



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARTA TELO DAVID SERRA PINTO

Depressão no Idoso e Hábitos de Vida Saudáveis

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO

MARÇO/2020

Índice

<i>Resumo</i>	3
<i>Abstract</i>	4
<i>Lista de Abreviaturas</i>	5
<i>Introdução</i>	6
<i>A depressão no idoso</i>	7
Definição e clínica.....	7
Etiologia	8
Factores de risco.....	11
Diagnóstico no idoso	13
<i>Tratamento</i>	15
Farmacológico	15
Não farmacológico	17
<i>Prevenção – Como os Hábitos de Vida Saudáveis e o Convívio Social podem levar a um Envelhecimento Activo e Saudável</i>	20
<i>Conclusão</i>	23
<i>Bibliografia</i>	25

Resumo

Com os avanços na ciência, especialmente na área da saúde, as pessoas cada vez vivem mais anos. Este facto associado a uma diminuição da natalidade que temos vindo a assistir ao longo dos anos tem conduzido a um envelhecimento da população a nível mundial. O problema é que este aumento de longevidade nem sempre tem sido acompanhado por um aumento da qualidade de vida.

O envelhecimento corresponde a um processo fisiológico e progressivo, comum a todos os seres vivos, e que se caracteriza por um declínio das funções físicas e cognitivas, ocorrendo mesmo no idoso saudável. Este processo desenvolve-se ao longo de toda a vida e conduz a uma diminuição da capacidade de adaptação e de resposta aos stressores do meio ambiente e ao aumento da fragilidade e vulnerabilidade do indivíduo face a situações adversas físicas, psicológicas e da vida social. Exige uma grande capacidade de aceitação e resiliência por parte do indivíduo, uma vez que acarreta mudanças marcadas ao nível da dinâmica de vida do idoso. Hoje em dia as pessoas estão habituadas a uma vida mais activa, com maiores níveis de stress e um maior estímulo físico e intelectual, o que acaba por tornar mais complicado a aceitação e adaptação a uma diminuição da intensidade das actividades diárias, tanto por motivos de perda de capacidade como também por motivos sociais, nomeadamente a reforma.

Relativamente ao idoso, há uma grande preocupação em relação ao nível físico, mas essa preocupação não é tão grande no que diz respeito à sua componente psicológica. Cada vez se vive mais tempo, mas será que se vive melhor? Ao viver mais tempo os doentes têm de se adaptar a um maior número de perdas de função, nomeadamente da mobilidade, dos processos mentais, da memória, da visão, da audição, mas também a perdas de amigos e familiares. Para além dos desafios físicos, o idoso enfrenta também desafios psicológicos, apresentando uma vulnerabilidade aumentada para o desenvolvimento de distúrbios mentais.

Deste modo, torna-se relevante entender de que forma é que a saúde mental do indivíduo é afectada pelo envelhecimento, identificar os factores de risco para a sua degradação, utilizar as ferramentas de diagnóstico adequadas, perceber como tratar e, ainda mais importante, elaborar estratégias de prevenção.

Palavras-Chaves: Envelhecimento; Idoso; Depressão; Saúde Mental; Prevenção

Abstract

With the developments in Science, especially in the health sector, people increasingly live longer. This fact associated to a decrease in the birth rate that we have been seeing throughout the years has led to an aging population worldwide. The problem is that this increase in people's longevity has not always been accompanied by an equal increase in quality of life.

Aging is a physiological and progressive process, common to every living being, characterized by a decline in physical and cognitive functions, occurring even in the healthy elderly. This process develops throughout the years and leads to a decrease in the ability to adapt and respond to environmental stressors and to an increase in the individual's fragility and vulnerability in the face of adverse physical, psychological and social life situations. It demands a great capacity for acceptance and resilience on the part of the individual, since it causes great changes in the dynamics of the elderly's life.

Nowadays people are used to a more active life, with higher levels of stress, and a greater physical and intellectual stimulation, which makes it harder to accept and adapt to a decrease of daily activities, both for reasons of capability loss as well as for social reasons like retirement.

As far as elderly are concerned, there is a great concern about the physical level, but this concern is not equally great with regard to the psychological component.

Nowadays we live longer, but do we live better? Living longer means that the patients have to adapt to a greater number of function losses, namely mobility, mental processes, memory, vision, hearing but also friends and family's deaths.

In addition to physical challenges, the elderly also has to face psychological challenges, presenting an increased vulnerability to the development of mental disorders.

Therefore, it becomes relevant to understand in what way the individual's mental health is affected by the aging process, to identify the risk factors for its degradation, to use the appropriate tools of diagnosis, to understand how to treat possible disturbances and, even more importantly, to develop prevention strategies.

Key-Words: Aging; Elderly; Depression; Mental Health; Prevention

Lista de Abreviaturas

ACTH – Hormona adrenocorticotrófica

AINEs – Anti-inflamatórios não esteroides

BDNF – Factor neurotrófico derivado do cérebro; *Brain-derived neurotrophic factor*

CRF – Factor libertador da corticotrofina

DRD4 – Receptor D4 de dopamina

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição

HHA – Eixo Hipotálamo-hipófise-adrenal

IL-1 β – Interleucina 1 β ; citocina pró-inflamatória

IL-6 – Interleucina 6; citocina pró-inflamatória

IRSN – Inibidor da recaptção de Serotonina e Noradrenalina

ISRS – Inibidor selectivo da recaptção de Serotonina

MAO – Monoamina oxidase

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCC – Psicoterapia cognitivo-comportamental

SLC6A4 – Gene que codifica a proteína transportadora de serotonina

T3 – Tri-iodotironina

T4 – Tetraiodotironina; Tiroxina

TNF- α – Factor de necrose tumoral

Introdução

Com os avanços da ciência e tecnologia, nomeadamente ao nível da saúde, foi possível melhorar as condições de vida das pessoas, que teve como resultado um envelhecimento da população mundial. A criação de antibióticos e de vacinas permitiu combater doenças epidémicas, a educação da população fez com que esta passasse a ter mais cuidado e atenção em relação à sua saúde, adoptando estilos de vida mais saudáveis, e a criação de serviços de saúde possibilitou um melhor acesso da população aos cuidados médicos. Tudo isto contribuiu para uma redução da taxa de mortalidade, aumentando a esperança média de vida à nascença. Esta melhoria da saúde da população em geral permitiu que as pessoas passassem a focar-se mais no seu trabalho e progressão na carreira, o que resultou numa diminuição da taxa de natalidade(1–4). Observa-se então hoje em dia uma inversão da pirâmide etária, isto é, um estreitamento da base e alargamento do vértice, que se traduz numa população mais envelhecida ao nível global(3,4). Em Portugal a situação não é diferente. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, no nosso país temos uma esperança média de vida à nascença de cerca de 83,43 anos para as mulheres e de 77,78 anos para o sexo masculino. No entanto, este aumento de longevidade não tem sido necessariamente acompanhado por um aumento proporcional da qualidade de vida dos idosos, uma vez que, segundo a mesma fonte, o número de anos de vida saudáveis a partir dos 65 anos ronda os 6,9 anos nas mulheres e os 5,6 anos nos homens, sendo os restantes anos vividos com algum grau de incapacidade(5,6).

Uma das principais causas que mais contribui para o aumento dos anos vividos com incapacidade são os distúrbios depressivos(7–10). A carga mundial dos distúrbios depressivos é muito marcada, afectando grande parte da população(2,8,11–13) independentemente do estrato socioeconómico, género, raça e idade(14), e apresenta uma tendência crescente, uma vez que a nossa sociedade tem vindo a tornar-se cada vez mais exigente do ponto de vista psicológico, estando as pessoas sujeitas a uma pressão cada vez maior, tanto em termos laborais como também ao nível das relações interpessoais. Relativamente ao panorama global, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que no mundo existam mais de 200 milhões de pessoas que vivem com depressão(13). A prevalência desta patologia varia segundo a faixa etária, observando-se um pico na população idosa, que apresenta uma maior vulnerabilidade devido ao seu estado de fragilidade generalizada(2,15,16).

