

Depressão no Idoso

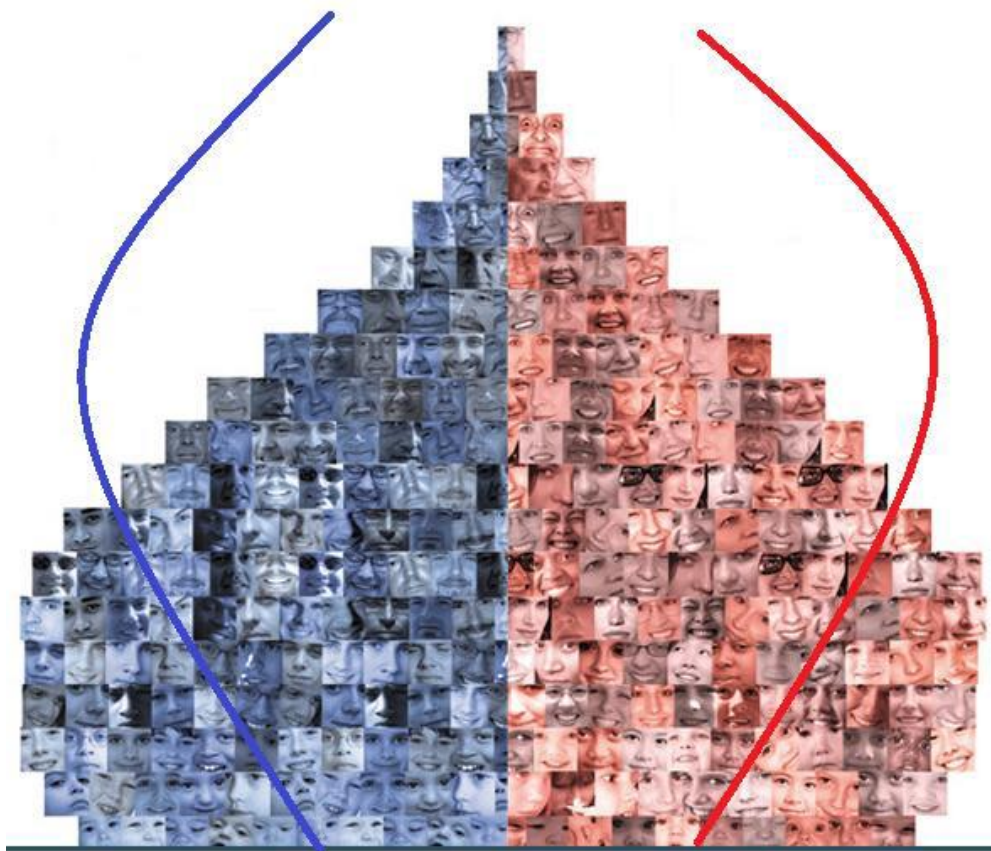
Gisele A. C. Garofalo

Psicóloga Clínica e Hospitalar InCor/HC-FMUSP

Residência Multiprofissional e Especialização em Gerontologia Hospital
Israelita Albert Einstein

Mestranda em Ciências UNIFESP

Envelhecimento Populacional



Idosos População Brasil

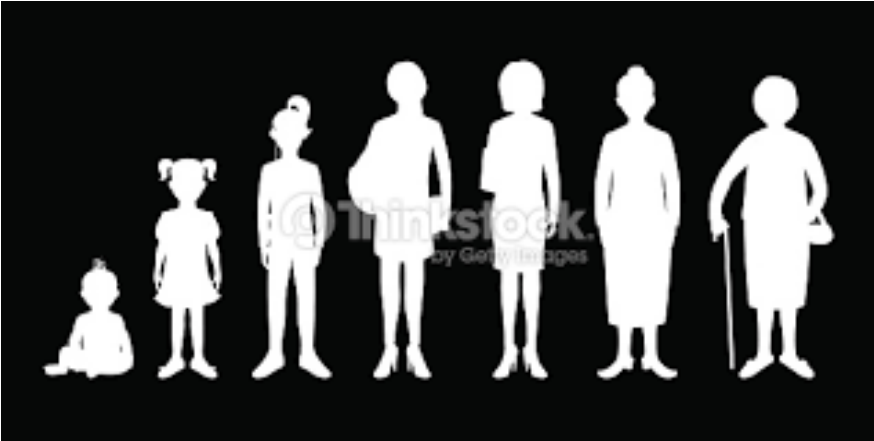
3 milhões

14 milhões

32 milhões

(IBGE, 2009)

