

DEPRESSÃO EM IDOSOS

EMYLUCY M.P. PARADELA

RESUMO

Os transtornos do humor são as desordens psiquiátricas mais comuns entre indivíduos com 60 anos ou mais. Dentre esses, estão a depressão maior, a distímia e os sintomas depressivos clinicamente significativos (SDCS).

A síndrome depressiva é caracterizada pela presença de humor predominantemente depressivo e/ou irritável e anedonia (diminuição da capacidade de sentir prazer ou alegria). Existe uma sensação subjetiva de diminuição de energia (cansaço, fadiga), desinteresse, lentificação, pensamentos pessimistas e ideias de ruína. Em geral, esses sintomas são acompanhados de modificações no sono e apetite, prejuízo cognitivo, alterações comportamentais e sintomas físicos. Podem ocorrer delírios ou alucinações congruentes com o humor como delírios de culpabilidade excessiva ou de saúde muito ruim, delírios de pobreza ou persecutórios; as alucinações são menos comuns, mas podem aparecer e tendem a ser visuais ou olfatórias. Os profissionais da saúde que lidam com este grupo etário devem ficar atentos aos sintomas depressivos mascarados, como dores inespecíficas, adinamia, insônia, perda de peso e queixas subjetivas de perda da memória, evitando imputar estas queixas ao envelhecimento pois os tratamentos disponíveis melhoram muito os sintomas e a qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

PALAVRAS-CHAVE: *Depressão; Sintomas depressivos; Idosos.*

INTRODUÇÃO

No Brasil, o crescimento da população idosa é rápido e inexorável. Os idosos são hoje 14,5 milhões de pessoas, 8,6% da população total do País, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base no Censo 2000. São consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento. A longevidade, porém, não significa necessariamente velhice sadia nem avanço simultâneo e eficiente da qualidade de vida e da autonomia para boa parcela das pessoas idosas¹.

Os transtornos do humor são as desordens psiquiátricas mais comuns entre indivíduos idosos. Dentre estes, estão o Transtorno Depressivo Maior, o Transtorno Distímico e os sintomas depressivos clinicamente significativos (SDCS). Nesta faixa etária, estes transtornos tendem à cronicidade, são subdiagnosticados e subtratados, causam grande sofrimento psíquico, aumento da dependência funcional, isolamento social, risco de suicídio, piora da qualidade de vida e aumentam a mortalidade dos indivíduos acometidos².

Habitualmente, as queixas dos idosos não são apenas de ordem física, mas também psíquica e social. Por isto, a avaliação destes indivíduos deve ser abrangente o bastante para ser capaz de detectar as alterações existentes e, até mesmo os sinais de risco iminente de alguma perda funcional, com conseqüente perda da autonomia.

EPIDEMIOLOGIA

Em recente meta-análise de 17 artigos envolvendo 15.491 idosos, Barcelos-Ferreira e colaboradores avaliaram a prevalência dos transtornos do humor entre idosos brasileiros que vivem na comunidade e encontraram uma prevalência de 7% para Transtorno Depressivo Maior, 3,3% para a distímia e 26% para os SDCS². Xavier e colaboradores, em um estudo feito para determinar a prevalência de depressão em uma população de idosos acima de 80 anos residentes na comunidade em um município semirural no sul do Brasil, encontraram 7,5% de episódio depressivo maior, 12,1% de episódio depressivo menor e 4,5% de distímia, segundo os critérios de DSM-IV³.

Em indivíduos portadores de doenças clínicas, as taxas são ainda mais elevadas. Por exemplo, 20% dos pacientes com doença coronariana apresentam transtornos depressivos⁴. Taxas semelhantes são descritas em uma série de doenças clínicas típicas dos idosos, como doença de Parkinson⁵, doença cerebrovascular⁶ e doença de Alzheimer⁷.

FATORES DE RISCO

Alguns fatores de risco para os transtornos depressivos já estão bem estabelecidos como idade avançada, patologias crônicas, ansiedade, falta de vínculos e de suporte social. Os eventos estressantes da vida como uma viuvez recente ou outras perdas importantes, dores crônicas e estar vivendo sozinho são, também, fatores que aumentam o risco de sintomas depressivos⁸.