O envelhecimento corresponde a um processo fisiológico, dinâmico e progressivo, comum a todos os seres vivos, e que se caracteriza por um declínio das funções físicas e cognitivas, ocorrendo mesmo no idoso saudável. Esta perda funcional conduz a uma diminuição da capacidade de adaptação e de resposta aos stressores do meio ambiente e ao aumento da fragilidade e vulnerabilidade do indivíduo face a situações adversas físicas e psicológicas e da vida social(1,9,14). Há uma diminuição ao nível da síntese proteica, o sistema imunitário enfraquece, há alteração da composição corporal com aumento da massa gorda e diminuição da massa magra e observa-se um aumento da fragilidade no geral que pode potenciar quedas, diminuição da mobilidade, dificuldades na realização das tarefas diárias e tornar o idoso mais dependente e menos autónomo(16). O envelhecimento é encarado como

um problema de saúde pública com tendência a agravar com o contínuo aumento da esperança média de vida (4). O idoso é visto como um indivíduo incapaz, dependente, frágil, sedentário e sem valor para a sociedade, sendo-lhe atribuído um papel secundário na sua comunidade e até no seio familiar, sendo muitas vezes considerado um peso na vida das gerações mais novas, devido a ter necessidades específicas da sua faixa etária e por precisar, frequentemente, de cuidados especializados relacionados com um maior número de comorbilidades(3,9,16–18). Isto desperta no idoso uma tristeza e uma desesperança marcadas, sentindo-se inútil, rejeitado e abandonado, o que associado ao facto do idoso ter de enfrentar também perdas de entes queridos e do seu status socioeconómico, pode conduzir ao desenvolvimento de sintomas depressivos(14,16,19). A depressão, por sua vez, vai afectar gravemente a saúde do idoso, conduzindo ao aumento da morbilidade e mortalidade. Para além disso, a depressão é uma doença incapacitante, que apresenta um carácter crónico e com elevada taxa de recorrência no idoso, levando a que este tenha necessidade de recorrer mais vezes aos cuidados de saúde, contribuindo para um aumento enorme dos custos ao nível deste sector(11,12,15).

Deste modo, tendo em conta a tendência crescente do envelhecimento da população global, as consequências potencialmente incapacitantes da depressão geriátrica e o facto desta patologia ser difícil de detectar e de tratar no idoso, torna-se imprescindível criar estratégias de prevenção.

A prevenção da depressão do idoso permitirá melhorar a qualidade de vida nesta faixa etária, tornando o idoso num indivíduo mais optimista, activo, independente e produtivo, ao mesmo tempo que contribuirá para uma diminuição importante das despesas do país ao nível do sector da saúde.

A depressão no idoso

Definição e clínica

A depressão é uma patologia mental que pertence ao grupo das perturbações afectivas do humor, e condiciona um descontrolo sobre o estado emocional do próprio(16). Esta patologia caracteriza-se por uma tristeza marcada e ou anedonia, muitas vezes associadas a sentimentos de desvalorização, solidão e desesperança e que pode ter como desfecho o suicídio, principalmente em pessoas com idade a partir dos 70 anos, em que o número de tentativas de suicídio é inferior, mas mais efectivo devido a optarem por métodos mais letais, serem mais determinados e mostrarem menos sinais de alarme do que a população mais jovem(20,21).

É uma doença com consequências muito graves para o doente que se depara com uma incapacidade de funcionamento em termos físicos, psicológicos e sociais, e para a sua família(21,22) que acaba por ter de se adaptar e reorganizar a sua vida em função desta nova incapacidade e consequente dependência do doente.

É considerada a doença do século XXI, atingindo mais de 200 milhões de pessoas em todo o mundo(12,23,24), e apresenta uma incidência tendencialmente crescente, devido ao continuado envelhecimento da população(25) e talvez por vivermos numa sociedade cada vez mais exigente em

termos laborais, com maiores níveis de stress e que nos leva muitas vezes a um isolamento social por falta de tempo livre.

A depressão pode atingir qualquer faixa etária, mas apresenta uma incidência particularmente elevada no idoso, devido à maior fragilidade física e mental característica desta faixa etária(8,14,26).

Esta patologia mental manifesta-se tipicamente através de sentimentos de tristeza profunda e ou diminuição do interesse por actividades que anteriormente eram consideradas prazerosas, sentimentos de culpa desmesurada, auto-depreciação e baixa autoestima, fadiga, lentificação psico-motora, distúrbios do sono que podem ser insónia ou hipersónia, alteração do apetite e consequentemente do peso, diminuição da atenção e da capacidade de concentração, diminuição da líbido e ideação suicida(1,8,16,22,23,26–28). No entanto, trata-se de uma patologia muito heterogénea, principalmente no doente idoso em que se pode apresentar de forma mais atípica, com queixas mais somáticas, algias incomuns, queixas reumáticas e gastrointestinais, agitação, insónia terminal, apatia, ansiedade, preocupação obsessiva com o estado de saúde, sinais de declínio cognitivo e menos episódios de tristeza claramente identificáveis(10,14,16,28–30).

Etiologia

Uma das maiores dificuldades em determinar a verdadeira etiologia da depressão é o facto de se tratar de uma patologia tão heterogénea, o que faz com que ainda não tenha sido possível encontrar uma única causa que explique o vasto leque de sinais e sintomas típicos da depressão. Isto leva-nos a pensar que esta patologia seja de origem multifactorial, resultante de eventos psicossociais, ambientais, genéticos e biológicos interligados(8,31).

Deste modo, pensa-se que a depressão possa ser devida a défices de monoaminas ou alterações da função dos respectivos receptores, a causas genéticas, eventos de vida stressantes, factores endócrinos, inflamação e neurogénese.

Teoria das monoaminas

Uma das teorias formuladas para tentar explicar a origem da depressão é a hipótese das monoaminas. Trata-se de uma teoria desenvolvida nos anos 50 e que defende que a depressão se deve a uma diminuição da disponibilidade de alguns neurotransmissores ao nível da fenda sináptica, nomeadamente da serotonina e da noradrenalina, e da dopamina em menor proporção(31).

A serotonina é um neurotransmissor de monoamina sintetizado a partir do triptofano, inerva todas as áreas cerebrais e tem vários papéis no nosso organismo, participando na regulação do humor e ansiedade, da impulsividade, da cognição, do comportamento alimentar, da actividade sexual, do sono e ritmos circadianos e influenciando também o desenvolvimento cerebral e a neuroplasticidade, isto é, afecta as sinapses em termos de qualidade e número(2,32).

A noradrenalina é produzida através da dopamina, é libertada ao nível do Sistema Nervoso Central e está relacionada com funções do córtex pré-frontal, processamento da memória, atenção e com processos de resposta ao stress e processamento de estímulos que constituem uma ameaça(8).

A dopamina é uma monoamina sintetizada a partir do aminoácido tirosina e está relacionada com vários processos, nomeadamente a recompensa, o prazer, a motivação, a memória de trabalho, atenção, regulação do sono e com o movimento(8).

Tendo em conta estas funções, é fácil perceber que a diminuição da disponibilidade destes neurotransmissores ao nível da fenda sináptica seja responsável por provocar vários sintomas do distúrbio depressivo, nomeadamente a falta de motivação, a diminuição da atenção e problemas de memória, fadiga, humor deprimido, retardação ou agitação motora e alteração da libido e do apetite(8). A teoria das monoaminas surgiu por se ter verificado que alguns medicamentos que provocavam uma diminuição destes neurotransmissores causavam sintomas típicos da depressão, que regrediam com o aumento destas monoaminas(31). Verificou-se também que, em doentes com síndrome depressivo, havia uma maior actividade da enzima monoamina oxidase (MAO), responsável pela degradação destes neurotransmissores. No entanto, esta teoria tinha uma grande limitação na medida em que a terapêutica com antidepressivos que faziam aumentar a quantidade destes neurotransmissores, nomeadamente inibidores selectivos da recaptação de serotonina e inibidores da MAO, tinham um período de latência em termos de melhoria clínica, apesar do aumento quase imediato dos neurotransmissores(8,31).

Factores genéticos

Esta teoria baseia-se em resultados de estudos que envolveram gémeos, famílias tradicionais e famílias com filhos afectivos, cujos resultados no geral mostraram um aumento do risco relativo dos familiares em primeiro grau de um doente diagnosticado com síndrome depressivo poderem desenvolver depressão major ao longo da sua vida(31).

Alguns dos polimorfismos genéticos com uma relação significativa com o desenvolvimento de depressão incluem a apolipoproteína E, o gene receptor da dopamina (DRD4) que tem maior expressão em indivíduos diagnosticados com síndrome depressivo e o gene SLC6A4 que codifica um transportador da serotonina e cujos portadores deste polimorfismo apresentam maior actividade da amígdala, que se traduz numa maior susceptibilidade perante situações desagradáveis e de stress emocional e social(8).

Eventos de vida stressantes

A depressão surge muitas vezes associada a eventos de vida adversos, nomeadamente à morte de um ente querido, divórcio ou separação, perda do emprego, falência financeira, reforma, stress ou insatisfação no trabalho e acidentes graves que resultem em incapacidades físicas. Esta associação a eventos de vida stressantes deve-se ao facto de o stress e a depressão partilharem alguns mediadores e também ao facto do stress continuado poder induzir alterações estruturais e funcionais ao nível do córtex pré-frontal, da amígdala e do hipocampo, que podem ser precursoras de depressão(8). Para além disso, alguns estudos comprovam que o tipo e a duração de acção do factor stressante podem influenciar a gravidade do distúrbio depressivo(8).

Deduz-se por isso que eventos de vida positivos podem funcionar como factor protector contra o desenvolvimento de depressão.

Factores endócrinos

Em termos de factores endócrinos que podem conduzir à depressão destacam-se alterações ao nível das hormonas tiroideias e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA).

