

# Revisão sobre a eficácia de psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos

## Review of the efficacy of psychotherapy vs. pharmacotherapy for depression treatment in old age

Marcia Scazufca e Cintia MCB Matsuda

Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

**Resumo** **Introdução:** Depressão é uma das doenças mentais mais prevalentes entre pessoas idosas. Embora os tratamentos farmacológicos já estejam validados, a recorrência de depressão é comum. Este artigo revisa ensaios clínicos que examinaram a eficácia da psicoterapia *versus* os tratamentos farmacológicos, sozinhos ou combinados, para pessoas idosas com depressão.

**Métodos:** Foi realizada busca na internet, em dois bancos de dados (*Medline e PsychINFO*), por ensaios clínicos randomizados e controlados publicados entre 1984 e 2001 que examinaram a eficácia de psicoterapias *versus* farmacoterapia para depressão em indivíduos com 60 anos ou mais, com diagnóstico de distímia, depressão menor ou maior.

**Resultados:** Foram incluídos quatro estudos. Três compararam a eficácia da psicoterapia *versus* a farmacoterapia durante a fase aguda e de continuação do tratamento para depressão, e um examinou a eficácia desses tratamentos durante a fase de manutenção. Tratamentos com psicoterapia (sozinha ou combinada com medicação) foram superiores à farmacoterapia em três estudos com sujeitos com depressão maior. Psicoterapia não foi superior a placebo ou antidepressivos em um estudo com sujeitos com distímia ou depressão menor.

**Conclusão:** As evidências empíricas sobre a eficácia da psicoterapia *versus* a farmacoterapia para pacientes idosos com depressão são escassas e não conclusivas, sugerindo a necessidade de novos ensaios clínicos que investiguem a eficácia da psicoterapia para o tratamento de depressão em idosos.

**Descritores** Idoso. Depressão. Psicoterapia. Ensaio clínico [tipo de publicação]. Terapêutica.

**Abstract** **Introduction:** Depression is one of the most prevalent mental disorders in old age. Although pharmacological treatments have proven efficacy, recurrence of depression is common. This paper reviews the existing clinical trials on the efficacy of psychotherapy versus pharmacological treatments, alone or combined, for depression treatment in elderly people.

**Methods:** Internet search of two databases (*Medline and PsychINFO*) were performed to find out randomized-controlled trials, published between 1984 and 2001, examining the efficacy of psychotherapies versus pharmacotherapy for depression in individuals aged 60 or over with diagnosis of dysthymia, minor or major depression.

**Results:** Four studies were included, three of them compared the efficacy of psychotherapy versus pharmacotherapy during the acute and continuation phase for depression treatment, and one assessed the efficacy of these treatments during the maintenance phase. Treatments that comprised psychotherapy (alone

*or combined with medication) showed to be more efficacious than pharmacotherapy in the three studies of major depression subjects. Psychotherapy was not more efficacious than placebo or antidepressants in the study of dysthymia or minor depression subjects.*

**Conclusion:** *Empirical evidence on the efficacy of psychotherapy versus pharmacotherapy for depression treatment in elderly people is scant and inconclusive, suggesting a great need of further clinical trials investigating the efficacy of psychotherapy for depression treatment in later life.*

**Keywords** *Aged. Depression. Psychotherapy. Clinical trial [publication type]. Therapeutics.*

## Introdução

O aumento da população de pessoas idosas é um fenômeno mundial. As doenças mentais estão entre as doenças crônicas mais prevalentes entre os idosos no Brasil e no mundo, sendo a depressão a mais comum.<sup>1-2</sup> A depressão causa mudanças no humor, nos comportamentos e nas atividades da vida diária, é muitas vezes associada a comorbidades médicas e com frequência é caracterizada como um problema crônico e recorrente nos idosos.<sup>3-5</sup> Além da incapacitação pessoal, a depressão é associada a um aumento da mortalidade e de uso de serviços de saúde.<sup>6</sup> Devido às graves conseqüências pessoais e sociais associadas à depressão e à perspectiva de contínuo aumento da população de idosos em todo mundo, a Organização Mundial da Saúde propôs que se tornasse prioridade para a saúde pública encontrar formas para os pacientes idosos permanecerem sem depressão.<sup>7</sup>