DIAGNÓSTICO

Os sintomas clássicos da depressão afetam três domínios: (1) Afeto: choro, tristeza, apatia; (2) Cognição: desesperança, culpa, sentimentos de inutilidade e menos valia, ideias de morte e (3) Somáticos: falta de energia, dores difusas, alterações no sono, apetite e hábito intestinal e diminuição da libido.

Com o envelhecimento, ocorrem várias alterações que podem dificultar o diagnóstico da depressão em idosos como a presença de patologias crônicas dolorosas, a diminuição da libido, o retardo psicomotor, os sintomas subjetivos de perda da concentração e da memória e diversas alterações do sono.

O diagnóstico da depressão é clínico baseado na anamnese, por isto é fundamental a busca ativa pelos sintomas, uma investigação de episódios depressivos anteriores, a pesquisa por sintomas de mania ou hipomania, uma revisão dos medicamentos em uso, além da abordagem cuidadosa das questões acerca de luto e suicídio.

A síndrome depressiva é caracterizada pela presença de humor predominantemente depressivo e/ou irritável e anedonia (diminuição da capacidade de sentir prazer ou alegria). Existe uma sensação subjetiva de diminuição de energia (cansaço, fadiga), desinteresse, lentificação, pensamentos pessimistas e ideias de ruína. Podem ocorrer delírios ou alucinações congruentes com o humor. Em geral, esses sintomas são acompanhados de modificações na qualidade do sono, alterações no apetite, prejuízo cognitivo, alterações comportamentais e sintomas somáticos⁹.

Para o diagnóstico formal de depressão em ambientes de pesquisa, as avaliações mais utilizadas são as entrevistas estruturadas baseadas nos critérios do CID 10 (CIDI) e do DSM-4 (SCID).

O diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior é feito em presença de cinco ou mais dos seguintes sintomas presentes durante o período de duas semanas que representem uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas necessariamente deve ser (1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex: sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito); (2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros); (3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por exemplo, mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias; (4) insônia ou hipersonia quase todos os dias; (5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento); (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias; (7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente autorrecriação ou culpa por estar doente); (8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros); (9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer) ideiação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. Os sintomas devem causar um sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

O diagnóstico do Transtorno Distímico ou distímia baseia-se nos seguintes critérios: Humor deprimido na maior parte

do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros por, pelo menos, dois anos. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características: (1) apetite diminuído ou hiperfagia; (2) insônia ou hipersonia; (3) baixa energia ou fadiga; (4) baixa autoestima; (5) fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Usualmente, o indivíduo com distímia sofre com a presença desses sintomas mas, provavelmente, será capaz de desempenhar a maior parte das suas atividades cotidianas^{9,10}.

O Transtorno Distímico e o Transtorno Depressivo Maior são diferenciados com base na gravidade, cronicidade e persistência dos sintomas. No Transtorno Depressivo Maior, os sintomas devem estar presentes na maior parte do dia, quase todos os dias, por um período mínimo de duas semanas, ao passo que no Transtorno Distímico devem estar presentes na maior parte dos dias por um período mínimo de 2 anos, mas sem atingir o número total de sintomas nem a gravidade exigidos para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior.

Os sintomas depressivos no Transtorno Distímico tendem a menor gravidade, porém maior cronicidade e persistência que no Transtorno Depressivo Maior.

Uma peculiaridade da depressão entre idosos é a interferência em sua capacidade funcional principalmente na mobilidade, podendo gerar uma síndrome conhecida como “medo de cair”. Em um estudo transversal muito interessante, Kempen et al. investigaram sintomas depressivos entre idosos que evitavam sair de casa ou realizar algumas atividades por causa do medo de cair; os autores avaliaram 540 idosos de 70 anos ou mais que

viviam na comunidade; dos que relatavam medo de cair, 28,2% e 26,1% referiram, respectivamente, sintomas de ansiedade e depressão¹¹.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial mais importante deve ser feito entre os transtornos depressivos e as demências. Estas duas patologias são muito prevalentes na população idosa, podendo estar superpostas, dificultando o diagnóstico, tratamento e piorando o prognóstico.

