

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**EFEITOS ADVERSOS DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS EM IDOSOS**

**IARA VIANNA DA SILVA**

**TEÓFILO OTONI / MG**

**2011**

**IARA VIANNA DA SILVA**

**EFEITOS ADVERSOS DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS EM IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização em  
Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade Federal de Minas Gerais, para  
obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Eulita Maria Barcelos

**TEÓFILO OTONI / MG**

**2011**

**IARA VIANNA DA SILVA**

**EFEITOS ADVERSOS DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS EM IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Profª Eulita Maria Barcelos

**BANCA EXAMINADORA**

Profª Eulita Maria Barcelos (orientadora)

Profª Drª Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Aprovada em Belo Horizonte, 04/02/2012

## **Dedicatória**

A Deus por todas as minhas realizações.

A minha família pelo carinho e amor que sempre me proporcionou, entendendo minhas ausências durante o curso de pós-graduação

## **Agradecimentos**

Agradecer é essencial... Agradeço

A Deus, Criador e Orientador. Que sempre iluminou minha caminhada, pela sabedoria e oportunidade de realizar este sonho.

Agradeço profundamente aos meus pais pelo amor incondicional, pelos ensinamentos, companheirismo e dedicação constantes. Por abrirem mão de várias coisas em prol da minha criação, meu carinho, meu amor e minha eterna gratidão.

A minha família pelo apoio e pela contribuição na realização dos meus ideais e pela compreensão das minhas ausências no aconchego do lar.

A Prof<sup>a</sup> Eulita pela orientação fornecida durante a elaboração deste trabalho.

Aos colegas e mestres do curso pela amizade, companheirismo e pelas agradáveis ocasiões.

A todos que contribuíram para a conclusão deste trabalho.

## **LISTA DE FIGURAS E QUADROS**



**TABELA 1.** Perfil dos efeitos adversos dos antidepressivos 37

**TABELA 2.** Esquema posológico das drogas mais utilizadas em idosos 46

## **RESUMO**

As síndromes depressivas estão entre os distúrbios psiquiátricos mais frequentes em pessoas idosas constituindo-se em um problema de saúde pública. Antidepressivos são eficazes no tratamento da depressão, inclusive em idosos. O sucesso do

tratamento depende do tipo e da gravidade da depressão, das relações com outras doenças psiquiátricas ou clínicas, da escolha adequada do antidepressivo, de sua eficácia e perfil de efeitos adversos, da orientação do paciente e de sua aderência ao tratamento. O manejo dos efeitos adversos em pacientes idosos, que usam outras medicações e apresentam outras doenças, é o ponto forte na escolha de antidepressivos. A escolha deste tema é devido ao aumento do número de idosos que são acometidos de depressão na área de abrangência onde atuo e pelo consumo de antidepressivos concomitante com outros medicamentos e também pela preocupação com os efeitos adversos que podem surgir nos idosos. No Brasil eles representarão 70% da população em 2025, implicando em um maior índice de acidentes externos (por exemplo: quedas) e gastos públicos. Realizar uma revisão de literatura sobre os efeitos adversos do uso de antidepressivos, suas complicações e conseqüências na saúde dos idosos é o objetivo do trabalho. A metodologia utilizada foi a revisão de literatura – tipo narrativa. A busca foi realizada em livros, artigos de revistas científicas, monografias, dissertações de mestrado, teses e artigos extraídos via Internet, nos bancos eletrônicos Medline, Lilacs e Scielo. Os resultados encontrados foram: os antidepressivos são considerados medicações eficazes, pois constituem os pilares do tratamento da depressão em idosos, são drogas relativamente seguras se bem indicadas e manejadas, respeitando-se as limitações de seu uso nestes pacientes, bem como suas contra-indicações clínicas e farmacológicas.

**Descritores:** Depressão, Psicoterapia, Idosos, Terapêutica Antidepressivos, Efeitos Colaterais e Adversos.

## **ABSTRAT**

The depressive syndromes are among the most frequent psychiatric disorders in the elderly, and population elderly have shown a high prevalence of depression, comes



to constitute itself into a public health problem. Antidepressants are effective in treating depression, including the elderly, but successful treatment depends on the type and severity of depression, relationships with other psychiatric disorders or clinics, the appropriate choice of antidepressant, its efficacy and adverse event profile of patient education and adherence to treatment. The management of adverse events in elderly patients using other medications or have other diseases, is the strong point in the choice of antidepressants. The choice of this subject is due to the increasing number of elderly who are suffering from depression in the area of coverage where I work and the consumption of antidepressants in combination with other drugs and also by concern about the adverse effects that may occur in the elderly. Only in Brazil, they represent 70% of the population in 2025, implying a higher rate of accidents and external spending. Conduct a review of the literature on the adverse effects of antidepressant use, its complications and consequences on the health of the elderly is the objective of the study. The methodology used was a literature review - type narrative. The search was conducted in books, journal articles, monographs, dissertations, theses and articles taken from the Internet, in electronic databases Medline, Lilacs and Scielo. The results were: antidepressants medications are considered effective, as are the mainstays of treatment of depression in the elderly, drugs are relatively safe and well managed given, respecting the limitations of its use in these patients as well as their contraindications clinical and pharmacological.

Key-words: Depression, Psychotherapy, Seniors, Therapy Antidepressants, Side Effects and Adverse.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
---------------------------	-----------

<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
2.1 Objetivo Geral .....	14
2.2 Objetivos Específicos .....	14
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
4.1 Envelhecimento.....	16
4.2 Depressão .....	18
4.3 Depressão em idosos.....	21
4.3.1 Diagnóstico e sintomatologia.....	25
4.3.2 O uso de antidepressivos em idosos e seus efeitos colaterais .....	30
<b>5 CONCLUSÕES .....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é inerente à vida é um fenômeno complexo que afeta o indivíduo de modo muito particular e as diferenças na experiência do envelhecimento se devem a fatores biológicos, psicológicos, sociais, e culturais que determinam a existência humana (FERNANDES, 2009).

As mudanças decorrentes do envelhecimento fazem da terceira idade um período de grande necessidade de ajustamento emocional. A maneira como cada indivíduo se adapta as modificações físicas, intelectuais e sociais, vão determinar um envelhecimento saudável ou com muitas dificuldades (MAZO *et al.*, 2005). A diminuição da visão, audição, força e flexibilidade, alteração da memória, criatividade, atenção e iniciativa, além das modificações na sexualidade e sociabilidade, fazem com que a idéia de perda seja relacionada ao idoso.

Contudo, em nossa sociedade o que determina ser idoso? Estabeleceu-se a idade de 60 anos como sendo o início da velhice nos países em desenvolvimento e 65 anos nos países desenvolvidos (UNPD, 2010).

No Brasil, segundo estatísticas do Ministério da Saúde, a faixa etária de 60 anos ou mais é a que mais ascende em termos proporcionais, já que, em 2025, ela crescerá 16 vezes em relação à população total, que só crescerá 5 vezes nesse mesmo período, o que nos colocará, em termos absolutos, como a 6ª população de idosos do mundo. Isso representará 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (COELHO FILHO, 2007). Atualmente a população de idosos acima dos 60 anos representa cerca de 12% da população brasileira, ou seja, cerca de 18 milhões de brasileiros (IBGE, 2010).

O envelhecimento da população brasileira cresceu substantivamente a partir de 2005, quando as coortes de nascidos nos períodos de elevada fecundidade e baixa mortalidade das décadas de 1940 a 1960 começaram a alcançar os 65 anos (SCAZUFCA & MATSUDA, 2008). Todavia, esta população acima de 60 anos cresce de forma acelerada desde as duas últimas décadas e a porcentagem da população

mundial com idade igual ou superior a 60 anos passará rapidamente dos 9% descritos em 1995, para 30% em 2150, e a população acima de 80 anos crescerá dos 61 milhões do mesmo ano, para 320 milhões em 2050 e para mais de 1 bilhão em 2150 (VELEJO *et al.*, 2010; UNPD, 2010).

Segundo Chaimowicz *et al.* (2009) o aumento na expectativa de vida foi devido à melhoria nas condições sanitárias e na habitação, na alimentação e também nos programas de saúde.

Segundo os autores, a diminuição da taxa de fecundidade, a partir de 1970 causou redução da proporção de crianças na pirâmide populacional e também a diminuição do índice de mortalidade contribuíram para o aumento proporcional da população de adultos e idosos. A partir de 2000 a expectativa de vida dos homens chegou aos 70 anos e a das mulheres 76 anos.

Para Nasri (2008) a transição demográfica, ou seja, o aumento da população idosa vem acarretando uma transição epidemiológica, o Brasil que era considerado um país essencialmente jovem, as doenças eram caracteristicamente constituídas por moléstias infecto-contagiosas, já o perfil de doenças na pessoa idosa muda para o padrão de doenças crônicas. Em decorrência do envelhecimento aumenta-se o percentual de idosos com problemas crônicos, estima-se que entre 75% e 80% da população de 60 anos e mais na América Latina tem pelo menos uma doença crônica (WONG &, RODRIGUES, 2006).

Neste sentido, as doenças mentais estão entre as doenças crônicas mais prevalentes entre os idosos no Brasil e no mundo, sendo a depressão a mais comum. A maioria dos estudos de prevalência de transtornos depressivos, que requerem intervenção indica que mais de 10% dos idosos apresentam um quadro depressivo. Esse número sobe para 30% em idosos institucionalizados (GEORGE, 2005).

Segundo Scazufca & Matsuda (2008), envelhecimento e depressão estão fortemente relacionados à diminuição da saúde física e nível de atividade, sintomas de disfunção cognitiva, queixas somáticas, dificuldades sexuais, aumento da

dependência, grande número de doenças e aumento do uso de medicações, sendo que também se correlacionam com a diminuição de atividades prazerosas, menor prática de atividades de lazer e exercícios e de menor suporte familiar e social.

Os sintomas depressivos são altamente prevalentes em fases tardias da vida. A doença causa mudanças no humor, nos comportamentos e nas atividades da vida diária e com frequência é caracterizada como um problema crônico e recorrente nos idosos. Além da incapacitação pessoal, a depressão é associada a um aumento da mortalidade e de uso de serviços de saúde (SCAZUFCA & MATSUDA, 2008).

Em virtude do aumento da população idosa nos últimos anos, cada vez mais os idosos são pacientes da Estratégia de Saúde da Família. No meu dia-a-dia de trabalho tenho observado que os idosos são os que mais consomem medicamentos e este padrão de consumo é mais um fator preocupante para os profissionais de saúde, considerando que os idosos são especialmente vulneráveis aos efeitos colaterais destes medicamentos, devido às modificações fisiológicas ocorrendo um aumento do risco e a intensidade de efeitos adversos por causa das modificações na farmacocinética e farmacodinâmica das drogas prescritas.