Envelhecimento



- É um processo dinâmico e progressivo.
- Modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente
- Maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos

Camargo et al, 2006;

Envelhecimento

Senescência

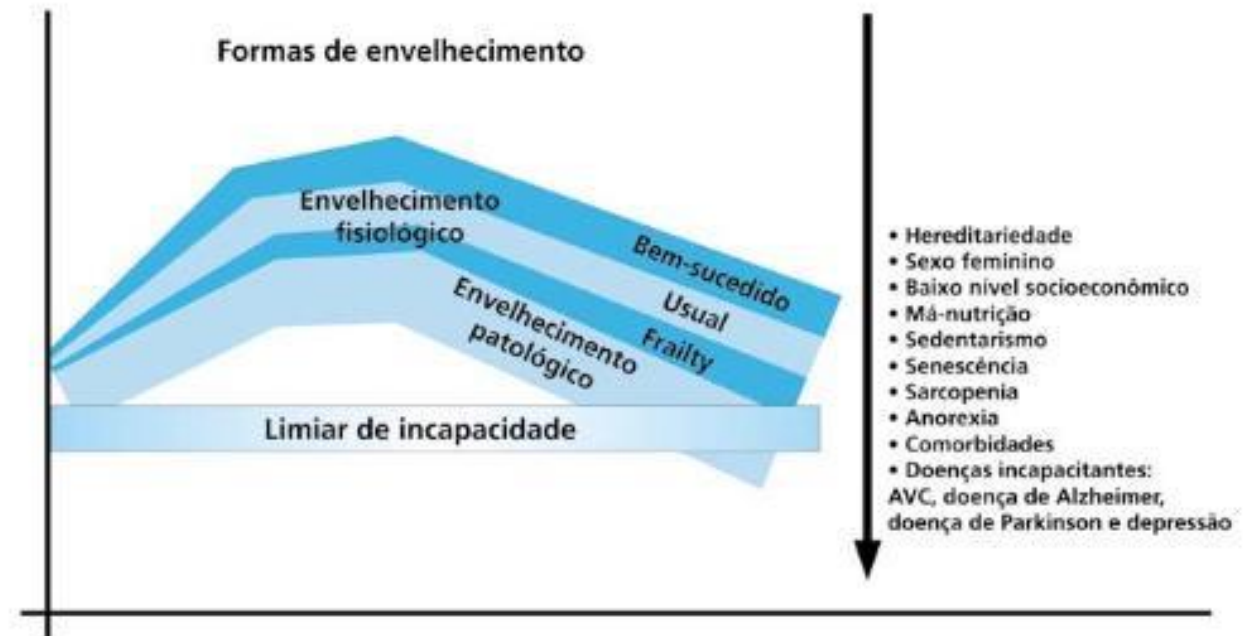
≠

Senilidade

- Alterações próprias do envelhecimento
- Diminuição da reserva funcional
- Diminuição da capacidade de manter homeostase

- Envelhecimento Patológico

Camargo et al, 2006;



Alterações do Envelhecimento

Aspectos Físicos

- Necessidade de aprender a conviver com as limitações

Aspectos Sociais

- Mudanças de papéis – família, trabalho e sociedade
- Falta de papel social - crise de identidade
- Aposentadoria
- Perdas diversas - \$, decisão, independência, autonomia, parentes e amigos
- Diminuição de contatos sociais – distancia, \$, dependência, tempo, violência

Alterações do Envelhecimento

Aspectos Psicológicos

- Dificuldade a se adaptar a novos papéis
- Dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas, que tem efeito dramático nos idosos
- Necessidade de trabalhar perdas orgânicas, afetivas e sociais
- Baixa auto-imagem e baixa auto-estima
- Falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro
- Confrontação com a sua própria finitude
- Aposentadoria
- Alterações psíquicas que exigem tratamento

(Fechine & Trompieri, 2015)

Depressão - Síndrome Geriátrica

- A depressão é uma doença que afeta o humor, a disposição e os sentimentos.
- Prevalência alta.
- Várias formas clínicas.
- Predisposição genética.
- Intensidade variável.
- Exógena ou endógena ou Psicogênica?