Antidepressivos e psicoterapias têm sido utilizados no tratamento de pessoas idosas com depressão. Antidepressivos são eficazes no tratamento de pessoas idosas com depressão maior na comunidade ou internadas, com ou sem doenças físicas graves.<sup>8</sup> Na depressão maior, os antidepressivos são eficazes no período de crise e na manutenção do tratamento, mas a recaída ou recorrência da depressão ocorre com frequência.<sup>9-12</sup> O tratamento com antidepressivos nessa fase da vida tem alguns problemas. Pessoas idosas muitas vezes necessitam de outras medicações, e os antidepressivos podem ser contra-indicados dependendo de sua interação com outras drogas. As medicações antidepressivas têm efeitos colaterais que podem ser desagradáveis, tornando sua aceitabilidade ou tolerabilidade difícil. Assim, os tratamentos psicológicos tornam-se uma opção atrativa para essa população. De fato, muitas pessoas idosas preferem abordagens não-medicamentosas para seus problemas de saúde.<sup>13</sup> Estudos sobre a eficácia das psicoterapias no tratamento da depressão em pessoas idosas são menos freqüentes e geralmente são ensaios clínicos com menor rigor metodológico do que estudos com antidepressivos. Ensaios clínicos que compararam a eficácia da psicoterapia versus grupo-controle (lista de espera) ou a eficácia de diferentes formas de psicoterapia comprovam a eficácia das psicoterapias no tratamento da depressão em pessoas idosas.<sup>14-16</sup> As abordagens psicoterápicas incluem terapia cognitiva, terapia comportamental, terapia breve

psicodinâmica, terapia de grupo focada em objetivos, terapia de reminiscências e terapia de solução de problemas.

Dada a relevância da depressão nas pessoas idosas, é importante que os serviços e os profissionais de saúde possam adotar formas de tratamento baseados em evidências empíricas. Com essa perspectiva, neste artigo são revisados ensaios clínicos publicados em revistas científicas, comparando a eficácia do tratamento da depressão com medicação antidepressiva versus psicoterapia.

## Métodos

### Critérios de inclusão

Foram incluídos ensaios clínicos controlados e com alocação aleatória publicados em revistas científicas indexadas em bases de dados internacionais, no período de 1984 a 2001, que compararam a eficácia de abordagens psicoterápicas, o uso de medicação antidepressiva (sozinha ou em conjunto com a abordagem psicoterápica) e/ou placebo para pessoas com 60 anos ou mais, com diagnóstico de depressão menor, maior ou distímia. No presente artigo, utiliza-se o termo genérico depressão para descrever estudos com qualquer um dos três diagnósticos. Quando necessário, será especificada a gravidade da depressão.

### Estratégias de busca

Foi feita busca nos bancos eletrônicos *Medline* e *PsychINFO* usando-se as seguintes palavras chaves: “depression, major depression, minor depression, dysthymia, depressive disorder” e “psychotherapy, therapy, treatment” e “psychogeriatrics, elderly, geriatric, aged” e/ou “clinical trial”. Todos os artigos encontrados na busca eletrônica foram lidos pelas duas autoras desta revisão. Por meio de consenso, foi decidido quais artigos encontrados atendiam aos critérios de inclusão. Também foi feita busca no sistema *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Foi encontrado um protocolo com tema semelhante a esta revisão: *Long-term pharmacotherapy versus psychotherapy for elderly people with depression*.<sup>17</sup>

## Resultados

Na busca nos sistemas *Medline* e *PsychINFO*, foram encontrados cinco resumos de artigos comparando a eficácia de uso

de medicação antidepressiva e/ou abordagens psicoterápicas e/ou placebo para pessoas idosas com diagnóstico de depressão. Não foi possível obter no sistema de bibliotecas especializadas em saúde da cidade de São Paulo um desses artigos, e, portanto, não foi possível avaliar se o mesmo seria pertinente a essa revisão.

Entre os quatro artigos incluídos nesta revisão, três estudaram sujeitos idosos com diagnóstico de depressão maior,<sup>18-20</sup> e um artigo incluiu sujeitos idosos com diagnóstico de distímia ou depressão.<sup>21</sup> Três estudos compararam a eficácia de tratamentos, com antidepressivos e/ou psicoterapias, para depressão na fase aguda e de continuação,<sup>18-19,21</sup> e o outro comparou a eficácia dessas formas de tratamento na fase de continuação do tratamento para examinar a eficácia dos tratamentos na recorrência da depressão.<sup>20</sup>

A Tabela descreve as características dos estudos incluídos. Os objetivos dos quatro artigos incluíram a comparação de diferentes tratamentos com medicação ou abordagens psicoterápicas no tratamento da depressão.