A “Pseudodemência depressiva” é uma entidade clínica que atribui os sintomas cognitivos à depressão que, se tratada adequadamente, reverteria o quadro cognitivo. Há evidências de que a depressão poderia ser o início de um quadro demencial¹⁰. O estado pré-mórbido pode ajudar a diferenciar entre um episódio depressivo e um processo demencial. Nesse, existe geralmente uma história anterior de declínio das funções cognitivas, ao passo que indivíduos deprimidos estão muito mais propensos a ter um estado pré-mórbido relativamente normal e um abrupto declínio cognitivo associado aos sintomas depressivos. Diferenciar a depressão de tristeza também é fundamental, pois períodos de tristeza são aspectos inerentes à experiência humana. Esses não devem ser confundidos com um transtorno depressivo, a menos que sejam satisfeitos os critérios diagnósticos previamente descritos.

EXAMES COMPLEMENTARES

Apesar do grande avanço na área da propedêutica médica, até o momento nenhum marcador biológico laboratorial ou exame de imagem pode ser utilizado como patognomônico no diagnóstico da

depressão. Não foram identificados achados laboratoriais diagnósticos de um episódio depressivo maior ou da distímia, entretanto, diversos achados laboratoriais anormais foram encontrados em indivíduos com depressão, em comparação com os não deprimidos.

A avaliação geral do idoso deprimido em busca de alterações endócrinas, doenças metabólicas ou outras patologias é fundamental. Orienta-se uma rotina básica de sangue que inclui: hemograma, íons, escórias, glicemia, hormônios tireoideanos, ácido fólico, vitamina B₁₂, função hepática, sorologia para sífilis, urinálise, radiografia de tórax e eletrocardiograma⁹.

Anormalidades no eletroencefalograma podem aparecer de 40% a 60% em pacientes ambulatoriais e em até 90% dos internados com transtornos depressivos.

Achados na polissonografia também são comuns e incluem: 1) perturbações na continuidade do sono, tais como latência de sono prolongada, despertares intermitentes aumentados e despertar nas primeiras horas da manhã; 2) redução dos estágios 3 e 4 (sono de ondas lentas) do sono de movimentos oculares não rápidos (NREM), com um deslocamento da atividade de ondas lentas para longe do primeiro período NREM; 3) latência REM diminuída (isto é, menor duração do primeiro período NREM); 4) maior atividade REM fásica (isto é, o número de movimentos oculares presentes durante o sono REM); 5) maior duração do sono REM no início da noite¹².

Os neurotransmissores implicados na fisiopatologia da depressão incluem norepinefrina, serotonina, acetilcolina, dopamina e ácido gama-aminobutírico. As evidências implicando esses neurotransmissores incluem medições de seus níveis no sangue, líquido ou urina e funcionamento dos receptores plaquetários. Estes exames são pouco utilizados no dia a dia da prática clínica.

ESTUDOS DE NEUROIMAGEM

A utilização da neuroimagem vem ganhando terreno nas patologias psiquiátricas. A tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética são úteis no diagnóstico diferencial dos tumores, doenças degenerativas e das hemorragias intracranianas. Os exames de imagem para avaliação de função como o PET e SPECT scan não são recomendados nessa rotina, embora pesquisadores os tenham utilizado no diagnóstico diferencial com diversos tipos de demência.

Vários grupos de pesquisa estão usando a ressonância nuclear magnética cerebral funcional (RNMF) para avaliar a função cerebral de idosos com diagnóstico de depressão e a associação entre humor e cognição. Idosos deprimidos apresentam diminuição da atividade do córtex pré-frontal dorsolateral (CPDL) e da conectividade entre o CPDL e o córtex dorsal anterior do cíngulo.

Para o estudo da depressão vascular, a RNM tem sido amplamente utilizada e pesquisadores têm encontrado alterações na substância branca particularmente nas regiões pré-frontais de idosos deprimidos quando os comparam com idosos sem depressão.

SUICÍDIO

Suicídio é um final trágico para a existência humana. No Brasil, a taxa de suicídio oscila entre 3,5 e 4,0 por 100.000 habitantes, enquanto em alguns países da Europa esta taxa está em 29 por 100.000. Entre idosos, a relação entre os que tentam o suicídio e os que conseguem êxito é de 2:1 revelando que a intenção do autoextermínio é real e consistente¹³.

Minayo & Cavalcante analisaram os fatores associados ao suicídio em idosos

através de uma revisão sistemática de 52 publicações e concluíram que as doenças degenerativas, a dependência funcional e os transtornos mentais, principalmente a depressão grave, estavam fortemente associados à tentativa de suicídio; outros fatores associados foram: perdas de entes queridos, abandono, solidão e conflitos familiares¹³.