(Canale & Furlan, 2013)

Diagnóstico de Depressão

Sentimentos	Sintomas Físicos	Pensamento
Tristeza	Alteração no apetite	Falta de concentração
Angústia	Alteração no sono	Falta de memória
Desprazer	Diminuição da libido	Pessimismo
Ansiedade	Falta de energia	Desesperança
Apatia	Falta de iniciativa	Ideias de culpa /morte
Desvalia	Quadros dolorosos	Baixa autoestima

(Canale & Furlan, 2013)

Sinais e Sintomas Depressão- Idosos

- Alterações do sono e do apetite
- Dores pelo corpo e outras somatizações
- Dificuldade de concentração, memória e raciocínio
- Pensamentos de culpa, morte, fracasso, medo e outros pensamentos negativos.

(Grinberg, 2006)

Principais Categorias – Depressão Idoso

Depressão Melancólica

(acentuado retardo psicomotor, qualidade distinta do humor e insônia terminal);

Transtorno Misto De Ansiedade E Depressão

(justifica-se este diagnóstico quando os sintomas de ansiedade e depressão estão presentes, porém não são suficientes para preencher o diagnóstico de "transtorno de ansiedade" ou "transtorno depressivo")

Distímia

(humor deprimido na maior parte do dia, por, no mínimo dois anos, segundo os critérios do DSM-IV)

Depressão Bipolar

(depressões recorrentes + história de episódios de mania ou hipomania devem, via de regra, ser tratadas primeiro com um estabilizador do humor e, só então, com um antidepressivo)

Depressão Atípica

(hipersensibilidade à rejeição, sensação acentuada de fadiga e "peso" nos membros, hipersônia e hiperfagia)

Ciclotímia

(alternância entre sintomas de depressão e hipomania, com duração de pelo menos dois anos, cuja intensidade não caracteriza um episódio depressivo nem um episódio hipomaníaco)

Depressão no Idoso

- Cerca de 30% da população idosa apresenta algum tipo de transtorno mental
- Depressão e demências são os problemas mentais mais prevalentes
- Impacto no cuidador
- Escalas de apoio diagnóstico: GDS E BDI

(Grinberg, 2006)

Depressão no Idoso

- Importante investigação ativa
- Cuidado com apresentação diferente – queixas somáticas
- Elevada frequência de sintomas somáticos pode confundir ou sobrepor a doenças preexistentes
- Falta de reconhecimento dos sintomas depressivos pelo próprio paciente, atribuindo apenas a doença clínicas
- Preconceito “velho só reclama”

(Grinberg, 2006)

Depressão no idoso

- Sintomas atípicos
- Diagnóstico difícil
- Principais sinais: dor moral e lentificação ideomotora
- As “máscaras” da depressão

(Grinberg, 2006)

CAUSAS DA DEPRESSÃO DEPOIS DOS 60 ANOS

Doenças físicas dolorosas e/ou incapacitantes

Atrofia progressiva do cérebro

Perda neuronal e diminuição de neurotransmissores

Alterações vasculares

Situações de luto

Limitações físicas

Diminuição de renda e mudança no papel social

Falta de suporte familiar/
Isolamento social

SINTOMAS

- > Tristeza
- > Perda de interesse pelas atividades rotineiras
- > Mudança no apetite (perda ou excesso)
- > Queixas de dores sem uma causa física
- > Distúrbios do sono
- > Ganho ou perda de peso

Demência

Sempre há perda cognitiva real, comprovada por exames. Pode ser acompanhada de sintomas de depressão