Este fato tem causado uma preocupação constante, principalmente porque os idosos usam muitos medicamentos devido a várias patologias concomitantes, e decorrentes deste uso exacerbado de remédios podem surgir complicações por causa da interação medicamentosa não esperada. Fernandes (2009) confirma minha observação e acrescenta que os idosos em consequência de alterações fisiológicas e patológicas, e por apresentarem mais doenças, são especialmente vulneráveis aos efeitos adversos, ocorrendo um aumento dos riscos de complicações associados ao uso de antidepressivos.

Dentre os fatores que contribuem para o aumento da iatrogenia medicamentosa destacam-se o comprometimento da função renal, a redução do fluxo sanguíneo e do processo de biotransformação hepática, o aumento da gordura corpórea, o que resulta no aumento do volume de distribuição de fármacos lipossolúveis (KATZ, 2009). De acordo com a farmacocinética clínica, os idosos, possuem uma série de alterações que interferem diretamente nos processos de absorção, distribuição,

metabolização e eliminação dos medicamentos, portanto os efeitos tóxicos nesses pacientes podem ocorrer de maneira mais proeminente.

Os idosos são considerados uma população especial, pois, às vezes se esquecem de tomar os medicamentos prescritos, ou fazem uso destes de maneira inapropriada e os erros de administração dos fármacos podem aumentar de acordo com o número de medicamentos prescritos (BROADHEAD *et al.*, 2006).

No tratamento da depressão em idosos os antidepressivos são eficazes, porém o sucesso do tratamento depende da associação com outras doenças psiquiátricas ou clínicas; da gravidade da depressão; da escolha correta e da eficiência dos antidepressivos, das características dos efeitos adversos; da orientação do paciente e de sua aderência ao tratamento (ZUBENKO *et al.*, 2006).

Nessa faixa etária, a escolha da medicação antidepressiva torna-se especialmente importante, levando-se em conta que o idoso portador de transtorno depressivo é candidato a uso contínuo do medicamento. Pessoas idosas muitas vezes necessitam de outras medicações, e os antidepressivos podem ser contra-indicados dependendo de sua interação com outras drogas, pois possuem efeitos colaterais que podem ser desagradáveis, tornando sua aceitabilidade ou tolerabilidade difícil.

Devido às graves conseqüências pessoais e sociais associadas à depressão e à perspectiva de contínuo aumento da população de idosos em todo mundo, a Organização Mundial da Saúde propôs que se tornasse prioridade para a saúde pública encontrar formas para os pacientes idosos permanecerem sem depressão (ANDERSON *et al.*, 2005; BROADHEAD *et al.*, 2006).

A justificativa para escolha deste tema é devido ao aumento do número de idosos que são acometidos de depressão na área de abrangência onde atuo, pelo consumo de antidepressivos concomitante com outros medicamentos e também pela preocupação com os efeitos adversos que podem surgir nos idosos. Possuindo maior conhecimento dos efeitos adversos dos antidepressivos em idosos a sociedade médica, os familiares e a medicina preventiva e social terão maiores chances de combater e prevenir outras complicações.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Realizar uma revisão de literatura sobre os efeitos adversos do uso de antidepressivos, suas complicações e conseqüências na saúde dos idosos.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar os pontos importantes como limitações no uso, fatores de risco, prevenção e recorrência, contra indicações, complicações e instruções medicamentosas.
- Relatar a importância de medidas preventivas em relação aos efeitos adversos dos antidepressivos nos idosos.

### 3 METODOLOGIA

Neste estudo optou-se por utilizar a revisão de literatura narrativa. A revisão de literatura narrativa ou tradicional “apresenta uma temática mais aberta, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica” (CORDEIRO *et al.*, 2007, p. 430).

Segundo Gil (2007), a pesquisa bibliográfica se desenvolve com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos e Trentini & Paim (1999) acrescentam que a revisão bibliográfica ou da literatura, consiste numa análise crítica, meticulosa e ampla das publicações correntes em uma determinada área do conhecimento. Segundo Rother (2007, sp): “[...] a revisão narrativa “são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual.”

Este trabalho foi realizado mediante busca digital nas bases de dados Scielo (Scientific Eletronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Biblioteca Virtual de Saúde, Ministério da Saúde, também nos sites da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, IBGE, dentre outros, usando-se as seguintes palavras chaves: depressão, psicoterapia, geriatria, idosos, terceira idade, terapêutica antidepressivos, efeitos colaterais e efeitos adversos.

A seleção foi realizada a partir de leitura criteriosa dos artigos encontrados nas bases de dados, sendo selecionada apenas a literatura que atendeu aos critérios de inclusão definidos neste estudo, ou seja, publicações preferencialmente em português ou algum material em inglês de grande relevância para o trabalho, um recorte temporal de publicação no período de 2005 a 2011. As questões norteadoras deste trabalho foram: os efeitos adversos do uso de antidepressivos, suas complicações e conseqüências na saúde dos idosos. Os artigos foram analisados, selecionados e posteriormente as principais informações foram utilizadas para a elaboração da revisão da literatura, que será apresentada a seguir.



## 4. REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão da literatura será apresentado o conceito de envelhecimento, depressão, depressão em idosos, destacando diagnóstico, tratamento, os tipos de antidepressivos, a escolha correta e os efeitos adversos.

### 4.1 ENVELHECIMENTO

No processo de envelhecimento diversas modificações fisiológicas podem ser observadas, comprometendo a manutenção do equilíbrio homeostático, gerando gradual declínio das funções fisiológicas. A principal característica dessas mudanças seria a queda progressiva da reserva funcional (BULCÃO *et al.*, 2004).

O envelhecer, sob um ponto de vista fisiológico, depende significativamente do estilo de vida que a pessoa assume desde a adolescência, o estilo de vida adotado por uma pessoa desde jovem, influenciará de forma significativa no seu envelhecimento fisiológico (BULCÃO *et al.*, 2004).

Durante o envelhecimento vários processos fisiológicos se modificam, no sistema nervoso central, ocorre uma diminuição do seu volume total. As funções intelectuais também se alteram, o que provavelmente está relacionado com as alterações químicas, neurológicas e circulatórias que afetam a função cerebral (SMELTZER & BARE, 2008).

Hoje, sabe-se que o processo de envelhecimento não é uniforme, o organismo não envelhece como um todo, enquanto que seus órgãos, tecidos, células e estruturas subcelulares têm envelhecimentos diferenciados, parecendo este fenômeno ser determinado, basicamente, pela hereditariedade (NERI *et al.*, 2005).

Acrescenta que as alterações patológicas do humor e dos estados afetivos em idosos, tais como a depressão, são mundialmente consideradas como importantes

preocupações de saúde pública em virtude de sua alta prevalência nessa faixa de idade, bem como pelos seus efeitos adversos sobre o bem-estar dos indivíduos e dos grupos de que fazem parte.

As depressões se associam de forma importante a alterações no curso do envelhecimento normal, devido às suas relações com fragilidade, doenças somáticas, incapacidades, dor e isolamento social. Os sintomas também podem se manifestar concomitantemente a doenças e a condições crônicas preexistentes, ampliando os riscos de comorbidades e de mortalidade. Essa realidade reflete-se em maiores custos, demandas para o sistema de saúde, sobre o bem-estar pessoal e familiar do idoso (NERI *et al.*, 2005).

Apesar da probabilidade do aparecimento de 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. O ritmo e a intensidade das alterações que acompanham o processo de envelhecimento dependem de características individuais, como herança genética, fatores ambientais, ocupacionais, sociais e culturais que o indivíduo esteve exposto ao longo da vida (BULCÃO *et al.*, 2004).

É importante que o idoso esteja consciente das perdas e saiba lidar com esses fatos de uma forma que lhe permite evitar a depressão e a manter a auto-estima elevada. Idosos ativos são mais independentes, autônomos e sadios. Alguns estudos indicam que baixos níveis de saúde na terceira idade estão relacionados com altos níveis de depressão, angústia e baixos níveis de satisfação de vida e bem-estar subjetivos. (BLAY, 2004).

A velhice no nosso mundo é encarada como algo complicado e incômodo já que os idosos necessitam de uma atenção especial principalmente pela sua saúde deficiente. 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 (EDWARDS, 2007).

## 4.2 DEPRESSÃO

A depressão foi abordada de uma forma simplificada, referindo-se ao conceito, sintomas, causas e efeitos de modo geral.

Depressão é um assunto abordado desde a Antigüidade, entretanto, foi a partir de Hipócrates (460-370 a.C) que surgiu o primeiro diagnóstico que propunha: se a tristeza persiste, então é melancolia. Este termo manteve-se como o único identificador de morbidade do humor até o fim do século XIX, quando Kraepelin propôs o conceito de depressão maníaca, objetivando diferenciar os transtornos do humor da demência precoce ou esquizofrenia (STEFANIS & STEFANIS, 2005).

Definir a depressão é algo ainda muito complexo, mesmo com a grande produção de conhecimentos sobre o tema nas últimas décadas. As dificuldades de se definir o termo depressão têm resistido ao tempo e permanecido até nossos dias, diante da grande quantidade de fatores biopsíquicosociais envolvidos nos sintomas e quadros depressivos (JACKSON & BALDWIN, 2006).

A compreensão do conceito de depressão tem variado ao longo dos séculos, conforme os avanços do conhecimento, as mudanças culturais, os interesses econômicos e as influências ideológicas de cada época. Há uma variedade de significados de depressão que pode designar um estado afetivo normal, um sintoma, uma síndrome ou uma doença (BLAY, 2004).

A depressão é uma condição médica comum, crônica e recorrente, considerada como um transtorno mental do humor. Está freqüentemente associada à incapacitação funcional e comprometimento da saúde física. Os pacientes deprimidos apresentam limitação da sua atividade e bem-estar além de uma maior utilização de serviços de saúde. É um transtorno mental que, em muitos casos, se expressa através de uma ampla variedade de transtornos físicos e funcionais na senilidade (PEREIRA *et al.*, 2009).

Sentir-se triste é uma resposta comum a eventos da vida, como o sofrimento de uma

perda ou um desapontamento. O transtorno afetivo que os especialistas chamam de depressão é algo muito mais grave e caracterizado pela falta de controle sobre o próprio estado emocional. A depressão maior é o transtorno do humor mais comum, afetando anualmente 5% da população mundial, e é caracterizado por humor deprimido e diminuição do interesse e prazer em todas as atividades (NERI, 2005).

Quando tais sintomas não desaparecem espontaneamente, são desproporcionais à situação ou ao evento que os desencadeou ou este inexistente, quando o sofrimento é acentuado, comprometendo as rotinas diárias ou as relações interpessoais, provavelmente o paciente é portador de um dos diferentes transtornos depressivos (KRITZ-SILVERSTEIN *et al.*, 2008).

Estima-se que a depressão possa acometer em média de 14% a 20% da população, em um determinado período de vida (EDWARDS, 2007). É um grave problema de saúde pública, já que conduz a inúmeros prejuízos na qualidade da vida humana, em função de sua elevada taxa de morbidade, incapacidade para o trabalho, sofrimento moral/existencial, além de elevado risco para o suicídio.