ESCALAS UTILIZADAS PARA RASTREAMENTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS

Para o auxílio no diagnóstico das síndromes depressivas na população idosa, o uso sistemático de instrumentos padronizados pode facilitar sua detecção tanto em estudos populacionais quanto na prática clínica. Atualmente, muitas escalas estão disponíveis para a avaliação de sintomas depressivos, algumas já foram validadas e são confiáveis. Abaixo, apresentaremos as mais citadas na literatura para estudos em idosos.

a) Inventário de Depressão de Beck: foi descrito em 1961. São 21 itens divididos em categorias, cada uma delas descreve uma manifestação comportamental específica dos indivíduos deprimidos observados (Beck et al., 1961)¹⁴;

b) Escala de depressão de Zung: desenvolvida em 1965. Tem 20 itens, cada um deles com 4 possíveis respostas, a saber: nunca ou poucas vezes, algumas vezes, boa parte do tempo e a maioria do tempo. É autoaplicável ou por um entrevistador, simples e breve, como no caso do inventário de Beck, apoia-se em sintomas somáticos¹⁵;

c) Inventário de depressão de Hamilton: foi desenvolvido em 1967, consiste em 17 itens, a saber: humor deprimido, sentimen-

tos de culpa, ideação suicida, atividades, insight, retardo ou agitação, insônia, ansiedade, sintomas gastrointestinais, sintomas gerais, perda da libido, hipocondria e perda de peso. É amplamente usada e inclui componentes cognitivos e comportamentais da depressão, também avalia queixas somáticas como as anteriores. É útil para avaliar a gravidade dos quadros depressivos, é aplicada por um entrevistador¹⁶;

d) Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos: foi desenvolvida em 1977 por Radloff et al. São 20 itens com uma ampla variedade de questões sobre o humor, é autoaplicável, não distingue entre os efeitos emocionais de uma doença e a depressão¹⁷;

e) Escala para depressão em dementes de Cornell: esta escala foi desenvolvida por Alexopoulos et al. em 1988, avalia alterações de humor, comportamento e distúrbios físicos e de ideação em pessoas com prejuízo cognitivo. Tem 19 itens, é aplicada pelo entrevistador ao paciente e ao cuidador, requer duas entrevistas⁷;

f) Montgomery & Åsberg (MDRS): tem sido largamente utilizada em pesquisa, particularmente em ensaios com medicamentos antidepressivos, como critério clínico de inclusão, ou medidas de evolução ou de recuperação de um episódio depressivo. Não inclui sintomas somáticos ou psicomotores, entretanto, avalia alguns dos principais sintomas do transtorno depressivo, tais como tristeza, redução do sono, lassidão, pessimismo e pensamentos suicidas. Seus itens incluem aspectos biológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais¹⁸;

g) A escala de depressão geriátrica (EDG): foi descrita na língua inglesa por Yesavage et al., em 1983¹⁹. A escala original

tem 30 itens e a versão reduzida tem 15 itens (EDG-15)²⁰. Suas vantagens incluem a pequena variação das respostas: sim/não, diferente de outras que comportam múltiplas opções, é de simples aplicação, não necessita de um profissional da área da saúde mental para sua aplicação, pode ser autoaplicada ou por um entrevistador treinado. Paradela et al. estudaram a validade concorrente da versão em português da EDG com 15 itens em uma amostra de 217 idosos atendidos em um ambulatório geral, de acordo com os critérios do DSM-IV para o episódio de depressão maior ou distímia. Os casos de sintomas depressivos detectados pela escala, após sua categorização no ponto de corte 5/6, foram de 82 (37,8%). Os casos de episódio depressivo maior e/ou distímia diagnosticados na consulta médica foram de 17%. Para o ponto de corte 4/5, a sensibilidade encontrada foi de 86,5% e especificidade de 63,3%. O ponto de corte 5/6 obteve uma sensibilidade de 81,08% e especificidade de 71,1%²¹.