X

Depressão

Nem sempre há perda cognitiva. A pessoa pode se queixar de falhas de memória, mas não ser comprovado por exames

Máscaras da Depressão

- Distúrbios cognitivos (pseudo-demência)
- Ansiedade (agitação, insônia)
- Queixas somáticas
- Delírios de prejuízo
- Atitude regressiva

(Grinberg, 2006)

Depressão Secundária

- AVC
- Demência
- Doença de Parkinson
- Distúrbio Tireoideano
- Vasculites
- Coronariopatias e ICC
- Câncer
- Dor crônica

(Grinberg, 2006)

Depressão Secundária

- Indometacina, Opióides
- Sulfonamida, Etambutol
- Digital, Clonidina, Metildopa, Reserpina, Hidralazina, Metoprolol, Propranolol, Indapamida, Prazosin, Procainamida
- Álcool, Anfetaminas
- Barbitúricos, Benzodiazepínicos, Haloperidol, Fenotiazídicos, L-Dopa
- Corticosteróides, Cimetidina
- Agentes antineoplásicos

(Grinberg, 2006)

Transtorno Bipolar no idoso

- Baixa prevalência
- Formas clínicas: tipo I, tipo II, ciclotimia, hipomania.
- Desorientação, idéias delirantes, distúrbio cognitivo reversível
- Diagnóstico difícil
- Tratamento
 - No quadro agudo
 - Profilaxia das recidivas
- Mortalidade maior

(Asquidamini & Cataldo Neto, 2011)

Tratamento Farmacológico

- Longa duração
- Efeitos colaterais precoces
- Efeito terapêutico tardio
- Resposta muito individual

(Canale & Furlan, 2013)

Tratamiento Farmacológico

- ISRS
- Mianserina/ Mirtazapina
- Trazodona
- Tricíclicos
- Tianeptina
- Bupropiona
- Venlafaxina

(Canale & Furlan, 2013)

Tratamento Não Farmacológico

- Psicoterapia
- Suporte familiar
- Terapia ocupacional
- Atividades físicas
- Religião/Religiosidade
- Nos casos graves, com risco de morte: eletroconvulsoterapia

(Canale & Furlan, 2013)

Apatia

- “Ausência ou falta de sentimento, emoções, interesse ou preocupações”
- Muitas vezes associada à disfunção frontal, ou lesões vasculares na região posterior da cápsula interna.
- Existe grande prevalência de depressão pós-AVC...
- “depressão vascular”

(Minayo & Cavalcante, 2010)

Suicídio

- 3 vezes mais comuns > 65 anos
- Incidência aumenta com a idade
- Cuidado com a desinibição no início do tratamento.

(Minayo & Cavalcante, 2010)

Prognóstico

- Geralmente bom
- Recidivas frequentes
- Necessidade de acompanhamento clínico regular.

Caso

Clínico

- Trata-se do paciente A., 66 anos, sexo masculino, casado, engenheiro aposentado. O paciente foi encaminhado para o nosso serviço com história de depressão há 2 anos, sem melhora clínica com o tratamento antidepressivo com imipramina 25mg, 2 vezes ao dia e fluoxetina, 20mg, 2 vezes ao dia.
- Segundo o paciente, desde a aposentadoria, há cerca de 2 anos, apresentava-se desanimado, sem interesse em participar de qualquer atividade laborativa ou lúdica, perda de libido e tendendo a isolar-se socialmente. Negava, contudo, sentimentos de tristeza, idéias negativistas ou de morte. Mesmo com os tratamentos antidepressivos empregados, negava melhora clínica. Segundo a esposa, além desses sintomas, A. passou a exibir comportamento desinibido em ambiente social, marcado principalmente por jocosidade dirigida mesmo a pessoas não-familiares. Isso freqüentemente gerava situações constrangedoras, que A. não reconhecia como tal, representando uma significativa mudança da personalidade do paciente, que sempre fora discreto e tímido. A. também modificou os hábitos alimentares, aumentando o consumo de água e preferindo alimentos adocicados. Repetidamente, empregava palavras e gestos estereotipados, como ficar batendo os dedos na mesa. A história médica pregressa e a história familiar do paciente não eram relevantes.