Hoje se estima que 30 a 50% dos pacientes deprimidos não se recuperam totalmente, existe um consenso de que alguns déficits cognitivos da depressão persistem após a remissão clínica e muitas vezes podem vir seguidas de morte ou suicídio (QUITKIN *et al.*, 2008).

Os sintomas depressivos são fenômenos ou sinais provocados pela ruptura do equilíbrio do afeto no indivíduo e motivados pelas mais variadas situações físicas, psíquicas e sociais. Enquanto síndrome, a depressão é composta não apenas de alterações do humor, como a tristeza, a irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer, apatia e outros, mas também por uma gama de outros aspectos que incluem as alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas que juntas desenham um quadro mais complexo da relação do indivíduo consigo mesmo e com o mundo (PORTO, 2005).

Outros sintomas que podem ocorrer são perda ou aumento de apetite, insônia ou hipersonia, sentimentos de inutilidade e culpa e sentimentos recorrentes sobre

morte, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga, mesmo após um esforço mínimo. Existe quase sempre diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e/ou de indignidade, mesmo nas formas leves (DIOGO *et.al.*, 2007).

Além do diagnóstico de episódio depressivo, existem outras apresentações de depressão que apresentam sintomas menos intensos, porém com grau de incapacitação próximo, sendo muito freqüentes nos serviços de atenção primária (DIOGO *et al.*, 2007).

Em relação às causas da depressão Kritz-Silverstein *et al.* (2008) abordam que é multifatorial, com fatores de risco maiores nos idosos. Sua prevalência anual é de 2,6% com um predomínio em mulheres. Pode manifestar-se como um episódio único durante a vida ou, como é a regra, ser recorrente.

Há muitas causas de depressão e algumas pessoas ficam deprimidas devido à combinação de várias causas, ou em outros casos parece ser desencadeada por uma única causa. Alguns pacientes ficam deprimidos sem razão aparente, doenças prolongadas ou súbitas podem acarretar ou agravar a depressão, derrame cerebral, certos tipos de câncer, diabetes, doença de Parkinson e distúrbios hormonais são alguns exemplos de doenças que podem estar relacionadas aos distúrbios depressivos (ILSLEY *et al.*, 2009).

Segundo Ilsley *et al.* (2009) os principais efeitos causados pela depressão no indivíduo são descritos a seguir:

- Atenção: comprometimento da capacidade de sustentar a atividade cognitiva e motora, de alternar o foco de atenção, além de lentificação motora e cognitiva. Esses déficits teriam relação com a gravidade do quadro, sendo mais intensos em pacientes que necessitam de internação hospitalar,
- Memória: pacientes deprimidos queixam-se de baixa concentração e de dificuldade de memorizar, comprometimento da evocação e reconhecimento tanto de material verbal quanto não-verbal assim como: pacientes deprimidos com psicose parecem apresentar um comprometimento específico na evocação de informações organizadas por seus significados em categorias

semânticas, sendo esta uma ponte entre a disfunção e a sintomatologia clínica, referindo-se às falsas crenças (delírios ou idéias deliróides). Em relação evocação, pacientes deprimidos apresentariam déficits na recordação em tarefas que requerem o uso espontâneo de estratégias, indicando que os déficits experimentados na depressão se dão na iniciativa cognitiva.

- Velocidade de processamento: é descrita lentidão do processamento cognitivo em pacientes idosos bipolares, unipolares e psicóticos.

Segundo a OMS (2002) a depressão por volta do ano de 2020, será responsável pelo acréscimo de co-morbidades que afetarão a comunidade como um todo

### **4.3 DEPRESSÃO EM IDOSOS**

A depressão no idoso é vista como uma resposta normal às múltiplas perdas e estresses, associados ao envelhecimento. Isso inclui desolação, diminuição da atividade física, empobrecimento da saúde, restrição de oportunidades e desengajamento das principais atividades socioeconômicas. A questão não é como ajudar os idosos, mas criar espaço para que eles possam ser ouvidos (LANDBORG *et al.*, 2007).

Estudos de prevalência em diferentes países mostram que a depressão é um transtorno freqüente entre os idosos, sendo que a prevalência anual na população em geral varia entre 3% e 11%. Foi estimada como a quarta causa específica dos transtornos psicológicos nos anos 90 em comparação com várias doenças e a previsão para o ano 2020 é a de que será a segunda causa em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento (JACKSON & BALDWIN, 2006).

Nesta população varia de 15 a 30% a prevalência dos transtornos mentais e dentre os mais freqüentes está à depressão, que sofre aumento de prevalência diretamente proporcional à idade o que sugere a importância de se dar mais atenção a este problema (FORLENZA, 2007).

A depressão é considerada um problema médico de sérias repercussões na idade avançada, complicando com freqüência o curso de doenças cardíacas como infarto agudo do miocárdio e cirurgia cardíaca. Ocorre geralmente no contexto de vários problemas clínicos e sociais que dificultam o diagnóstico e tratamento. Um dos aspectos mais relevantes da depressão no idoso é a comorbidade com doenças clínicas (TRENTINI, *et al.*, 2005).

A aparência depressiva mostrada por idosos freqüentemente é caracterizada por aspectos clínicos particulares ou incomuns e sintomas somáticos, dores crônicas, distúrbios do sono e apetite. Isto dificulta o diagnóstico, uma vez que esses sintomas normalmente fazem parte da realidade dos idosos cujo envelhecimento é normal (CHAIMOWICZ, 2005).

Embora a depressão entre os indivíduos com mais de 60 anos seja comum, ela geralmente permanece sem diagnóstico e sem tratamento suficientemente adequado e específico. Em torno de 50% a 60% dos casos não são detectados pelo clínico (SMELTZER & BARE, 2008).

A análise da depressão não é tarefa simples, uma vez que, em qualquer idade, suas manifestações podem ser determinadas por variáveis biológicas, sociais, contextuais, por processos psicológicos e pela combinação dessas influências. Tipicamente, na velhice, as pessoas tomam-se mais susceptíveis à fragilidade, a perda de outros significativos como vida social, sexo, à pobreza e à perda de papéis sociais (EDWARDS, 2007).

Segundo a OMS (2002) por volta dos anos 2020 a depressão será considerada a segunda maior causa responsável para o surgimento de outras doenças crônico-degenerativas, principalmente nos idosos, nos quais os declínios comuns nas capacidades biológicas e psicológicas repercutem negativamente na funcionalidade.

A depressão constitui enfermidade mental freqüente no idoso, associada ao elevado grau de sofrimento psíquico, 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 (FORLENZA, 2007).

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 (LANDBORG *et al.*, 2007).

Outras evidências clínicas clássicas de depressão no idoso são dores psíquicas, desconforto somático, diminuição objetiva da capacidade de execução de tarefas costumeiras, perda do autocontrole, percepção de falta de incentivo para viver, redução da concentração e da memória, sentimento de desamparo e manifestação de desejos suicidas (SMELTZER & BARE, 2008).

Sentimentos de frustração perante os anseios de vida não realizados e a própria história do sujeito marcada por perdas 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 aposentadoria que mina os recursos mínimos de sobrevivência, também são fatores que comprometem a qualidade de vida e predispõem o idoso ao desenvolvimento de depressão (PACHECO, 2006).

Do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas contínuas: a diminuição do suporte sócio-familiar, a perda do status ocupacional e econômico, o declínio físico continuado, a maior freqüência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente são motivos suficientes para um expressivo rebaixamento do humor.

Do ponto de vista biológico, durante o processo de envelhecimento é mais freqüente o aparecimento de fenômenos degenerativos ou doenças físicas capazes de produzir os sintomas característicos da depressão. Assim, clássicos conceitos de depressão reativa, depressão secundária e depressão endógena se confundem na depressão senil (APA, 2002).



A depressão no idoso tem causas diferentes de acordo com American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 2002):

- Reativa, relacionada com alguma reação vivencial traumática, bem verdade a pessoa idosa pode passar por condição existencial que envolve muitas vezes sofrimento, problemas e dor devido até mesmo a uma condição social.
- Secundária a alguma condição orgânica pelo fato do próprio processo de envelhecimento ser marcado por inúmeras alterações orgânicas, em alguns casos degenerativas ou até mesmo patológicas.
- Endógena é constitucional – personalidade, as pessoas com depressão endógena na fase adulta quando envelhecem continuam depressivas.

Uma das questões fundamentais ao se avaliar um paciente deprimido é saber se a depressão interfere na cognição e em que grau isso ocorre, embora o prejuízo de memória seja evidente na depressão, isso não é a única alteração cognitiva observada. Embora esse sintoma chame mais a atenção, nos idosos podem estar alteradas, a atenção, a velocidade de processamento de informações, a destreza e capacidade de formular hipóteses e modificá-las (MATTOS *et al.*, 2003).

Em publicação de 2001, a Society of Biological Psychiatry resumiu os resultados de publicações internacionais sobre as implicações da depressão na velhice sob a sigla "5D": Disability (incapacidades); Decline (declínio); Diminished quality of life (diminuição da qualidade de vida) e Discriminatory reimbursement policies (políticas discriminatórias de indenização) (TRENTINI *et al.*, 2005).

A sigla 5D resume os desafios a serem enfrentados pelas instituições sociais, por profissionais e serviços que prestam atendimento ao idoso, pela família, por grupos informais e pelo próprio indivíduo, quando se trata da promoção da saúde, do apoio social e do tratamento de idosos portadores de depressão.

Segundo Pacheco (2006) existe vários fatores de risco que predispõem a pessoas idosas à depressão:

- histórico pessoal ou familiar de depressão
- doença crônica

- solidão
- falta de suporte social
- ser do sexo feminino
- alterações estruturais e químicas do sistema nervoso central, típico nesta faixa etária
- associação com doenças físicas podendo essas ser a causa da depressão ou a depressão levar às doenças físicas
- utilização de medicamentos, como benzodiazepínicos, corticóides, L-Dopa, alguns anti-hipertensivos, antipsicóticos, dentre outros
- modificação do papel social, devido à aposentadoria, abandono pela família, diminuição de renda
- luto
- uso abusivo de álcool e drogas ilícitas
- eventos de vida estressantes.

A maior susceptibilidade a perdas pode originar ou intensificar a depressão eventualmente produzida por alterações neuroquímicas típicas do envelhecimento ou por outras moléstias. Também ficam mais sujeitas à influência de práticas sociais e de preconceitos que muitas vezes mascaram doenças somáticas, incapacidade e depressão. Na população idosa vivendo na comunidade, a depressão tem prevalência em torno de 2 e 14% e em idosos que residem em instituições a prevalência da depressão chega a 30% (EDWARDS, 2007).

Pode-se observar um grande interesse por parte das ciências gerontológicas. A preocupação em estabelecer critérios para diagnosticar os transtornos mentais vem favorecendo e fortalecendo pesquisas, nas quais observa-se que a depressão é uma síndrome bastante freqüente e pode causar diversos impactos na vida do indivíduo, incluindo sofrimento e prejuízos ao desempenho social.