TRATAMENTO

Todos os indivíduos com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, distímia ou SDCS devem receber tratamento; este poderá ser medicamentoso, psicoterápico ou ambos. A associação das duas intervenções aumenta a eficácia do tratamento e reduz o risco de recaídas. A duração mínima do tratamento com doses terapêuticas de antidepressivos deve ser entre seis e nove meses para os casos de primeiro episódio, dois a quatro anos para o segundo e considerar o tratamento continuado para os casos de segundo episódio grave ou para os casos de terceira ou mais recorrência ou recaída²²⁻²⁴.

Dentre os antidepressivos mais estudados em idosos estão os tricíclicos (ADT) como a nortriptilina, imipramina

e amitriptilina e os inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS) como fluoxetina, sertralina, paroxetina, o citalopram e o escitalopram.

Os ADT são muito eficazes no tratamento da depressão em idosos, eles são adequados para indivíduos com depressão e insônia, são analgésicos, aumentam o apetite e melhoram a incontinência urinária de urgência. Alguns cuidados com estas drogas em idosos devem ser tomados, pois os ADT causam confusão mental, hipotensão postural, constipação intestinal, diminuição do limiar convulsivo, atividade pró-arrítmica e a retenção urinária. Não devem ser utilizados após o IAM.

Os inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS) são, atualmente, os medicamentos de primeira escolha para o tratamento medicamentoso dos transtornos do humor em idosos devido ao melhor perfil de tolerância e a comprovada eficácia no tratamento da depressão. Dentre os ISRS, o citalopram e a sertralina têm menor potencial de interação medicamentosa. Deve-se usar a dose necessária para a remissão total dos sintomas levando-se em conta a tolerância dos indivíduos aos efeitos colaterais e as doses sugeridas pelos fabricantes.

Os novos antidepressivos conhecidos como inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina (IRSN) como a venlafaxina, a mirtazapina e a duloxetina vem sendo muito utilizados nestes pacientes a despeito do alto custo, porém, estudos revelam que a eficácia destas novas drogas não é maior que os ADT ou ISRS²⁵.

DEPRESSÃO E OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS

Os idosos com a Doença de Parkinson têm 50% de chance de evoluírem com sintomas depressivos importantes, que ne-

cessitarão de tratamento medicamentoso; a depressão nestes pacientes está associada à progressão rápida dos sintomas motores e ao declínio cognitivo. A droga de escolha para estes indivíduos são os inibidores da recaptação da serotonina⁵.

Em idosos que sofreram um infarto agudo do miocárdio, 20% evoluem com depressão maior, isto aumenta a mortalidade e a droga de escolha é a serotonina devido ao seu papel na regulação plaquetária²⁶. Os antidepressivos tricíclicos devem ser evitados nestes indivíduos, pois aumentam o risco de morte pós-IAM devido a sua atividade pró-arrítmica e a venlafaxina também deve ser evitada em cardiopatas pelo risco de aumento da pressão arterial.

Em idosos que sofreram acidentes vasculares encefálicos de 30 a 50% desenvolverão sintomas depressivos conhecidos como “Depressão Vascular” e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina também são as drogas de primeira escolha para o tratamento destes pacientes, pois elas diminuem o risco de morte nestes indivíduos⁶.

Cerca de 20% dos idosos com síndromes demenciais evoluem com sintomas depressivos. Estes sintomas podem ser confundidos com a apatia causada pela demência, porém outros sinais e sintomas podem sugerir o diagnóstico de depressão e um teste terapêutico com antidepressivos deve ser usado quando há dúvida diagnóstica, pois o tratamento medicamentoso melhora o sono, o apetite, a capacidade cognitiva e funcional destes indivíduos¹⁸.

DEPRESSÃO REFRACTÁRIA

A depressão não responsiva ao uso de duas drogas de classes diferentes por um período de 6 a 12 semanas em doses adequadas é chamada de depressão refratária; nestes casos, devem ser consideradas

as seguintes questões: 10% dos deprimidos não respondem ao tratamento medicamentoso; 30% apresentam resposta parcial ao tratamento; possibilidade de erro diagnóstico como, por exemplo: demência com apatia, transtorno de personalidade e tumores frontais. No caso da confirmação da síndrome depressiva refratária, existem algumas tentativas medicamentosas como: associar dois antidepressivos de classes diferentes; associar um estabilizador do humor ao antidepressivo; associar um antipsicótico atípico ao antidepressivo e, por último, mas não menos importante, considerar a eletroconvulsoterapia (ECT)²⁷.