Relativamente às hormonas tiroideias, alguns estudos descobriram que a T3 e a T4 aumentam a secreção de serotonina e muitos estudos longitudinais revelaram níveis inferiores de T4 no plasma de indivíduos com depressão. Verificou-se também que alguma sintomatologia da depressão como a perda de peso, os distúrbios do sono, a agitação e as alterações cognitivas é mais comum em indivíduos que apresentam hipotiroidismo, ou seja, que têm níveis mais baixos de hormonas tiroideias. Para além disso, a administração de uma dose pequena de levotiroxina pode acelerar o efeito terapêutico de vários medicamentos antidepressivos e podem até fazer com que indivíduos não respondedores à terapêutica antidepressiva se tornem em respondedores(8,31).

No que diz respeito às alterações ao nível do eixo HHA, sabe-se que a resposta do organismo ao stress é mediada através da secreção do factor libertador de corticotrofina (CRF), que leva à secreção da Hormona Adrenocorticotrófica (ACTH) e libertação de glucocorticoides. Numa situação normal, o CRF regula o eixo HHA, aumentando a secreção da ACTH ao nível do lobo anterior da hipófise que vai actuar na suprarrenal (também designada por adrenal) estimulando a libertação do cortisol. Um aumento da concentração plasmática do cortisol deveria exercer um feedback negativo e diminuir a secreção de ACTH, mas isto não acontece no indivíduo com depressão. Estudos demonstraram que alguns indivíduos deprimidos tinham uma concentração elevada de CRF no líquido cefalorraquidiano, que normalizava com electroconvulsivoterapia ou com inibidores selectivos da recaptção da serotonina. Deste modo, a depressão major associada ao stress crónico provoca uma hipersecreção de CRF e de cortisol que vai provocar sintomas típicos do distúrbio depressivo como distúrbios do sono, culpa desmesurada, desesperança, diminuição do apetite e do peso, alteração do comportamento sexual e da actividade psicomotora condicionando uma resposta excessiva aos factores de stress. Para além disso, uma secreção prolongada de glucocorticoides como o cortisol pode ter efeitos neurotóxicos(8,31).

Inflamação

Os idosos, geralmente, apresentam um nível inflamatório elevado, apresentando valores de algumas citocinas pró-inflamatórias elevadas, nomeadamente a IL-6, IL-1 β e TNF- α que têm sido associadas à fisiopatologia da depressão em alguns estudos(27).

Estudos que compararam idosos saudáveis com idosos com síndrome depressiva encontraram níveis mais elevados destas citocinas pró-inflamatórias nos idosos deprimidos. Na depressão de aparecimento tardio, ou seja, numa idade mais avançada, a diminuição de serotonina típica desta patologia pode ser exacerbada pela IL-6 que promove a sua destruição e diminuição de produção. A

neuroplasticidade do cérebro pode também ser afectada levando a anomalias estruturais como a diminuição do volume do hipocampo. Apesar disso, um aumento dos marcadores inflamatórios pode ser encarado como um factor de risco de o indivíduo vir a desenvolver depressão(8,33).

No entanto, tendo em conta que os sintomas depressivos não desaparecem com a toma de medicamentos anti-inflamatórios, conclui-se que a inflamação não pode ser uma causa única de depressão(8,33).

Neurogénese e neuroplasticidade

A neuroplasticidade corresponde à capacidade que o Sistema Nervoso Central tem de se adaptar a alterações do ambiente envolvente, através da neurogénese, rearranjo das sinapses e alterações funcionais das células neuronais(34).

A neurogénese consiste na produção de neurónios e formação de novas ligações neuronais, e ocorre no giro dentado ao nível do hipocampo. Alguns estudos sugerem que a diminuição da neurogénese pode estar implicada na fisiopatologia da depressão. Esta teoria surgiu no seguimento de os Inibidores Selectivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), os inibidores da MAO, os antidepressivos tricíclicos e a electroconvulsivoterapia melhorarem os sintomas depressivos e a neurogénese em simultâneo. No entanto, sabe-se que uma diminuição da neurogénese nem sempre é acompanhada pelo aparecimento de sintomatologia depressiva, o que constitui uma limitação desta teoria(8).

Por outro lado, nos doentes deprimidos é frequentemente observada uma diminuição do volume do hipocampo, uma vez que se trata de uma estrutura muito vulnerável aos efeitos de neurotoxicidade do stress, o que também sugeria que a diminuição da neurogénese devida a esta diminuição de volume poderia ter algum papel no mecanismo patológico de desenvolvimento da depressão(35).

Porém, sabe-se que o stress crónico pode levar à diminuição do BDNF (*brain-derived neurotrophic factor*) que por sua vez conduz à atrofia do hipocampo, diminuição do número de sinapses e aumento da vulnerabilidade neuronal, o que levanta a hipótese de que a diminuição do volume hipocampal possa ser mais uma consequência e não tanto uma causa do síndrome depressivo(35).

Outra alteração muito comumente visível no doente deprimido é uma hiperactividade da amígdala que tende a causar insónia, ansiedade e pensamentos suicidas(35).

Factores de risco

Existem inúmeros factores que se relacionam com uma maior probabilidade de o doente idoso vir a desenvolver sintomatologia depressiva. A identificação e um melhor entendimento destes factores poderá permitir uma vigilância mais apertada de indivíduos que possuam essas características de forma a prevenir e detectar a depressão o mais precocemente possível de modo a minimizar as consequências que esta patologia poderá vir a ter ao nível da qualidade de vida do idoso.

Vários estudos defendem que o género feminino é um factor de risco para a depressão, uma vez que o diagnóstico de depressão chega a ser até 3 vezes mais prevalente na mulher do que no homem

porque estas apresentam, geralmente uma maior insatisfação relativamente à sua vida, são mais sensíveis emocionalmente e tendem a recorrer mais vezes a serviços de saúde especializados em patologia de saúde mental. Para além disso, são muitas vezes as cuidadoras informais de maridos ou pais incapacitados, o que também constitui por si só um factor de risco para a depressão devido à carga emocional e física que esse trabalho acarreta.

Os traços de personalidade também podem ter influência no desenvolvimento de depressão uma vez que condicionam a capacidade de adaptação do indivíduo e a sua forma de ver o mundo. O neuroticismo apresenta uma ligação positiva com o desenvolvimento de síndrome depressiva, uma vez que é caracterizado por uma tendência para a preocupação excessiva associada a uma ideia mais negativa do estado de saúde, maior fragilidade e susceptibilidade em relação aos stressores do dia-a-dia e pessoas com este tipo de personalidade tendem a ter mais distúrbios do sono. Os distúrbios do sono, por sua vez, também se relacionam com um aumento do risco de vir a desenvolver sintomatologia depressiva sendo a relação entre a qualidade do sono e a depressão bidirecional, isto é, ambos se afectam mutuamente. Um sono de má qualidade afecta o organismo no geral, podendo ter efeitos negativos ao nível das defesas imunitárias, da função psicológica e cognitiva, pode prejudicar a memória e a capacidade de concentração, que por sua vez afecta a atenção e pode causar uma lentificação da capacidade de resposta às mudanças do ambiente envolvente, causando prejuízos ao nível da adaptação às novas situações. Tudo isto pode causar um sofrimento psicológico marcado levando ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva que, por sua vez vai diminuir a qualidade do sono, formando-se um ciclo vicioso.

O aumento da esperança média de vida aumentou a frequência com que o idoso tem de lidar com a morte de entes queridos, nomeadamente amigos e conjugues. Este período de luto constitui um factor de risco muito significativo, uma vez que a morte de entes queridos se associa a um declínio grave da saúde mental do idoso, podendo também ter consequências ao nível da sua saúde física. O luto prolongado pode conduzir ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas e de substâncias psicoactivas, à malnutrição e negligência do estado de saúde, à depressão major e em última instância à morte por suicídio.

Com o avançar da idade, a frequência de comorbilidades tem tendência a aumentar, causando prejuízos ao nível do estado da saúde geral do idoso. Um mau estado de saúde constitui um factor de risco muito importante para o desenvolvimento de depressão na população geriátrica, principalmente no caso de doenças crónicas com dor não controlada ou que confirmam algum grau de incapacidade e por vezes dependência de terceiros. Algumas das patologias que podem associar-se a risco mais elevado de desenvolvimento de depressão incluem deficiências ao nível auditivo ou visual, declínio cognitivo, doenças cerebrais degenerativas, demência, distúrbios endocrinológicos como por exemplo a diabetes, neoplasias, doenças vasculares como hipertensão arterial, acidente vascular cerebral e enfarte agudo do miocárdio, que se associam a níveis mais elevados de inflamação, incontinência urinária, na medida em que acidentes em público podem gerar situações de vergonha extrema e consequentemente levar a isolamento social, e patologias psiquiátricas como ansiedade, distúrbios psicóticos e episódios anteriores de depressão.

