
Revisão

A depressão e o processo de envelhecimento

The depression and the aging process

Aline Garcia^{a,✉}, Aline Passos^a, Anna Thereza Campo^a, Elaine Pinheiro^a, Fellipe Barroso^a, Gabriel Coutinho^a, Luiz Fernando Mesquita^a, Mariana Alves^a e Alfred Sholl-Franco^{b,✉}

^aInstituto de Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; ^bPrograma de Neurobiologia, Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho (IBCCF), Centro de Ciências da Saúde, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo

O objetivo do presente artigo é mostrar as características dos transtornos depressivos na terceira idade, a partir de uma visão psiconeuroendocrinológica. Inicia-se com a descrição e análise das limitações físicas ocorridas durante o processo de envelhecimento, assim como das possíveis influências do estilo de vida nesse contexto. Apresentam-se as principais alterações endócrinas no processo de senescência e os aspectos gerais da depressão e sua significância clínica na terceira idade. É nesse contexto que se verifica a contribuição da neuropsicologia para o estabelecimento de um diagnóstico preciso e fundamental para o direcionamento terapêutico e a obtenção de intervenções psicossociais eficientes no tratamento da depressão em idosos. © Ciências & Cognição 2006; Vol. 07: 111-121.

Palavras-chave: psiconeuroendocrinologia; envelhecimento; depressão; demência; memória.

Abstract

The aim of this article is to shown the characteristics of the depressive disorders presents in the elderly, with a psychoneuroendocrinological approach. First of all, it is described the physical disabilities that come with aging, as well as the possible influence of live stile. The most frequently endocrines alterations related to aging are presented in addition to the general aspects of depression and its significance in the third-age clinic. In the context is checked the neuropsychological contributions to establish a specific diagnostic, to employ a precise therapeutic approach and to obtain effective psychosocial interventions for depression in elderly. © Ciências & Cognição 2006; Vol. 07: 111-121.

Keywords: psychoneuroendocrinology; aging; depression; dementia; memory.

✉ – A. Garcia é Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail para correspondência: alinegarcia-psic@hotmail.com. A. Sholl-Franco é Biólogo (FAMATH), Especialista em Neurobiologia (UFF), Mestre e Doutor em Ciências (UFRJ). Atua como Professor no Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho (IBCCF – UFRJ) e Coordenador do Núcleo de Neurociências e Ciências da Saúde do Instituto de Ciências Cognitivas (ICC) e Orientou este trabalho. Endereço para contato: Sala G2-032, Bloco G – CCS, Programa de Neurobiologia – IBCCF- UFRJ, Av. Brigadeiro Trompowski S/N – Cidade Universitária, Ilha do Fundão, Rio de Janeiro, RJ 21.941-590, Brasil. Telefone: +55 (21) 2562-6562. E-mail: asholl@biof.ufrj.br.

1. Introdução

Depressão e transtornos mentais associados são temas abordados desde a Antigüidade. Datam de 2600 a.C os primeiros documentos que abordavam esses temas. Entretanto, foi a partir dos estudos de Hipócrates (460-370 a.C.) e de seus discípulos que surgiu o conceito de “melancolia”. Interessante ressaltar que juntamente com este conceito, surgiu o primeiro critério diagnóstico para a condição, que propunha: “se a tristeza persiste, então é melancolia” (Stefanis e Stefanis, 2005).

O termo manteve-se como o único especificador de morbidade do humor até o fim do século XIX, quando Kraepelin propôs o conceito de “depressão maníaca”, objetivando diferenciar nosologicamente os transtornos do humor da esquizofrenia – sendo esta última até então denominada de demência precoce (Stefanis e Stefanis, 2005). Foi com o advento da 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) da Associação Americana de Psiquiatria (APA), em 1980, que se introduziram os novos critérios diagnósticos, caracterizados por definições descritivas e neutras. Tais mudanças contribuíram para o aumento da confiabilidade diagnóstica e o avanço do estudo empírico dos transtornos mentais (APA, 1994).

O supracitado manual encontra-se atualmente em sua 4ª edição, e a classificação atual inclui o Transtorno Depressivo Maior dentro da classe de Transtornos de Humor. Esta classe engloba o Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação, além dos Transtornos Bipolares e outros Transtornos do Humor.

A preocupação em estabelecer critérios para diagnosticar os transtornos mentais vem favorecendo e fortalecendo pesquisas epidemiológicas, nas quais observa-se que a depressão é uma síndrome bastante freqüente e pode causar diversos impactos na vida do indivíduo, incluindo sofrimento e prejuízos ao desempenho social. Estudos internacionais apontam a depressão como um

dos principais fatores associados à ideação suicida (Botega *et al.*, 2005). Segundo levantamento feito pela DSM-IV, a partir de amostras comunitárias, o risco para Transtorno Depressivo Maior durante a vida varia de 10 a 25% para mulheres e de 5 a 12% para os homens, e os achados em diferentes amostras sugerem não haver relação dos índices encontrados com etnia, educação, rendimentos ou estado civil (APA, 1994).