ELETROCONVULSOTERAPIA

A ECT produz uma crise convulsiva com liberação de neurotransmissores no tecido cerebral; tem ação mais rápida que qualquer medicação e é segura tanto na fase aguda quanto na prevenção de recaídas. Habitualmente, são feitas sessões semanais, depois quinzenais e depois mensais por, no mínimo, seis meses; os principais efeitos adversos são a desorientação, a amnésia anterógrada e retrógrada e o prejuízo no aprendizado, que melhoram com o tempo²⁸.

Segundo a Associação de Psiquiatria Americana, a ECT é um tratamento de primeira escolha quando há necessidade de melhora rápida e consistente (como risco de suicídio ou desnutrição grave); os riscos de outros tratamentos são maiores do que os riscos da ECT; existência de história prévia de resposta pobre às drogas e/ou boa resposta prévia à ECT, ou o paciente prefere esse tipo de tratamento. O maior desafio para indicar esse tratamento, no entanto, é lidar com o estigma, preconceito e resistência dos familiares²⁸.

CONCLUSÕES

A depressão é uma condição clínica de grande relevância em idosos pois aumenta a morbimortalidade, impacta negativamente a capacidade funcional e a qualidade de vida destes indivíduos. Deve ser investigada de maneira rotineira, pois é uma condição muito prevalente e tratável; a melhora dos sintomas e a remissão completa do quadro são possíveis e deve ser perseguida. Os profissionais da saúde que lidam com este grupo etário devem ficar atentos aos sintomas depressivos mascarados, como dores inespecíficas, adinamia, insônia, perda de peso sem causa óbvia e queixas subjetivas de perda da memória, evitando imputar estas queixas ao envelhecimento fisiológico sem doenças associadas.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública. 2009 Jun; 43(3): 548-54.
2. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC et al. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. International Psychogeriatrics. 2010; 22: 712-26.
3. Xavier FMF, Ferraz MPT, Trenti CM, et al. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. Rev. Saúde Pública. 2001 Jun; 35(3): 294-302.
4. Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease: Epidemiology, biology, and treatment. Arch Gen Psychiatry. 1998; 55:580-92.
5. Nakabayashi, TIK et al. Prevalência de depressão na doença de Parkinson. Rev. psiquiatr. clín., 2008 35(6):219-27.
6. Terroni LMNiro et al. Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. Rev. Assoc. Med. Bras., 2003,49(4):450-9.
7. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA Cornell Scale for Depression in Dementia Biol Psychiatry. 1988 Feb 1;23(3):271-84.
8. Mitchell AJ, Izquierdo SA. Prognosis of depression in the elderly in comparison with adult age.

- Is there a significant clinical difference? *Actas Esp Psiquiatr.* 2009 Sep-Oct;37(5):289-96. Review.
9. Small GW. Differential diagnoses and assessment of depression in elderly patients. *J Clin Psychiatry.* 2009 Dec;70(12):e47. Review.
 10. Reys, BN et al. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, Dez 2006; 52(6): 401-4.
 11. Kempen GI, van Haastregt JC, McKee KJ, Delbaere K, Zijlstra GA. Socio-demographic, health related and psychosocial correlates of fear of falling and avoidance of activity in community-living older persons who avoid activity due to fear of falling. *BMC Public Health.* 2009 Jun;9:170.
 12. Mendonça LL, Pradella-Hallinan M, Lucchesi M, Santos WAM. O sono em transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(Supl I):27-32.
 13. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev. Saúde Pública*, Ago 2010, 44(4):750-7.
 14. Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J. & Erbaugh, G. – An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General psychiatry* 1961;4:53-63.
 15. Zung, WWK. – A Self Rating Depression Scale- *Archives of General Psychiatry.* 1965; 12:63-70.
 16. Hamilton, M. – A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* 1960; 23:56-62.
 17. Radloff, L.S. – The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement* 1977;1:385-401.
 18. Montgomey, S. A.; Åsberg, M. – A New Depression Rating Scale Designed to be Sensitive to Change. *British Journal of Psychiatry* 134:382-9,1979.
 19. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983;17(1):37-49.
 20. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986.
 21. Paradelo, EMP, Lourenço, RA, Veras, RP Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev. Saúde Pública*, Dez 2005; 39 (6):918-23.
 22. Scazuca, M, Matsuda, CMCB; Revisão sobre a eficácia de psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, Abr 2002;24, suppl.1:64-9.
 23. Scalco, MZ. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, Abr 2002; 24, suppl.1, p.55-63.
 24. Areán PA, Mackin S, Vargas-Dwyer E, Raue P, Sirey JA, Kanellopoulos D, Alexopoulos GS. Treating depression in disabled, low-income elderly: a conceptual model and recommendations for care. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010. Aug; 25(8): 765-9. Review.
 25. Dolder C, Nelson M, Stump A. Pharmacological and clinical profile of newer antidepressants: implications for the treatment of elderly patients. *Drugs Aging.* 2010 Aug 1;27(8):625-40. Review.
 26. C. Barr Taylor; Marston E. Youngblood; Diane Catellier; Richard C. Veith; Robert M. Carney; Matthew M. Burg; Peter G. Kaufmann; John Shuster; Thomas Mellman; James A. Blumenthal; Ranga Krishnan; Allan S. Jaffe; for the ENRICH Investigators. Effects of Antidepressant Medication on Morbidity and Mortality in Depressed Patients After Myocardial Infarction *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62(7):792-8.
 27. Mark TL, Joish VN, Hay JW, Sheehan DV, Johnston SS, Cao Z. Antidepressant use in geriatric populations: the burden of side effects and interactions and their impact on adherence and costs. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2011 Mar;19(3):211-21.
 28. Brunoni AR, Teng CT, Correa CI et al . Neuro-modulation approaches for the treatment of major depression: challenges and recommendations from a working group meeting. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2010 Jun; 68(3): 433-51.