Muito associado ao facto de o idoso ter maior probabilidade de apresentar diversas patologias em simultâneo e de necessitar de cuidados mais especializados surgem as instituições de idosos. Devido à carga laboral cada vez mais elevada que temos vindo a observar na nossa sociedade, muitas famílias não têm disponibilidade para prestar todos os cuidados que um familiar idoso com algum grau de incapacidade e dependência necessita, acabando por institucionalizar o idoso num lar. Esta institucionalização, na perspectiva do idoso, exige uma enorme capacidade de adaptação, uma vez que este se depara com uma perda de autonomia, de direito de escolha, de privacidade, de controlo da própria vida e vê-se obrigado a seguir rotinas e horários novos que lhe são incutidos pela instituição, sendo também obrigado a conviver com pessoas desconhecidas, muitas vezes com um declínio cognitivo superior, o que acaba por dificultar a formação de novas amizades e por conseguinte a adaptação ao novo lar. Pode ainda experienciar sentimentos de abandono, de inutilidade e de embrutecimento, especialmente em lares com poucos estímulos culturais.

Outros factores que podem elevar o risco de depressão incluem uma má condição financeira, escolaridade reduzida com baixas capacidades intelectuais para encontrar soluções para os problemas do dia-a-dia, conflitos matrimoniais, divórcio, rejeição, parceiro também deprimido, suporte social pobre e diminuição do convívio e apoio familiar que conduz a sentimentos de solidão, isolamento e de abandono.

Diagnóstico no idoso

Grande parte dos casos de depressão no idoso passam despercebidos(2,15,16,36) não sendo diagnosticados numa fase precoce devido ao facto de muitas vezes os sintomas depressivos serem justificados como fazendo parte do processo normal de envelhecimento, pelo idoso, pelos seus familiares e muitas vezes até pelos profissionais de saúde(1,7,10,11,14,22). Na consulta, principalmente em casos em que há outras comorbilidades médicas, tanto o doente como o médico tendem a dar maior relevância às queixas físicas, deixando as emocionais para segundo plano(2,11,17,37).

Outro factor que pode dificultar o diagnóstico é a dificuldade de comunicação causada por declínios a nível cognitivo e auditivo e por ainda existir um estigma relativamente às patologias mentais que levam o idoso a não aceitar a sua doença ou ter vergonha de expressar as suas queixas do foro psicológico com receio de ser julgado ou tratado de forma diferente(22).

Existem várias ferramentas para diagnosticar a depressão no idoso, sendo uma delas os critérios DSM-V. Segundo estes critérios, estamos perante um diagnóstico de depressão quando o doente apresenta um total de pelo menos 5 sintomas de um conjunto específico, durante um período de 2 semanas e em que pelo menos um dos sintomas é a presença de um humor deprimido caracterizado por uma tristeza profunda ou a perda de prazer e interesse por actividades anteriormente agradáveis e prazerosas. Os restantes sintomas pertencentes a este conjunto específico são uma alteração significativa do peso

(aumento ou diminuição) não estando a fazer uma dieta com esse objectivo, alteração do apetite (aumento ou diminuição), distúrbios do padrão de sono (insónia ou hipersónia), agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de auto-desvalorização ou culpa não justificável e diminuição da capacidade de concentração, raciocínio ou de tomada de decisão. Para que sejam valorizáveis, estes sintomas têm de estar presentes quase todos os dias durante o período de 2 semanas consecutivas(38).

No entanto, grande parte dos casos de depressão do adulto idoso têm sintomatologia atípica, que não coincide com os critérios típicos de diagnóstico(10,14).

É principalmente nestes casos que se torna útil recorrer a ferramentas de diagnóstico mais específicas para o idoso, nomeadamente a Escala Geriátrica de Depressão. Esta ferramenta de rastreio é constituída por perguntas sobre sentimentos e comportamentos da última semana, com respostas de sim ou não e existe em dois formatos: uma versão longa com um total de 30 perguntas e um *cut-off* de 11, e uma versão curta constituída por 15 perguntas, com um *cut-off* de 7(22,37).

Nos casos em que existe demência ou incapacidade cognitiva marcada concomitante, deve utilizar-se uma outra escala de rastreio: a Escala de Cornell para a Depressão na Demência(22). Esta escala demora entre 20 a 30 minutos a ser executada e consiste numa entrevista com o cuidador ou a família e na observação do doente e entrevista com o mesmo. É composta por 19 questões sobre comportamentos do doente na última semana, que podem ser respondidas com “ausente”, “médio/intermitente” e “severo”, sendo pontuadas com 0, 1 e 2 pontos respectivamente. A partir de uma pontuação superior a 10 estamos perante uma depressão provável e acima de 18 confirma-se com certeza o diagnóstico de depressão no doente idoso(39).

Os sintomas depressivos afectam gravemente a qualidade de vida do idoso e podem potenciar uma má adesão à terapêutica, relacionam-se com um pior prognóstico das comorbilidades e com o aumento da mortalidade, tendo também um papel ao nível do declínio cognitivo e desenvolvimento de demência. Deste modo, é importante que seja diagnosticada atempadamente e de forma correcta. Assim, devemos suspeitar e rastrear a presença de depressão num doente idoso perante os seguintes sinais e sintomas: ansiedade, preocupação exagerada com o estado de saúde, queixas recentes de alteração da memória, dores atípicas sem causa orgânica, retardação psicomotora, distúrbios do sono persistentes, recusa alimentar, negligência do cuidado e aspecto pessoal, isolamento social e luto prolongado(14,22).

Em termos de abordagem e avaliação completa da depressão, esta deve incluir uma história clínica cuidada, com exploração da sintomatologia inespecífica que traz o doente à consulta, ter atenção às suas preocupações e expectativas de saúde, conversa com familiares e cuidadores acerca de alterações comportamentais do idoso, uma revisão detalhada das comorbilidades mentais e físicas do doente, revisão da medicação habitual e pesquisas de consumo de outras substâncias como álcool e substâncias psicoactivas, um levantamento dos antecedentes pessoais e familiares de distúrbios do humor e outras patologias psiquiátricas, estudar a situação de vida actual, perceber com quem vive e como é o suporte familiar e as convivências sociais, avaliar função cognitiva e o nível de incapacidade e dependência, e um exame físico completo. Pode ser útil a aplicação da Escala Geriátrica de

Depressão e em caso de demência, a Escala de Cornell para a Depressão na Demência. Por fim, devem ser feitos exames laboratoriais com hemograma, doseamento de hormonas tiroideias, ionograma, função renal e hepática, glicémia em jejum, vitamina B12 e folatos, serologias para a sífilis, de forma a eliminar doenças orgânicas cujos sintomas possam ser confundidos com sintomatologia depressiva(10,22,37). Em alguns casos pode ser útil realizar uma tomografia computadorizada crânio-encefálica ou uma ressonância magnética para pesquisa de lesões cerebrais, nomeadamente devido a isquémia(37).

Tratamento

O tratamento da depressão no idoso pode ser feito com recurso a métodos farmacológicos e não farmacológicos, nomeadamente psicoterapia, electroconvulsivoterapia e, recentemente tem-se vindo a utilizar também o exercício físico como abordagem não medicamentosa.

O objectivo principal da terapêutica antidepressiva é a melhoria da qualidade de vida do idoso que se consegue através da diminuição da sintomatologia na ordem dos 50% e, idealmente chegar a uma remissão completa da doença, tendo sempre os cuidados necessários para a prevenção de recorrência(9,40).

Alguns especialistas defendem que se pode atingir melhores resultados combinando a farmacoterapia com a psicoterapia desde o início do tratamento, uma vez que se potenciam mutuamente e a sua associação promove um aumento da adesão ao regime terapêutico(1,8,9).

É muito importante haver uma monitorização regular e atenta do cumprimento do plano terapêutico, dos efeitos secundários que possam surgir e de possíveis interacções medicamentosas, uma vez que se trata de uma população com uma elevada taxa de abandono da terapêutica devido aos efeitos adversos dos fármacos ou mesmo pelo facto de o efeito inicial do tratamento demorar algum tempo a surgir nesta faixa etária(1,11,22,37,40,41).

Farmacológico

Os antidepressivos geralmente são a escolha mais frequente de tratamento(42,43). Eles englobam várias classes, sendo os mais apropriados para os idosos os inibidores selectivos da recaptção de serotonina (ISRS), os inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN), o bupropion, a mirtazapina e alguns antidepressivos tricíclicos, nomeadamente a desipramina e a nortriptilina(41).

Devido às modificações decorrentes do processo de envelhecimento fisiológico há alteração da farmacocinética dos medicamentos e aumento da frequência e severidade dos efeitos secundários(1). Para além disso, o idoso encontra-se muitas vezes num contexto de polimedicação, havendo por isso maior interacção medicamentosa. Deste modo, é sempre preferível adoptar regimes de monoterapia no idoso, de modo a evitar efeitos adversos(1,37).

