

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

THAIS HELENA LINDER SILVA

**TRATAMENTO DA DEPRESSÃO GERIÁTRICA COM TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**CURITIBA
2012**

THAIS HELENA LINDER SILVA

**TRATAMENTO DA DEPRESSÃO GERIÁTRICA COM TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Medicina Forense da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à conclusão do curso de especialização em Psiquiatria.

Orientador: Prof. Ms. Roberto Ratzke.

**CURITIBA
2012**

TERMO DE APROVAÇÃO

THAÍS HELENA LINDER SILVA

Tratamento da depressão geriátrica com Terapia Cognitivo-Comportamental: uma revisão bibliográfica.

COMISSAO AVALIADORA

Orientador: Prof Ms Roberto Ratske

Prof Ms Osmar Ratske

Prof Ms Jaime Barbosa

CURITIBA, 11 DE JULHO DE 2012

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus por ser fonte inesgotável de luz, sabedoria, tranquilidade e segurança.

Ao meu esposo, aos meus pais, irmãos e amigos pelo grande incentivo e pela paciência.

Aos professores pela dedicação e pelos conhecimentos transmitidos.

RESUMO

A população de idosos tem crescido mundialmente graças ao aumento da expectativa de vida e a queda na taxa de fecundidade. A terceira idade é definida pela Organização Mundial da Saúde como pessoas acima de 60 anos de idade. Esta faixa etária tem algumas particularidades no que diz respeito ao desenvolvimento psicossocial, ao diagnóstico de doenças, ao tratamento das mesmas, entre outras. Muitas vezes as doenças mentais nos idosos são negligenciadas. A depressão é o transtorno mental mais comum no idoso. É capaz de causar grande sofrimento ao paciente que o apresenta. Caracteriza-se por tristeza e/ou anedonia na maior parte do dia, quase todos os dias. Esse quadro deve ter duração mínima de duas semanas e estar associado a pelo menos cinco dos sintomas a seguir: alterações do sono e do apetite, perda do interesse por atividades, inquietação, dificuldade de concentração, sentimentos de culpa, visão pessimista do futuro, desesperança e pensamentos de morte. A presente monografia tem por objetivo apresentar uma revisão da literatura sobre a depressão no paciente idoso, bem como seu tratamento com terapia cognitivo-comportamental.

Palavras-chave: Depressão, terapia cognitivo-comportamental, idoso.

ABSTRACT

The elderly population has grown worldwide, thanks to increased life expectancy and falling fertility rates. The third age is defined by the World Health Organization as people over 60 years of age. This age group is a special case with respect to psychological development, the diagnosis of diseases, treatment of same, among others. Often mental illness in the elderly are neglected. Depression is the most common mental disorder in the elderly. It can cause great suffering to the patient who presents it. Characterized by sadness and / or anhedonia most of the day, almost every day. This picture must have a minimum duration of two weeks and be associated with at least five of the following symptoms: changes in sleep and appetite, loss of interest in activities, restlessness, difficulty concentrating, feelings of guilt, pessimistic view of the future, hopelessness and thoughts of death. This monograph aims to present a literature review on depression in elderly patients and their treatment with cognitive behavioral therapy.

KEYWORDS: depression; cognitive-behavioral therapy; older patients.

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
SUMÁRIO.....	7
1. INTRODUÇÃO.....	9
2. METODOLOGIA.....	11
3. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	12
4. A TERCEIRA IDADE.....	13
4.1 DEFINIÇÃO DE TERCEIRA IDADE.....	13
4.2 DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL DA TERCEIRA IDADE.....	13
4.3 DOENÇAS MENTAIS NA TERCEIRA IDADE.....	15
5. A DEPRESSÃO.....	16
5.1 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS.....	16
5.2 EPIDEMIOLOGIA.....	16
5.3 ETIOLOGIA.....	17
5.3.1 Fatores biológicos.....	17
5.3.2 Fatores Genéticos.....	19
5.3.3 Fatores Psicossociais.....	19
5.3.4 Modelo Cognitivo da Depressão.....	19
5.4 TRATAMENTO.....	20
5.4.1 Hospitalização.....	20
5.4.2 Psicoterapia.....	21
5.4.3 Farmacoterapia.....	21
6. DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE.....	22
6.1 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA DEPRESSÃO NO IDOSO.....	22
6.2 SINAIS E SINTOMAS DA DEPRESSÃO EM IDOSOS.....	23
6.3 IDADE DE INSTALAÇÃO.....	25
6.4 EPIDEMIOLOGIA.....	26
6.5 ETIOLOGIA.....	26
6.5.1 Fatores de Risco Biológicos e Doenças Físicas.....	27
6.5.2 Fatores Genéticos.....	29
6.5.3 Fatores Psicossociais.....	30

6.5.4 Modelo Cognitivo-Comportamental da Depressão na Terceira Idade.....	30
6.6 COMORBIDADES FÍSICAS E MENTAIS NA DEPRESSÃO DO IDOSO.....	31
6.7 SUICÍDIO EM IDOSOS.....	32
6.8 FORMAS DE APRESENTAÇÃO.....	34
6.8.1 Diferenças na Apresentação da Depressão entre Adultos Jovens e Idosos.....	34
6.8.2 Apresentação no Contexto da Doença Física e Neurológica.....	35
7 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO GERIÁTRICA.....	36
7.1 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.....	36
7.2 TRATAMENTO COM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL..	37
7.2.1 A Terapia Cognitivo-Comportamental.....	37
7.2.2 O Modelo Cognitivo-Comportamental.....	38
7.2.3 O Modelo Cognitivo-Comportamental para Idosos.....	38
7.2.4 A Eficácia da TCC no Tratamento da Depressão Geriátrica.....	40
DISCUSSÃO.....	41
CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45

1. INTRODUÇÃO

A longevidade juntamente com a queda da natalidade, vem ocasionando um drástico envelhecimento da população mundial. O Brasil, até 2025, será o sexto país em número de idosos (World Health Organization - WHO, 2005) (apud Schneider, 2008). Segundo o censo do IBGE, em 2010, a população idosa no Brasil ultrapassou a marca de 20 milhões de pessoas, o que equivale a 11% da população brasileira (site IBGE).

A população idosa é definida pela Organização Mundial de Saúde – OMS – como aquela acima de 60 anos de idade. Esse limite é válido para os países em desenvolvimento, mas admite-se um ponto de corte de 65 anos de idade para os países desenvolvidos, pela tradição destes em utilizarem esse índice há várias décadas (Pereira *et al*, 2002). Em todo o mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente do que o de qualquer outra faixa etária (Schneider, 2008).

Há proporcionalmente poucos estudos sobre a incidência e a prevalência de doenças mentais em idosos (Hybels & Blazer, 2003 apud Narrow, 2008). Esses estudos documentaram que a psicopatologia dos pacientes na terceira idade não se encaixa facilmente na nomenclatura existente (Diefenbach et al., 2002 apud Narrow, 2008). Ademais, os estudos publicados apresentam alguns problemas metodológicos, incluindo definições e critérios diagnósticos inapropriados para esta faixa etária (Jeste et al., 1999 apud Narrow, 2008).

A depressão é sabidamente um transtorno mental comum e de consequências devastadoras. Por esses motivos, a depressão tornou-se um importante problema de saúde pública. É caracterizada por alterações do humor vivenciadas como sensação de tristeza, irritabilidade, melancolia, desespero ou perda de interesse ou de prazer. Sinais neurovegetativos ou biológicos associados à depressão incluem prejuízo do sono, do apetite, do nível de energia, da libido e da atividade psicomotora. Adultos mais velhos podem exibir predomínio de preocupações somáticas e prejuízos da memória em associação com sinais de depressão (Kay, 2002).

Um dos tratamentos comprovadamente eficazes para a depressão é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Paralelamente ao estudo do transtorno depressivo maior, seguiu-se o conhecimento das distorções cognitivas que

alimentam o transtorno e, conseqüentemente, o aprimoramento de técnicas para o tratamento do mesmo (Kiosses et al., 2011).

Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre as peculiaridades da depressão no idoso, bem como seu tratamento com terapia cognitivo-comportamental. Objetiva também destacar algumas particularidades do desenvolvimento psicossocial do idoso e as dificuldades no diagnóstico de doenças mentais nessa faixa etária.

2. METODOLOGIA

Os artigos desta revisão foram selecionados através de pesquisa no PUBMED, bem como em livros atuais sobre o tema. A pesquisa foi conduzida utilizando combinações das seguintes palavras-chave: “depression”, “treatment”, “cognitive-behavioral therapy”, “elderly”, “older”, “psychotherapy”.

3. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento da população tem causado profundas mudanças na sociedade contemporânea. O número e a proporção de pessoas idosas na população cresceram dramaticamente na maioria dos países desenvolvidos e, mais recentemente, em muitas nações em desenvolvimento. Melhorias na saúde pública e no controle de doenças infecciosas realizadas no início do século XX tiveram um efeito dramático na expectativa de vida na velhice (ZARIT, 2009). Entre 1900 e 2000, a média de vida nos Estados Unidos subiu de 46 para 74 anos para homens e de 49 para 80 anos para mulheres (U.S. Census Bureau, apud ZARIT, 2009).

É a parte mais velha da sociedade (pessoas com 80 anos ou mais) que mostra o aumento mais acentuado. Estima-se que, ao longo dos próximos 50 anos, o número de pessoas com 90 anos ou mais aumentará oito vezes. O número de centenários em 2050 será 18 vezes maior do que o número em 2000. O crescimento da população com mais de 80 anos é também uma característica nos países em desenvolvimento (WHO, 2002 apud Laidlaw, 2003). Com uma parte tão grande da população acima de 65 anos, profissionais de saúde mental com especialidade para avaliar e tratar problemas da velhice são extremamente necessários.

