

Gabriela Arantes Wagner^{I,II,III}

Tratamento de depressão no idoso além do cloridrato de fluoxetina

Treatment of depression in older adults beyond fluoxetine

RESUMO

Esse comentário tem como objetivo discutir a importância da multidisciplinariedade do tratamento da depressão do idoso no Brasil. O abuso de prescrições de antidepressivos inibidores seletivos da recombinação de serotonina, como o cloridrato de fluoxetina, já tem sido apontado como grave problema de saúde pública, especialmente entre idosos. Embora seja consenso a necessidade de multidisciplinariedade no tratamento da depressão nessa população, o Brasil ainda encontra-se despreparado. A interface entre farmacoterapia e psicoterapia encontra-se prejudicada por falta de serviços, de profissionais especializados e de planejamento assistencial efetivo. A fluoxetina tornou-se uma “muleta” para a cura de males causados pelas adversidades psicossociais, falta de suporte social e de acesso a serviços de saúde adequados para o tratamento desse transtorno em idosos. É condição *sine qua non* haver preparo para a inversão das pirâmides etárias, o que parece não acontecer atualmente.

DESCRITORES: Idoso. Depressão, terapia. Medicalização. Fluoxetina, uso terapêutico. Assistência Integral à Saúde.

^I Departamento de Medicina Preventiva. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Programa do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas. Instituto de Psiquiatria. Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Medicina Preventiva. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Gabriela Arantes Wagner
Departamento de Medicina Preventiva - Unifesp
Rua Botucatu, 740 5º andar
04023-062 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: gabriela.wagner@gmail.com

Recebido: 2/9/2014

Aprovado: 23/11/2014

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

This review aimed to discuss the importance of the comprehensive treatment of depression among older adults in Brazil. The abuse of selective serotonin reuptake inhibitors, including fluoxetine hydrochloride, as antidepressants has been considered a serious public health problem, particularly among older adults. Despite the consensus on the need for a comprehensive treatment of depression in this population, Brazil is still unprepared. The interface between pharmacotherapy and psychotherapy is limited due to the lack of healthcare services, specialized professionals, and effective healthcare planning. Fluoxetine has been used among older adults as an all-purpose drug for the treatment of depressive disorders because of psychosocial adversities, lack of social support, and limited access to adequate healthcare services for the treatment of this disorder. Preparing health professionals is a sine qua non for the reversal of the age pyramid, but this is not happening yet

DESCRIPTORS: Aged. Depression, therapy. Medicalization. Fluoxetine, therapeutic use. Comprehensive Health Care.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo natural de vulnerabilização. As políticas públicas brasileiras vêm recebendo suporte da ciência e de grupos de pesquisa para o melhor entendimento desse processo.^{8,9} Esse suporte auxilia a explicação de fenômenos importantes para o aprimoramento e a consolidação de programas e, até mesmo, para a denúncia de possíveis prejuízos causados por determinadas tecnologias em saúde. O processo de transição demográfica e epidemiológica impõe desafios quanto à saúde das pessoas, ao envelhecimento e ao treinamento dos profissionais no atendimento básico acerca do diagnóstico, manutenção e tratamento dos idosos em relação aos quadros depressivos.

Aqui discutimos a importância da multidisciplinaridade do tratamento da depressão do idoso no Brasil para além da farmacoterapia realizada com a prescrição dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), com enfoque na importância da formação profissional e do aprimoramento das políticas de saúde para essa parcela específica da população.

DEPRESSÃO NO IDOSO

A depressão nos idosos é causada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, como outros transtornos mentais. Os sintomas depressivos nessa população são mais comuns em mulheres de idades mais avançadas ou quando associados à doença de Alzheimer e constituem-se preditores para o desenvolvimento de demência.¹ Frequentemente, a doença se manifesta em indivíduos que vivem sob adversidades psicossociais

como, por exemplo, rompimento com a família, perda de contatos sociais, história anterior de quadros depressivos, eventos de vida estressantes, viuvez, viver em clínicas ou casas de repouso, ter baixa renda e pouco suporte social. Ademais, a incidência do quadro em idades mais avançadas indica que as morbidades e a fragilidade são os fatores mais importantes na etiologia dessa doença.^{1,11}

O tratamento da depressão no idoso deve contemplar todos os fatores envolvidos no transtorno, i.e., com a combinação entre a psicoterapia e a farmacoterapia. É consenso que qualquer uma dessas terapias, isoladamente, não é eficaz para a remissão dos quadros depressivos no envelhecimento.¹³

MEDICALIZAÇÃO

Quanto à farmacoterapia, o uso de antidepressivos em idosos evoluiu no decorrer dos anos.¹³ Desde a introdução dos ISRS no mercado, entre 1980 e 1990, desenvolveu-se preferência por esse tipo de medicamento. Apesar de esses fármacos serem metabolizados por isoenzimas do citocromo P450 (o que aumentaria a possibilidade de interações farmacológicas com outros fármacos metabolizados pela mesma via), eles apresentam menor risco de reações adversas quando comparados aos demais antidepressivos anteriormente disponíveis no nível primário de saúde, como os tricíclicos e inibidores da monoamina oxidase.⁴