Os ISRS são considerados como primeira linha no tratamento farmacológico da depressão, sendo o citalopram, o escitalopram e a sertralina os melhores tolerados no idoso(26,37). Apresentam baixa afinidade para receptores adrenérgicos, colinérgicos e histamínicos, sendo por isso mais seguros e preferíveis no tratamento do idoso(44). Estes fármacos actuam bloqueando os receptores das proteínas de recaptção de serotonina, aumentando a sua disponibilidade na fenda sináptica e, conseqüentemente a neurotransmissão serotoninérgica(26,44). Apesar de apresentarem menor interacção medicamentosa, o que os torna preferíveis em casos de polimedicação, não são isentos de efeitos adversos podendo causar náuseas, diarreia, xerostomia, insónia ou sonolência, agitação, ansiedade, cefaleia, tremor, fadiga, sudação e disfunção sexual. Para além disso, podem diminuir a agregação plaquetar aumentando o risco de hemorragia gastrointestinal, principalmente em doentes com factores de risco como úlcera péptica, gastrite, coagulopatias ou que tomem certos medicamentos como a varfarina, corticoides, aspirina ou AINEs. Em caso de sobredosagem pode ocorrer a Síndrome Serotoninérgica que se caracteriza por agitação, ansiedade, náuseas, vómitos, ataxia, mioclonias, tremor, convulsões e em casos mais graves coma(22,26,42,44).

Dentro nos IRSN a venlafaxina é o mais indicado para o idoso. Este medicamento inibe a recaptção de noradrenalina e de serotonina, e em menor grau de dopamina. Não apresenta efeitos anticolinérgicos, anti-histamínicos nem anti-adrenérgicos mas pode causar náuseas, sonolência, tonturas, sudorese e insónia, podendo ter efeitos negativos em doentes com hipertensão arterial(37,44).

Tanto a venlafaxina como os ISRS podem causar hiponatremia secundária à secreção inapropriada de hormona anti-diurética, sendo mais comum em doentes que tomam diuréticos ou com diminuição da função renal. É importante monitorizar os valores de sódio ao longo do tratamento com estes fármacos(22,41,44).

O bupropion é um inibidor da recaptção da noradrenalina e dopamina e apresenta pouco efeito anti-histamínico e anticolinérgico. Não causa disfunção sexual, mas está contra-indicado em doentes com distúrbios alimentares ou com epilepsia por diminuir o limiar convulsivo. Pode também provocar taquicardia, vasodilatação, aumento da pressão arterial, insónia, agitação, ansiedade, tremor e tonturas(44). Tem indicação na depressão melancólica e com falta de motivação marcada.

A mirtazapina aumenta a transmissão noradrenérgica e serotoninérgica e bloqueia receptores histamínicos tendo um efeito ansiolítico, reparador do sono e não causa disfunção sexual. É uma boa opção para idosos deprimidos com insónia e anorexia(37,44).

Os antidepressivos tricíclicos possuem eficácia comprovada, mas apresentam muitos efeitos secundários marcados, sendo considerados como tratamento de segunda linha para a depressão refractária aos ISRS. Actuam através do bloqueio não selectivo da recaptção de noradrenalina e serotonina e, em menor proporção, da dopamina(44). Apresentam ainda efeitos anti-histamínicos (aumento de peso e sedação), anticolinérgicos (obstipação, xerostomia, retenção urinária, anomalias de condução do impulso cardíaco, hipotensão ortostática com aumento do risco de quedas e fracturas, aumento da pressão intraocular e sedação) e anti alfa-adrenérgicos (hipotensão e tonturas), devendo por isso ser evitados no idoso(22,44). Associam-se também a prejuízos cognitivos, arritmias fatais,

taquicardia e prolongamento do intervalo QT, especialmente quando combinados com beta bloqueantes(27,41). Em caso de sobredosagem podem ser letais no idoso(22). Caso se opte por este tipo de fármacos para tratar a depressão do idoso, deve escolher-se a desipramida ou a nortriptilina por terem menos efeitos anticolinérgicos(41).

A escolha do fármaco deve ter em conta a eficácia específica para esta faixa etária e o risco de interacções medicamentosas, uma vez que grande parte dos idosos apresenta um contexto de polimedicação(1,22).

A partir do momento em que a escolha do fármaco é feita, este deve ser iniciado com metade da dose média recomendada para um doente mais jovem, fazendo-se depois aumentos graduais consoante a necessidade(1,22,37). Se ao fim de 2 a 4 semanas a fazer a dose média recomendada não houver melhoria significativa dos sintomas, deve aumentar-se progressivamente até haver melhorias, atingir-se a dose máxima recomendada ou os efeitos secundários se tornarem intoleráveis. Se após 4 semanas com a dose máxima tolerada pelo doente continuar a não haver melhoria ou esta não for considerada suficiente ao fim de 8 semanas, pode optar-se por mudar de antidepressivo. Nos casos em que existe alguma melhoria mas esta é apenas parcial, em vez de se fazer uma nova troca de fármaco, deve optar-se por adicionar lítio ou um antipsicótico atípico em baixa dose, como a quetiapina, de modo a evitar perdas das melhorias parciais atingidas com o antidepressivo em questão(22,41,45). É de extrema importância que se realizem consultas de *follow-up* regulares para avaliar a resposta terapêutica, de modo a evitar que os idosos permaneçam sintomáticos por estarem a fazer tratamento com doses subterapêuticas(11,22).

Não farmacológico

Muitos doentes idosos apresentam alguma relutância relativamente à terapêutica farmacológica para a depressão(40), preferindo iniciar o seu tratamento com opções não medicamentosas.

Relativamente às opções não farmacológicas, estas incluem: psicoterapia cognitivo-comportamental, psicoterapia de resolução de problemas, psicoterapia interpessoal, exercício físico e electroconvulsivoterapia.

Psicoterapia

A psicoterapia tem como objectivo ajudar o doente a lidar melhor com as suas emoções, incentivar a manutenção de relações interpessoais de suporte, permitir ao doente falar sobre as suas preocupações, abordando assuntos como a reforma, patologias físicas, sentimentos de solidão e abandono e mesmo a morte(1), num ambiente de confiança em que o doente se sente seguro e livre de juízos de valor e discriminação. A psicoterapia pode ser utilizada como método de tratamento inicial na depressão minor ou major moderada, principalmente em idosos que mostram alguma relutância relativamente à toma de antidepressivos, ou pode ser combinada com a farmacoterapia em doentes com resposta parcial aos antidepressivos, que apresentem baixa adesão ao tratamento farmacológico

ou em doentes que assim o desejem, especialmente nos casos em que existem conflitos interpessoais ou factores perturbadores psicossociais(37,42).

As abordagens psicoterapêuticas com eficácia comprovada no tratamento de depressão nos idosos incluem a Psicoterapia cognitiva-comportamental, a psicoterapia de resolução de problemas e a interpessoal, havendo alguns autores que defendem também a terapia cognitiva de grupo para idosos, afirmando que apresenta resultados promissores tanto em termos de eficácia como de rapidez na melhoria dos sintomas(9).

Relativamente à Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (PCC) é considerada a psicoterapêutica mais eficaz no tratamento da depressão e engloba duas componentes: uma reestruturação cognitiva em que o doente é orientado na identificação de crenças negativas e distorcidas que tem acerca da depressão e de si mesmo e depois é ajudado a analisar esses pensamentos de forma realista e racional, resultando numa mudança de perspectiva acerca da sua doença, de si mesmo e do ambiente psicossocial que o rodeia, e uma componente comportamental em que o doente é ensinado a desenvolver competências de comunicação e de controlo de emoções, ao mesmo tempo que é incentivado a aumentar a realização de actividades que lhe conferem prazer e relaxamento(31,42). É uma boa opção para idosos com depressão e distúrbios do sono em simultâneo, na medida em que promove medidas de higiene do sono e ao melhorar a qualidade do sono alivia a sintomatologia depressiva(46), e para idosos com risco de suicídio ao ajudá-los a identificar quais os factores responsáveis pela sua angústia e fornecendo mecanismos de *coping* de forma a aliviar os sentimentos de desespero(20). Tem ainda a possibilidade de melhorar a autoestima do doente e de fazer com que este passe a ter uma perspectiva mais positiva acerca da sua saúde e da vida no geral(27).

A psicoterapia de resolução de problemas consiste em ajudar o doente a identificar os problemas, a desconstruí-los em componentes mais simples, a priorizar os problemas, formular hipóteses de resolução, escolher uma solução e por fim, após implementá-la, avaliar a sua eficácia e as vantagens e desvantagens da mesma(31,42).

A psicoterapia interpessoal tem como base o facto de muitos doentes deprimidos terem relações sociais disfuncionais e ajuda-os a identificá-las, analisá-las e resolvê-las. Aborda vários temas como conflitos interpessoais, a dificuldade do idoso em aceitar a alteração do seu papel nas relações interpessoais e o processo de luto após perda de companheiro ou companheira(31,42).