#### **4.3.1 Diagnóstico e sintomatologia**

Segundo Fleck *et al.* (2005), a depressão é sub-diagnosticada e sub-tratada, ou

seja, apenas uma minoria dos idosos tem seu problema de depressão diagnosticado e satisfatoriamente conduzido pelos profissionais de saúde, apesar de tratar-se de uma doença de forte prevalência nessa faixa etária que pode gerar limitações na capacidade funcional.

As diferenças de sintomatologia da depressão no idoso fortalecem os argumentos que dizem ser este um tipo diferente da depressão de outras faixas etárias. Neles a depressão se apresenta com sintomas somáticos ou hipocondríacos mais freqüentes, há menos antecedentes familiares de depressão e pior resposta ao tratamento (FORLENZA, 2007).

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 (HEOK, 2008).

Estes procedimentos são 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 variadas (ORMEL *et al.*, 2007). Os sintomas em geral, estão associados à presença de doenças físicas ou ao uso de medicamentos, conforme apresentado no Quadro 1.

**QUADRO 1.** Sintomas da depressão no idoso

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

Fonte: CHAIMOWICZ, 2005

Ormel *et al.* (2007) abordam outros sintomas apresentados pelos idosos com depressão tais como: crises de choro, pessimismo, menos sintomas psicológicos e mais sintomas somáticos, maior déficit cognitivo, maior associação com doença física, palpitação e dor no peito, cólica abdominal, diarreia, formigamentos, cefaléia e zumbidos, falta de ar, sensação de bola na garganta, lombalgia, emagrecimento e perda da libido.

Estes sintomas devem persistir por no mínimo duas semanas e normalmente coexistem vários desses citados acima. Cabe lembrar que nos pacientes deprimidos o risco de suicídio é duas vezes maior do que nos não deprimidos (PORTO, 2005).

Muitas vezes, os sintomas depressivos são confundidos com a própria doença clínica ou como uma consequência normal do envelhecimento, sendo pouco valorizados. Depressão e doença clínica exercem influência recíproca na evolução clínica do paciente, em algumas condições específicas, freqüentes no idoso, a prevalência da depressão mostra-se bastante elevada (TYLEE *et.al.*, 2002).

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 podem diminuir a imunidade, com maior vulnerabilidade a processos infecciosos.

O diagnóstico de transtorno depressivo em idosos demanda maior cautela, uma vez que as queixas somáticas são freqüentes no próprio processo de envelhecimento normal, sendo que nos idosos deprimidos essas queixas são exacerbadas e associadas a alto índice de ansiedade. No entanto, esse quadro se apresenta de forma atípica, pois os sintomas depressivos não são tão aparentes como na depressão em adultos (ZUBENKO *et al.*, 2006).

É importante ressaltar as semelhanças nas sintomatologias de demência e depressão, aumentando ainda mais a dificuldade em precisar os diagnósticos, portanto, agravando esse quadro, observa-se freqüente coexistência de demência e depressão senil, além dessa constatação, afirma-se que a doença de Alzheimer é a causa mais comum de depressão em idosos (ADAMS, 2006).

Portanto, não é fácil caracterizar o que é genuinamente depressão nessa faixa etária, os subtipos de depressão para essa população, a etiologia dos quadros depressivos na velhice e se há diferenças entre a depressão em adultos e idosos.

Os modernos sistemas classificatórios em psiquiatria operacionalizaram o diagnóstico de depressão facilitando seu reconhecimento e a comunicação científica entre profissionais (TYLEE, *et al.*, 2010). Elaboraram critérios diagnósticos de episódio depressivo segundo o CID 10 que é composto por sintomas fundamentais: humor deprimido, perda de interesse e fadigabilidade e sintomas acessórios: concentração e atenção reduzidas, auto-estima e autoconfiança reduzidas, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído.

O autor acima mencionados classificam a depressão em 03 tipos de episódios:

- leve quando o indivíduo apresenta 02 sintomas fundamentais mais 02 sintomas acessórios,
- moderado, 02 sintomas fundamentais mais 03 a 04 sintomas acessórios e
- grave, 03 sintomas fundamentais mais de 04 sintomas acessórios,

De acordo com os aspectos já apontados, existem muitas dificuldades para avaliar a depressão nos idosos pelos aspectos já apontados.

A avaliação geriátrica depende de uma visão geral e multiprofissional, desde o primeiro atendimento, com atenção a certos cuidados e peculiaridades dessa população, destacando-se aspectos da anamnese e exame físico e, conseqüentemente, reduzindo agressões diagnósticas e terapêuticas desnecessárias.

O diagnóstico de depressão é sempre baseado em entrevistas clínicas que contextualizam os sintomas na história e no momento da vida do paciente. A mensuração da depressão por meio de escalas de rastreio de sintomas é um recurso de auxílio, um mecanismo rápido e econômico de identificar indivíduos supostamente afetados ou vulneráveis à depressão, apesar de não serem utilizadas como instrumento diagnóstico no sentido estrito (SCAZUFCA & MATSUDA, 2008).

A necessidade inicialmente, da identificação de fatores que estariam desencadeando o surgimento de um processo depressivo, ou mesmo, agravando uma depressão já existente. É preciso verificar se o paciente possui alguma doença clínica que esteja relacionada com a depressão e observar se o uso de algum medicamento não estaria levando ao surgimento de sintomas depressivos (MITTMANN *et al.*, 2007).

Em seguida convêm investigar aspectos de natureza psicológica e psicossocial, como lutos, isolamento social, abandono e outros fatores que tendem a desencadear sintomas depressivos. A intervenção psicoterapêutica ajuda a identificar os fatores desencadeadores do processo depressivo, contribuindo para a orientação dos familiares, dos cuidadores e do próprio paciente (MITTMANN *et al.*, 2007).

O idoso apresenta sintomas que muitas vezes são superpostos ao processo de envelhecimento normal, o que dificulta o diagnóstico de depressão. Queixas somáticas, dores crônicas, distúrbios do sono e apetite são, com frequência, as principais queixas de idosos deprimidos. Tais sintomas podem mascarar o diagnóstico de depressão.

Enfermidades crônicas e incapacitantes também constituem fatores de risco para depressão no idoso, como o diabetes, pneumonia, infecções no trato-urinário, neoplasias, úlceras, incontinência urinária, osteoartrose, acidente vascular cerebral, demência, anemia e Parkinson. Neles os sintomas de depressão muitas vezes se confundem com os sintomas de outras doenças ou mesmo com alterações evolutivas que acompanham o envelhecimento (ADAMS, 2006).

No Brasil, os dados disponíveis tomaram como base Geriatric Depression Scale - GDS-15: escala desenvolvida especificamente para idosos, não incluindo itens que dificultariam sua aplicação entre idosos hospitalizados ou institucionalizados.

A versão de 15 itens, descrita por Shiekh & Yasavage em 1986, consiste num questionário de indicação de presença ou ausência de sintomas referentes a mudanças no humor e a sentimentos específicos como desamparo, inutilidade, desinteresse, aborrecimento e felicidade, instrumento já validado e considerado de

grande utilidade como ferramenta clínica (YESAVAGE, *et al.*, 2009).

Há de se levar em conta que a construção da escala partiu do ponto que a depressão na velhice possui características próprias que não podem ser confundidas com queixas somáticas ou com diminuição do contato social. Contrastar resultados de sujeitos idosos expostos a escalas de depressão construídas a partir de diferentes lógicas é uma forma de compreender as características da própria depressão na velhice.

#### **4.3.2 O uso de antidepressivos em idosos e seus efeitos adversos**

As demandas no âmbito social, econômico e de saúde fazem do envelhecimento um tema emergente de investigação nas distintas áreas de conhecimento, tais como a Farmacoepidemiologia, que tem como foco o estudo da distribuição e dos determinantes dos acontecimentos relacionados com os fármacos nas populações e a aplicação desses estudos a uma terapêutica farmacológica eficaz.

A descoberta no final da década de 50 de drogas antidepressivas e sua utilização na prática clínica trouxeram um avanço importante no tratamento e no entendimento de possíveis mecanismos subjacentes aos transtornos depressivos. Tornou a depressão um problema médico passível de tratamento, semelhante a outras doenças como o diabetes e a hipertensão arterial (LINHARES, 2008).

Os transtornos depressivos no idoso, particularmente os de início tardio, requerem tratamento prolongado, por períodos de até 2 anos ou mais. A maior sensibilidade desses indivíduos a determinados efeitos adversos pode comprometer sua adesão ao tratamento ou criar situações de risco. Portanto, é nesse grupo populacional que a escolha da medicação antidepressiva ganha particular importância (LINHARES, 2008).

Ajustes metabólicos ocorrem no envelhecimento normal. A diminuição do fluxo sanguíneo e da filtração glomerular renal, o prejuízo da atividade enzimática

hepática e a redução das reservas funcionais de diversos órgãos fazem com que o idoso seja mais sensível aos efeitos adversos dos antidepressivos. Doenças crônicas e seus tratamentos, também alteram a farmacocinética dos antidepressivos. Hepatopatias crônicas ou congestivas reduzem a metabolização dos antidepressivos e doenças renais interferem na sua excreção (PEREIRA *et al.*, 2009).

Diferentes estudos de avaliação do uso de medicamentos constataram que além da utilização de um grande número de fármacos entre os idosos, há prevalência do uso de determinados grupos de medicamentos, como analgésicos, antiinflamatórios, psicotrópicos e antidepressivos (BROADHEAD *et al.*, 2006).

Os idosos chegam a representar 50% dos multiusuários e é comum encontrar em suas prescrições dosagens e indicações inadequadas, interações medicamentosas, associações e redundância, uso de fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica e medicamentos sem valor terapêutico. Tais fatores podem gerar reações adversas aos medicamentos, algumas delas graves e fatais (ROZENFELD, 2006). Deve-se considerar que a depressão pode ser decorrente de uma doença física, ou a doença física ser decorrente da depressão. Devido à associação de doenças no idoso esse olhar é importante para que se possa agir mais incisivamente sobre a causa.

Nas situações práticas deve-se escolher, dentre as drogas para o transtorno que o paciente apresenta, a mais apropriada, levando em conta, além do diagnóstico, o perfil dos sintomas, a resposta em usos anteriores, a idade, a presença de problemas físicos, outras drogas em uso com as quais a nova droga possa interagir, entre outros (FEIGHNER, 2008).