Além disso, por causa das variações entre as doses, da duração dos tratamentos e da pouca ocorrência de efeitos adversos, o uso de ISRS consolidou-se como a primeira escolha para o tratamento desses pacientes. Os princípios ativos mais importantes nessa linha de base seriam o cloridrato de sertralina, o escitalopram e venlafaxina; porém, o cloridrato de fluoxetina é, certamente, o mais utilizado atualmente.¹³

No Brasil, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais^a relaciona apenas o cloridrato de fluoxetina dentro dessa classe de antidepressivos. De 2005 a 2009, as vendas de antidepressivos aumentaram 44,8% – de R\$647,7 milhões para R\$976,9 milhões, respectivamente.^b Quanto ao cloridrato de fluoxetina, em 2009, estimou-se, no Brasil, uma dose diária definida (DDD) de 2,62 mg por 1.000 habitantes/dia, sendo Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Paraná e Goiás^b os cinco maiores consumidores *per capita*.

FARMACOTERAPIA

De fato, o diagnóstico e a manutenção da farmacoterapia em idosos vêm sendo cada vez mais prevalentes. O número de prescrições de fluoxetina cresce a cada ano para essa população, mesmo entre idosos longevos.¹⁰ Além disso, a maior prevalência de uso acontece entre idosos com características comuns àqueles que apresentam abuso de benzodiazepínicos, i.e., mulheres que relatam queixas de ansiedade, solitárias, sem suporte familiar ou social. Como já verificado para os benzodiazepínicos, a pressão da indústria farmacêutica associada ao baixo custo dos medicamentos, ao reforço positivo conferido por usuários crônicos, à má indicação e à falta de preparação acadêmica dos profissionais que realizam a interface com o paciente fortalecem o excesso de prescrições e dispensação.¹²

Esse é o contexto no qual se está incorporando “mais um medicamento na polifarmácia do idoso”.⁷ As principais indicações para o tratamento com uso de ISRS em pacientes idosos devem ser revistas, assim como ocorreu com o uso de benzodiazepínicos.¹² A discussão atual focaliza quem prescreve, como prescreve, sob qual justificativa e como se dispensa. Além disso, mesmo em países desenvolvidos, sabe-se que o tipo de tratamento para a depressão na população idosa dependerá de forma significativa de fatores socioeconômicos e as condições oferecidas pelos sistemas de saúde são obsoletas.⁶

Clinicos gerais declaram ser desnecessário pacientes idosos buscarem atendimento especializado em saúde mental, pois reportam confiabilidade em seus diagnósticos e na farmacoterapia, prescrevendo eles mesmos a maioria dos psicotrópicos. Ou seja, com a difusão de novos tratamentos, cada vez mais seguros, aumenta-se expressivamente o número de diagnósticos de depressão em idosos, os quais, nem sempre (ou quase nunca), são avaliados sob a ótica dos critérios diagnósticos geriátricos, levando ao tratamento com ISRS outros transtornos mentais que não apenas o transtorno depressivo.⁶

Nesse contexto, não apenas os médicos devem ser responsabilizados pelo aumento de prevalência do consumo desses medicamentos. Farmacêuticos têm papel essencial na interface com essa parcela da população, pois são os responsáveis pela dispensação desses fármacos. A polifarmácia é complexa e envolve toda a cadeia do medicamento – produção, regulação, sistemas de saúde e dispensação.⁵ Nesse último quesito, a maior parte dos farmacêuticos brasileiros que atuam como responsáveis técnicos em drogarias ou na atenção primária não entende seu papel como profissionais de saúde. À exceção daqueles especialistas em farmácia clínica e atuantes em geriatria, a atenção farmacêutica para pacientes idosos é precária. Ademais, a capacitação desses profissionais para atendimento da transição demográfica e da importância da observação e notificação quanto ao uso excessivo ou aumento de prescrições está presente em poucos currículos de formação.

SERVIÇOS, POLÍTICAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Apesar dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) terem sido criados com o intuito de organizar a rede municipal de atenção às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, a assistência ao idoso nessa rede é incompleta. Sem contar, obviamente, com a iniquidade no acesso a esses serviços nas esferas de atenção. Como aponta a recomendação da Organização Mundial da Saúde acerca da incorporação dos determinantes em saúde para organização de sistemas de saúde eficazes,^c é necessário inovar os serviços de saúde mental para essa população.

De fato, as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa^d incluem a prevenção, recuperação e reabilitação daqueles idosos portadores de doenças, visando ao envelhecimento livre de incapacidades.^e Porém, o planejamento assistencial efetivo exige diagnóstico sob julgamento

^a Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename. 7. ed. Brasília (DF); 2010.

^b Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC. Resultados 2009. Brasília (DF); 2009.

^c Organização Mundial da Saúde. A Saúde e o Envelhecimento. In: 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana. Washington (DC); 2002.

^d Ministério da Saúde. Portaria 1395/GM. Política de Saúde do Idoso. Brasília (DF); 1999.