Segundo Fleck e colaboradores (2003) a depressão é sub-diagnosticada e sub-tratada. Observa-se que o diagnóstico de transtorno depressivo em idosos demanda maior cautela, uma vez que as queixas somáticas são freqüentes no próprio processo de envelhecimento normal, sendo que nos idosos deprimidos essas queixas são exacerbadas associadas a alto índice de ansiedade (Trentini *et al.*, 2005; Samuels *et al.*, 2004). No entanto, esse quadro se apresenta de forma atípica, pois os sintomas depressivos não são tão aparentes como na depressão em adultos (Samuels *et al.*, 2004). É importante ressaltar as semelhanças nas sintomatologias de demência e depressão senil, aumentando ainda mais a dificuldade em precisar os diagnósticos. Agravando esse quadro, observa-se freqüente coexistência de demência e depressão senil (Chiu *et al.*, 2005; Samuels *et al.*, 2004; Zubenko *et al.*, 2003). Além dessa constatação, Zubenko e colaboradores (2003: 857) afirmam que “a Doença de Alzheimer é a causa mais comum de depressão em idosos”.

Como se pode observar, há grande interesse no tema por parte das ciências gerontológicas, portanto, o presente trabalho tem como objetivo identificar e analisar características dos transtornos depressivos na terceira idade, a partir de uma visão psiconeuroendocrinológica. Serão também analisadas as relações e as influências das alterações endocrinológicas, assim como de estilo de vida, sintomas somáticos e cognitivos na depressão senil.

2. Fragilidade física e o envelhecimento

Durante a vida adulta, todas as funções fisiológicas gradualmente declinam. A capacidade de síntese de proteínas diminui, existe um declínio nas funções imunológicas, aumento da massa gorda, perda de força e massa muscular e uma diminuição da densidade de cálcio nos ossos (Jacob e Souza, 1994). A maioria dos que alcançam idade avançada irá morrer de problemas cardiovasculares, arteriosclerose, câncer ou demência, mas com o aumento do número de idosos saudáveis, a perda da força muscular é um fator que limita as chances de viver uma vida independente (revisado por Pereira *et al.*, 2004).

A deficiência da idade é caracterizada por uma fraqueza generalizada, mobilidade e equilíbrio debilitados. Na idade avançada, esse estado é chamado de fragilidade física, que é definido como "*um estado de reservas fisiológicas reduzidas associado a um aumento da susceptibilidade para a incapacidade*" (Jacob e Souza, 1994). Isso ocasiona quedas, fraturas, debilidade nas atividades do dia-a-dia e perda da independência (revisado por Pereira *et al.*, 2004; Bulcão *et al.*, 2004).

A perda da força muscular é um fator importante no processo de fragilidade. Tal fraqueza pode ser causada pelo envelhecimento das fibras musculares e suas enervações, osteoartrite e doenças debilitantes em geral. Contudo, um estilo de vida sedentário e a diminuição da atividade física também são determinantes (Jacob e Souza, 1994). Entretanto, parte do processo de envelhecimento, em ambos os sexos, que afeta a composição corporal (perda do tamanho e força muscular, perda óssea, e acréscimo de massa gorda) também está relacionado com mudanças no sistema endócrino gonadal e extra-gonadal (Molle *et al.*, 2004; Bulcão *et al.*, 2004).

No processo de envelhecimento diversas modificações fisiológicas podem ser observadas, comprometendo a manutenção do equilíbrio homeostático, gerando gradual declínio das funções fisiológicas (Jacob e Souza, 1994). A principal característica dessas mudanças seria a queda progressiva da

reserva funcional. O envelhecer, sob um ponto de vista fisiológico, depende significativamente do estilo de vida que a pessoa assume desde a infância ou adolescência, tais como fumar cigarros, praticar regularmente exercícios físicos ou esportes, ingerir alimentos saudáveis, tipo de atividade ocupacional, etc. O estilo de vida adotado por uma pessoa desde jovem, como alimentação, práticas esportivas e ocupação, influenciarão de forma significativa o seu envelhecimento fisiológico (Bulcão *et al.*, 2004; Leite, 1990). Hoje, sabe-se que o processo de envelhecimento não é uniforme. O organismo envelhece como um todo, enquanto que seus órgãos, tecidos, células e estruturas subcelulares têm envelhecimentos diferenciados, parecendo este fenômeno ser determinado, basicamente, pela hereditariedade. Atualmente, sabe-se que o processo de envelhecimento ocorre de forma diferenciada, pois apesar de o organismo envelhecer como um todo, suas estruturas (órgãos, tecidos, células) envelhecem diferenciadamente. Este fato, aparentemente, é determinado pela hereditariedade (Weineck, 1991).