### Comparação da eficácia de tratamentos com psicoterapia ou antidepressivo na fase inicial e de continuação do tratamento da depressão

Williams et al<sup>21</sup> conduziram ensaio clínico com alocação aleatória, controlado e multicêntrico para comparar a eficácia de três formas de tratamento para sujeitos idosos com diagnóstico de distímia ou depressão menor (DSM-III-R). Entre os 415 sujeitos incluídos no estudo, 221 (51%) tinham diagnóstico de distímia, e 204 (49%), diagnóstico de depressão menor. O recrutamento dos sujeitos foi feito por rastreamento e encaminhamentos da comunidade, do Veteran Affairs e de clínicas de atenção primária. Os sujeitos foram alocados para três grupos: antidepressivo paroxetina (n=137), placebo (n=140) ou psicoterapia de base comportamental (n=138) desenhada especificamente para a atenção primária, denominada pelos autores de *Problem-Solving Treatment-Primary Care* (PST-PC). Todos os grupos receberam seis atendimentos durante 11 semanas. A intervenção foi realizada em quatro centros de atenção primária. Para manter o “cegamento” no estudo, a alocação foi

**Tabela - Estudos comparando a eficácia da psicoterapia versus medicação para pessoas idosas com depressão.**

Estudo	Participantes	Objetivo	Tratamentos	Medida de desfecho	resultados
Reynolds et al, <sup>20</sup> 1999	1. n=107 2. 60 anos ou + 3. depressão maior unipolar, não-psicótica e não-distímica (SADS* e julgamento clínico) 4. pelo menos 2º episódio de depressão maior, com intervalo entre os episódios menor ou igual a três anos 5. HDRS**≥17 6. MMSE***≥27 7. estudo realizado nos EUA	comparar a eficácia de 4 tipos de tratamento de manutenção na prevenção de recorrência de episódio depressivo maior	1. nortriptilina + clínica de medicação (CM) (n=28) 2. placebo + CM (n=29) 3. psicoterapia interpessoal (IPT) + nortriptilina (n=25) 4. IPT + placebo (n=25) 5. duração: três anos ou até recorrência de episódio depressivo maior	- recorrência de episódio depressivo ao final de três anos	- recorrência depressão maior 1. IPT + nortriptilina = 20% 2. nortriptilina + CM = 43% 3. IPT + placebo = 64% 4. placebo + CM = 90%
Williams et al, <sup>21</sup> 2000	1. n=415 2. 60 anos ou + 3. distímia ou depressão menor (DSM-III-R) 4. depressão menor com pelo menos três sintomas havia no mínimo quatro semanas 5. atenção primária 6. HDRS≥10 7. MMSE≥24 8. estudo realizado nos EUA	comparar a eficácia de três tipos de tratamento na atenção primária	1. paroxetina (n=137) 2. placebo (n=140) 3. psicoterapia (PST-PC) (n=138) 4. duração: seis sessões de tratamento no período de 11 semanas	- mudanças após 11 semanas de tratamento - desfecho principal 1. auto-avaliação da melhora de sintomas depressivos - outros desfechos 1. remissão dos sintomas depressivos 2. estado físico e mental - 20 semanas de tratamento + 12 semanas de seguimento	- auto-avaliação 1. melhora de sintomas depressivos nos três grupos 2. paroxetina > placebo 3. PST-PC = paroxetina 4. PST-PC = placebo - remissão dos sintomas 1. taxa semelhante para os três grupos de tratamento
Beutler et al, <sup>18</sup> 1987	1. n=56 2. 65 anos ou mais 3. primeiro episódio de depressão maior (DSM-III) 4. HDRS≥19 5. estudo realizado nos EUA	comparar a eficácia de quatro formas de tratamento para depressão maior	1. alprazolam + suporte (n=12) 2. placebo + suporte (n=15) 3. terapia cognitiva em grupo (TCG) + placebo + suporte (n=16) 4. TCG + alprazolam + suporte (n=13) 5. duração: 20 semanas, atendimentos semanais	- 20 semanas de tratamento + 12 semanas de seguimento 1. avaliação clínica dos sintomas da depressão 2. auto-avaliação dos sintomas depressivos 3. auto-avaliação de distorções cognitivas 4. qualidade do sono	1. avaliação clínica da depressão: diminuição dos sintomas nos 4 grupos, sem diferença entre os grupos 2. auto-avaliação dos sintomas depressivos e qualidade do sono: melhora gradual nos dois grupos de terapia cognitiva, sem melhora nos outros dois grupos 3. auto-avaliação de distorções cognitivas: sem alteração nos quatro grupos - sintomas após um ano de seguimento
Wilson et al, <sup>19</sup> 1995	1. n=62 (31 incluídos nas análises) 2. idade média = 75 anos 3. depressão maior (DSM-III-R), episódio único ou recorrente 4. HRSD ≥ 17 5. MMSE ≥ 25 6. estudo realizado em Londres	comparar a eficácia de quatro formas de tratamento para depressão maior	- fase inicial e continuação (6 meses) 1. terapia cognitivo comportamental (CBT) + tratamento usual (TU) (n=31) 2. TU (n=31) - fase de manutenção (1 ano) 1. CBT + placebo (n=8) 2. CBT + carbonato de lítio (n=9) 3. placebo (n=7) 4. carbonato de lítio (n=7)	- desfecho avaliado após a fase de manutenção 1. melhora dos sintomas da depressão	1. CBT + TU (fase inicial e continuação) menos sintomas do que grupos com TU (fase inicial e continuação) 2. terapia com lítio = placebo (fase de manutenção)