Caso Clínico

- O exame clínico-neurológico não evidenciou sinais neurológicos focais, sendo que, no teste de triagem cognitiva – o Mini-Exame do Estado Mental⁴⁰ -, A. executou adequadamente todas as tarefas, pontuando o escore total. Desempenhou corretamente também o teste do relógio. O paciente desenvolvia invariavelmente um discurso prolixo, mas com idéias lógicas, tendendo a minimizar as alterações comportamentais referidas pela esposa. Algumas vezes, mostrava-se mais desinibido, ironizando sua condição. De nota, A. sempre trazia consigo um copo plástico com água, que freqüentemente levava à boca, justificando que “tinha muita sede”.
- Os exames de triagem clínicos, hematológicos, bioquímicos e sorológicos demonstraram hipertensão leve, tratada com beta-bloqueador. Os demais dados não foram considerados relevantes. A testagem neuropsicológica, incluindo avaliações de inteligência geral, linguagem, memória, habilidades visuo-construtivas e funções executivas, mostrou desempenho fraco do paciente apenas em relação a funções executivas e na tarefa de tomada de decisões. A ressonância magnética do encéfalo evidenciou hipotrofia dos lobos frontais e temporais bilateralmente. SPECT revelou hipoperfusão fronto-temporal.

Caso Clínico

- O caso relatado foi diagnosticado com Depressão Fronto-temporal, em que sintomas de apatia e retração social podem sugerir, inicialmente, uma síndrome depressiva. Entretanto, a presença de alterações marcantes da personalidade – no caso, sob a forma de desinibição -, associada à falta de crítica, indica inequivocamente processo demencial. A ocorrência de comportamentos estereotipados e hiperoralidade reforça a hipótese de comprometimento fronto-temporal. O Mini-Exame do Estado Mental e o teste do relógio não são capazes de identificar precocemente os casos de DFT. Nesse sentido, foi realizada avaliação neuropsicológica pormenorizada, que mostrou prejuízo em testes de avaliação das funções dos lobos frontais, principalmente das regiões órbito-frontal (tomada de decisões) e dorso-lateral (disfunção executiva), e preservação das demais funções cognitivas. Os exames de neuroimagem corroboraram o diagnóstico de DFT ao demonstrarem comprometimento fronto-temporal. Em relação à terapêutica, o emprego de diferentes antidepressivos, incluindo os inibidores seletivos da recaptação de serotonina, não foi eficaz no controle dos sintomas de apatia ou desinibição exibidos pelo paciente, salientando a dificuldade de abordagem farmacológica na DFT.
- **Algum tempo depois, através de novos exames clínicos e radiológicos, foi diagnosticado princípio de demência associada à doença de Alzheimer.**

Referências

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Indicadores sócio-demográficos e de saúde no Brasil. Estudos & Pesquisas – Informação demográfica e socioeconômica [periódico na Internet] 2009 [acesso em 02/01/2010]; 25:152. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf
- Camargo CHP, Gil G, Moreno MDPQ. Envelhecimento “normal” e cognição. In: Bottino CMC, Laks J, Blay SL. Demência e transtornos cognitivos em idosos. 1 ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan; 2006. 13-20.
- Fachine, B. R. A., & Trompieri, N. (2015). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 1(20).
- Grinberg, L. P. (2006). Depressão em idosos: desafios no diagnóstico e tratamento. *RBM Rev Bras Med*, 63(7), 317-30.
- Asquidamini, F., & Cataldo Neto, A. (2011). Transtorno bipolar no idoso. *Acta méd.(Porto Alegre)*, 32, 524-532.
- Canale, A., & Furlan, M. M. D. P. (2013). Depressão. *Arquivos do Museu Dinâmico Interdisciplinar*, 11(1), 23-31.
- Minayo, M. C. D. S., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura.



Contato:

giseleaoc@hotmail.com

Obrigada!