ABSTRACT

Mood disorders are the most common psychiatric disorders among individuals aged 60 years or more. Among them are major depression, dysthymia and clinically significant depressive symptoms. The depressive syndrome is predominantly characterized by depressive and/or irritable mood and anhedonia (the lowered ability to experience pleasure or joy). There is a subjective feeling of reduced energy (tiredness, fatigue), lack of interest, retardation, pessimistic thoughts and ideas of ruin. In general, these symptoms are accompanied by changes in sleep and appetite, cognitive impairment, behavioral alterations and

physical symptoms. Delusions or hallucinations may occur congruent to mood as excessive guilt or of very bad health delusions, poverty or persecutory delusions; hallucinations are less common, although they may appear, but tend to be visual or olfactory. Health professionals who deal with this age group should watch for symptoms of depression masked such as

non-specific pain, adynamia, insomnia, weight loss and subjective complaints of memory loss, avoiding attributing such complaints to aging once the available treatments greatly improve symptoms and quality of life of affected individuals.

KEYWORDS: Depression; Depressive Symptoms; Elders.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

LUIZ AUGUSTO BRITES VILLANO

Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas/ UERJ; Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo.

ABDON L.G. NANHAY

Professor Docente da Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro; Médico pela Faculdade de Ciências Médicas/ UERJ.

AMAURY JOSÉ DA CRUZ JUNIOR

Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Perícias Médicas; Médico da Equipe do Proexa/ UERJ; Médico Perito Judicial; Médico do Trabalho.

ANDRÉ LUIZ CARVALHO NETTO

Médico psiquiatra, com Residência na especialidade no HUPE/ UERJ.

EMYLUCY M P PARADELA

Professora visitante do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ; Mestre e Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Especialista em Geriatria pela Associação Médica Brasileira.

GABRIELA SERFATY

Médica Residente de Psiquiatria do HUPE/ UERJ.

LILIAN OLIVEIRA E CRUZ DE ARAGÃO

Psicóloga do HUPE/ UERJ.

MARCOS C.F. BAPTISTA

Médico psiquiatra e psicanalista. Professor colaborador e Coordenador do Setor de Psicoterapia e Psicanálise da UDA de Psiquiatria/ FCM/ UERJ.

OSVALDO LUIZ SAIDE

Livre-Docente e Professor Adjunto de Psiquiatria; Coordenador do PROEXA – Programa de Extensão em Alcoolologia (UERJ).

SHEILA ABRAMOVITCH

Professora adjunta de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ.

SILVANA A.T. FERREIRA

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Professora da disciplina de Psiquiatria do Departamento de Especialidades Médicas da Faculdade de Medicina da UERJ.

THAÍS SIMÕES

Médica psiquiatra, com Curso de Especialização na especialidade na FCM/ UERJ.