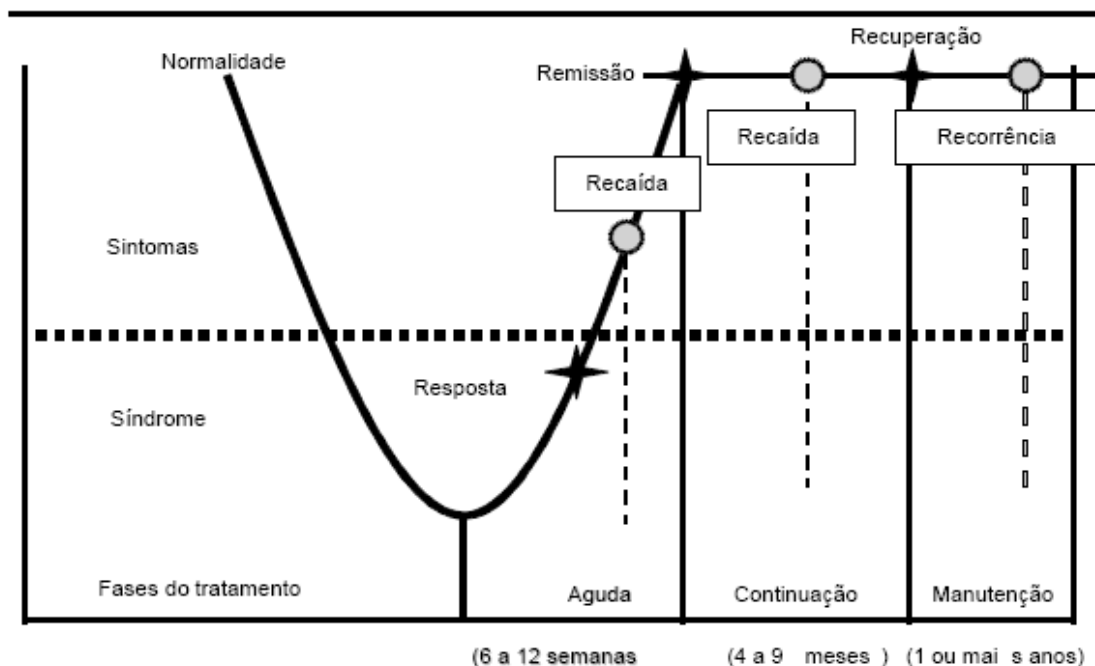
A finalidade do tratamento é diminuir os sintomas, reduzir o sofrimento psíquico causado pela depressão, diminuir o risco de suicídio, melhorar o estado geral do paciente e melhorar a qualidade de vida e conseqüentemente de seus familiares. No idoso é importante que se esteja atento aos efeitos adversos dos antidepressivos. São comuns as queixas digestivas, porém algumas classes de antidepressivos podem trazer repercussões cardiovasculares importantes. O tratamento de depressão em idosos constituindo um desafio que envolve intervenção



especializada. As estratégias de tratamento envolvem psicoterapia, intervenção psicofarmacológica e, quando necessário, eletroconvulsoterapia (ADAMS, 2006).

Atividades como 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, pois, além de minimizar o sofrimento psíquico, ajuda o idoso deprimido a reorganizar seu projeto de vida. É uma terapia prospectiva, voltada para o presente e para o futuro, com duração de no mínimo seis meses (NAIR *et al.*, 2005).

O planejamento do tratamento antidepressivo envolve a fase aguda, de continuação e de manutenção, conforme figura 1 (KRITZ-SILVERSTEIN *et al.*, 2008).



**FIGURA 1** – Fases do tratamento do episódio depressivo.

**FONTE:** (KRITZ-SILVERSTEIN *et al.*, 2008).

- Fase aguda: inclui os dois e três primeiros meses e tem como objetivo a diminuição dos sintomas depressivos (resposta) ou, idealmente, o melhora completa com o retorno do nível de funcionamento pré-mórbido (remissão).
- Fase de continuação: corresponde ao quarto e sexto meses que seguem ao tratamento agudo e tem como objetivo manter a melhora obtida, evitando as recaídas dentro de um mesmo episódio depressivo. Ao final da fase de

continuação, o paciente que permanece com a melhora inicial é considerado recuperado do episódio.

- Fase de manutenção: o objetivo da fase de manutenção é evitar que novos episódios ocorram (recorrência). É, portanto, recomendada naqueles pacientes com probabilidade de recorrência.

A resposta ao antidepressivo não é imediata e costuma ocorrer entre a segunda e a quarta semana de uso. Melhoras nas primeiras semanas de tratamento estão associadas com maior chance de resposta. Ausência de resposta em quatro semanas diminui a chance de haver resposta posterior com o mesmo tratamento, embora alguns pacientes possam vir a responder 6 (seis) semanas (ANDERSON *et al.*, 2005).

As doses medicamentosas de continuação devem ser as mesmas ou próximas às doses terapêuticas. Em pacientes idosos, a terapia de continuação até dois anos após a melhora pode ser necessária, uma taxa de recaída de até 50% é observada se o tratamento é inadequado, ou nenhum tratamento após resposta inicial é observado (ANDERSON *et al.*, 2005).

Quando os sintomas da depressão colocam em risco a condição clínica do paciente e quando o sofrimento psíquico é significativo, é necessária a intervenção psicofarmacológica. Neste caso, são recomendados os antidepressivos de segunda geração, por constituírem medicamentos mais seguros para os idosos.

O tratamento psicofarmacológico da depressão no idoso depende essencialmente do perfil de tolerabilidade do paciente em relação aos antidepressivos. Ele deve levar em consideração o ser humano como um todo incluindo dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Portanto, a terapia deve abranger todos esses pontos e utilizar a psicoterapia, mudanças no estilo de vida e a terapia farmacológica. As intervenções psicoterápicas podem ser psicoterapia de apoio, psicodinâmica breve, terapia interpessoal, comportamental, cognitiva comportamental, de grupo, de casais e de família (FORLENZA, 2007).

Os fatores que influenciam no sucesso psicoterápico são motivação, depressão leve ou moderada, ambiente estável e capacidade para introspecção, mudanças no estilo de vida que deverão ser discutidas com cada paciente, objetivando melhora na qualidade de vida. Os antidepressivos produzem em média uma melhora dos sintomas depressivos de 60% a 70% no prazo de um mês (QUITKIN *et al.*, 2008).

Todas as classes antidepressivas têm eficácia similar, portanto, a escolha do antidepressivo deve ser baseada nas características da depressão, risco de suicídio, efeitos colaterais, outros distúrbios clínicos, terapia concomitante, tolerabilidade, custo, danos cognitivos, etc.

Ao prescrever os antidepressivos para idosos deve levar em consideração aqueles que apresentam uma boa tolerabilidade pelo idoso e os que apresentam menor os efeitos adversos

Os antidepressivos constituem um importante recurso terapêutico, especialmente em depressões de intensidade moderada ou grave, nos quais a apresentação clínica e a história pregressa sugerem a participação de fatores biológicos. Existem muitos tipos de antidepressivos que a eficácia clínica está bem estabelecida e até o momento não foi comprovada a superioridade de uma droga sobre as demais (BROADHEAD *et al.*, 2006).

Na atualidade existe uma grande variedade de antidepressivos, que são classificados em razão da sua estrutura química ou do seu mecanismo de ação, porém, todos afetam os sistemas serotoninérgicos ou catecolaminérgicos do sistema nervoso central. O aumento da disponibilidade destes neurotransmissores é imediato, mas o efeito clínico em geral demora várias semanas (ROZENFELD, 2006).

Segundo Mittmann *et al.* (2007), os antidepressivos mais utilizados no tratamento dos idosos são:

- Tricíclicos: Amitriptilina, Clomipramina, Imipramina, Maprotilina e Nortriptilina.
- Inibidores seletivos de receptação de serotonina: Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamine, Paroxetina e Sertralina.

- Inibidores de MAO: Moclobemide e Tranylcypromine.
- Outros: Mianserina, Mirtazapina, Nefozodone e Venlafaxina.
- Futuro: Reboxetina, Trazodone, Viloxazina e Bupropiona.

O uso de antidepressivo deve ser realizado considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do paciente. Na média, não há diferenças significativas em termos de eficácia entre os diferentes antidepressivos, mas o perfil em termos de efeitos colaterais, preço, risco de suicídio, tolerabilidade varia bastante o que implica em diferenças na efetividade das drogas para cada paciente. A conduta, portanto, deve ser individualizada (MITTMANN *et al.*, 2007).

A prescrição profilática de antidepressivos irá depender da intensidade e frequência dos episódios depressivos e o risco de suicídio deve ser sempre avaliado. Não há antidepressivo ideal, entretanto, atualmente existe uma disponibilidade grande de drogas atuando por meio de diferentes mecanismos de ação o que permite que, mesmo em depressões consideradas resistentes, o tratamento possa obter êxito (QUITKIN *et al.*, 2008).

Os estudos sobre tratamento da depressão em pessoas idosas são menos frequentes e possuem geralmente pouco rigor metodológico do que estudos com antidepressivos em geral (YESAVAGE *et al.*, 2009).

A maioria dos estudos não revela superioridade entre as drogas no tratamento da depressão em idosos, portanto, a escolha é baseada na boa resposta prévia e no perfil de efeitos colaterais de cada idoso. É necessário, antes de iniciar terapia com antidepressivo, investigar a coexistência de distúrbios decorrentes do uso de substâncias e outras condições médicas que estão sendo tratadas simultaneamente. Estima-se que a hipocondria é uma complicação que atinge de 5% a 20% de pacientes deprimidos tratados com antidepressivos (QUITKIN *et al.*, 2008).

Em relação aos efeitos adversos no uso de antidepressivos, percebe-se que a não adesão dos pacientes é devida aos efeitos colaterais, portanto, a redução deles é fundamental para o êxito do tratamento.

Weihls *et al.* (2007) apresentam os efeitos colaterais associados à estimulação dos neurotransmissores:

- Serotoninérgico: incluem as queixas gastrointestinais (náusea e diarreia), cefaléia, insônia, ansiedade e disfunção sexual (diminuição do desejo e disfunção orgásmica);
- Adrenérgico: tremor, sudorese, taquicardia, hipotensão, tontura e disfunção erétil;
- Histaminérgico: sedação, ganho de peso e hipotensão;
- Muscarínico: boca seca, taquicardia, constipação intestinal, visão borrada, retenção urinária, aumento da pressão ocular e disfunção sexual (disfunção orgásmica) e confusão em idosos;
- Anticolinérgicos: tontura e sedação, alterações cognitivas e comprometimento subclínico da memória.

A maioria dos efeitos colaterais desaparece com o tempo ou se tornam bem tolerados. No entanto, alguns deles podem permanecer durante todo período de manutenção, como ganho de peso e queixas sexuais. Efeitos colaterais mais freqüentes como tontura e sedação, alterações cognitivas e comprometimento subclínico da memória podem ser decorrentes de efeitos anticolinérgicos. As complicações resultantes de bloqueio muscarínico são: boca seca, visão turva, constipação e esforço para urinar.

Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina têm sido bastante difundidos como drogas seguras e eficazes em idosos, devendo ser feitas ressalvas quanto ao risco de interações medicamentosas, particularmente no que se refere à fluoxetina. Deve-se dar preferência a drogas com menor meia-vida e menos metabólicos ativos, como a sertralina e o citalopran. Os inibidores da mono-amino-oxidase (IMAO) são evitados em idosos, pelo risco de interações medicamentosas e pela necessidade de controle dietético rigoroso (QUITKIN *et al.*, 2008).