^e Ministério da Saúde. Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial Uniao*. 19 out. 2006.

clínico adequado, possível apenas por parte de médicos geriatras e profissionais de saúde com capacidade resolutive no atendimento da multidisciplinariedade de patologias em idosos¹⁶ (e não apenas em sua medicalização).

Indivíduos com condições crônicas são mais propensos a desenvolver sintomas depressivos e menos capazes de controlar diversos aspectos de suas vidas, o que reflete diretamente na percepção subjetiva, na avaliação das situações e no enfrentamento de fatores estressantes.¹⁵ Assim, é necessário minimizar os fatores socioculturais que interferem de forma negativa na qualidade de vida dessa população, de forma a contribuir com a promoção da saúde. Isso, certamente, não poderá ser controlado simplesmente com o uso de ISRS, benzodiazepínicos ou outros quaisquer medicamentos de ação central, uma vez que requer de nossa sociedade a incorporação dos idosos em sua plenitude.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa gama de fatores biopsicossociais relacionados ao transtorno depressivo no idoso requer das políticas públicas e consequentemente dos serviços de saúde, em todas as suas esferas de complexidade, entendimento que contemple a multidisciplinariedade da doença,³ não só para

diminuição dos estigmas causados pela depressão, mas também para a melhoria da qualidade de vida no envelhecimento e para eficácia e efetividade dos tratamentos custeados.² Nos Estados Unidos, a cada ano, aproximadamente 10,0% dos pacientes idosos que sofrem de quadros depressivos tentam cometer suicídio.¹³ No Brasil, análise exploratória entre os anos de 2005 e 2007 dos municípios brasileiros que registraram óbitos por suicídio em pessoas com cerca de 60 anos indicou que estas estavam positivamente associadas aos transtornos de humor.¹⁴ Considerando esse contexto, é necessário conhecer as inúmeras ramificações da depressão na população idosa para o tratamento adequado, não apenas partindo da medicalização.

O uso abusivo dos ISRS na população idosa reflete o despreparo de toda a assistência necessária para o tratamento da depressão nesses pacientes. Além disso, o desvio na utilização desses medicamentos para outras finalidades, que não para sua principal indicação, torna o cloridrato de fluoxetina uma “muleta” para a cura de males causados pelas adversidades psicossociais, falta de suporte social e de acesso a serviços de saúde adequados para o tratamento desse transtorno. Dessa forma, é condição *sine qua non* prepararmos-nos para a inversão de nossas pirâmides etárias, o que parece não estar acontecendo atualmente.

REFERÊNCIAS

- Alexopoulos GS. Depression in elderly. *Lancet*. 2005;365(9475):1961-70. DOI:10.1016/S0140-6736(05)67091-2
- Büchtemann D, Luppá M, Bramesfeld A, Riedel-Heller S. Incidence of late life depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2012;142(1-3):172-9. DOI:10.1016/j.jad.2012.05.010
- Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(2):279-84. DOI:10.1590/S0034-71672010000200017
- Carlini EA, Noto AR, Nappo SA, Sanchez ZM, Franco VLS, Silva LCF, et al. Fluoxetina: indícios de uso inadequado. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(2):97-100. DOI:10.1590/S0047-20852009000200005
- Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(4):817-27. DOI:10.1590/S1415-790X2012000400013
- Crystal S, Sambamoorthi U, Walkup JT, Akincigil. Diagnosis and treatment of depression in the elderly medicare population: predictors, disparities, and trends. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(12):1718-28. DOI:10.1046/j.1532-5415.2003.51555.x
- Hilmer SN, Gnjdic D. The effects of polypharmacy in older adults. *Clin Pharmacol Ther*. 2009;85(1):86-8. DOI:10.1038/clpt.2008.224
- Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41. DOI:10.1590/S1415-790X2005000200005
- Lima-Costa MF, Uchôa E, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Barreto SM. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):126-35. DOI:10.1590/S0034-89102000000200005
- Loyola Filho A, Castro-Costa E, Firmo JOA, Peixoto SV. Tendências no uso de antidepressivos entre idosos mais velhos: Projeto Bambuí. *Rev Saude Publica*. 2014;48(6):857-65.
- Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age-and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2012;136(3):212-21. DOI:10.1016/j.jad.2010.11.033
- Madhusoodanan S, Bogunovic OJ. Safety of benzodiazepines in the geriatric population. *Expert Opin Drug Saf*. 2004;3(5):485-93. DOI:10.1517/14740338.3.5.485
- Mukai Y, Tamp RR. Treatment of depression in the elderly: a review of the recent literature on the efficacy of single-versus dual-action antidepressants. *Clin Ther*. 2009;31(5):945-58. DOI:10.1016/j.clinthera.2009.05.016
- Pinto LW, Silva CMFP, Pires TO, Assis SG. Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(8):2003-9. DOI:10.1590/S1413-81232012000800011

15. Rabelo DF, Neri AL. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicol Estud.* 2005;10(3):403-12.
DOI:10.1590/S1413-73722005000300008

16. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica.* 2009;43(3):548-54.
DOI:10.1590/S0034-89102009005000025

Os autores declaram não haver conflito de interesses.