3. As alterações neuroendocrinológicas durante o envelhecimento

Durante o envelhecimento vários processos fisiológicos se modificam. Por exemplo, no sistema nervoso central, ocorre uma diminuição do seu volume total (perda de neurônios e outras substâncias) e as fibras nervosas perdem a sua mielina - responsável pela velocidade de condução do estímulo nervoso (Straub *et al.*, 2001; Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

As funções intelectuais também se alteram, como por exemplo: dificuldade nos processos de aprendizagem e de memorização, o que provavelmente está relacionado com as alterações químicas, neurológicas e circulatórias que afetam a função cerebral; diminuição da eficácia da oxigenação e nutrição celular e diminuição na aprendizagem associada às deficiências nas sinapses e na disponibilidade de determinados neurotransmissores. As alterações químicas,

neuroológicas e circulatórias que afetam a função cerebral estão relacionadas à perda da função intelectual (Braver e Brach, 2002). Por conseguinte, há uma assimilação mais lenta de conhecimento, refletindo significativamente na formação de memória de curto prazo (imediate) apesar da conservação da memória de longo prazo (fixação); dificuldade na organização e utilização das informações armazenadas e diminuição da memória visual e auditiva de curto prazo (Braver e Brach, 2002; Berger e Mailloux-Poirier, 1995). Entretanto, em relação à inteligência, não se pode afirmar que haja declínio acentuado com o avançar da idade, o que ocorre é a associação de fatores relacionados ao estresse no idoso (fadiga mental, desinteresse, diminuição da atenção e concentração); fatores estes que geralmente estão associadas ao declínio da inteligência (revisado por Pereira *et al.*, 2004).

Tem sido relatada também a existência de uma ligeira perda nas aptidões psicomotoras, em especial naquelas relacionadas à coordenação, à agilidade mental e aos sentidos (visão e audição), levando os idosos a um desempenho menos satisfatório quando submetidos a alguns testes que exigem rapidez de execução ou longa duração (Braver e Brach, 2002; Berger e Mailloux-Poirier, 1995). Além disso, ocorre uma diminuição na velocidade dos reflexos e da execução de gestos e um aumento do tempo de reação devido à diminuição da resposta motora a um estímulo sensorial (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). Outro aspecto importante a se relacionar envolve as mudanças no sono e na vigília: diminuição do número de horas de sono requeridas, diminuição de 50 % do sono do tipo REM (diretamente relacionado aos períodos de sonhos de um indivíduo), maior facilidade em acordar e maior dificuldade em adormecer (Braver e Brach, 2002; Ruiperez e Llorente, 1998).

A maioria dos idosos enfrentam alguma dificuldade em relação à glicose, mas quase a metade deles não conhece seu diagnóstico. Isto representa um grande risco, principalmente com complicações vasculares.

A dificuldade é representada por uma diminuição da secreção de insulina pelas células e por mudanças nos receptores e pós-receptores deste mesmo hormônio. Estes feitos ainda são agravados pelo sedentarismo e pela má alimentação no dia-a-dia.

Homens e mulheres apresentam diferenças também no que tange ao envelhecimento (revisado por Molle *et al.*, 2004; Bulcão *et al.*, 2004). Nos primeiros, as mudanças no eixo hipotálamo-hipófise-gonadal são lentos e sutis. A “insuficiência androgênica parcial do homem”, ou PADAM, é caracterizada pelo declínio do estímulo gonadotrófico, do número de células de Leydig e sua capacidade de secreção. Já nas mulheres a mudança é mais rápida e dramática. Alguns especialistas acreditam que mudanças na glândula hipofisária e no SNC relacionadas à idade iniciam a menopausa. Outros enxergam-na como a exaustão dos folículos ovarianos. A adrenopausa ocorre em ambos os sexos, como resultado da diminuição da dehidroepiandrosterona (DHEA) e o seu sulfato (DHEAS). A decadência deste divide espaço com a manutenção dos níveis de plasma cortisol. Deve ser causado pela diminuição do número de zonas funcionais nas células reticulares do córtex adrenal, regulada pelo hipotálamo.

O eixo do hormônio do crescimento também apresenta declínio de atividade em ambos os sexos, com queda progressiva dos níveis de circulação do IGH-I. A atenuação do marcapasso que mantém a frequência batimentos cardíacos, parece estar localizada no hipotálamo. Efeitos do envelhecimento normal remetem às deficiências hormonais, as quais são revertidas com sucesso através de terapias de reposição hormonal. De modo que, a intervenção médica em processos de menopausa, PADAM, adrenopausa e somatopausa pode prevenir ou atrasar alguns aspectos do envelhecimento (Pereira *et al.*, 2004; Molle *et al.*, 2004; Bulcão *et al.*, 2004).

Os mistérios do processo do envelhecimento têm sido desvendados por pesquisas sobre as funções da glândula pineal e seu produto principal: o hormônio melatonina. Está localizado na base do

diencefalo, sofre controle do hipotálamo através do núcleo supraquiasmático, o qual recebe aferência retiniana. Por esse motivo, os níveis de melatonina oscilam conforme os sinais de luminosidade que chegam ao sistema nervoso. Este hormônio possui papel relevante na regulação do sono e do ritmo biológico. Sua produção se dá durante o período de sono. Este fato representa a importância do repouso na manutenção do organismo. A melatonina controla o ritmo de outros processos fisiológicos pela noite: a digestão torna-se mais lenta, a temperatura corporal cai, o ritmo cardíaco e a pressão sanguínea diminuem e o sistema imunológico é estimulado (Hoffman, 2003). Especula-se a relação deste hormônio com o envelhecer devido ao seu declínio com o passar do tempo, que chega a concentrações insignificantes em idosos.