O primeiro e fundamental passo no manejo dos efeitos colaterais é uma relação de colaboração entre médico e paciente e a escolha deve ser individualizada, de acordo com as condições de saúde e com a presença de alterações do comportamento

observadas no paciente. É importante complementar o tratamento com atividade e estimulação planejado para servir como terapia auxiliar (ANDERSON *et al.*, 2000).

Henry *et al.*, (2008) demonstram que o perfil dos efeitos adversos mais comuns dos antidepressivos de acordo com a variação está descrito na tabela 1.

**TABELA 1.** Perfil dos efeitos adversos dos antidepressivos de acordo com variação

	Anticolinérgico *Sedação		Insônia	Hipotensão Postural	Náusea	Disfunção Sexual	Ganho de peso	Específicos	Inibição de enzimas hepáticas	Letalidade (sobredose)
<b>Tricíclicos</b>										
Amitriptilina	++	++	-	++	-	+	++		++	+++
Clomipramina	++	++	+	++	+	++	+		++	++
Imipramina	++	+	+	++	-	+	+		++	+++
Nortriptilina	+	+	+	+	-	+	-		++	++
<b>ISRS</b>										
Citalopram	-	-	+	-	++	++	-		-	+
Sertralina										
Fluoxetina	-	-	+	-	++	++	-		++	+
Fluvoxamina										
Paroxetina										
<b>Outros IR</b>										
Maprotilina	++	++	-	-	-	+	++	convulsões	?	+++
Venlafaxina	-	-	+	-	++	++	-	hipertensão	-	+
Reboxetina	+	-	-	-	-	+	-		-	+
<b>Antagonistas de receptor</b>										
Trazodone	-	++	-	++	-	-	+	priapismo	?	+
Nefazodone	+	+	-	+	+	-	++		++	+
Mianserina	+	++	-	-	-	-	-	discrasia sanguínea	?	+
Mirtazapina	-	++	-	-	-	-	++		-	+
<b>IMAO</b>										
Tranilcipromina	+	+	++	++	+		Ores		Crise hipertensiva c/ simpatomiméticos	?
Moclobemida	-	-	+	-	+	-	-		-	+
Anticolinérgico	Sedação	Insônia	Hipotensão	Náusea Postural	Disfunção	Ganho de Sexual	Específicos peso	Inibição de enzimas hepáticas	Letalidade (sobredose)	
<b>Agonistas Dopamina</b>										
Bupropion	-	-	++	-	+	-	-		-	+
Amineptina	+	-	++	-	+	-	-	hepatite	?	+
ERS										
Tianeptina	+	+	-	-	+	-	-		?	+

++: relativamente comum ou forte; +: pode ocorrer ou moderadamente forte; -: ausente ou raro/fraco; ?: desconhecido/informação insuficiente

\*Sintomas anticolinérgicos incluem boca seca, suor, visão borrada, constipação e retenção urinária.

ISRS: Inibidor seletivo de recaptção da serotonina; IR: Inibidor de recaptção; ERS: Estimulador de recaptção da serotonina.

Fonte: HENRY *et al.*, 2008.

O profissional de saúde deve utilizar de algumas estratégias para manejar os efeitos indesejáveis provocados pelos antidepressivos. Neste sentido, Fernández-Llimos *et al.* (2006) apontam algumas medidas que podem ser eficazes para minimizar tais efeitos:

- para pacientes que queixam de boca seca é recomendado hidratação e higiene oral freqüentes, mastigar chicletes e chupar balas sem açúcar, cítricos em geral, fazer bochechos com flúor a noite e usar agentes colinérgicos que serão prescritos pelo médico;
- para constipação intestinal é indicada hidratação e dieta rica em fibra, atividade física, laxantes vegetais volumétricos e diminuir a dosagem do medicamento;

- para retenção urinária sugere-se a administração de medicamento e diminuir a dosagem do medicamento, conforme prescrição médica;
- para visão turva aguardar tolerância, trocar o grau da lente e utilizar soro fisiológico
- para tremor e taquicardia diminuir os estimulantes e utilizar betabloqueador propanolol, de acordo com prescrição médica;
- para pesadelos e agitação mudar da medicação da manhã para a noite e divisão da dose, de acordo com prescrição médica;
- para mioclonias noturnas mudança de horário da medicação, divisão da dose e Clonazepan, de acordo com prescrição médica;
- para hipotensão postural orientar o paciente a se levantar com cuidado, uso da meia elástica, fortalecimento da panturrilha, ingestão de sal, diminuir medidas hipotensoras;
- para aumento de peso diminuir a ingestão de carboidrato, aumentar atividade física e substituir a medicação por outra;
- para insônia mudança da medicação da manhã para a noite, evitar atividades e substâncias estimulantes a noite, incorporar atividade e alimentação relaxante e Benzodiazepínico a noite;
- para náusea tomar a medicação após a alimentação, fracionar a alimentação ao longo do dia e usar antiácidos.

Em relação aos antidepressivos mais utilizados pelos pacientes idosos encontramos:

### **Tricíclicos - ADT**

Os ADTs têm sido o padrão-ouro de eficácia antidepressiva, demonstrada em grande número de estudos e preferidos pelos psiquiatras. Sua eficácia em idosos é bem estabelecida, tendo sido estudados, inclusive, em pacientes com mais de 80 anos. Seu uso em idosos pode ser seguro e eficaz, desde que os pacientes sejam adequadamente monitorizados (YOUNG & MEYERS, 2007).

Estão contra-indicados no glaucoma de ângulo fechado, em bloqueios de ramo esquerdo, bloqueio AV total, alterações na condução intracárdica e infarto agudo

do miocárdio. Em um pequeno grupo de pacientes a interrupção abrupta de ADTs, principalmente após tratamento prolongado, é acompanhada de uma síndrome de abstinência que ocorre nas primeiras 48 horas após a suspensão do antidepressivo (FEIGHNER, 2008).

Recomenda-se a diminuição gradativa da medicação ao longo de algumas semanas. Clinicamente a síndrome se caracteriza por sintomas de mal-estar geral, alterações gastrintestinais (náuseas, vômitos, diarreia), ansiedade, irritabilidade, insônia, sonhos vívidos, movimentos parkinsonianos ou acatisia. Podem ocorrer ataques de pânico, arritmias cardíacas, delírio e menos freqüentemente agitação (MORENO & MORENO, 2005).

No caso de intoxicação ou superdosagem as características são confusão, convulsões, alterações de concentração, sonolência grave, alargamento de pupilas, alteração da freqüência cardíaca, febre, alucinações, inquietação ou agitação, respiração curta ou difícil, cansaço e fraqueza intensa e vômitos (FORLENZA, 2007).

### **Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina - ISRS**

Com o objetivo de obter medicamentos com menos efeitos colaterais, que fossem mais específicos na sua ação neuroquímica e melhor tolerados, foram desenvolvidos os chamados inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), os quais progressivamente vêm ocupando o lugar dos tricíclicos, em razão do seu melhor perfil de efeitos colaterais (MITTMANN, 2007).

Os ISRS são considerados como primeira escolha por vários autores para o tratamento dos transtornos depressivos em idosos, por combinarem segurança, pequena incidência de efeitos adversos, facilidade posológica e por serem eficazes no tratamento da depressão. Muitas revisões consideram os ISRS a primeira linha de tratamento para os idosos devido ao perfil mais vantajoso de efeitos colaterais, porém, não são isentos de risco (LANDBORG *et al.*, 2007).

Estão contra-indicados em pacientes com hipersensibilidade a estas drogas ou com problemas gastrintestinais como gastrite ou refluxo gastresofágico. Pacientes que



utilizam múltiplas drogas devem evitar os ISRS, pois apresentam interações medicamentosas bastante complexas. Devem ser evitados em pacientes que apresentam disfunções sexuais não decorrentes de depressão, pois podem agravar estes quadros (PEREIRA *et al.*, 2009).

São mais bem tolerados que os tricíclicos e o efeito terapêutico não é dose dependente. A reação adversa mais comum é a náusea, por isto é recomendada a ingestão durante ou logo após as refeições.

Sua seletividade de ação explica a redução no perfil de efeitos colaterais, pode aumentar o risco de interação com outras substâncias que afetem a transmissão serotoninérgica, levando ao aparecimento de sintomas que são freqüentemente descritos como síndrome serotoninérgica (LANDBORG *e. al.*, 2007).

Os sintomas que aparecem na retirada dos ISRSs são clinicamente benignos e podem surgir de 1 a 10 dias após a retirada e persistir por até três semanas. Os sintomas mais freqüentes são tonturas, vertigens, ataxia, náuseas e vômitos, sintomas gripais, parestesias, insônia, sonhos vívidos, e irritabilidade, agitação e ansiedade (MITTMANN, 2007).

### **Inibidores da recaptura de serotonina e noradrenalina – IRSN**

Sua maior ou menor ação sobre os receptores é dose-dependente. Em doses baixas, predominam os efeitos de recaptção de serotonina, enquanto em doses elevadas predominam os efeitos noradrenérgicos e surgem os efeitos dopaminérgicos. São comprovadamente eficazes (HENRY *et al.*, 2008).

Entre idosos, elevação acima de 10 mmHg na pressão diastólica ocorre em cerca de 8,7% dos pacientes. As evidências preliminares sugerem que seja eficaz e bem tolerada nessa população, porém, foram descritos casos de hiponatremia associados ao uso de venlafaxina, como também casos de síndrome serotoninérgica (GOLDBERG, 2009).

## **Inibidores de recaptura/antagonistas da serotonina-2 – IRAS-2**

Distinguem-se dos demais antidepressivos pela ação combinada de forte antagonismo 5-HT<sub>2</sub>, com bloqueio mais fraco da recaptção de serotonina. Deste grupo fazem parte a trazodona que bloqueia também os receptores de histamina e alfa-1, e a nefazodona que exerce um efeito mais fraco sobre os receptores histaminérgicos e alfa-1, o que a torna menos sedativa e menos passível de provocar priapismo e hipotensão ortostática que a trazodona (NERI *et al.*, 2005).

Não possui efeitos anticolinérgicos ou cardiovasculares e não está associada à disfunção sexual ou ao ganho de peso. Apesar da boa tolerabilidade, foram descritos alguns efeitos cardiovasculares como redução assintomática da PA em 5% dos pacientes e da frequência cardíaca em 1,5% dos pacientes. Além disso, pode causar hipotensão postural sintomática (VALEJO *et al.*, 2010).

Deve-se monitorar a ação no SNC e anticolinérgica, tendo cuidado com a interação de outros medicamentos com ação semelhante devido ao risco de efeito somatório, confusão, desorientação e delirium. Idosos são mais sensíveis a efeitos anticolinérgicos, ao risco de quedas por hipotensão e a prejuízo cognitivo (NERI *et al.*, 2005).

