AT. The efficacy and safety of ECT in depressed older adults: a literature review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18:894.
45. Sjösten N, Kivelä SL. The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21:410.