4. A depressão

Sentir-se triste é uma resposta comum a eventos da vida, como o sofrimento de uma perda ou um desapontamento. O transtorno afetivo que os especialistas chamam de depressão, é algo muito mais grave e caracterizado pela falta de controle sobre o próprio estado emocional.

A depressão maior é o transtorno do humor mais comum, afetando anualmente 5% da população mundial. É caracterizado por: humor deprimido e diminuição do interesse/prazer em todas as atividades. Outros sintomas podem ocorrer: perda ou aumento de apetite, insônia ou hipersonia, sentimentos de inutilidade e culpa e sentimentos recorrentes sobre morte. Outro tipo de depressão que afeta 2% da população adulta é chamada de distímia (APA, 1994). Embora mais leve que a anterior, esta tem um curso crônico e arrastado, desaparecendo frequentemente de forma espontânea. A Depressão e outros transtornos do humor, incluindo também as alterações ansiosas, são transtornos mentais que, em muitos casos, expressam-se através de uma ampla variedade de transtornos físicos e funcionais na senilidade (Stoppe e Louza, 1999). Uma das principais queixas dos idosos

são os sintomas emocionais típicos do estresse e da depressão (Pereira *et al.*, 2004; Stoppe e Louza, 1999).

Alguns fatores de risco são conhecidos, como sexo e idade. Lima (1999) afirma que a depressão é até duas vezes mais comum em mulheres que homens, mas sugere que tal discrepância possa ser explicada pelo ambiente e suporte social na maioria das culturas.

Um dos mais adequados modelos de abordagem da depressão na terceira idade é o modelo bio-psico-social que congrega os aspectos sociais, psicológicos e orgânicos como fatores necessários para produzir e manter o quadro depressivo. Sobre esse modelo bio-psico-social, atualmente muito aceito, a medicina poderia atuar com eficácia nos dois primeiros, ficando o aspecto social submetido à atuação sócio-político-cultural, notadamente nessa questão da terceira idade (Stoppe e Louza, 1999).

As diferenças de sintomatologia da depressão no idoso fortalece os argumentos que dizem ser este um tipo diferente da depressão de outras faixas etárias. Nos idosos, por exemplo, a depressão se apresentaria com sintomas somáticos ou hipocondríacos mais frequentes, haveria menos antecedentes familiares de depressão e pior resposta ao tratamento. Mas a tendência atual não é apontar diferenças marcantes entre a depressão em idosos e a de outras faixas etárias, e sim enfatizar que o que há de diferente é a situação existencial específica do idoso. Do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas; a diminuição do suporte sócio-familiar, a perda do *status* ocupacional e econômico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente são motivos suficientes para um expressivo rebaixamento do humor. Do ponto de vista biológico, durante o processo de envelhecimento é mais frequente o aparecimento de fenômenos degenerativos ou doenças físicas capazes de produzir os sintomas característicos da depressão. Assim, clássicos conceitos de depressão reativa, depressão secundária e

depressão endógena se confundem na depressão senil (APA, 1994).

Diferentes causas da depressão		
Depressão reativa	Relacionada a alguma situação vivencial traumática	<i>De fato o idoso passa por uma condição existencial que envolve, muitas vezes, sofrimento, problemas e dor, devido até mesmo à sua condição social.</i>
Depressão secundária	Secundária à alguma condição orgânica	<i>De fato o processo de envelhecimento já é marcado por inúmeras alterações orgânicas, que em diversos casos são degenerativas ou até mesmo estados patológicos.</i>
Depressão endógena	É constitucional, atrelada à personalidade	<i>De fato as pessoas com depressão endógena ou constitucional envelhecem e continuam depressivas</i>

Como se pode deduzir do quadro acima, pelas condições existenciais, a depressão do idoso bem que poderia ser, de fato, reativa. Poderia igualmente ser secundária e, finalmente, pelos eventuais antecedentes, poderia ser endógena.

As disfunções do humor também refletem a função alterada de muitas partes do cérebro ao mesmo tempo. A disfunção do sistema HPA tem sido indicada como tendo um papel importante no processo (Bulcão *et al.*, 2004, para revisão).

4.1. Depressão e demência

Demência é caracterizada por déficits cognitivos que incluem comprometimento da memória (APA, 1994), e implicam num comprometimento importante e irreversível na qualidade de vida da pessoa. A Doença de Alzheimer é apontada como a principal causadora de demência, seguida pela Demência Vasculares (Wetterling, 2001). Importante ressaltar que estas etiologias implicam em quadro neurodegenerativo e, embora haja opções terapêuticas – principalmente através de inibidores de acetilcolinesterase – o quadro continua irreversível.