Exercício Físico

Estudos defendem que a prática de exercício físico constitui uma forma eficaz e de baixo custo(9) para diminuir a sintomatologia depressiva, especialmente quando realizada de forma regular e segundo um plano elaborado especificamente para o doente, tendo em consideração as suas necessidades e limitações pessoais. Deste modo, o plano de actividade física para o idoso deve incluir exercícios aeróbicos e treinos de força de intensidade moderada, preferencialmente com supervisão de um profissional e idealmente realizado em grupo, uma vez que os idosos constituem uma população com elevado risco de isolamento social(19,37,43,47).

Ainda não se sabe exactamente de que forma é que o exercício físico pode contribuir para a melhoria dos sintomas depressivos, mas pensa-se que poderão estar envolvidos múltiplos mecanismos, nomeadamente: uma maior oxigenação do cérebro, contribuindo para alterações estruturais e funcionais do córtex; contribui para a neurogénese através do aumento dos níveis de BDNF minimizando a atrofia hipocampal; altera o metabolismo e aumenta a libertação de neurotransmissores, resultando em níveis mais elevados de serotonina, noradrenalina, dopamina e beta endorfinas, conferindo um sentimento de bem-estar; diminuição dos níveis de cortisol; diminuição dos níveis dos marcadores pró-inflamatórios que se encontram aumentados no envelhecimento e na depressão, e aumento dos marcadores anti-inflamatórios; reforço da massa óssea e muscular cuja diminuição é típica do processo de envelhecimento, aumentando também a força muscular, a coordenação, o equilíbrio e a flexibilidade, conferindo ao indivíduo maior capacidade para desempenhar as suas tarefas diárias e maior capacidade de adaptação às alterações do meio ambiente; e ao melhorar a performance e o aspecto físico do idoso contribui para um aumento da auto-confiança e para uma melhor percepção da imagem corporal, que constituem dois aspectos frequentemente degradados no idoso, especialmente na mulher idosa deprimida(27,28,32,43).

No entanto, existem alguns factores que podem constituir limitações à utilização do exercício como terapêutica não farmacológica para a depressão do idoso. As limitações desta abordagem terapêutica não farmacológica incluem o facto dos idosos terem maior incidência de patologias crónicas como cardiopatias, patologias articulares, dor não controlada, entre outras que podem constituir um entrave à práticas de actividade física, o medo de cair e fracturar ossos muitas vezes fragilizados devido à presença de osteoporose(48) e o facto de muitas infraestruturas não estarem adaptadas às limitações que os idosos possam apresentar, o que acaba por dificultar a adopção de estilos de vida mais activos. Para além disso, a própria sintomatologia depressiva pode ter influência na dificuldade em iniciar e manter uma actividade física regular, nomeadamente a desvalorização pessoal que leva o idoso a achar que não é capaz de realizar certas actividades, acabando por nem tentar, pode haver um prejuízo ao nível da performance física e do equilíbrio com lentificação da resposta motora, a fadiga e o sono de baixa qualidade podem afectar a capacidade de recuperação pós exercício, há um aumento da percepção da dor que leva o idoso a ter medo das possíveis consequências físicas que a prática de exercício pode vir a ter, a apatia leva a uma diminuição de iniciativa e persistência em manter comportamentos fisicamente activos e a anedonia leva o idoso a pensar que praticar exercício não será minimamente prazeroso(48).

Mesmo com estas limitações, o exercício físico parece ser uma abordagem não farmacológica promissora na melhoria dos sintomas depressivos que ainda tem um grande potencial de evolução.

Electroconvulsivoterapia

A electroconvulsivoterapia consiste na indução de crises convulsivas generalizadas num doente anestesiado em ambiente controlado(28) e é considerada um dos tratamentos mais eficazes na psiquiatria(31,42). Pode ser administrada de forma bilateral ou unilateral e consiste num conjunto de 6

a 12 sessões, sendo que a primeira sessão tem o objectivo de determinar o limiar convulsivo e ao fim de 6 sessões faz-se uma avaliação dos efeitos cognitivos. O mecanismo através do qual actua ainda continua a não ser totalmente conhecido, mas pensa-se estar associado a uma indução de despolarização neuronal com conseqüente mobilização dos neurotransmissores cerebrais(31).

É uma terapêutica relativamente segura e bem tolerada pelos doentes idosos deprimidos, mesmo com idade avançada. Contudo, apresenta alguns efeitos secundários, geralmente de carácter transitório, nomeadamente: o aumento do risco de quedas, confusão e perda de memória ligeira, náuseas, cefaleias e dores musculares(22,31,42). Estes efeitos secundários cognitivos são mais comuns em doentes com problemas cognitivos pré-existentes, havendo um risco aumentado de efeitos adversos mais duradouros. A administração unilateral da electroconvulsivoterapia permite minimizar estes efeitos secundários cognitivos, com a desvantagem de poder aumentar o tempo de resposta à terapêutica(42). Esta abordagem terapêutica é recomendada como tratamento de primeira linha na depressão de carácter psicótico em idosos com elevado risco de suicídio, que necessitam uma resposta mais rápida para a sua própria segurança(22,27,41). Está também indicada como alternativa de tratamento em doentes com depressão severa e resistente à farmacoterapia ou em casos em que há um grande prejuízo físico do doente que o impede de ingerir fármacos(22,31,41).

Apesar de apresentar menos efeitos secundários que os psicofármacos e ser muito eficaz, é necessária precaução na administração desta terapêutica, principalmente em doentes com problemas cognitivos pré-existentes e em doentes com patologia cardiovascular, especialmente em casos de polimedicação(42).

Prevenção – Como os Hábitos de Vida Saudáveis e o Convívio Social podem levar a um Envelhecimento Activo e Saudável

Antes de se pensar em formas de prevenção é importante perceber porque é que é fundamental prevenir a depressão no idoso. A prevenção desta patologia ao nível da população geriátrica é essencial por inúmeras razões, nomeadamente o facto de se tratar de uma população de elevado risco devido ao isolamento, solidão e abandono muito frequentes nessa faixa etária, a sintomatologia pode ser muito incapacitante e levar à dependência de terceiros para a realização das actividades da vida diária, os tratamentos disponíveis nem sempre são eficazes na melhoria sintomática nesta faixa etária, é uma patologia muito relacionada com o risco aumentado de suicídio e associa-se a pior prognóstico das outras comorbilidades que o indivíduo possa ter, levando a uma maior utilização dos cuidados de saúde e ao aumento dos gastos ao nível deste sector. Deste modo, a prevenção da depressão geriátrica não só é importante ao nível da qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento, como também em termos económicos para a sociedade no geral(49).

Um envelhecimento activo e saudável passa por maximizar a saúde do idoso, através do fortalecimento da capacidade de adaptação e de resposta do corpo face a novos desafios físicos e mentais, de forma

a manter uma vida autónoma, independente de terceiros, com qualidade, dignidade, motivação e sensação de auto-realização ao longo de todo o processo de envelhecimento fisiológico(4,9,17,50).

Vários estudos sugerem que estilos de vida saudáveis como a prática regular de exercício, uma dieta rica e equilibrada, o consumo moderado de álcool, um sono reparador e a ausência de hábitos tabágicos se relacionam com melhores resultados de saúde, tanto ao nível físico como psicológico. Hábitos de vida saudáveis constituem um factor protector contra o desenvolvimento de inúmeras patologias crónicas, que podem constituir uma limitação funcional para o idoso, nomeadamente a depressão, diabetes, eventos cardiovasculares, neoplasias e declínio cognitivo, permitindo que o idoso possa aproveitar a sua vida de uma forma mais autónoma, independente, com maior qualidade e com uma participação activa ao nível da sua comunidade(12,17,50,51).

Desta forma podemos destacar como factores potenciadores da longevidade e qualidade de vida nos idosos a prática de exercício físico regular, uma alimentação saudável e equilibrada, bons hábitos de sono, baixo ou nenhum consumo de álcool, não apresentar hábitos tabágicos e a manutenção de relações de suporte social e de convívio interpessoal sólidas e de qualidade.

Um sono reparador é fundamental para uma boa saúde física e mental, uma vez que potencia uma melhor recuperação física, permite uma melhor regulação humoral, diminui a susceptibilidade aos factores de stress e é importante para o processamento de informação, flexibilidade do raciocínio e para a capacidade de resolução de problemas, assegurando uma boa função cognitiva e diminuindo a incidência de depressão(19,49,51).

A nutrição é um factor com um grande impacto na qualidade de vida do idoso e a malnutrição é um problema muito comum nesta população, principalmente em relação a indivíduos que vivem sozinhos(2,52). Tem um papel importante no desenvolvimento da patologia depressiva uma vez que influencia a neurogénese, a plasticidade e função cerebral, os processos inflamatórios e oxidantes e a resposta ao stress(24). Um aporte adequado de nutrientes é indispensável para o bom funcionamento do cérebro(12). A acção antioxidante das frutas e de componentes do azeite virgem extra como o tirosol permite diminuir a inflamação sistémica, restaurar as defesas intracelulares contra o stress oxidativo e minimizar a lesão das células neuronais, contribuindo para a manutenção de uma boa função cognitiva(23). Outro exemplo é o folato presente nos vegetais verdes, que é necessário para o normal funcionamento do sistema nervoso central e participa na síntese e no metabolismo da serotonina, afectando por isso a neurotransmissão(12). Deste modo, uma dieta variada e equilibrada, rica em fruta, vegetais, leguminosas, gorduras saudáveis como o azeite e com uma quantidade moderada de carne e peixe, como por exemplo a mediterrânica, para além de melhorar a performance física do idoso, funciona como factor protector contra o desenvolvimento de patologias mentais incapacitantes, nomeadamente a depressão(2,23,51). Deve, por isso, ser incentivada a prática de hábitos alimentares saudáveis, alertando os idosos para os inúmeros benefícios que uma boa alimentação pode ter na sua saúde física e mental(24).