Os casos de intoxicação freqüentemente se caracterizam por apresentar sedação, hipotensão, perda de coordenação muscular, náuseas e vômitos (DIETCH & FINE, 2008).

## **Antidepressivos diversos**

Uma variedade de substâncias com diferentes mecanismos de ação, além dos antidepressivos citados anteriormente, é utilizada no tratamento da depressão e eventualmente em outros transtornos psiquiátricos. As novas drogas antidepressivas também possuem efeito seletivo sobre os neurotransmissores envolvidos na patogênese da depressão e foram desenvolvidos na tentativa de reduzir os efeitos colaterais apresentados com os antidepressivos clássicos (ZUBENKO *et al.*, 2006).

Vários outros antidepressivos foram e vêm sendo desenvolvidos, porém, nenhum deles até o momento superou os ADTs em eficácia, entretanto, a maioria ainda não foi adequadamente avaliada ou foi apenas estudada em populações específicas de idosos. Embora nem todos estejam disponíveis para utilização e comercialização no Brasil, é interessante conhecê-los (VALEJO *et al.*, 2010).

## **Bloqueadores da Recaptura de Noradrenalina e Dopamina (Moduladores Adrenérgicos)**

### **Bupropion**

Entre os antidepressivos de nova geração é o que apresenta o menor potencial de indução de efeitos colaterais e a menor incidência de descontinuação do tratamento por intolerância, apresentando, portanto boa tolerabilidade (NAIR *et al.*, 2009). É fundamental monitorar ECG/EEG pelo menos 48hs e equilíbrio eletrolítico e ácido-básico em pacientes de mal epilético. Medidas de suporte, como diurese forçada, diálise ou hemoperfusão não são indicadas, pois a medicação e seus metabólicos apresentam lenta difusão dos tecidos para o plasma (YOUNG & MEYERS, 2007).

Em pacientes geriátricos acima de 60 anos não há limitações ao uso, mas alterações metabólicas relacionadas à idade podem causar intolerância aos efeitos colaterais, e alterações renais e hepáticas podem exigir redução nas doses prescritas. Em pacientes com história de traumatismo craniano, tumores cerebrais, quadros cerebrais orgânicos ou alterações eletroencefalográficas, o uso não é recomendado em função do risco de convulsões (DIETCH & FINE, 2008).

A bupropiona é o principal integrante desta classe, havendo outras drogas atualmente em fase de teste e o efeito terapêutico é exercido principalmente através de seu metabólico ativo, que possui um efeito maior do que a bupropiona em si. É eficaz, e tem como principal efeito colateral um maior risco de convulsões do tipo grande mal (WEIHS *et al.*, 2007).

Pode ser útil nos pacientes que não toleram os efeitos serotoninérgicos dos ISRS. Outras classes de moduladores adrenérgicos incluem os inibidores seletivos de

recaptação de noradrenalina, os antagonistas alfa-2 adrenérgicos, os agonistas beta-adrenérgicos e os sistemas de segundos-mensageiros como o rolipram (PEREIRA, *et al.*, 2009). Em 100 idosos deprimidos, em estudo duplo-cego, bupropion foi tão eficaz quanto paroxetina e teve menos efeitos colaterais (sonolência, diarreia, obstipação e anorexia foram mais freqüentes com paroxetina) (WEIHS *et al.*, 2007).

### **Mirtazapina**

Sua eficácia é comparável à dos ADT, não tem efeitos cardiovasculares e os principais efeitos colaterais são sedação, aumento do apetite, ganho de peso, tontura e boca seca. Em idosos hospitalizados com síndromes depressivas (depressão pós-esquizofrênica, transtorno esquizoafetivo, depressão maior, transtorno de ajustamento com sintomas depressivos, demência com sintomas depressivos e síndromes mentais orgânicas ou doenças físicas com sintomas depressivos) foi eficaz e bem tolerada (DIETCH & FINE, 2008).

### **Tianeptina**

Não possui efeitos sedativos, anticolinérgicos ou cardiovasculares e seus principais efeitos adversos são insônia e pesadelos. Em estudo realizado em idosos com depressão maior foi eficaz e bem tolerada (NAIR *et al.*, 2009).

A escolha do antidepressivo depende principalmente do perfil de tolerabilidade como farmacocinética, dos efeitos colaterais, do potencial de interações medicamentosas, das condições clínicas associadas, das doenças físicas associadas; das drogas prescritas concomitantemente e das características individuais do paciente, como história pregressa ou familiar de depressão e da resposta prévia favorável a um determinado antidepressivo. A maioria das drogas disponíveis apresenta eficácia e latência de respostas semelhantes (ANDERSON *et al.*, 2005).

Os ISRSs são usualmente as drogas de primeira opção no tratamento da depressão em idosos com ou sem demência, pelo perfil mais adequado de segurança e de tolerabilidade, além da maior facilidade posológica. Em situações especiais devem ser considerados os potenciais terapêuticos das novas drogas ou mesmo dos

medicamentos tradicionais, incluindo tricíclicos, tetracíclicos e inibidores da monoamina-oxidase (DIETCH & FINE, 2008).

Determinados efeitos colaterais podem ser úteis em alguns casos, pacientes que apresentam insônia proeminente, agitação psicomotora ou comportamento agressivo podem beneficiar-se mais de antidepressivos com perfil sedativo os antidepressivos ADTs. Se, ao contrário, quiser ativação nos casos de depressão com inibição psicomotora ou apatia, deve-se dar preferência a drogas como os ISRSs (FEIGHNER, 2008).

Os critérios utilizados nos diversos estudos são pouco homogêneos, e muitos simplesmente não avaliam a tolerabilidade. Uma alternativa é avaliar a tolerabilidade por meio da taxa de abandonos do tratamento, embora outros fatores interfiram nesse resultado (VALEJO *et al.*, 2010).

A Tabela 2 resume os esquemas posológicos dos medicamentos mais indicados para o tratamento da depressão em pacientes idosos com depressão (JACKSON & BALDWIN, 2006).

**TABELA 2 – Esquema posológico das drogas mais utilizadas no tratamento da depressão em idosos**

<i>Medicamento</i>	<i>Dose inicial (mg/dia)</i>	<i>Dose terapêutica usual (mg/dia)</i>	<i>Dose máxima sob supervisão (mg/dia)</i>	<i>Usar com cautela (ou evitar) em:</i>
Fluoxetina	5-10	20-30	60	parkinsonismo e outras síndromes extrapiramidais
Fluvoxamina	25-50	100-200	300	
Paroxetina	5-10	20-30	60	
Sertralina	25	50-100	200	
Citalopram	10	20-30	60	
Venlafaxina	18,75-37,5	150-225	375	hipertensão arterial hipercolesterolemia
Mirtazapina	15	15-45	45	
Trazodona	25-50	50-300	400	apatia inibição psicomotora
Nefazodona	50-100	200	400	
Bupropion	37,5-75	150-300	450	insônia, agitação psicomotora psicose, convulsões
Desipramina	25-50	75-150	200	prostatismo feecaloma cardiopatias
Nortriptilina	5-10	50-125	150	
Mianserina	15-30	60-90	120	
Tranilcipromina*	10-20	30-40	80	cardiopatias (hipotensão)
Moclobemida	150	150-600	800	má supervisão dietética (para tranilcipromina apenas)

Fonte: JACKSON & BALDWIN, 2006

Também com relação às amostras de população estudadas, em geral apenas são incluídos nos estudos idosos sem outras doenças físicas e sem uso de outras

medicações, o que de forma alguma reproduz a população geral de idosos que necessita de tratamento antidepressivo (VALEJO *et al.*, 2010).

Entretanto, estes pacientes possuem várias alterações fisiológicas comuns à idade, que podem alterar significativamente a biodisponibilidade dos medicamentos, por isso, os indivíduos dessa faixa etária necessitam de um acompanhamento especial durante o tratamento farmacoterapêutico e muitas vezes carecem inclusive de um ajuste posológico (KATZ *et al.*, 2009).

Os antidepressivos são eficazes no tratamento da depressão em idosos, entretanto o sucesso do tratamento depende do tipo e da gravidade da depressão; das comorbidades com outras doenças psiquiátricas ou clínicas; da escolha adequada de antidepressivos, da eficácia e efeitos adversos; da orientação do paciente e da aderência ao tratamento.

O manejo dos efeitos adversos em pacientes idosos, que usam muito mais medicações e apresentam mais doenças, é o ponto forte na escolha do antidepressivo. É indispensável que se conheça o paciente a ser tratado e os efeitos adversos e das interações medicamentosas dos antidepressivos para poder escolher o mais adequado para cada paciente.

## 5 CONCLUSÕES

A depressão é um dos eventos psíquicos mais comuns entre idosos e apresenta alta prevalência e peculiaridades que a tornam qualitativamente diferente da depressão em adultos. Os fatores genéticos parecem ser menos proeminentes e fatores comuns neste grupo etário, como eventos de vida negativos, problemas sociais, presença de doenças físicas e incapacidades aumentam o risco de desenvolvimento da patologia.

Em idosos se caracteriza por elevado grau de sofrimento, morbidade e mortalidade elevadas e prognóstico desfavorável associado à diminuição da qualidade de vida. Os problemas cognitivos, como disfunção executiva, e a associação com outras desordens clínicas e neuropsiquiátricas são comuns entre idosos com depressão. O curso clínico é tipicamente desfavorável com episódios mais freqüentes por tempo de vida, acarretando maior grau de comprometimento funcional.

A depressão constitui condição mental nem sempre diagnosticada, o que favorece a cronificação desta enfermidade, agravando o sofrimento psíquico do paciente idoso. 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.

Apesar de hoje em dia dispormos de diversas abordagens psicoterapêuticas e de tratamentos medicamentosos eficazes e seguros para o tratamento dos transtornos depressivos, como a depressão em idosos tem sido subdiagnosticada e permanece sem tratamento, gera incapacitação e prejuízo funcional, com riscos aumentados de hospitalização e maior utilização dos serviços médicos. Uma boa avaliação do idoso inclui a análise de seu funcionamento físico, mental e social; isso permite que a atenção ao idoso seja concentrada, não só na doença, mas no quanto ela afeta sua capacidade funcional no ambiente em que vive.

As estratégias farmacológicas utilizadas para o tratamento em jovens se têm mostrado eficazes nos idosos. As evidências disponíveis permitem estabelecer um perfil adequado de eficácia do tratamento com antidepressivos tricíclicos, ISRS e, possivelmente, IRSN. As principais diferenças residem nos eventos adversos e no maior ou menor número de estudos com metodologia apropriada conduzidos em idosos com antidepressivos de diferentes classes. Em geral, os ISRS têm sido preferidos por apresentar menos riscos de complicações por efeitos adversos.