4. A TERCEIRA IDADE:

4.1 DEFINIÇÃO DE TERCEIRA IDADE

A palavra terceira idade, atualmente tão utilizada, teve sua origem na França, na década de 1960, e era utilizada para descrever a idade em que a pessoa se aposentava. A primeira idade seria a infância, que traduziria uma ideia de improdutividade, mas com possibilidade de crescimento. Já a segunda idade seria a vida adulta, a etapa produtiva. Na época em que a expressão terceira idade foi criada, procurou-se garantir a atividade das pessoas depois da aposentadoria, que ocorria na França por volta dos 45 anos. Com o avanço contínuo da expectativa de vida, a expressão "terceira idade" passou a designar a faixa etária acima de 65 anos. (Neri & Freire, 2000) (apud Schneider, 2008). E o rápido aumento da expectativa de vida previsto para os próximos anos pode exigir, em breve, nova definição sobre o início da terceira idade (OECD, 2001 apud Laidlaw et al., 2003).

4.2 DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL NA TERCEIRA IDADE

A terceira idade é o último período do desenvolvimento psicossocial do ser humano. Questiona-se se é possível haver desenvolvimento ou mudanças na personalidade nessa faixa etária. Em 1980 a escritora Betty Friedman foi encarregada de organizar um seminário na universidade de Harvard sobre “crescer ao envelhecer”. O ilustre behaviorista B. F. Skinner recusou o convite afirmando que “velhice e crescimento” é uma “contradição terminológica” (Friedman, 1993, p.23). Todavia, vinte anos depois, a terceira idade tem sido cada vez mais reconhecida como um período de crescimento potencial (Papalia *et al.*, 2008).

Aparentemente com a idade as pessoas desenvolvem um repertório mais flexível de estratégias de enfrentamento (Watson, 2004 apud Papalia, 2008). Os adultos mais velhos podem utilizar estratégias por focalização no problema, mas podem ser mais hábeis do que os mais jovens em regular as emoções quando a situação assim o exija – quando uma ação focalizada no problema se mostre inútil ou contraproducente (Blachard-Fields, 1990 apud Papalia, 2008).

No modelo cognitivo de enfrentamento as pessoas escolhem conscientemente as estratégias de enfrentamento com base no modo como percebem e analisam a situação. O enfrentamento inclui qualquer coisa que o indivíduo faça ou pense para se adaptar a um estresse, a um problema. O enfrentamento por focalização no problema implica no uso de estratégias instrumentais, ou orientadas para a ação, para eliminar ou administrar uma situação estressante. O enfrentamento por focalização na emoção, por vezes designado enfrentamento paliativo, é voltado para o “sentir-se melhor”, administrando a resposta emocional a uma situação de estresse para aliviar o seu impacto físico ou psicológico (Knapp, 2004).

A personalidade da pessoa pode ser um fator de risco ou um fator de proteção para o desenvolvimento de depressão ou outros transtornos mentais na terceira idade. Por meio de um estudo aleatório de seis anos feito com 2.117 pessoas dos 55 aos 85 anos, na Holanda, descobriu-se uma pequena mudança individual no *neuroticismo* (tipo de personalidade), e as mudanças que possivelmente ocorreram não tiveram como causa uma deterioração na saúde física ou na função cognitiva. Um estudo anterior sugeriu que a personalidade torna-se mais firme na terceira idade. Contudo, McCrae e Costa (1994), em amplos estudos longitudinais servindo-se de várias amostras e medidas, demonstraram que com a maioria das pessoas não ocorre assim. Além disso, testes de personalidade feitos com 3442 participantes do Estudo Longitudinal de Seattle não descobriram nenhum fator de inflexibilidade ligado à idade. Essas descobertas sugerem que os aumentos de “rigidez” verificados em estudos anteriores podem, na realidade, ser atribuídos não à idade, mas às experiências de vida que um determinado grupo enfrentou na idade adulta (Papalia et al., 2008).

As pessoas com personalidades neuróticas (instáveis, suscetíveis, ansiosas e inquietas) demonstram ter mais emoções negativas do que positivas, e tendem a se manter negativas à medida que envelhecem. (Charles et al., 2001; Isacowitz & Smith, 2003). O *neuroticismo* é um elemento prognosticador de transtornos de humor muito mais poderoso do que a idade, a raça, o gênero, a renda, a educação, ou o estado civil. (Costa & McCrae, 1996 apud Papalia et al., 2008).

Consistente com os achados anteriores foi demonstrado por um estudo feito por Weiss e cols que o neuroticismo é um marcador de risco para depressão maior e

menor, independente de fatores de risco demográficos e biológicos. Baixa conscientização também surgiu como um marcador de risco significativo. Tais descobertas ampliam o entendimento da relação personalidade - depressão em idosos e permite tratar globalmente o paciente dessa faixa etária. É errado assumir, porém, que altos ou baixos níveis de um traço de personalidade são sempre patogênicos. A análise dos estilos de personalidade é consistente com a ideia de que todos os traços de personalidade têm consequências adaptativas e mal adaptativas. Enquanto o neuroticismo está fortemente relacionado ao risco de depressão, muitas pessoas que têm altos níveis de neuroticismo podem nunca desenvolver depressão mesmo na velhice extrema. Sugere-se que a intrigante possibilidade de que aqueles que não desenvolvem depressão apesar dos altos níveis de neuroticismo possuem características particulares que os protegem dessa doença, como, por exemplo, a conscientização alta (Weiss et al., 2009).

Portanto, o processo de envelhecimento pode ser caracterizado tanto pela possibilidade de desenvolvimento quanto de declínio (ZARIT, 2009). Os profissionais, que tratam de pessoas idosas, precisam estar atentos às respostas de cada paciente frente às várias fases da vida (Midwinter, 1992 apud Laidlaw, 2003).

4.3 DOENÇAS MENTAIS NA TERCEIRA IDADE

Há relativamente poucos estudos estimando a incidência e a prevalência de doenças mentais graves em populações idosas (Hybels e Blazer, 2003 apud Narrow, 2008). Esses estudos em amostras comunitárias documentaram que muitos adultos mais velhos que experimentam psicopatologia clinicamente significativa não se encaixam facilmente na nossa nomenclatura existente (Diefenbach et al., 2002 apud Narrow, 2008). Além disso, os estudos publicados apresentam problemas metodológicos, incluindo definições e critérios diagnósticos inapropriados para pessoas mais velhas. Porém, esses estudos mostraram que, com exceção da demência, a prevalência da maioria das doenças mentais é menor entre os idosos (Narrow, 2008).

5. A DEPRESSÃO

A depressão é um dos transtornos mentais mais comuns e debilitantes. Sua prevalência ao longo da vida foi estimada em 16,2% e as taxas de co-morbidade e risco de suicídio são altas. Até um terço de todos os pacientes terão episódios que duram mais de dois anos, e mais de três quartos de todos os pacientes que se recuperam de um episódio vai passar a ter pelo menos mais um episódio ao longo da vida (Driessen, 2010).

5.1 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

De acordo com a revisão de texto da quarta edição do DSM (DSM-IV-TR), cada episódio de depressão deve durar no mínimo duas semanas, e o indivíduo com diagnóstico de transtorno depressivo maior apresenta no mínimo quatro sintomas de uma lista que inclui mudanças no apetite e no peso, alterações no sono, alterações no nível de atividade, falta de energia, sentimentos de culpa, dificuldade para pensar e tomar decisões, além de pensamentos recorrentes de morte e suicídio (DSM-IV-TR).

5.2 EPIDEMIOLOGIA

O transtorno depressivo maior é um transtorno mental comum, com uma prevalência ao longo da vida de 15%, e nas mulheres a prevalência pode chegar a 25%. A incidência de depressão é de 10% entre pacientes de atenção primária e 15% entre aqueles hospitalizados. A média de início do transtorno depressivo maior é de 40 anos, com 50% de todos os pacientes tendo o primeiro episódio entre os 20 e os 50 anos, chamada de depressão de início precoce. A depressão ocorre com maior frequência em pessoas sem relacionamentos interpessoais íntimos ou que são divorciadas ou separadas. Não foi encontrada relação entre o estado socioeconômico e o transtorno depressivo maior (Kaplan, 2007).

5.3 ETIOLOGIA

5.3.1 Fatores biológicos

Aminas biogênicas

A noradrenalina e a serotonina são os dois neurotransmissores mais implicados na fisiopatologia da depressão. O downregulation dos receptores beta-adrenérgicos e as respostas clínicas aos antidepressivos são, provavelmente, as evidências isoladas mais convincentes, indicando um papel direto do sistema noradrenérgico na depressão. A serotonina tornou-se, por sua vez, a amina biogênica associada com mais frequência à depressão devido ao grande impacto que os inibidores da recaptação da serotonina têm sobre o tratamento desse transtorno de humor. Dados sugerem também que a dopamina pode estar reduzida na depressão (Kaplan, 2007).

Outros fatores neuroquímicos

O glutamato e a glicina parecem ser os principais neurotransmissores excitatórios no sistema nervoso central. Têm surgido evidências de que tais aminoácidos se ligam em excesso ao receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) causando efeitos neurotóxicos, sobretudo em neurônios hipocâmpais. Estudos têm demonstrado que medicamentos antagonistas dos receptores NMDA têm efeitos antidepressivos (Kaplan, 2007).