\*SADS-L (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Lifetime Version)<sup>22</sup>

\*\*HRSD (Hamilton Rating Scale for Depression)<sup>23</sup>

\*\*\*MMSE (Mini Mental State Examination)<sup>24</sup>

realizada pelo estatístico responsável pelo estudo, e as avaliações foram feitas por profissionais que desconheciam o tipo de tratamento para os quais os sujeitos foram alocados. A principal medida de desfecho foi a auto-avaliação dos sintomas depressivos. As outras avaliações foram a remissão dos sintomas e a avaliação do estado físico e mental. Foram realizadas análises utilizando-se o princípio da intenção de tratamento. Também foi realizada análise de um subgrupo de sujeitos que teria recebido adequada exposição ao tratamento (pacientes que haviam completado pelo menos quatro atendimentos). Completaram o tratamento 311 sujeitos (74,9%), e 338 (81,4%), pelo menos quatro atendimentos.

Na análise por intenção de tratamento, após 11 semanas, os sujeitos dos três grupos de tratamento melhoraram em relação à auto-avaliação dos sintomas depressivos. O grupo que recebeu paroxetina teve melhora significativa dos sintomas depressivos comparado ao grupo que recebeu placebo, e o grupo que recebeu PST-PC não diferiu significativamente dos grupos de paroxetina ou placebo. Diagnóstico e local do tratamento não interagiram com a forma de tratamento em relação à melhora dos sintomas depressivos, indicando um efeito similar em todos os quatro locais de tratamento e para pacientes com diagnóstico de distímia e depressão menor. Esses mesmos resultados foram observados nas análises que incluíram apenas os sujeitos que completaram quatro atendimentos.

Em relação ao desfecho de funcionamento mental, observaram-se muitas variações dependendo do diagnóstico e funcionamento mental no início do tratamento, dificultando a interpretação dos resultados quanto a esse desfecho. As taxas de remissão dos sintomas depressivos foram analisadas para os sujeitos que completaram pelo menos quatro atendimentos. Não houve diferença estatisticamente significativa nas taxas de remissão para os três grupos de tratamento: paroxetina 49,0%, PST-PC 48,3% e placebo 44,5%. Os autores recomendaram em suas conclusões a utilização de medicação antidepressiva como primeira linha de tratamento para distímia, mesmo sua eficácia não sendo tão boa em pessoas idosas com relativamente poucos sintomas graves. O uso da PST-PC não foi recomendado no tratamento de distímia. Para os idosos com depressão menor, os autores recomendam um período de tratamento com o clínico antes da decisão por intervenções específicas para depressão.