O manejo dos efeitos adversos em pacientes idosos, que usam muito mais medicações e têm mais doenças, é o ponto crítico na escolha de antidepressivos. É indispensável que o médico conheça tanto o paciente que irá tratar quanto o perfil de efeitos adversos e de possíveis interações medicamentosas dos antidepressivos para poder escolher o mais adequado para cada paciente.

Além de saber escolher e introduzir um determinado medicamento para o controle da depressão é também fundamental que se definam critérios de reavaliação e para a interrupção do tratamento bem ou mal sucedido. As evidências empíricas sobre a eficácia de tratamentos com medicação para pacientes idosos com depressão ainda são escassas e não muito conclusivas.

O antidepressivo ideal deveria ser eficaz em todas as formas de depressão, não ter qualquer efeito colateral, ter custo baixo, poucas interações medicamentosas, ser aplicado em todas as idades, melhorar a qualidade do sono, sem distúrbios colaterais, ter posologia fácil e efeito ansiolítico. Porém, esta medicação ainda não existe, de modo que decidir o que prescrever ou não para qual paciente é uma questão absolutamente essencial na prática clínica e psiquiátrica.

Assim, a avaliação da farmacoterapia em idosos é um importante instrumento de avaliação da qualidade da atenção prestada a este grupo. Esforços para aprimorar a seleção, prescrição, a dispensação e a utilização de fármacos devem constituir prioridade nos programas de atenção ao idoso.



## REFERÊNCIAS

ADAMS, K. B. Depressive Symptoms, Depletion or developmental Change? Withdrawal, apathy and lack of vigor in the geriatric depression scale. *The Gerontologist*, n.41, v.6, p.768-777, 2006.

ANDERSON, I.M.; NUTT, D.J.; DEAKIN, J.F. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacology*; 14(1):3-20, 2005.

APA – **American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4a ed. Washington (DC): 2002.

BLAY, S. L. Distúrbios psiquiátricos no idoso: Extensão do problema, fatores associados e questões assistenciais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38, 53-54, 2004.

BROADHEAD, W. E.; BLAZER, D. G.; GEORGE, L. K.; TSE, C. K. **Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey**. *JAMA*;264:2524-8, 2006.

BULCÃO, C. B.; CARANGE, E.; CARVALHO, H. P.; FERREIRA-FRANÇA, J. B.; KLIGERMAN-ANTUNES, J. Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual. *Cien & Cogn*, 01, 54-75, 2004.

CHAIMOWICZ, F. 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, 2005.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 33, p. 445-453, 2007.

DIETCH, J. T. & FINE, M. The effect of Nortriptyline in elderly patients with cardiac conduction disease. *J Clin Psychiatry*;51:65-7, 2008.

DIOGO, M. J. D'E.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Implantação do grupo de atenção à saúde do idoso (grasi) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de

Campinas (SP): relato de experiência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 85-90, 2007.

EDWARDS, J. **Dementia and Depression in older people**. **International Psychogeriatric Association**. IPA, (oral presentation), 2007.

FEIGHNER, J. P. Mechanism of Action of Antidepressant Medications. **J Clin Psychiatry**; 60(suppl 4): 4-11, 2008.

FERNANDES, P. **A depressão no idoso; estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações da depressão**. Coimbra: Quarteto, 2009.

FERNÁNDEZ-LLIMOS, F.; ROMERO, F. M.; DÁDDE, M. J. F. Problemas relacionados con la medicación. Conceptos y sistemática de **clasificación**. **Pharmacy Care Española** 1:279-288, 2006.

FLECK, M.; LAFER, B.; SOUGEY, E.; PORTO, J.; BRASIL, M. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o Tratamento da depressão (versão integral). **Rev. Brás. Psiquiatr.**, v.25, n.2, p.114-122, 2005.

FORLENZA, O.V. Antidepressivos tricíclicos no tratamento farmacológico dos transtornos depressivos em idosos. **Rev. psiquiatr. clín.** São Paulo, v.26(4), p.172-8, jul.-ago. 2007.

GEORGE, L. K. **Fatores sociais e econômicos relacionados aos transtornos psiquiátricos do idoso**. In: Busse EW, Blazer DG, organizadores. **Psiquiatria Geriátrica**. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; p. 141-165, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 12ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOLDBERG, R. J. **Antidepressant use in the elderly. Current status of nefazodone, venlafaxine and moclobemide**. **Drugs & Aging**;11(2):119-31, 2009.

HENRY, J. A.; ALEXANDER, C. A.; SENER, E. K. Relative mortality from overdose of antidepressants. **British Medical Journal**;310:221-4, 2008.

HEOK, K. E. Epidemiologia da depressão no idoso. In: FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria geriátrica**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, cap. 4, p. 35-37, 2008.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico e Estimativa 2000**. Brasília, 2010.

ILSLEY, J. E.; MOFFOOT, A. P. R.; O'CLARROLL, R. E. An analysis of memory dysfunction in major depression. **J Affect Dis**;35:1-9, 2009.

JACKSON, R. J. & BALDWIN, R. C. Detecting depression in elderly medically-ill patients: the use of the Geriatric Depression Scale compared with medical and nursing observations. **Age and Ageing**; 22:349-53, 2006.

KATZ, I. R.; SIMPSON, G. M.; GURLIK, S. M.; PARMELLE, P. A.; MUHLY, C. M. Pharmacological treatment of major depression for elderly patients in residential care settings. **J Clin Psychiatry**; 51(suppl):41-7, 2009.

KRITZ-SILVERSTEIN, D.; BARRETT-CONNOR, E.; CORBEAU, C. Crosssectional and prospective study of exercise and depressed mood in the elderly. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 153, n. 6, p. 596 - 603, 2008.

LANDBORG, P. D.; HEGEL, M. T.; GOLDSTEIN, S. Sertraline treatment of Post traumatic stress disorder: results of 24 weeks of open-label continuation treatment. **J Clin Psychiatry**, 62:325-331, 2007.

LINHARES, C. **Histórias de vida: Contribuições acerca da experiência depressiva nos anos tardios de vida**. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Brasília, DF. Brasília, 159p, 2008.

MATTOS, P.; LINO, V.; RIZO, L.; ALFANO, A.; ARAÚJO, C. Memory complaints and test performance in healthy elderly persons. **Arq. Neuropsiquiatr.**, n. 61, v.4, p.920-924, 2003.

MITTMANN, N.; HERRMANN, N.; EINARSON, T.R.; BUSTO, U.E.; LANCTOT, K.L. The efficacy, safety and tolerability of antidepressants in late life depression: a meta-analysis. **J Affect Disord** Dec; 46(3): 191-217, 2007.

MORENO, R. A. & MORENO, D. H. **Antidepressivos Tricíclicos**. In: Cordás TA, Moreno RA, editores. *Conduitas em Psiquiatria*. 3ed. São Paulo: Lemos Editorial; p. 135-161, 2005.

NAIR, N. P. V.; AMIN, M.; HOLM, P.; KATONA, C.; KITGAARD, N. Moclobemide and nortriptyline in elderly depressed patients: a randomized, multicentre trial against placebo. **J Affect Disord**;33:1-9, 2009.

NASRI, F. **O envelhecimento populacional no Brasil**. Einstein. São Paulo. 6 (Supl 1), 2008.

NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 72 – 8, 2005.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, v. 2, n. 2, p. 41- 9, 2002.

ORMEL, J.; VONKORFF M.; VAN DEN BRINK, W.; KATON, W.; BILMAN, E. Depression, anxiety, and social disability show synchrony of change in primary care patients. **Am J Pub Health**;83(3):385-90, 2007.

PACHECO, J. L. **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. 2006.

PEREIRA, L.R.L.; VECCHI, L.U.P.; BAPTISTA, M.E.C.; CARVALHO, D. Avaliação da utilização de medicamentos em pacientes idosos por meio de conceitos de farmacoe epidemiologia e farmacovigilância. **Ciênc. saúde coletiva** v.9 n.2, p.479-481. Rio de Janeiro abr./jun. 2009.

PORTO, J. A. Del. **Conceito de depressão e seus limites**. In: LAFER, B.; ALMEIDA, O. P.; FRAGUAS, G. JR.; MIGUEL, E. C. Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

QUITKIN, F. M.; RABKIN, J. G.; ROSS, D.; MCGRATH, P. J. **Chronological milestones to guide drug change. When should clinicians switch antidepressants?**; 41:238-45, 2008.

ROZENFELD, S. **Reações adversas aos medicamentos em idosos: as quedas em mulheres como iatrogenia farmacoterapêutica** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

SCAZUFCA, M. & MATSUDA, C.M.B. Revisão sobre a eficácia de psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.24 supl.1, p.64-69. São Paulo abr. 2008.

SMELTZER, S. C. & BARE, B. G. **Cuidado de saúde do idoso**. In: Brunner e Suddart tratado de enfermagem médica-cirúrgica. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Cap. 11, p. 141-163, 2008.

STEFANIS, C. & STEFANIS, N. **Diagnóstico dos transtornos depressivos: uma revisão**. Em: Maj, M. & Sartorius, N. Transtornos depressivos. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas. 2ed., pp. 13-49, 2005.

TRENTINI, C.; XAVIER, F.; CHACHAMOVICH, E.; ROCHA, N.; HIRAKATA, V. The influence somatic symptoms on the performance of elders in the Beck Depression inventory (BDI). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, n.27, v.2, p.119-123, 2005.

TYLEE, A.; FREELING, P.; KERRY, T. How does the content of consultations affect the recognition by general practitioners of major depression in women? **Br J Gen Practice**;45:575-8, 2010.

UNPD - United Nations Population Division. **World Population Prospects: The 1998 Revision, forthcoming**. New York, 2010.

VALEJO, J.; GASTO, C.; CATALAN, R.; BULBENA, A.; MENCHON, J. M. Predictors of antidepressant treatment outcome in melancholia: psychosocial, clinical and biological indicators. **J Affect Disord**;21:151-62, 2010.

WEIHS, K. L.; SETTLE, E. C.; BATEY, S. R.; HOUSER, T. L.; DONAHUE, R. M. Bupropion sustained release versus paroxetine for the treatment of depression in the elderly. **J Clin Psychiatry**;61:196-202, 2007.

WONG, L. L. Rodríguez; C. J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista brasileira de estudos da população**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

YESAVAGE, J. A.; BRINK, T. L.; ROSE, T. L.; LUM, O.; HUANG, O.; et.al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiatr Res**; 17:37-49, 2009.

YOUNG, R. C. & MEYERS, B. S. **Psychopharmacology**. In: Sadavoy JS, Lazarus LW, Jarvik LF, Grosseberg GT, eds. Comprehensive review of geriatric Psychiatry. 2nd edition. Washington (DC): American Psychiatry Press; p. 755-817, 2007.

ZUBENKO, G.; ZUBENKO, W.; McPHERSON, S.; SPOOR, E.; MARIN, D. A Collaborative Study of the Emergence and Clinical Features of the Major Depressive Syndrome of Alzheimer's Disease. **Am. J. Psychiatry**., n.160, p.857-866, 2006.