Regulação neuroendócrina

Várias desregulações neuroendócrinas foram identificadas em pacientes com transtornos de humor. Deste modo, a regulação anormal dos eixos neuroendócrinos pode se originar do funcionamento anormal dos neurônios contendo aminas biogênicas. As desregulações neuroendócrinas refletem com mais probabilidade um distúrbio central subjacente fundamental. Os principais eixos neuroendócrinos de

interesse nos transtornos de humor são os eixos das adrenais, da tireóide e do hormônio do crescimento (Kaplan, 2007).

Anormalidades do sono

Os estudos de insônia e depressão definem a insônia como um sintoma de depressão, um sinal prodrômico do transtorno depressivo maior ou o seu sintoma residual mais persistente após o tratamento. A associação de Insônia com depressão e outros distúrbios do humor têm sido bem estabelecida em estudos epidemiológicos. No entanto, a insônia é cada vez mais reconhecida como um possível contribuinte para o desenvolvimento de depressão (Szklo-Coxe et al., 2010).

Problemas com o sono – insônia inicial e terminal, despertares múltiplos, hipersonia – são sintomas clássicos e comuns da depressão. Pesquisadores reconheceram que o eletroencefalograma do sono de muitos pacientes deprimidos exhibe anormalidades. As mais comuns são atraso no início do sono, redução da latência do sono com movimentos rápidos dos olhos (REM), um primeiro período de sono REM mais longo e sono delta anormal (Kaplan, 2007).

Regulação neuroimune

Citocinas (por exemplo, os interferons e as interleucinas) são moléculas imunomoduladoras que têm sido cada vez mais implicadas no desenvolvimento de transtornos neuropsiquiátricos, especialmente no transtorno depressivo maior. Em 1927, Julius Wagner-Jauregg ganhou o Prêmio Nobel pela observação que a ativação do sistema imunológico por um agente infeccioso (a inoculação da malária) pode afetar o funcionamento mental. Com base neste estudo e descobertas relacionadas, concluiu-se que as citocinas sinalizadoras do cérebro podem servir como mediadores entre o sistema imunológico e o sistema nervoso central. Subsequentemente, Maes et al. investigaram as concentrações plasmáticas e a produção in vitro de várias citocinas, incluindo IL-1 e IL-6 que conduziu à conclusão de que há um aumento nas citocinas pró-inflamatórias em pacientes com depressão grave. Esse achado parece se correlacionar com a gravidade da doença e medidas de hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) (Maes et al., 1993,

1995). Desde o início de 1990 houve um aumento dramático no número de artigos publicados sobre o tema de citocinas e depressão maior (Loftis et al., 2010).

Estudos têm demonstrado anormalidades imunológicas em indivíduos deprimidos e entre aqueles em luto. Evidências demonstram que a desregulação do eixo do cortisol pode afetar o estado imunológico do paciente (Kaplan, 2007).

5.3.2 Fatores Genéticos

Estudos indicam que há um fator genético significativo envolvido no desenvolvimento de um transtorno de humor, mas o padrão de herança é complexo. Os genes BDNF e 5-HTTLPR mostram evidências de modificar o risco de um novo episódio depressivo associado com o cortisol salivar aumentado pela manhã (Goodyer et al., 2010).

O componente genético parece exercer um papel mais significativo na transmissão do transtorno bipolar I do que no transtorno depressivo maior (Kaplan, 2007).

5.3.3 Fatores psicossociais

Acontecimentos estressantes da vida tendem a preceder o primeiro episódio dos transtornos de humor, mas não os subsequentes. Uma teoria para explicar tal observação é que o estresse acompanhando o primeiro episódio leva a modificações duradouras na biologia do cérebro (Kaplan, 2007).

Alguns clínicos acreditam que os acontecimentos da vida têm um papel primário na depressão, outros sugerem que seu papel seja apenas limitado. Acontecimentos na vida mais associados à depressão é a perda de um dos pais antes dos 11 anos de idade. O estressor ambiental associado com mais frequência ao início de um episódio depressivo é a perda do cônjuge (Kaplan, 2007).

5.3.4 Modelo cognitivo da Depressão

Segundo a teoria cognitiva, a depressão é o resultado de distorções cognitivas específicas presentes nas pessoas predispostas a desenvolvê-la. Tais distorções são moldes cognitivos que percebem tanto os dados internos como os externos de formas alteradas por experiências precoces. Aaron Beck postulou a tríade cognitiva da depressão que consiste de (1) visão de si próprio – uma autopercepção negativa, (2) visão do ambiente – uma tendência a experimentar o mundo como hostil e exigente, e (3) visão do futuro – a expectativa de sofrimento e fracasso (Knapp, 2004).

5.4 TRATAMENTO

O tratamento de pacientes com depressão deve ser orientado para vários objetivos. Primeiro, o tratamento deve garantir a segurança do paciente. Segundo, deve ser conduzida uma avaliação diagnóstica completa visando excluir comorbidades físicas e mentais potencialmente tratáveis. Terceiro, deve-se iniciar um plano terapêutico que vise não só tratar os sintomas imediatos, mas também contribuir para a qualidade de vida do paciente no futuro. Como acontecimentos estressantes da vida também se associam a maiores taxas de recaída, o tratamento precisa tentar reduzir o número e a gravidade dos estressores (Kaplan, 2007).

Apesar de existirem tratamentos eficazes para a depressão, muitos pacientes não recebem tratamento adequado, e muitos ainda são refratários às intervenções disponíveis (Driessen, 2010).

5.4.1 Hospitalização

O primeiro passo do tratamento é decidir se o paciente precisa ser internado ou pode ser conduzido ambulatoriamente. As indicações para o internamento são – a necessidade de procedimentos diagnósticos, o risco de suicídio ou homicídio e capacidade marcadamente reduzida do paciente conseguir alimentar-se ou de conseguir abrigo. Uma história de sintomas progressivos e a ruptura do sistema de apoio habitual também são indicações para a hospitalização (Kaplan, 2007).

5.4.2 Psicoterapia

Ainda que muitos estudos indiquem – e a maioria dos clínicos e pesquisadores acredite – que a combinação de psicoterapia com farmacoterapia é o tratamento mais eficiente para o transtorno depressivo maior, alguns dados sugerem outra visão: tanto uma quanto outra isoladamente são eficientes, pelo menos em pacientes com episódios de depressão leves. Três tipos de terapia tem se mostrado eficazes para o tratamento da depressão: a terapia cognitiva, a terapia interpessoal e a terapia comportamental (Kaplan, 2007).

A Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) é eficaz no tratamento agudo da depressão e pode ser uma alternativa viável para antidepressivos (ADM). A TCC parece ter um efeito duradouro que protege contra recaídas subsequentes e recorrência após o final do tratamento, algo que não pode ser dito para os medicamentos. Há também indicações de que a TCC pode causar mudança na cognição que por sua vez, pode mediar alterações posteriores na depressão evitando, dessa maneira, o processo de recaída após o término do tratamento, embora as evidências a esse respeito ainda não sejam conclusivas (Driessen, 2010). A descrição de outras técnicas de psicoterapia foge do escopo desse trabalho.

5.4.3 Farmacoterapia

A abordagem farmacoterapêutica revolucionou o tratamento dos transtornos do humor e afetou drasticamente seu curso, reduzindo seus custos inerentes para a sociedade. Os médicos devem procurar integrar a farmacoterapia às intervenções psicoterápicas (Kaplan, 2007).

6 DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE

A depressão na terceira idade é um importante problema de saúde pública, pois tem consequências devastadoras. Está associada com aumento do risco de morbidade, aumento no risco de suicídio, diminuição no funcionamento físico, cognitivo e social, além de diminuição no autocuidado. Todos esses fatores associam-se com o aumento da mortalidade no idoso com depressão (Chen, 2011). Junto com alterações do humor, da cognição e do comportamento, a depressão geriátrica está associada com mudanças corporais periféricas. Essas mudanças incluem síndrome vegetativa, hipercortisolemia, aumento de gordura abdominal, diminuição da densidade óssea e aumento do risco de diabetes do tipo II e hipertensão. É muitas vezes acompanhada por comprometimentos cognitivos, resultante de funcionamento anormal de circuitos neurais. Disfunções das vias frontoestriatais, da amígdala e do hipocampo têm sido implicadas. Os pacientes geriátricos apresentam múltiplas doenças médicas que exigem tratamento com agentes que cruzam a barreira hematoencefálica. Os idosos podem, ainda, experimentar incapacitações e dificuldades no controle do seu ambiente. Cada um desses fatores pode contribuir para a heterogeneidade da apresentação clínica e do curso da depressão na terceira idade. (Narrow, 2008)

6.1 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA DEPRESSÃO NO IDOSO

Os sintomas de um transtorno mental podem variar com a idade. Assim, a aplicação em idosos dos critérios diagnósticos do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quarta edição, texto revisado (DSM-IV-TR), os quais descrevem apresentações diagnósticas características de pacientes em idades mais jovens, pode resultar em subdiagnóstico, diagnóstico excessivo ou diagnóstico errôneo. Os idosos com transtornos psiquiátricos, também, apresentam mais chance de apresentar comorbidades com doenças médicas gerais. Pode ocorrer, portanto, uma sobreposição de muitos sintomas e, dessa forma, dificultar ainda mais o diagnóstico. Outra dificuldade, demonstrada em alguns estudos, é que os idosos têm menos chance de relatar sintomas de um transtorno mental, enviesando, deste modo,

estudos epidemiológicos e clínicos em direção ao subdiagnóstico (Tweed et al., 1992 apud Narrow, 2008).