As alterações neurofisiológicas associadas ao envelhecimento podem começar a aparecer em torno dos 40-50 anos e, dependendo de fatores genéticos, ambientais e antecedentes médicos pessoais, evoluem de forma muito variável entre as pessoas. Segundo dados do IBGE, no ano de 2000, a população de 60 ou mais anos representava cerca de 8,6% do total de brasileiros, o que representa um número próximo a 15 milhões de habitantes. As recentes projeções indicam que os idosos serão responsáveis por quase 15% da população nacional em 2020 (IBGE, 2003), o que ressalta ainda mais a importância de estudos brasileiros referentes a estas populações.

As queixas de perda de memória são muito comuns em idosos, e podem estar associadas a desempenho normal em testes neuropsicológicos ou a comprometimento cognitivo múltiplo (Brucki, 2004). Percebe-se que queixas de memória não implicam na existência de processos neurodegenerativos, o que certamente aumenta a dificuldade em estabelecer o diagnóstico correto. A partir de amostra comunitária de 71 idosos saudáveis, Mattos e colaboradores (2003) constataram que queixas subjetivas de memória em questionamento direto estavam mais relacionados a mau desempenho em tarefa de memorização de lista de palavras (RAVLT) se comparados a questionários auto-preenchidos. Esses achados sugerem que a auto-percepção de comprometimento mnemônico na vida diária tende a estar preservado em idosos saudáveis, fato este de extrema importância diagnóstica.

Segundo dados do IBGE, no ano de 2000, a população de 60 ou mais anos representava cerca de 8,6% do total de brasileiros, o que indica um número próximo a 15 milhões de habitantes. As recentes projeções indicam que os idosos serão responsáveis por quase 15% da população nacional em 2020 (IBGE, 2003).

As habilidades mais preservadas no idoso são aquelas resultantes da substancial aprendizagem, isto é, habilidades bem consolidadas e, portanto, mais resistentes à

deterioração mnemônica. Avaliar essas habilidades sólidas é um dos primeiros passos para o diagnóstico de demência.

Embora os testes neuropsicológicos possam ser de grande auxílio na identificação de declínio mnemônico associado a processos mórbidos, são poucas as opções de testes com padronização brasileira. Atualmente, Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) é a escala mais utilizada para o rastreamento de demências, sua utilidade é confirmada por estudos brasileiros (Almeida, 1998; Brucki *et al.*, 2003). A avaliação do nível de consciência global deve levar em conta também o nível de conhecimentos gerais do paciente. Para tal, lança-se mão de “test E” este último será sempre conseqüente à educação formal do paciente. O exame da leitura costuma ser conjunto à avaliação da compreensibilidade, ou seja, não se avalia apenas a leitura em voz alta, mas também a interpretação do que foi lido (Almeida, 1998; Brucki *et al.*, 2003).

Existem diferentes comprometimentos nas habilidades verbais que aparecem no exame da comunicação. Em geral, as alterações de linguagem ocorrem ao nível léxico-semântico. Neste caso, investiga-se a lembrança de palavras, a nomeação de objetos, a fluência verbal e o nível discursivo-pragmático. Porém, o vocabulário deve ser avaliado com algum cuidado, relevando-se os discretos déficits de nomeação frequentes em qualquer pessoa. Excluída essa possibilidade fisiológica, a dificuldade de dar nomes às coisas (disnomia) será considerada um dado valioso na avaliação cognitiva.

Ainda na avaliação da comunicação, os pródromos demenciais costumam mostrar alguma dificuldade de narração de histórias, interpretação da eventual mensagem da história ou do ditado e dificuldades de informar adequadamente sobre a situação global a que se refere a história.

Quanto à memória dos idosos normais, o declínio ocorre de modo discreto acometendo principalmente a memória operacional. Vale ressaltar que o aprendizado e a capacidade de retenção também tendem a declinar, mas o idoso normal manterá a capacidade de gerir a própria vida, sendo capaz de manter na

memória a maior parte das solicitações cotidianas.

4.2. Pseudodemência depressiva

A depressão comumente produz um déficit mnemônico, especialmente após os 40 anos, e esse prejuízo de memória do depressivo pode ser confundido com um quadro inicial de demência. Essa confusão depressão-demência pode ser maior ainda, levando-se em conta o fato da depressão freqüentemente ter características atípicas nos idosos.

O termo pseudodemência depressiva pode sugerir, erroneamente, que os déficits observados serão reversíveis com o tratamento adequado da depressão. Embora isso ocorra em alguns casos, não pode ser considerado como regra geral. Boa parte dos pacientes inicialmente diagnosticados como deprimidos (pseudodemências) apresentaram, depois de algum tempo, verdadeiros sinais de demência, apesar da melhora inicial com o uso de antidepressivos (Satlin e Wasserman, 1997; Scalco, 1997). Os próprios estudos de imagem cerebral podem revelar sinais mais compatíveis com demência do que da depressão nos pacientes diagnosticados com pseudodemência depressiva (Stefanis e Stefanis, 2005). De fato, embora possa haver no idoso um déficit cognitivo compatível com a idade e de pequena monta, a presença concomitante de depressão aumenta essa deficiência ao ponto de, aos menos avisados, parecer um verdadeiro quadro de demência pura.