Beutler et al<sup>18</sup> realizaram ensaio clínico para avaliar a eficácia de quatro tipos de tratamento para sujeitos idosos com diagnóstico de depressão maior: alprazolam, placebo, terapia cognitiva em grupo (TCG) e placebo e TCG. Os sujeitos dos quatro grupos também receberam suporte. Dos 56 sujeitos incluídos no estudo, os primeiros 29 foram encaminhados para os dois grupos de tratamento que incluíram terapia cognitiva em grupo, não obedecendo critérios de alocação aleatória. Os outros 27 sujeitos foram alocados aleatoriamente para o grupo de tratamento com alprazolam ou placebo. A duração do tratamento para as quatro condições foi de 20 semanas, com atendimentos semanais. As sessões de terapia cognitiva em grupo tiveram duração de 90 minutos. Após as 20 semanas, os sujeitos deixaram de receber qualquer tratamento por 12 semanas e, en-

tão, foram reavaliados. Para efeito de análise, o tratamento foi dividido em cinco blocos, sendo os quatro primeiros blocos durante a fase ativa da intervenção, e o último bloco, 12 semanas após o final da fase ativa de tratamento (seguimento). As principais medidas de desfecho incluíram um instrumento para avaliação clínica dos sintomas da depressão, auto-avaliação dos sintomas depressivos, auto-avaliação de distorções cognitivas e eficiência do sono. Houve diminuição dos sintomas depressivos, segundo a avaliação clínica, nos quatro grupos de tratamento. Para esse desfecho, não houve diferença significativa entre os grupos. No desfecho da auto-avaliação dos sintomas depressivos, nos dois grupos com terapia cognitiva, houve melhora gradativa dos sintomas durante todas as fases do estudo, e, nos dois grupos que não receberam terapia cognitiva, os sujeitos não relataram melhora nos sintomas depressivos. As mudanças no sono seguiram padrão similar à auto-avaliação dos sintomas depressivos. Os dois grupos que receberam terapia cognitiva melhoraram a qualidade do sono entre o início e o fim do tratamento e a avaliação de seguimento, enquanto nos dois grupos que não receberam terapia cognitiva, essa melhora não foi observada. As diferenças encontradas entre os grupos que receberam ou não terapia cognitiva não se refletiram em mudanças nos padrões cognitivos. O padrão cognitivo nos quatro grupos estudados não mudou durante a intervenção. A proporção de pacientes que desistiram do tratamento entre a quarta e a vigésima semana foi duas vezes maior nos grupos placebo (67% desistiram) do que nos dois grupos com terapia cognitiva (31% desistiram).

Wilson et al<sup>19</sup> examinaram eficácia do uso de terapia cognitiva comportamental (CBT) como adjuvante ao tratamento usual (TU) (antidepressivos e/ou tranqüilizantes maiores e/ou ECT) para depressão. Foram incluídos 62 sujeitos referidos consecutivamente para um serviço de psicogeriatría em Londres, com diagnóstico de depressão maior. Durante a fase de tratamento inicial (até diminuição dos sintomas da depressão) e de continuação (seis meses) do tratamento, os sujeitos foram alocados para o grupo de CBT e TU ou o grupo de TU. Foi utilizada a técnica de minimização para a locação dos sujeitos nas duas condições de tratamento, com intenção de diminuir as diferenças entre os grupos para variáveis importantes (uso de ECT no início do tratamento, tratamento prévio com lítio, idade e sexo, episódio prévio de depressão e pontuação na escala de depressão endógena). Após seis meses de tratamento de continuação, foi retirada a medicação antidepressiva e/ou tranqüilizantes maiores que os sujeitos recebiam. Na fase seguinte, de manutenção, com duração de um ano, os sujeitos foram divididos em quatro grupos: CBT + placebo, CBT + carbonato de lítio, placebo, carbonato de lítio. Durante essa fase, os pacientes receberam apenas duas sessões de terapia, com intervalo de seis meses. A principal medida de desfecho foi a gravidade da depressão um ano após o término do tratamento de manutenção. Entre os 62 sujeitos incluídos, metade foi retirada ou desistiu antes da última avaliação, e esses 31 sujeitos não foram incluídos nas análises. Os sujeitos que receberam CBT e TU na fase inicial e de continuação do tratamento apresentaram menos sinto-

mas depressivos na avaliação de um ano de seguimento do que os sujeitos do grupo de TU. Não foi encontrada nenhuma diferença entre os grupos que receberam terapia com lítio ou placebo na fase de manutenção.