Existem controvérsias quanto a se os critérios para o diagnóstico de um transtorno de humor devem ser diferentes para os idosos, se as ferramentas diagnósticas em uso são adequadas para esta faixa etária, ou se outras categorias de transtornos depressivos devem ser incluídas nos sistemas de classificação. Esses debates são alimentados por observações de que a expressão da depressão pode de fato ser diferente nos idosos (Powers et al., 2002 apud Laidlaw, 2003).

Sabe-se que na depressão, os idosos são menos propensos a apresentar sintomas afetivos e mais propensos a apresentar alterações cognitivas, sintomas somáticos e perda de interesse do que os adultos mais jovens (Fiske et al., 2009). Esse assunto será abordado adiante, com as formas de apresentação da depressão no idoso.

Os pacientes idosos raramente têm sinais evidentes de humor deprimido, para que eles cumpram os critérios de depressão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição, texto revisado (DSM-IV-TR). Tem sido demonstrado que os idosos se concentram mais no positivo da vida e nas experiências emocionalmente significativas, o que proporciona melhor regulação da emoção com o avanço da idade. Ao contrário dos pacientes mais jovens deprimidos, os pacientes idosos muitas vezes escondem o seu humor deprimido com a mentalidade de que é uma consequência normal do envelhecimento ou de suas doenças físicas. Entre os idosos deprimidos (Lökk e Delbari, 2010).

Na ausência de diretrizes específicas para o diagnóstico de desordens depressivas neste grupo etário, a presença de sintomas depressivos é, infelizmente, frequentemente negligenciada. A necessidade de atenção para esta questão se torna mais evidente a luz da pesquisa epidemiológica atual (Laidlaw, 2003).

6.2 SINAIS E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS

Quando se pensa em depressão, o primeiro sintoma que invariavelmente vem à mente é a tristeza. No entanto, os idosos com depressão nem sempre apresentam a tristeza como a característica predominante (Lebowitz et al., 1997 apud Laidlaw, 2003)

Os sintomas associados à depressão são frequentemente agrupados em quatro categorias: emocional, cognitivo, físico e volitivo. Ao avaliar a depressão em pessoas idosas, é importante procurar outras características, tais como irritabilidade ou raiva, queixas somáticas sem bases médicas aparentes, déficit de memória sem outras indicações de dificuldades cognitivas, reclamações de ser incapaz de fazer as coisas de interesse, de diminuição do prazer nas atividades habituais, preocupações crescentes, diminuição pronunciada do nível de atividades ou falta de cuidados pessoais (Gallo & Rabins, 1999 apud Laidlaw, 2003). As queixas subjetivas de memória fraca e falta de concentração são comuns nos idosos, enquanto que os sintomas de fadiga, de distúrbios do sono, de retardo psicomotor, e de desesperança são mais comuns entre os adultos jovens deprimidos (Lökk e Delbari, 2010).

Sinais de depressão podem ser difíceis de avaliar em pessoas mais velhas. Por exemplo, quando se considera a aparência, uma postura encurvada pode ser resultado de uma condição médica; aparência descuidada pode refletir uma resposta a uma programação social menos exigente, e problemas intestinais podem ocorrer devido à má alimentação e a pouca ingestão de água. Todos esses sinais podem ou não ser devido à depressão (Laidlaw, 2003).

O médico não deve negligenciar as possíveis implicações da depressão, especialmente quando grupos de sintomas frequentemente não aparecem em número ou duração para preencher todos os critérios para o diagnóstico de um transtorno depressivo maior, como atualmente especificado no DSM ou os sistemas de classificação da CID. Blazer (2002) enfatiza que esta condição "subsindrômica" deve ser levada em consideração por profissionais de saúde mental ao desenvolverem programas de tratamento. Por exemplo, Gallo et al. (1997) descobriram que idosos que relataram o sentimento de inutilidade e pensamentos de morte ou suicídio, mas apenas dois outros sintomas depressivos, estavam em risco aumentado para sofrimento, invalidez e morte, mesmo na ausência de disforia ou anedonia (Laidlaw, 2003).

6.3 IDADE DE INSTALAÇÃO

Metade ou mais dos casos de depressão geriátrica representam uma condição nova aparecendo na terceira idade (chamada depressão de instalação tardia), enquanto metade ou menos experimentam seu primeiro episódio de depressão antes dos 60 anos (chamada depressão de instalação precoce) (Fiske et al., 2009)

Há um consenso que idosos com depressão de instalação tardia têm fatores de risco e apresentação distintos. Aqueles com depressão de instalação precoce têm maior probabilidade de ter história familiar positiva de depressão. Esse grupo de pacientes tem também maior prevalência de transtornos de personalidade ou escore elevado de traços de personalidade tais como o neuroticismo (Brodaty, 2001 apud Fiske et al., 2009)

Os idosos com depressão de instalação tardia tem mais probabilidade de apresentarem fatores de risco vasculares, incluindo história de doença cerebrovascular. Achados de neuroimagem, incluindo hiperintensidade em substância branca ou leucoencefalopatia, são mais comuns também em pacientes idosos com instalação tardia de depressão (Krishman, 2002 apud Fiske et al., 2009). Os circuitos cerebrais fronto-estriatais e fronto-límbicos, que são particularmente afetados por essas alterações neurológicas, estão envolvidos na regulação do humor. A "depressão vascular" foi considerada como uma hipótese para explicar esses achados neurológicos. O termo "depressão vascular" foi posteriormente suplantado pelo termo "síndrome de disfunção depressivo-executiva da idade avançada", a fim de abranger disfunções que não poderiam ser exclusivamente causadas por uma doença vascular (Alexopoulos, 2005).

Claro que, como apontado por Alexopoulos (2005), as características que definem a depressão de início tardio podem ser encontradas também em alguns pacientes idosos que relatam um episódio anterior de depressão. Por esta razão, neste estudo vamos usar o termo "depressão geriátrica" ou "depressão na terceira idade" para abranger ambos os casos de início precoce e tardio.

6.4 EPIDEMIOLOGIA

Está previsto que no ano de 2020 a depressão seja a doença com o maior impacto negativo. A depressão geriátrica afeta cerca de 8% a 16% dos idosos residentes na comunidade nos EUA, tornando a depressão o transtorno mental mais comum na terceira idade. A depressão geriátrica também representa um grave problema de saúde pública na China. Na cidade de Beijing, a prevalência da depressão geriátrica foi de 4,33% em um ano, e entre os pacientes internados em hospitais gerais em Shenyang a taxa foi de 11%. Taxas de depressão são ainda maiores em pacientes com doenças crônicas, (ou seja, 78,9%). O custo total estimado do tratamento de depressão na China em 2002 foi de 6,3 bilhões dólares americanos (Chen et al., 2011)

A prevalência do transtorno depressivo maior em amostras comunitárias de adultos com idade acima de 65 anos varia de 1-5% na maioria dos grandes estudos epidemiológicos nos Estados Unidos (Hasin et al., 2005 apud Fiske et al., 2009).

As taxas de depressão maior entre idosos são substancialmente mais elevadas em subconjuntos particulares da população idosa, incluindo pacientes de ambulatorios médicos (5-10%, embora as estimativas variem amplamente), pacientes internados (10-12%) e residentes de instituições de cuidados continuados (14 a 42%, Blazer, 2003; Djernes, 2006) (apud Fiske et al., 2009)

Em estudo feito por Katon e colaboradores, pacientes com doenças médicas crônicas mostraram ter taxas duas a três vezes mais elevadas de depressão maior. Esse autor encontrou taxas de depressão de 5 a 10% em pacientes ambulatoriais, condizente com dados de estudos anteriores. A prevalência de depressão em pacientes com diabetes e doença cardiovascular tem sido estimada entre 12% a 18,5% e 15% para 23%, respectivamente (Katon, 2011).

6.5 ETIOLOGIA

Os fatores biológicos que podem predispor a depressão são numerosos na terceira idade. As alterações cardiovasculares e neurológicas que ocorrem com o envelhecimento normal parecem aumentar a vulnerabilidade à depressão. Essas explicações, porém, não são suficientes, posto que alterações neurobiológicas e

doenças físicas nesta faixa etária são comuns, mas apenas uma pequena parte dos idosos torna-se deprimida. Também seria fácil apontar todas as perdas que caracterizam a vida de um idoso, bem como os eventos estressantes particulares dessa população, mesmo assim a depressão geriátrica é menos comum do que em adultos jovens. Por essas razões, sugere-se que o aparecimento e a manutenção da depressão na terceira idade podem ser entendidos como uma interação complexa entre certas vulnerabilidades, incluindo fatores genéticos, diátese cognitiva, alterações neurobiológicas associadas à idade e alguns tipos de eventos estressantes que ocorrem com maior frequência na velhice do que no início da vida (Fiske et al., 2009)

Em comparação com indivíduos não deprimidos, aqueles com depressão apresentam déficits de habilidades sociais que podem levar a um menor envolvimento em atividades e a resultados mais negativos nas mesmas. Auto-críticas cognitivas também podem desempenhar um papel na redução da participação de uma pessoa deprimida em atividades sociais. No indivíduo com depressão, as atividades são muitas vezes seguidas de cognições de auto-crítica que teriam um efeito punitivo sobre os esforços da pessoa, resultando em uma queda ainda maior no engajamento nessas atividades. Assim, tanto a falta de oportunidade de atividades sociais quanto à experiência aversiva de cognições auto-críticas podem intensificar e manter um estado depressivo (Fiske et al., 2009).