O benefício de se saber da existência da Pseudodemência Depressiva e de se questionar esse diagnóstico está, primeiramente, no fato de minimizar o prejuízo cognitivo com o tratamento da depressão. Em segundo, diante da possibilidade de melhora, estimular familiares e médicos para o tratamento daquele que se tinha por exclusivamente demenciado. Mas, é bom que se tenha em mente, que embora o tratamento com antidepressivos traga melhora aos sintomas cognitivos, esses pacientes normalmente estão mais comprometidos que seus pares não-

deprimidos. Embora possa haver comprometimento da disfunção cognitiva pela depressão, isso não exclui a presença de demência subjacente. No caso de idosos deprimidos, uma das principais características do exame neuropsicológico é a discrepância entre os resultados e as queixas apresentadas.

O exame neuropsicológico pode também ser normal em alguns casos de demência incipiente, principalmente em indivíduos com elevada escolaridade. Isso ocorre porque, embora tenha ocorrido declínio de funções cognitivas, o desempenho ainda permanece dentro da faixa de normalidade.

4.3. Reflexos da depressão no idoso

As queixas de memória ruim são muito comuns em pessoas deprimidas. Entretanto, essa queixa de "memória ruim", denominada dismnésia, muitas vezes não é suficiente para o clínico suspeitar da depressão. Após os 60 anos, as dificuldades de memória e/ou cognitivas podem ser tão evidentes que chegam a levantar suspeita de um quadro demencial (Mattos et al., 2003), quadro que passou a ser chamado por Kiloh, em 1961, de pseudodemência (APA, 1994). Não está errada a expressão pseudodemência depressiva na intenção de se enfatizar um tipo de comprometimento cognitivo associado à depressão.

Uma das questões fundamentais ao se avaliar um paciente deprimido e, simultaneamente, com queixas cognitivas importantes, é saber se a depressão interfere na cognição e em que grau isso ocorre. Esta questão pode ser respondida através do exame neuropsicológico e da anamnese. Embora o prejuízo de memória seja evidente na depressão, isso não é a única alteração cognitiva observada. Embora esse sintoma chame mais a atenção, nos idosos podem estar alteradas, a atenção, a velocidade de processamento de informações, a destreza e capacidade de formular hipóteses e modificá-las de acordo com ensaio-e-erro (Brucki, 2004; Almeida, 1997).

Diversos fatores contribuem para uma diminuição mais rápida da competência

imunológica e a Depressão é um deles, por isso, é importante tentar evitá-lá ou atenuá-lá através de intervenções de natureza psicossocial (Spar e La Rue, 1997). Considerado um peso social, o idoso frustra-se com a subtração de seu espaço existencial, anteriormente vivido com plenitude e sucesso e, portanto, experimenta uma profunda reação de perda, tanto de pessoas queridas quanto de si próprio (revisado por Pereira *et al.*, 2004).

5. Intervenções psicossociais no tratamento da depressão no idoso

A velhice no nosso mundo é encarada como algo complicado e incômodo já que os idosos necessitam de uma atenção especial principalmente pela sua saúde deficiente. Como coloca Ballone (2002) *“o velho é sempre colocado numa posição de forma a proporcionar menor incômodo a dinâmica familiar. Além de não dispor de espaço importante no seio da família, geograficamente quando não é alocado numa dependência isolada da casa ou numa cadeira bem no cantinho da sala, é levado para algum local de repouso, longe dos olhos dos familiares”*. Sendo assim, uma intervenção primordial para manter uma certa competência imunológica é o apoio social e, principalmente familiar. Sentindo-se amparado, o velho mantém sua saúde psicológica e acaba contribuindo para um bom funcionamento orgânico.

O exercício e o relaxamento físicos constituem outras formas de intervenção, já que a atividade física reduz o risco da diminuição funcional e da mortalidade (Weineck, 1991; Leite, 1990). Um programa de exercícios moderados melhora a saúde física e psicológica, pois aumenta a resistência, o número e a atividade do sistema imunológico, além de melhorar às condições comuns desta fase, tais como osteoporose, doenças cardiovasculares e, ainda, o diabetes (revisado por Pereira *et al.*, 2004).

Para usar adequadamente os psicofármacos em idosos, é de extrema importância que sejam consideradas as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, já que a

farmacocinética de praticamente todos os psicotrópicos será afetada por estas mudanças (Scalco, 1997; Satlin e Wasserman, 1997). Os antidepressivos mais populares são: (1) compostos tricíclicos, como a imipramina, que bloqueia a recaptção de noradrenalina e serotonina; (2) ISRSs (Inibidores Seletivos da Recaptção de Serotonina), como a fluoxetina, que age somente nos terminais que liberam serotonina; (3) inibidores seletivos da recaptção de noradrenalina, como a reboxetina e (4) inibidores da MAO, como a fenelzina, que reduz a degradação enzimática da serotonina e da noradrenalina. Todas essas substâncias elevam os níveis de neurotransmissores monoaminérgicos no encéfalo, mas, como já foi dito, sua ação terapêutica leva várias semanas para aparecer. Novos fármacos que atuam como antagonistas dos receptores para CRH estão em fase de desenvolvimento para futuro uso como antidepressivos. Mas existem algumas peculiaridades sobre o uso dos diversos grupos de psicotrópicos em idosos (Schatzberg et al., 1997).