Outro aspecto muito comum na população idosa e que constitui um enorme factor de risco para a depressão geriátrica é a questão do isolamento social. O ser humano é um ser social, que tem necessidade de se relacionar com outros seres e é por isso mesmo que o isolamento social, a rejeição

e os sentimentos de solidão têm um papel crucial ao nível das patologias mentais e do declínio cognitivo, constituindo também um factor de risco para abuso de substâncias como o álcool e, em casos mais graves, pode levar ao suicídio do idoso(4,52). Está provado que ter um bom suporte social por parte de companheiros, familiares e amigos próximos faz com que o idoso se sinta querido, acarinhado e apoiado, o que contribui para uma visão mais positiva da vida e, conseqüentemente para a manutenção de uma boa saúde mental(9,16,25). Ao ter uma atitude mais positiva perante o envelhecimento o individuo fica mais motivado para cuidar da sua saúde, adoptar estilos de vida mais activos e saudáveis e tem uma percepção e uma perspectiva mais positivas acerca da sua saúde, o que potencia uma melhor adesão às terapêuticas. Assim, é importante evitar a exclusão social dos idosos promovendo actividades que potenciem o convívio interpessoal ao nível de clubes ou associações locais como igrejas, grupos corais ou centros de dia, e até mesmo ao nível familiar, salientando a importância do convívio familiar, como por exemplo os almoços ou jantares de família semanais(50,52). O trabalho voluntário também pode ser muito útil uma vez que ao mesmo tempo que proporciona oportunidade de convívio social, acaba por fazer com que o idoso sinta que ainda tem um papel importante ao nível da comunidade em que vive, o que contribui para um aumento da auto-estima e para sentimentos de auto-realização(9).

Outro aspecto muito importante na prevenção da depressão no idoso é a actividade física. A prática regular de exercício físico de intensidade moderada e adequado às capacidades e limitações do idoso é muito importante para a manutenção de uma boa condição física, mas também tem efeitos ao nível da saúde mental. Em termos físicos, a prática de exercício físico regular pelo idoso permite fortalecer a musculatura e melhorar o equilíbrio e a agilidade, contribuindo para a diminuição do risco de quedas e para a prevenção de patologias com potencial incapacitante como por exemplo as patologias cardiovasculares(3,12,16). Ao melhorar a imagem corporal contribui também para uma maior auto-estima, auto-confiança e percepção positiva acerca do envelhecimento, que se associam a resultados positivos em termos de saúde mental(12). Em termos psicológicos, ao estimular a libertação de endorfinas contribui para um humor mais positivo e optimista(12) e alguns autores defendem que o exercício pode ter um efeito protector do hipocampo ao estimular a neurogénese e que pode influenciar a actividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, modulando a resposta ao stress(51).

A actividade física pode também funcionar como uma distração, uma vez que é um momento lúdico em que o doente está concentrado em realizar uma série de exercícios de forma correcta e acaba por esquecer os problemas da vida diária, conferindo uma sensação de bem-estar geral(3,12). Por fim, trata-se de uma oportunidade de interacção e convívio social quando praticado em grupo e pode permitir um contacto com a natureza se realizado ao ar livre(19,43,48).

Deste modo, é fundamental educar e alertar os idosos para todos os benefícios que uma boa alimentação, um sono reparador, um suporte social sólido e a prática de exercício físico podem trazer para a sua saúde física e mental, permitindo que vivam uma vida autónoma, optimista e com qualidade, e não apenas uma vida mais longa, mas repleta de limitações.

Conclusão

Tem-se vindo a observar um aumento da proporção de idosos ao nível da população mundial e prevê-se que esta tendência continue a aumentar(20,24) ao longo dos próximos anos, devido aos avanços continuados ao nível da tecnologia e da saúde.

No entanto, este aumento da esperança média de vida ainda não está a ser acompanhado de forma eficiente por um aumento da qualidade dos anos vividos.

O idoso continua a ser encarado como um indivíduo que está a passar por uma fase de perdas continuadas, nomeadamente de função orgânica e cognitiva, de estatuto social e de relações interpessoais(16,53). É considerado um ser consumidor e que nada produz para a sociedade, sendo muitas vezes ignorado ou até marginalizado(16). Sentindo-se rejeitado, abandonado e isolado, tem maior probabilidade para desenvolver pensamentos negativos sobre si mesmo, como por exemplo sentir-se inútil, considerar-se um fardo para a sociedade e sentir uma desesperança profunda que potencia o risco de depressão.

A depressão constitui uma das patologias mentais mais comuns no idoso e associa-se a um aumento dos anos vividos com incapacidade(7–10). Vários estudos defendem que a depressão pode ter consequências terríveis na vida do idoso, nomeadamente o suicídio, e pode gerar prejuízos de função comparáveis aos produzidos por doenças cardíacas, pulmonares, osteoarticulares e metabólicas(15). Isto resulta numa diminuição drástica da qualidade de vida, aumenta a dependência de terceiros e a necessidade de recorrer a serviços de saúde e contribui para um aumento da morbilidade e mortalidade ao nível da população geriátrica(36,54). Infelizmente, apesar de muito prevalente, a depressão ainda é subdiagnosticada no idoso. Isto deve-se, em parte, ao médico que acaba por dar mais ênfase às queixas físicas do doente, mas também pelo facto do idoso ter vergonha e medo de falar sobre os seus sintomas psicológicos com receio de ser julgado, uma vez que continua a existir um estigma social muito grande em relação às patologias mentais(11,22,25). Outro problema grave relacionado com a depressão no idoso é o facto de frequentemente ser difícil de tratar. Há um grande risco de interações medicamentosas devido ao contexto de polimedicação típico do idoso, muitas vezes as terapêuticas são insuficientes em termos de melhoria da qualidade de vida e ainda há uma grande in experiência no tratamento antidepressivo ao nível desta faixa etária que se encontra muitas vezes a fazer uma dose insuficiente do fármaco(49). É neste contexto que surge a necessidade da prevenção.

É preciso mudar mentalidades e comportamentos. É necessário educar e informar a população acerca das patologias mentais de forma a desmistificá-las e promover uma procura de ajuda mais precoce(25). O envelhecimento tem de deixar de ser visto como um problema de saúde pública e passar a ser encarado como sendo mais uma etapa do ciclo natural da vida, na qual o doente tem oportunidade de maximizar a sua saúde e viver uma vida activa, autónoma, saudável e feliz, durante o maior período de tempo possível(4).

É essencial promover um modelo de envelhecimento activo e saudável, caracterizado por um equilíbrio físico e mental. Este é conseguido através de práticas saudáveis, nomeadamente uma boa

alimentação, hábitos de sono saudáveis, realização de actividades lúdicas e prazerosas, prática regular de exercício físico (idealmente em grupo e, quando possível, em contacto com a natureza), evitar comportamentos de risco como o abuso de substâncias e mantendo boas relações interpessoais que confiram um suporte social positivo. É importante criar iniciativas, ao nível local, que permitam que o idoso se mantenha activo, tenha um propósito, uma ocupação e que promovam o contacto social, não só entre pessoas idosas mas também a um nível inter-geracional, fazendo com que o idoso sinta que continua a fazer parte da comunidade, apesar do seu papel na mesma ter mudado. Desta maneira iremos ter idosos mais activos, independentes e mais satisfeitos, que não só viverão mais tempo como também viverão mais felizes.