6.5.1 Fatores de risco biológicos e doenças físicas

Cada vez mais os estudos demonstram que a relação entre a depressão e as doenças físicas é uma via de mão dupla. A depressão predispõe ao surgimento de doenças físicas, bem como certas doenças podem ser um fator de risco para o desenvolvimento de depressão (Reynolds et al., 2012).

Fatores de risco biológicos para a depressão são particularmente importantes na velhice, em grande parte por causa de mudanças relacionadas à idade que os tornam mais comuns com o passar dos anos. Entre os fatores de risco biológicos estão fatores endócrinos, fatores inflamatórios ou imunológicos, cardiovasculares e neuroanatômicos. Além disso, sabe-se que o estado biológico pode influenciar na eficácia do tratamento da depressão (Fiske et al., 2009).

Está bem estabelecido que a depressão na terceira idade ocorre, frequentemente, na presença de doença física. Embora praticamente qualquer condição, grave ou crônica, possa produzir uma reação depressiva, acredita-se que as condições mais fortemente associadas com a depressão incluem a doença cardíaca, a doença cerebrovascular e condições neurológicas. A depressão também pode ser causada por infecções ou doenças malignas. Pesquisas recentes sugerem que a depressão pode realmente ser um fator de risco para o desenvolvimento de diabetes e vice-versa (Petrak et al., 2010).

As taxas de depressão são elevadas tanto no hiper como no hipotireoidismo, o que sugere que a desregulação endócrina pode causar depressão na terceira idade. Um número de variáveis biológicas, tais como atividade adrenocortical aumentada, níveis elevados de fator de crescimento de insulina-1, e marcadores inflamatórios, está associado tanto com o envelhecimento celular acelerado quanto com a depressão na terceira idade. A depressão geriátrica está também associada com perda de massa óssea, o que pode ser devido ao papel dos marcadores inflamatórios em ambas as condições (Alexopoulos, 2005).

A depressão tem sido associada à hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA). Níveis mais altos de cortisol entre os pacientes idosos deprimidos têm sido consistentemente encontrados, o que poderia contribuir para consequências adversas à saúde, tais como fatores de risco cardiovasculares e outras doenças. No entanto, as bases biológicas da depressão na velhice parecem ser complexas: estudos recentes mostraram níveis menores de cortisol entre os idosos deprimidos. Postula-se que estes resultados podem ser devido à fragilidade física subjacente causando insuficiência crônica do eixo HHA na depressão no idoso (Penninx et al., 2007).

A depressão pode ser causada por certos medicamentos tais como beta-bloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio, digitálicos, corticosteroides, hormônios, agentes antiparkinsonianos, medicações gastrointestinais e pulmonares, certos medicamentos contra o câncer, benzodiazepínicos e interferon (Alexopoulos, 2005).

Baixos níveis de vitamina B12 e a relação dos ácidos graxos ômega-6 e ômega-3 parecem estar associados com a depressão na terceira idade, mesmo depois de controlar outros fatores de risco (Tiemeier, 2003 apud Fiske et al., 2009).

Aproximadamente 15-30% dos adultos mais velhos sofrem de depressão associada a uma condição médica (Mulsant e Ganguli, 1999), e os adultos mais velhos estão em maior risco de delírio e demência após infecções periféricas (Jackson et al., 2004). A depressão é frequentemente um pródromo de demência, e a incidência de depressão em pacientes com doença de Alzheimer é estimada como sendo maior do que 40%. Diversas revisões recentes demonstram que a neuroinflamação contribui para as alterações cognitivas associadas com a doença de Alzheimer (Maccioni et al, 2009)., para a demência e a depressão (Leonard, 2007), e para o envelhecimento (Godbout e Johnson, 2009; Dilger e Johnson, 2008; Giunta, 2008). Em geral, esta literatura demonstra que, semelhante à depressão maior sem uma condição médica associada, a depressão associada à doença de Alzheimer está relacionada com a expressão aumentada de citocinas pró-inflamatórias tanto na periferia quanto no sistema nervoso central, com o aumento da ativação da microglia, com a síntese reduzida de serotonina, e com o aumento na produção de neurotoxinas, incluindo o ácido quinolínico e 3-hidroxiquinurenina (Loftis, 2010).

6.5.2 Fatores genéticos

Jansson e colegas (2003) encontraram um efeito significativo para o genótipo A / A do gene de 5-HTR2A e humor deprimido em homens idosos, mas não em mulheres idosas. Neste estudo, o gene do transportador de serotonina 5-HTT não foi associado com humor deprimido (Fiske et al., 2009).

Tem havido resultados inconsistentes quanto ao fato da presença do alelo $\epsilon 4$ estar relacionada com a idade de início do primeiro episódio de depressão (Krishnan et al, 1996;. Hickie et al, 2001;. Hwang et al, 2006). Um estudo mostrou que a presença de APOE4 em idosos deprimidos foi relacionada com história de tentativas de suicídio (Hwang et al., 2006 apud Fiske, 2009).

Com relação a polimorfismos relacionados à doença vascular, Hickie et al. (2001) descobriram que a mutação MTHFR foi significativamente mais comum entre os depressivos de início tardio (idade de início 50 anos ou mais) do que os de início precoce (início antes dos 50 anos) (Fiske, 2009).

6.5.3 Fatores psicossociais

Os fatores psicológicos que aumentam o risco de depressão na idade avançada incluem muitas das mesmas características que estão relacionadas à depressão no início da vida. Altos escores de neuroticismo, em escalas para a avaliação de traços de personalidade, estão fortemente relacionados à depressão na terceira idade. A relação entre neuroticismo e depressão em adultos de meia idade e idosos tem sido demonstrado uma vulnerabilidade genética comum, sugerindo que o neuroticismo pode ser visto como um fator de risco genético para a depressão, bem como um fator de risco psicológico para a mesma (Kendler , Gatz, Gardner & Pedersen, 2006 apud Fiske et al., 2009).

Tanto a ruminação e quanto a esquiva estão associados à depressão ao longo da vida. A ruminação é um estilo de enfrentamento ineficaz que envolve pensar repetidamente, mas passivamente sobre a própria angústia (Garnefski & Kraaij, 2006 apud Fiske et al., 2009). A esquiva, que tem sido amplamente estudada com relação à ansiedade, foi recentemente implicada na depressão. Em uma amostra de idosos, aqueles que tinham um estado de saúde ruim, além da depressão, tinham os escores mais altos de esquiva (Andrew & Dulin, 2007 apud Fiske et al., 2009).

Fatores de risco sociais, como eventos de vida estressantes ou apoio social inadequado não são tão importantes na velhice como são no início da vida. Porém, desvantagem social neste período pode ter efeitos cumulativos de modo que se torne um grande fator de risco para depressão na terceira idade (Fiske et al., 2009).

6.5.4 Modelo cognitivo-comportamental da depressão na terceira idade.

O envelhecimento está repleto de motivos para a redução do nível de atividade ou aumento de oportunidades de se envolver em conversas de cunho negativo, porém alguns indivíduos podem ser mais propensos a agir desse modo quando confrontados com determinados tipos de eventos estressantes comuns na idade avançada. Por exemplo, eventos estressantes que envolvem ameaças à competência (por exemplo, limitações funcionais e cognitivas), que se tornam predominantes na velhice, podem representar riscos especiais para as pessoas que

valorizam fortemente o sucesso pessoal e o controle sobre suas vidas. Mudança de papéis associada à perda do cônjuge, por exemplo, pode levar a uma redução das atividades e um aumento da auto-avaliação negativa. Essas pessoas terão que assumir papéis antes desempenhados pelo cônjuge como, por exemplo, a gestão doméstica, o planejamento social, dirigir um automóvel. Isso é particularmente difícil entre os adultos mais velhos que são menos flexíveis ou menos abertos à experiência. Finalmente, estereótipos negativos sobre o envelhecimento podem aumentar a probabilidade de um idoso se engajar em pensamentos de autocrítica, especialmente para aqueles que possuem o traço neurótico de personalidade (Fiske et al., 2009).

Em resumo, muitas das mudanças que acompanham o envelhecimento podem ter como consequência uma redução na interação com o meio ambiente, especialmente entre os indivíduos com as vulnerabilidades descritas. Caso esse processo não seja interrompido (por exemplo, através de psicoterapia, incentivo e apoio para tomada de decisões), o resultado provável é o início de uma depressão, que será mantida e intensificada por concomitantes cognições autocríticas (Fiske et al., 2009).

O processo descrito nesse modelo tem implicações na intervenção terapêutica. Inúmeros estudos têm validado a ativação comportamental e a reestruturação cognitiva como opções interessantes para o tratamento da depressão no idoso. Além disso, as intervenções que enfatizam a aceitação, ao invés do controle pessoal, o aumento da flexibilidade das respostas, e o combate aos estereótipos sobre o envelhecimento pode ser eficaz para alguns idosos deprimidos que apresentem essas vulnerabilidades (Fiske et al., 2009).

6.6 COMORBIDADES FÍSICAS E MENTAIS NA DEPRESSÃO NO IDOSO

A depressão em idade avançada é frequentemente associada à comorbidades mentais e físicas, especialmente em idosos mais velhos (acima de 85 anos) (Narrow et al., 2008). Katona et al. (1997) afirmaram que em pessoas mais jovens com depressão a comorbidade com outras doenças mentais tem recebido muita atenção. Em contrapartida, em idosos, a comorbidade na depressão tem sido negligenciada. Katona et al. (1997) encontraram altas taxas de comorbidade com

ansiedade generalizada em idosos diagnosticados com a depressão. A associação entre depressão e ansiedade generalizada foi tão grande em sua amostra, que tem se sugerido pesquisar a depressão sempre que a ansiedade estiver presente em idosos e vice-versa. Lenze et al. (2001) demonstraram que os idosos com depressão e ansiedade comórbida são mais susceptíveis a apresentarem níveis maiores de gravidade e são mais propensos a experimentar resposta mais pobre ao tratamento (Laidlaw, 2003).