6. Discussão

Em países como o nosso, cheios dos problemas derivados do subdesenvolvimento e de necessidades cada vez maiores, normalmente o Estado tende a fixar sua atenção e esforço na solução de problemas conjunturais, problemas que afligem a generalidade dos habitantes. O estado empobrecido não prestigia determinados setores da população, como exigiria a terceira idade. Por isso, é quase certo dizer que os idosos de nossa sociedade estão marginalizados. Eles estão excluídos da produção contra sua vontade, tornam-se pouco consumidores, tendem a consumir mais recursos da saúde, e acabam sobrevivendo a expensas de uma sociedade quase sempre hostil, recebendo as ajudas caridosas que esta se digna a lhes oferecer.

Estão excluídos da produção porque ninguém lhes dá emprego, tornam-se pouco consumidores porque não têm dinheiro, não têm dinheiro porque ninguém lhes dá

emprego, e consomem recursos da saúde porque adoecem, e adoecem mais porque não têm recursos para a saúde. Forma-se assim um deplorável círculo vicioso. A mídia foi a primeira a detectar essa situação deplorável dos idosos. Estes só aparecem em propaganda de planos de saúde, no marketing de supermercados estão as pessoas de meia idade e todos os demais prazeres da vida são monopolizados pelos jovens, irrequietos, barulhentos e coloridos. Mas quem paga a conta dos prazeres são as pessoas de meia idade, que ajudaram a construir a estrutura social. Infelizmente, um dos sintomas deste descuido social geral para com o idoso é o escasso conhecimento que se tem de sua realidade psicológica, de sua subjetividade e da percepção que ele tem de si mesmo e do mundo em que vive.

Os estudos referidos à velhice se concentram, em geral, nos aspectos demográficos, socioeconômicos, de seguridade social e de saúde física, deixando de lado a saúde emocional e a riqueza dos sentimentos da pessoa que envelhece. É pois, imperioso que a sociedade de um modo geral, e a medicina psiquiátrica em particular, se aproximem e conheçam a dimensão subjetiva, a problemática da saúde emocional e as potencialidades subjacentes do idoso. Muito pouco se sabe sobre como o idoso percebe a si mesmo e o seu envelhecimento. Isso será apenas o primeiro passo para estabelecer uma atenção psicológica e rastrear os fatores materiais e sociais que determinam a angústia e a depressão que rodeiam o envelhecimento.

O benefício de se saber da existência da Pseudodemência Depressiva e de se questionar esse diagnóstico está, primeiramente, no fato de minimizar o prejuízo cognitivo com o tratamento da depressão. Em segundo, diante da possibilidade de melhora, estimular familiares e médicos para o tratamento daquele que se tinha por exclusivamente demenciado.

Termina-se por ressaltar a importância de estudos voltados para a realidade dos idosos, no qual suas particularidades sejam consideradas, tendo em vista que as categorias de depressão atualmente listadas nos

principais manuais diagnósticos de transtornos mentais (CID.10 e DSM-IV) não contemplam os sintomas mais comumente manifestados na depressão senil. Desta forma, benefícios na terapêutica da depressão senil certamente poderiam ser alcançados, proporcionando uma melhor qualidade de vida e condições mais dignas para os representantes da terceira idade.

6. Referências bibliográficas

Almeida OP. (1997). Aspectos gerais de psiquiatria em idosos. In: Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R, editores. *Manual de Psiquiatria*. (pp. 236-49). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Almeida, O.P. (1998). Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatr.*, 56 (3B), 605-612.

APA - American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1994). 4a ed. Washington (DC): American Psychiatric Association.

Ballone, G. J., (2002). Menopausa e Reposição Hormonal. *Gerontology*, 35, 543-551.

Berger, L. e Mailloux-Poirier, M. (1995). *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Botega, N.; Barros, M.; Oliveira, H.; Dalgarrondo, P. e Marin-León, L. (2005). Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Ver. Brás. Psiquiatr.*, 27(1), 45-53.

Braver, T.S. e Barch, D.M. (2002). A theory of cognitive control, aging cognition, and neuromodulation. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 26, 809-817.

Brucki, S. (2004). Envelhecimento e Memória. Em: Andrade, V.; Santos, F. e Bueno, O. (Eds.) *Neuropsicol. Hoje*. (pp. 389-402). São Paulo: Editora Artes Médicas.

Brucki, S.; Nitri, R.; Caramelli, P.; Bertolucci, P. e Okamoto, I. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatr.*, 61 (3B), 777-781.

Bulcão, C.B.; Carange, E.; Carvalho, H.P.; Ferreira-França, J.B.; Kligerman-Antunes, J.; Backes, J.; Landi, L.C.M.; Lopes, M.C.; Santos, R.B.M e Sholl-Franco, A. (2004). Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual. *Cien. & Cogn.*, 01, 54-75. Disponível no World Wide Web: www.cienciasecognicao.org.