Bibliografia

1. Sözeri-Varma G. Depression in the elderly: Clinical features and risk factors. *Aging Dis.* 2012;3(6):465–71.
2. Al-Rasheed R, Alrasheedi R, Al Johani R, Alrashidi H, Almaimany B, Alshalawi B, et al. Malnutrition in elderly and its relation to depression. *Int J Community Med Public Heal.* 2018;5(6):2156–60.
3. Carvalho J. Pode o exercício físico ser um bom medicamento para o envelhecimento saudável? *Acta Farm Port.* 2014;3(2):125–33.
4. Nunes AM. Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. *Rev Kairós Gerontol.* 2017;20(1):133–54.
5. Instituto Nacional de Estatística (Portugal). Esperança média de vida à idade x [Internet]. 2019. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004162&contexto=bd&selTab=tab2
6. Instituto Nacional de Estatística (Portugal). Anos de vida saudável aos 65 anos (Ano) por Sexo; Anual - INE, Inquérito às condições de vida e rendimento. [Internet]. 2016. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008049&contexto=bd&selTab=tab2
7. Sousa M, Nunes A, Guimarães AI, Cabrita JM, Cavadas LF, Alves NF. Depressão em idosos: Prevalência e factores associados. *Rev Port Clínica Geral.* 2010;26(4):284–391.
8. Jesulola E, Micalos P, Baguley IJ. Understanding the pathophysiology of depression: From monoamines to the neurogenesis hypothesis model - are we there yet? *Behav Brain Res* [Internet]. 2018;341(November 2017):79–90. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2017.12.025>
9. Maurício IL. O Envelhecimento Activo / Depressão em Pessoas Idosas – Que Intervenção nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal? *PsiLogos.* 2010;8:55–65.
10. Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatr Clin North Am.* 2011;34(2):469–87.
11. Bruce ML, Sirey JA. Integrated Care for Depression in Older Primary Care Patients. *Can J Psychiatry.* 2018;63(7):439–46.
12. Maher GM, Perry CP, Perry IJ, Harrington JM. Protective lifestyle behaviours and depression in middle-Aged Irish men and women: A secondary analysis. *Public Health Nutr.* 2016;19(16):2999–3006.
13. World Health Organization. Fact Sheets-Depression [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
14. Martins RM. A DEPRESSÃO NO IDOSO. *Millenium J Educ Technol Heal.* 2008;n34(13):119–23.
15. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: A

- systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2003;160(6):1147–56.
16. Garcia A, Passos A, Campo AT, Pinheiro E, Barroso F, Coutinho G, et al. A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciências&Cognição*. 2006;07:111–21.
 17. Chen PL, Tsai YL, Lin MH, Wang J. Gender differences in health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly. *J Women Aging [Internet]*. 2018;30(3):259–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/08952841.2017.1301170>
 18. Guimarães L de A, Brito TA, Pithon KR, de Jesus CS, Souto CS, Souza SJN, et al. Depressive symptoms and associated factors in elderly long-term care residents. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(9):3275–82.
 19. Vance DE, Marson DC, Triebel KL, Ball K, Wadley VG, Humphrey SC. Physical Activity and Cognitive Function in Older Adults: Mediating Effect of Depressive Symptoms. *J Neurosci Nurssing*. 2016;48(4):1–18.
 20. Zeppegno P, Gattoni E, Mastrangelo M, Gramaglia C, Sarchiapone M. Psychosocial suicide prevention interventions in the elderly: A mini-review of the literature. *Front Psychol*. 2019;9(JAN):1–7.
 21. Salgueiro ND. Determinantes Psico-sociais da Depressão no Idoso. *NURSSING - Edição Port*. 2007;222:7–11.
 22. Wiese, Bonnie (MD M/ F. Geriatric Depression: The use of antidepressants in the elderly. *BC Med J*. 2011;53(September):317–39.
 23. Pagliai G, Sofi F, Vannetti F, Caiani S, Pasquini G, Molino Lova R, et al. Mediterranean Diet, Food Consumption and Risk of Late-Life Depression: The Mugello Study. *J Nutr Heal Aging*. 2018;22(5):569–74.
 24. Gomes AP, Oliveira Bierhals I, Gonçalves Soares AL, Hellwig N, Tomasi E, Formoso Assunção MC, et al. Interrelationship between Diet Quality and Depressive Symptoms in Elderly. *J Nutr Heal Aging*. 2018;22(3):387–92.
 25. Polacsek M, Boardman GH, McCann T V. Help-seeking experiences of older adults with a diagnosis of moderate depression. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28(1):278–87.
 26. Gonçalves MJM, Cardoso MP, Santos SO, Khouri AG. INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA: UMA OPÇÃO SEGURA NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO EM IDOSOS. *Ref em Saúde Fac Estácio Sá - Goiais*. 2019;2(1):126–34.
 27. Liguori I, Russo G, Curcio F, Sasso G, Della-Morte D, Gargiulo G, et al. Depression and chronic heart failure in the elderly: An intriguing relationship. *J Geriatr Cardiol*. 2018;15(6):451–9.
 28. Teixeira Veríssimo M. *Geriatría fundamental*. Editora LIDEL; 2014.
 29. Veltman EM, Lamers F, Comijs HC, de Waal MWM, Stek ML, van der Mast RC, et al. Depressive subtypes in an elderly cohort identified using latent class analysis. *J Affect Disord [Internet]*. 2017;218(March):123–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.059>
 30. Hegeman AJM, Kok RM, Van Der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: Meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2012;200(4):275–81.
 31. Saraiva CB, Cerejeira J. *Psiquiatria Fundamental*. Editora LIDEL; 2014. 205–222 p.

32. Santos JF. A Influência da Serotonina na Fisiologia da Depressão. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; 2016.(Tese de Mestrado)
33. Charlton RA, Lamar M, Zhang A, Ren X, Ajilore O, Pandey GN, et al. Associations between pro-inflammatory cytokines, learning, and memory in late-life depression and healthy aging. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33(1):104–12.
34. Nascimento-Castro CDP, Gil-Mohapel J, S. Brocardo P. Exercício Físico e Neuroplasticidade Hipocampal: Revisão De Literatura. *VITTALLE - Rev Ciências da Saúde*. 2017;29(2):57–78.
35. Lage JT. Neurobiologia da Depressão. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2010.(Tese de Mestrado)
36. Huang V, Peck K, Mallya S, Lupien SJ, Fiocco AJ. Subjective Sleep Quality as a Possible Mediator in the Relationship between Personality Traits and Depressive Symptoms in Middle-Aged Adults. *PLoS One*. 2016;11(6):e0157238.
37. Carneiro JP, Cabral H. A linha tênue entre a demência e depressão no idoso: relato de caso. *Rev Port Clínica Geral [Internet]*. 2016;32(2):118–224. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732016000200006&lng=pt.
38. Association AP. DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 5th ed. 2014. 190–199 p.
39. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*. 1988;23(3):271–84.
40. Gartlehner G, Wagner G, Matyas N, Titscher V, Greimel J, Lux L, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: Review of systematic reviews. *BMJ Open*. 2017;7(6):1–13.
41. Frank C. Pharmacologic treatment of depression in the elderly. *Le Médecin Fam Can*. 2014;60:121–5.
42. Avasthi A, Grover S. Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly. *Indian J Psychiatry*. 2018;60(3):341–62.
43. Schuch FB, Vancampfort D, Rosenbaum S, Richards J, Ward PB, Veronese N, et al. Exercise for depression in older adults: A meta-analysis of randomized controlled trials adjusting for publication bias. *Rev Bras Psiquiatr*. 2016;38(3):247–54.
44. Aguiar CC, Castro TR, Carvalho AF, Vale OC, Sousa FC, Vasconcelos SM. DROGAS ANTIDEPRESSIVAS. *Acta Med Port*. 2011;24:091–8.
45. Mulsant BH, Blumberger DM, Ismail Z, Rabheru K, Rapoport MJ. A systematic approach to the pharmacotherapy of geriatric major depression. *Clin Geriatr Med*. 2014;30(3):517–34.
46. Tanaka M, Kusaga M, Nyamathi AM, Tanaka K. Effects of Brief Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Improving Depression Among Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Controlled Comparative Study. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2019;16(1):78–86.
47. Holvast F, Massoudi B, Oude Voshaar RC, Verhaak PFM. Non-pharmacological treatment for depressed older patients in primary care: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*.

- 2017;12(9):1–20.
48. Watts AS, Mortby ME, Burns JM. Depressive symptoms as a barrier to engagement in physical activity in older adults with and without Alzheimer’s disease. *PLoS One*. 2018;13(12):1–10.
 49. Reynolds III CF, Cuijpers P, Patel V, Cohen A, Dias A, Okereke OI, et al. Early Intervention to Reduce the Global health and Economic Burden of Major Depression in Older Adults. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2012;33:123–35. Available from: <http://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/1989/10/21/tienanmen-un-ricordo-proibito.html>
 50. Bárrios MJ, Fernandes AA. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Rev Port Saúde Pública*. 2014;32(2):188–96.
 51. Furihata R, Konno C, Suzuki M, Takahashi S, Kaneita Y, Ohida T, et al. Unhealthy lifestyle factors and depressive symptoms: A Japanese general adult population survey. *J Affect Disord* [Internet]. 2018;234(February):156–61. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.093>
 52. Kwak Y, Kim Y. Association between mental health and meal patterns among elderly Koreans. *Geriatr Gerontol Int*. 2018;18(1):161–8.
 53. Jeste D V., Savla GN, Thompson WK, Vahia I V., Glorioso DK, Martin AS, et al. Association between older age and more successful aging: Critical role of resilience and depression. *Am J Psychiatry*. 2013;170(2):188–96.
 54. Zheng F, Zhong B, Song X, Xie W. Persistent depressive symptoms and cognitive decline in older adults. *Br J Psychiatry*. 2018;213(5):638–44.