A depressão é comum em pacientes mais velhos com doenças cardíacas, com diabetes, após fratura de costela, após acidente vascular cerebral. A depressão costuma ser vista em 20 % dos pacientes com demência do tipo Alzheimer. Um estudo mostrou que entre idosos mexicano-americanos residentes na comunidade a depressão esteve associada com diabetes, artrite, incontinência urinária, incontinência fecal, doença renal e úlceras (Narrow et al., 2008).

A depressão piora muito o prognóstico do paciente se associada a condições médicas gerais, como a diabetes mellitus por exemplo. Seis estudos prospectivos epidemiológicos mostraram que, após o controle de fatores sociodemográficos e da gravidade clínica da doença, a depressão como comorbidade em pacientes com diabetes em comparação com aqueles com diabetes isolada tem sido associada com um aumento de 33% para 52% no risco de todas as causas de mortalidade. Em um estudo recente de mais de 4000 pacientes com diabetes, a depressão comórbida foi associada com um aumento de aproximadamente 50% o risco de todas as causas de morbidade (Katon, 2011).

6.7 SUICÍDIO EM IDOSOS

As pessoas mais velhas têm maior probabilidade de completar o suicídio do que qualquer outro grupo etário, resultando em níveis relativamente baixos de tentativas de suicídio em comparações com grupos etários mais jovens. Tentativas de suicídio em pessoas mais velhas são mais propensas a ter um desfecho fatal em comparação com os grupos etários mais jovens (Laidlaw, 2003).

Enquanto a presença de depressão não resulta necessariamente em suicídio, a maioria das pessoas idosas que tenta o suicídio está deprimida. A depressão está presente em aproximadamente 85% dos idosos que morrem por suicídio (Fiske et

al., 2009). Características da personalidade também têm sido associadas com o suicídio na velhice, incluindo altos escores em escalas de neuroticismo e baixos escores em uma escala de abertura à experiência. Vários investigadores têm sugerido que um estilo de personalidade rígido, refletido pela baixa abertura à experiência, pode aumentar o risco de suicídio, sobretudo se associado a certos tipos de eventos estressantes aos quais os idosos são propensos, como deficiências funcionais e entre outros. O abuso de álcool também aumenta o risco de suicídio entre adultos mais velhos (Duberstein et al. , 2000 apud Fiske et al., 2009).

As taxas de suicídio para pessoas com 65 anos ou mais são mais elevadas do que para qualquer outra faixa etária, e a taxa de suicídio para pessoas com mais de 85 anos é a maior de todas, quase o dobro da taxa global. Nos EUA a taxa de suicídio para pessoas mais velhas é quase seis vezes a taxa do suicídio ajustada por idade, raça e sexo (Center for Disease Control, 2001 apud Laidlaw, 2003). As taxas de suicídio entre homens e mulheres tendem a subir com a idade, mas são as mais elevadas para os homens com 75 anos ou mais (WHO, 2002; Kinsella & Velkoff, 2001 apud Laidlaw, 2003).

A alta taxa de suicídio entre os idosos, especialmente entre os homens idosos, pode ser parcialmente explicada pelo fato de que os idosos são mais propensos a usar métodos de suicídio de maior letalidade e muito menos propensos a comunicar a sua intenção a família previamente. Infelizmente, porém, a maioria das pessoas idosas que completa um ato de suicídio costuma visitar seu médico no mês anterior de seu ato, isso, porém, nem sempre resulta no reconhecimento e no tratamento da sua depressão. Lyness, Caine e Conwell (1996) realizou uma revisão de casos de 97 pessoas idosas que haviam completado o suicídio e descobriram que enquanto 51 visitaram seu médico um mês antes do ato de suicídio, 47 haviam sido diagnosticadas com um problema mental, mas apenas 19 receberam tratamento. Caine et al. (1996) analisou o tratamento recebido por essas pessoas e concluiu que apenas duas haviam recebido tratamento adequado (Fiske et al., 2009).

A realidade é que as taxas de suicídio para os idosos são provavelmente subestimadas, pois a verdadeira causa da morte nem sempre é registrada no atestado de óbito. Isso pode ocorrer devido a uma reticência por parte do médico para evitar causar um desconforto à família ou porque o meio de morte é incerto

(O'Carroll, 1989). No Reino Unido, overdose de drogas foi o método mais frequente de suicídio entre pessoas mais velhas (Draper, 1996 apud Laidlaw, 2003).

Para quem trabalha com idosos deprimidos uma avaliação completa de seu risco de suicídio é imprescindível. Existem várias escalas que avaliam e detectam a ideação suicida em idosos. Algumas dessas escalas são específicas para essa faixa etária e outras podem ser aplicadas em qualquer idade. As seguintes escalas podem ser utilizadas para avaliar o risco de suicídio em idosos: Escala de Ideação Suicida, Escala Geriátrica Ideação Suicida (GSIS-C), escala para avaliar solidão (Escala Revisada de Solidão da UCLA), e escala para avaliar desesperança (Escala de Desesperança de Beck) (Chen, 2011).

6.8 FORMAS DE APRESENTAÇÃO

6.8.1 Diferenças na apresentação da depressão entre adultos jovens e idosos

A depressão em idosos pode se apresentar um pouco diferente em relação à depressão que acomete os adultos mais jovens. Por exemplo, os idosos são menos propensos a apresentar sintomas cognitivo-afetivos de depressão, incluindo disforia e sensação de inutilidade ou culpa, do que os adultos mais jovens. A perturbação do sono, o retardo psicomotor, a fadiga, a perda de interesse na vida, e a desesperança sobre o futuro podem ser mais prevalentes na depressão geriátrica do que na depressão em adultos jovens ou de meia-idade. Queixas subjetivas de memória fraca e falta de concentração também são comuns entre os idosos deprimidos. Velocidade mais lenta do processamento cognitivo e disfunção executiva são achados frequentes em testes objetivos (Butters et al., 2004 apud Fiske et al., 2009).

Inúmeras variantes específicas de depressão geriátrica têm sido propostas. Uma variante foi chamada de "depressão sem tristeza" ou "síndrome do esgotamento" (Gallo, Rabins, Lyketsos, Tien, & Anthony, 1997; Newman, Engel & Jensen, 1991 apud Fiske et al., 2009). Este subtipo de depressão se caracteriza por isolamento, apatia e perda do vigor. Outra variante é a "síndrome de disfunção depressivo-executiva" que se manifesta por retardo psicomotor e redução no interesse por atividades. Como o nome indica, o desempenho cognitivo nessa

síndrome, normalmente, é prejudicado em medidas de fluência verbal, nomeação, e iniciação / perseveração. A síndrome também apresenta sintomas vegetativos menos pronunciados do que aqueles presentes na depressão sem disfunção executiva (Narrow, 2008).

A disfunção executiva e suas anormalidades neurobiológicas subjacentes são comuns no final de vida. Aproximadamente 40% dos pacientes idosos com depressão maior têm deficiência em alguma função executiva. As anormalidades estruturais em idosos deprimidos estão principalmente localizadas em estruturas subcorticais frontais, cuja integridade é essencial para o desempenho de funções executivas. Estudos sugerem que a disfunção executiva e sua patogênese subjacente prevê resposta lenta, pobre e instável da depressão geriátrica ao tratamento com antidepressivos (Alexopoulos, 2011).

6.8.2 Apresentação no contexto da doença física e neurológica

As taxas de depressão são marcadamente elevadas em pessoas com outras condições médicas. No entanto, de acordo com o DSM-IV, o transtorno depressivo maior não pode ser diagnosticado quando os sintomas depressivos são o resultado fisiológico direto de uma condição médica. Assim, a depressão pode ser tanto super quanto subdiagnosticada na presença de condições tais como o câncer que pode, por exemplo, causar fadiga e perda de peso (Fiske et al., 2009).

7 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Atualmente, há um interesse maior no direcionamento da atenção primária para o tratamento da depressão no idoso, porque os idosos deprimidos costumam visitar os seus médicos de cuidados primários (MCP) durante o curso de seu episódio depressivo. O crescimento de antidepressivos disponíveis, tais como inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), tornou mais fácil e seguro para que os MCP possam tratar a depressão. Dadas as baixas taxas de idosos que procuram serviços especializados de saúde mental, é crucial que MCP estejam aptos a reconhecer e tratar pacientes idosos com depressão (Chen, 2011).

7.1 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Há poucos algoritmos direcionados ao tratamento da depressão no idoso. Um deles é o “Duke Somatic Treatment Algorithm for Geriatric Depression (STAGED)”. Esse algoritmo envolve o tratamento medicamentoso e o tratamento com eletroconvulsoterapia. Um estudo feito por Steffens e cols mostrou que ao final de 18 meses de seguimento, aplicando o protocolo STAGED, 88,6% dos idosos com depressão responderam ao tratamento, e que 65,35% desses pacientes conseguiram a remissão completa dos sintomas depressivos. Nesse estudo, o protocolo STAGED de tratamento mostrou ser um método útil e eficaz para o tratamento da depressão geriátrica. Detalhes sobre o tratamento farmacológico da depressão no idoso fogem ao escopo deste estudo (Steffens et al., 2002).