Chiu, E.; Ames, D.; Draper, B. e Snowdon, J. (2005). Transtornos depressivos em idosos: uma revisão. Em: Maj, M. e Sartorius, N. (Eds.) *Transtornos Depressivos* (2 ed., pp. 251-291). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Fleck, M.; Lafer, B.; Sougey, E.; Porto, J. e Brasil, M. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o Tratamento da depressão (versão integral). *Ver. Brás. Psiquiatr.*, 25(2), 114-122.

Hoffmann, M. E. (2003). Bases Biológicas do Envelhecimento. *Rer. Idade Ativa*, Campinas, SP

IBGE - Indicadores Estatísticos. (2003). Disponível no World Wide Web: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_shtm. Acessado em 12/05/2005

Jacob, W., Filho, e Souza, R.R. (1994). Anatomia e fisiologia do envelhecimento. Em: Carvalho, E.T., Filho e Papaleo, M., Neto. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Editora Atheneu.

Leite, P.F. (1990). *Aptidão física esporte e saúde: prevenção e reabilitação*. 2a ed. São Paulo: Editora Robe.

Lima, M. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 21, S11-S15.

Mattos, P.; Lino, V.; Rizo, L.; Alfano, A.; Araújo, C. e Raggio, R. (2003). Memory complaints and test performance in healthy elderly persons. *Arq. Neuropsiquiatr.*, 61(4), 920-924.

Molle, A.C.M.; Matheus, I.C.M.; Lucena, J.R.; Nunes, L.; Oliveira, L.S. e Sholl-Franco, A. (2004). Fatores psicofisiológicos na terapia de reposição hormonal em homens. *Cien. & Cogn.*, 03, 04-09. Disponível no World Wide Web: www.cienciasecognicao.org.

- Pereira, A.; Freitas, C.; Mendonça, C.; Marçal, F.; Souza, J.; Noronha, J.P.; Lessa, L.; Melo, L.; Gonçalves, R. e Sholl-Franco, A. (2004). Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. *Cien. & Cogn.*, 01, 34-53. Disponível no World Wide Web: www.cienciasecognicao.org.
- Ruipérez, I. e Llorente, P. (1998). *Geriatrics*, Rio de Janeiro: Editora McGraw Hill.
- Samuels, S.; Brickman, A.; Burd, J.; Purohit, D.; Qureshi, P.; Serby, M. (2004). Depression in Autopsy-Confirmed Dementia with Lewy Bodies and Alzheimer's Disease. *Mount Sinai J. Med.*, 71(1), 55-62.
- Satlin, A. e Wasserman, C. (1997). Overview of geriatric psychopharmacology. Em: Elroy, M.C. (ed.) *Psychopharmacology across the life span – section IV of American Psychiatric Press review of psychiatry*. (p. 143-168). Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Scalco MZ. (1997). Avanços recentes no tratamento farmacológico da depressão no idoso. Em: Forlenza, O.V. e Almeida, O.P. (Eds.). *Depressão e demência no idoso*. (pp. 69-82, pp. 359-80). São Paulo: Lemos Editorial.
- Schatzberg, A.F.; Cole, J.O. e De Battista, C. (1997). *Pharmacotherapy in special situations*. In: Schatzberg AF, editor. *Manual of clinical psychopharmacology*. (3a ed., pp. 377-413). Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Spar, J.E. e La Rue, A. (Eds.). (1997). *Concise guide to geriatric psychiatry*. (2a ed.). Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Stefanis, C. e Stefanis, N. (2005). Diagnóstico dos transtornos depressivos: uma revisão. Em: Maj, M. e Sartorius, N. (Eds.). *Transtornos Depressivos* (2 ed., pp. 13-49). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Stoppe, Jr, A. e Louza, Neto, M.R. (Eds.). (1999). *Depressão na terceira idade*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Straub, R. H., Cutolo, M., Zietz, B. e Schölmerich, J. (2001). The process of aging changes the interplay of the immune, endocrine and nervous systems. *Mech. Ageing Develop.*, 122, 1591-1611.
- Trentini, C.; Xavier, F.; Chachamovich, E.; Rocha, N.; Hirakata, V. e Fleck, M. (2005). The influence of somatic symptoms on the performance of elders in the Beck Depression Inventory (BDI). *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 27 (2), 119-123.
- Weineck, J. (1991). *Biologia do esporte*. São Paulo: Manole.
- Wetterling, T. (2001). Vascular Dementia. *Cadernos IPUB – Envelhecimento e Saúde Mental, Uma Aproximação Multidisciplinar*. 10 (3), 175-187.
- Zubenko, G.; Zubenko, W.; McPherson, S.; Spoor, E.; Marin, D.; Farlow, M.; Smith, G.; Geda, Y.; Cummings, J.; Petersen, R. e Sunderland, T. (2003). A Collaborative Study of the Emergence and Clinical Features of the Major Depressive Syndrome of Alzheimer's Disease. *Am. J. Psychiatry.*, 160, 857-866.