Há, porém, ainda vários desafios em relação à farmacoterapia na depressão geriátrica, incluindo determinação de sua efetividade. O tratamento farmacológico pode ser particularmente complicado em indivíduos idosos e com depressão pós-AVC (Acidente Vascular Cerebral), por exemplo, que muitas vezes têm altas taxas de comorbidade médica, conseqüentemente faz uso de muitos medicamentos, e têm maior vulnerabilidade aos efeitos adversos dos antidepressivos (ADs). É importante que o AD utilizado não só seja eficaz no controle do transtorno do humor, mas também não tenha efeitos adversos sobre as funções cognitivas, o que é particularmente relevante para pacientes que tiveram AVC. Há muitas variáveis envolvidas na farmacoterapia do paciente idoso, incluindo alterações

farmacocinéticas associadas ao envelhecimento, interações medicamentosas, doenças pré-existentes, e os efeitos adversos das drogas sobre os idosos, devido à sua maior vulnerabilidade. (Lökk & Delbari, 2010)

Os medicamentos antidepressivos são geralmente os tratamentos de primeira linha quando um transtorno depressivo maior é diagnosticado. Há, porém, um número razoável de pacientes que não se beneficiam da medicação antidepressiva ou não aceitam fazer tal tratamento. Esses pacientes podem ser avaliados e se possível indicados para um tratamento psicoterápico, como a terapia cognitivo-comportamental (Peng et al., 2009).

7.2 TRATAMENTO COM TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) oferece várias vantagens potenciais para o tratamento da depressão e sintomas depressivos em pacientes idosos. Por ser uma intervenção não-farmacológica, a TCC pode ser superior aos tratamentos farmacológicos em pacientes idosos selecionados. A falta de interações medicamentosas, o alívio imediato dos sintomas, e um maior envolvimento dos pacientes em seu próprio autocuidado são algumas de suas vantagens (Dekker, 2011).

7.2.1 A Terapia Cognitivo-Comportamental

A terapia cognitiva, também chamada de terapia cognitivo-comportamental, baseia-se na visão de que estados estressantes como a depressão, a ansiedade e a raiva frequentemente são mantidos ou exacerbados por maneiras de pensar exageradas e/ou tendenciosas. O papel do terapeuta é ajudar o paciente a reconhecer seu estilo idiossincrático de pensamento e a modifica-lo pela aplicação da evidência e da lógica. O modelo cognitivo enfatiza o papel central da cognição na emoção e do processamento esquemático como fator determinante no processamento da informação (Leahy, 2006).

A TCC é tipicamente uma terapia de curto prazo, que consiste de 4 a 14 sessões, dependendo do progresso do paciente. O papel do terapeuta é

desenvolver um relacionamento colaborativo e terapêutico com o paciente e ensiná-lo a se tornar seu próprio terapeuta. O terapeuta ensina o paciente a identificar, a analisar e a questionar seus pensamentos disfuncionais. Juntos, o terapeuta e o paciente irão explorar as evidências por trás desse pensamento negativo. Depois de avaliar a justificativa para o pensamento, o terapeuta, então orienta o paciente a desafiar tal pensamento. Ao criar mudanças no pensamento, o cliente pode modificar emoções e comportamentos negativos (Dekker, 2011).

7.2.2 O Modelo Cognitivo-Comportamental

O modelo de Beck para a terapia cognitivo-comportamental (Clark et al, 1999; Beck et al, 1979) sugere que as primeiras experiências da vida de um indivíduo são importantes para o posterior desenvolvimento de suas crenças e atitudes. Dentro da estrutura do modelo cognitivo de Beck há vários níveis de avaliação cognitiva. No nível mais superficial estão os pensamentos automáticos que surgem espontaneamente e estão associados a comportamentos problemáticos ou a emoções perturbadoras (Leahy, 2006).

A vulnerabilidade emocional a esses pensamentos dependerá de crenças subjacentes (“Preciso conseguir a aprovação de todo mundo para ter valor”) e de crenças centrais ou esquemas pessoais (“Não tenho valor”) mantidos pela pessoa. Crenças subjacentes mal-adaptadas são, tipicamente, rígidas, hiperinclusivas, impossíveis de atingir e, aumentam a vulnerabilidade de futuros episódios depressivos (Leahy, 2006).

7.2.3 O Modelo Cognitivo-Comportamental para Idosos

Trabalhar terapeuticamente com pessoas mais velhas pode ser diferente de trabalhar com jovens em alguns aspectos importantes, tais como a maior probabilidade de doenças físicas, mudanças na capacidade cognitiva, experiências típicas desta faixa etária (Thompson, 1996; Knight, 1996b). Há a necessidade de desenvolver um modelo de TCC com algumas adaptações para que as técnicas

cognitivas possam ser aplicadas com mais segurança em pacientes idosos (Laidlaw, 2003).

As adaptações que podem ser necessárias quando se trabalha com adultos mais velhos são mais facilmente reconhecidas quando a formulação do caso permite ao terapeuta detectar as principais questões envolvidas em cada indivíduo. A formulação do caso bem elaborada aumenta a eficácia da TCC, quando se trabalha com adultos mais velhos (Laidlaw, 2003). A formulação do caso é uma hipótese a ser testada sobre como o paciente está funcionando naquele momento. Esta é a base do tratamento com a TCC (Knapp, 2007). As informações necessárias para realizar a formulação do caso de um paciente idoso são descritas a seguir.

As experiências iniciais clinicamente relevantes e os eventos que o paciente reconhece como importantes ao longo do seu desenvolvimento são essenciais para começar a formular o caso do paciente. Detectar as crenças centrais, as crenças subjacentes e os pensamentos automáticos são importantes para escolher as melhores técnicas a serem aplicadas para aquele determinado paciente. O terapeuta deve trabalhar junto com o paciente no intuito de identificar eventos externos, situações ou estressores que podem ter contribuído para o desencadeamento do episódio depressivo atual. Os conflitos intergeracionais precisam ser avaliados de modo a tentar diminuir os fatores de estresse daquele indivíduo (Laidlaw, 2003).

As técnicas cognitivo-comportamentais costumam ser ligeiramente modificadas para uso com pacientes idosos. Questões específicas associadas à idade são tratadas com a exploração das crenças dos pacientes em relação aos efeitos negativos do envelhecimento sobre a saúde física. Devem ser abordadas também as percepções dos pacientes sobre si mesmos no contexto da sua idade (Serfaty, 2009).

As diretrizes do Instituto Nacional de Excelência Clínica dos Estados Unidos recomendam que sejam feitas 6 a 8 sessões de TCC à adultos deprimidos em cuidados primários. Os pacientes mais velhos podem demorar mais tempo para aprender as técnicas de TCC. Ainda se conhece pouco sobre a duração e a frequência ideais das sessões de TCC que devem ser oferecidas à pacientes idosos. É possível que sessões mais curtas e mais frequentes sejam mais adequadas. Para aqueles com dificuldade ou impossibilidade de sair de casa, visitas domiciliares podem ser oferecidas. A pobre mobilidade das pessoas idosas é uma das grandes barreiras ao acesso a serviços psicológicos (Serfaty, 2009).

7.2.4 A Eficácia da TCC no Tratamento da Depressão Geriátrica

Há duas revisões sistemáticas recentes (Peng, 2009 e Kiosses, 2011) sobre a TCC no tratamento da depressão geriátrica.

Peng e cols selecionaram 14 estudos para a revisão, num total de 705 pacientes idosos com depressão e com características clínicas semelhantes. Através dessa meta-análise concluíram que a TCC mostrou-se ser um tratamento eficaz para a depressão geriátrica. Concluíram também que a psicoterapia como um adjuvante ao tratamento medicamentoso não aumentou significativamente a eficácia dos antidepressivos (Peng et al., 2009).

Kiosses e cols foram mais criteriosos na sua revisão sistemática. Os autores selecionaram apenas seis dos 404 artigos encontrados, para determinar a eficácia da psicoterapia no tratamento da depressão geriátrica. Foram selecionados apenas artigos que atenderam tanto critérios de desenho do estudo quanto critérios estatísticos. Os autores concluíram que existem evidências de eficácia da TCC no tratamento da depressão geriátrica, porém há necessidade de replicação devido à escassez e à problemas metodológicos dos estudos (Kiosses et al., 2011).

DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade em países desenvolvidos e em muitos países em desenvolvimento (Zarit, Schneider, Laidlaw e Chen). Em 2010, os idosos no Brasil já representavam 11% da população (IBGE). Na China, em 2030, os idosos vão representar 25% da população. Segundo Reynolds e cols, há uma urgência no desenvolvimento de programas de saúde inovadores e custo-efetivos para atender as demandas dessa faixa etária. De acordo com tal estudo existe a necessidade de criar um modelo de prevenção de doenças mentais em idosos, já que há poucos psiquiatras na maioria dos países. Acredita-se que a terapia cognitivo-comportamental possa ser usada como medida preventiva de depressão em idosos. Pode se detectar idosos com fatores de risco importantes para depressão ou com depressão subsindrômica e trata-los com TCC, de modo a evitar o aparecimento do transtorno depressivo maior (Reynolds, 2012).

Essa revisão de literatura demonstrou que existem poucos estudos sobre transtornos mentais em idosos (Narrow, Zarit, Laidlaw, Fiske). Foi encontrado apenas um artigo de revisão (Fiske e cols) sobre as particularidades da depressão no idoso. Essas peculiaridades fazem da depressão geriátrica uma doença de tratamento complexo. Foi encontrado apenas um protocolo de tratamento farmacológico nessa revisão: The Duke Somatic Treatment Algorithm for Geriatric Depression (STAGED) approach (Steffens e cols). Alguns artigos apontam dificuldades do tratamento medicamentoso da depressão nos idosos e, por outro lado, os benefícios das técnicas psicoterápicas, entre elas a TCC, para essa faixa etária (Kiosses, Katon, Fiske, Peng).

Foram encontradas apenas duas revisões sistemáticas recentes sobre o tratamento da depressão geriátrica com TCC (Kiosses e Peng). Esses estudos comprovam que a TCC é eficaz no tratamento da depressão em idosos. Esses autores, porém, apontam a necessidade de mais estudos para definir o formato, a duração e o conteúdo adequados para o tratamento da depressão nessa faixa etária. Existem poucos estudos comparando a TCC com o tratamento medicamentoso da depressão na população geriátrica. Não foram encontrados artigos sobre o impacto das comorbidades clínicas ou mentais sobre o tratamento com TCC.

Em última análise, um estudo de revisão está sempre sujeito ao viés de publicação já que estudos positivos tem uma probabilidade muito maior de serem publicados do que artigos com resultados negativos. Há muito poucos estudos com metodologia adequada que puderam ser incluídos nas duas revisões sistemáticas selecionadas sobre o tratamento da depressão geriátrica com TCC. Os achados relatados nessa revisão de literatura, portanto, não são conclusivos, dada a pequena amostra de pacientes que esses estudos perfazem.

CONCLUSAO

O número de pessoas acima de 60 anos vem aumentando em todo o mundo. Isso é resultado da diminuição da natalidade e do aumento da expectativa de vida. O idoso tem hoje maior acesso a serviços de saúde e, com isso, garante longevidade e melhor qualidade de vida.

A população idosa, de modo geral, tem maior probabilidade de ter condições médicas crônicas. Além disso, os sintomas médicos podem ser semelhantes aos sintomas de muitas doenças mentais, exigindo maior cuidado do profissional da saúde mental para determinar o diagnóstico. Dentre os transtornos mentais que o idoso pode apresentar, o transtorno depressivo maior é o mais comum.

A depressão na população geriátrica pode exacerbar a disfunção cognitiva, diminuir o nível de atividades e piorar o prognóstico de doenças médicas típicas dessa faixa etária. Ademais, a depressão na velhice está associada à redução da qualidade de vida, e aumento da morbidade e mortalidade, incluindo morte por suicídio.

A Depressão em idosos difere da depressão que ocorre no início da vida. A apresentação, os fatores de risco, e a resposta ao tratamento dependem da posição do idoso na sociedade. O conhecimento da maneira que a idade pode alterar os fatores relacionados ao aparecimento e à manutenção da depressão é essencial para o tratamento eficaz da depressão no idoso.

Dada a alta prevalência da depressão na terceira idade, instituir tratamentos mais eficazes é fundamental para melhorar a saúde mental dos idosos e a qualidade de vida desses pacientes e de suas famílias. Felizmente, intervenções desenvolvidas oportunamente podem fazer a diferença no tratamento da depressão geriátrica. Muitas pessoas idosas respondem positivamente a intervenções de saúde mental. Um crescente conjunto de pesquisas documenta a eficácia da psicoterapia em idosos.

A terapia cognitivo-comportamental é cada vez mais reconhecida como uma boa opção de tratamento para a depressão geriátrica em pacientes selecionados. É um método terapêutico isento de efeitos colaterais e de interações medicamentosas, vantagens importantes a serem consideradas para a população idosa que, de modo geral, faz uso de muitos medicamentos. Revisões sistemáticas recentes demonstraram que a TCC é eficaz no tratamento da depressão no idoso.

Essa revisão de literatura demonstrou que é crescente o número de estudos que aplicam a TCC para idosos com depressão levando em consideração as particularidades e as limitações dessa faixa etária. Contudo, ainda são necessários mais estudos para determinar o conjunto de técnicas mais apropriado para ser aplicado nos idosos, bem como o número de sessões ideal para se atingir o resultado esperado nessa faixa etária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALEXOPOULOS GS. **Depression in the elderly**. Lancet. 2005; 365:1961–70.
2. ALEXOPOULOS GS, RAUE PJ et al. **Problem-Solving Therapy and Supportive Therapy in Older Adults With Major Depression and Executive Dysfunction Effect on Disability**. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(1):33-41.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
4. CHEN S, CONWELL Y et al. **Depression care management for late-life depression in China primary care: Protocol for a randomized controlled trial**. Trials. 2011; 12: 121.
5. DEKKER RL. **Cognitive Therapy for Depression in Patients with Heart Failure: A Critical Review**. Heart Fail Clin. 2011 January; 7(1): 127–141.
6. DRIESSEN B, HOLLON A. **Cognitive Behavioral Therapy for Mood Disorders: Efficacy, Moderators and Mediators**. Psychiatr Clin North Am. 2010 September; 33(3): 537–555.
7. FISKE A, GATZ M et al. **Depression in Older Adults**. Annu Rev Clin Psychol. 2009; 5: 363–389.

8. GOODYER IM, HERBERT J et al. **Polymorphisms in BDNF (Val66Met) and 5-HTTLPR, morning cortisol and subsequent depression in at-risk adolescents.** Br J Psychiatry. 2010 November; 197(5): 365–371.
9. KAPLAN & SADOCK B. **Compêndio de psiquiatria.** Porto Alegre : Artmed, 2007.
10. KAY J, TASMAN A. **Psiquiatria. Ciência Comportamental e Fundamentos Clínicos.** São Paulo: Manole, 2002.
11. KIOSSES DN, LEON AC, AREÁN PA. 19. **Psychosocial Interventions for the Acute Treatment of Late-life Major Depression: A Systematic Review of Evidence-based Treatments, Predictors of Treatment Outcomes and Moderators of Treatment Effects.** Psychiatr Clin North Am. 2011 June; 34(2): 377–401.
12. KNAPP P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.** Porto Alegre : Artmed, 2004.
13. KATON WJ. **Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness.** Dialogues Clin Neurosci. 2011 March; 13(1): 7–23.
14. LAIDLAW K, THOMPSON LW, THOMPSON GD, SISKIN LD. **Cognitive Behavioral Therapy with Older People.** England: Wiley, 2003.
15. LEAHY RL. **Técnicas de Terapia Cognitiva.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

16. LOFTIS JM, HUCKANS M et al. EAHY RL. **Neuroimmune mechanisms of cytokine-induced depression: Current theories and novel treatment strategies.** Neurobiol Dis. 2010 March; 37(3): 519–533.
17. LÖKK J & DELBARI A. **Management of depression in elderly stroke patients.** Neuropsychiatr Dis Treat. 2010; 6: 539-549.
18. MCCREA RR e COSTA PT. **The stability of personality: observations and evolutions.** Current Directions in Psychological Science 1994; 3(6): 173-175.
19. NARROW WE, FIRST MB et al. **Gênero e idade. Considerações no diagnóstico psiquiátrico.** Agenda de pesquisa para o DSM-V. São Paulo : Roca, 2008.
20. PAPALIA DE et al. **Desenvolvimento Humano.** Porto Alegre : Artmed, 2008.
21. PENG XD, HUANG CQ. **Cognitive Behavioural Therapy and Reminiscence Techniques for the Treatment of Depression in the Elderly: a Systematic Review.** The Journal of International Medical Research 2009; 37: 975 – 982.
22. PENNINX BWJH, AARTJAN TF et al. **Late-Life Depressive Symptoms Are Associated With Both Hyperactivity and Hypoactivity of the Hypothalamo-Pituitary-Adrenal Axis.** Am J Geriatr Psychiatry. 2007 June; 15(6): 522–529.
23. PEREIRA RS, CURIONI CC, VERAS R. **Textos sobre Envelhecimento** 2003; 6:1517-5928.

24. PETRAK F, PLACK K, et al. **Cognitive behavioural therapy in elderly type 2 diabetes patients with minor depression or mild major depression: study protocol of a randomized controlled trial (MIND-DIA).** *Geriatr.* 2010; 10: 21.
25. REYNOLDS CF, COHEN A et al. **Early Intervention to Reduce the Global Health and Economic Burden of Major Depression in Older Adults.** *Dialogues Clin Neurosci.* 2011 March; 13(1): 7–23.
26. SCHNEIDER RH et al. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.** *Estud. Psicol.* 2008 v.25 n.4.
27. SEFARTY MA et al. **Clinical Effectiveness of Individual Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Older People in Primary Care.** *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(12):1332-1340.
28. STEFFENS Dc, KRISHNAN AR. **The Duke Somatic Treatment Algorithm for Geriatric Depression (STAGED) approach.** *Psychopharmacol Bull.* 2002 Spring; 36(2): 58-68.
29. SZKLO-COXE M, YOUNG T et al. **Prospective Associations of Insomnia Markers and Symptoms With Depression.** 3. *Am J Epidemiol.* 2010 March 15; 171(6): 709–720.

30. WEISS A, SUTIN AR et al. **The Personality Domains and Styles of the Five-Factor Model are Related to Incident Depression in Medicare Recipients Aged 65 to 100.** Am J Geriatr Psychiatry. 2009 July; 17(7): 591–601.

31. ZARIT S, ZARIT J. **Transtornos mentais em idosos.** São Paulo : Roca, 2009.

32. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Censos Demográficos, IBGE. Brasília; 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.