### **Comparação da eficácia de tratamentos com psicoterapia ou antidepressivo na fase inicial de manutenção do tratamento da depressão**

Reynolds et al<sup>20</sup> compararam a eficácia do uso de quatro formas de tratamento de manutenção na prevenção de recorrência de episódios depressivos maiores num ensaio clínico com alocação aleatória e controlado. Foram incluídos no estudo 107 sujeitos com quadros de depressão maior remitida que haviam sido tratados durante a fase aguda com nortriptilina e IPT e, após a fase aguda, por um período de 16 semanas até o início do estudo, com a mesma dose de nortriptilina usada antes e IPT com frequência quinzenal. Os sujeitos que mantiveram a remissão da depressão após as 16 semanas foram alocados aleatoriamente para uma das quatro condições de manutenção de tratamento do estudo: nortriptilina e clínica de medicação (CM); placebo e CM; psicoterapia interpessoal (IPT) e nortriptilina; e IPT e placebo. Todos os tratamentos tiveram frequência mensal. As sessões de terapia duravam 50 minutos. Cada atendimento com os profissionais da clínica de medicação duravam 30 minutos. A duração da terapia de manutenção, que coincidiu com o período do estudo, foi de três anos ou até a recorrência de um episódio depressivo maior. A equipe de tratamento e os profissionais que avaliaram os sujeitos durante e após o tratamento eram cegos em relação ao tipo de tratamento recebido pelos sujeitos. O principal desfecho utilizado para a análise foi a recorrência de um episódio de depressão maior avaliada por entrevista psiquiátrica estruturada e pela confirmação de um psiquiatra experiente. Foi utilizado o modelo de análise de sobrevivência de Kaplan-Meier para testar as diferenças na função de sobrevivência dos grupos de tratamento de manutenção. Todos os tratamentos ativos (nortriptilina e CM; IPT e nortriptilina; e IPT e placebo) foram significativamente superiores ao placebo e à CM na prevenção da recorrência da depressão. O melhor desfecho foi observado no tratamento combinado (IPT e nortriptilina), em que 80% dos sujeitos permaneceram sem depressão. Esse tratamento foi significativamente superior ao grupo de IPT e placebo e mostrou tendência para ser superior ao uso de nortriptilina e CM. A única característica dos sujeitos associada a maior vulnerabilidade para recorrência da depressão foi a idade mais avançada na inclusão do estudo. Do grupo de nortriptilina e CM, seis sujeitos (10%) foram retirados do estudo devido à contra-indicação médica para continuação do uso da medicação. Quatro sujeitos (6,6%) do grupo de placebo e CM e um (1,7%) do grupo de nortriptilina e CM abandonaram o estudo. Segundo os autores, esse foi o primeiro estudo controlado e com uso de placebo sobre a eficácia da manutenção de farmacoterapia e psicoterapia em idosos com depressão maior. Em função dos resultados, os autores recomendaram para pacientes idosos em fase de manutenção, após um episódio de depressão maior, o tratamento de manutenção combinado (IPT e nortriptilina).

### **Discussão**

Os quatro artigos analisados<sup>18-21</sup> apresentam diferenças metodológicas importantes quanto a diagnósticos de inclusão, medicações antidepressivas, abordagens psicoterápicas, frequência dos tratamentos e medidas de desfecho, dificultando a comparação entre eles.

Entre os três estudos realizados na fase aguda e de continuação do tratamento, o estudo de Williams et al,<sup>21</sup> melhor conduzido metodologicamente, não evidenciou melhora nos sintomas ou na taxa de remissão da depressão nos sujeitos que receberam psicoterapia quando comparado aos que receberam medicação antidepressiva ou placebo. Já nos outros dois estudos (Beutler et al<sup>18</sup> e Wilson et al<sup>19</sup>), os sujeitos dos grupos que receberam tratamento combinado (psicoterapia e medicação) apresentaram melhora significativa em relação aos grupos de medicação ativa ou placebo. O estudo de Williams et al<sup>21</sup> incluiu sujeitos idosos com diagnóstico de distímia e depressão menor, enquanto os outros dois estudos incluíram sujeitos com depressão maior. Outra diferença quanto a esses estudos foi o tamanho das amostras. No entanto, a principal limitação do estudo de Beutler et al<sup>18</sup> é a falta de alocação aleatória, enquanto no estudo de Wilson et al<sup>19</sup> a perda de 50% dos sujeitos na análise final também representa uma quebra da aleatorização. Outra dificuldade para a comparação e interpretação dos resultados é a heterogeneidade das abordagens psicoterápicas utilizadas. No estudo de Wilson et al,<sup>19</sup> a terapia cognitiva comportamental foi utilizada de forma convencional por seis meses. Já no estudo de Beutler et al,<sup>18</sup> foi utilizada uma forma de terapia cognitiva em grupo por 20 semanas, enquanto no estudo de Williams et al,<sup>21</sup> foi desenvolvida uma forma específica de terapia de base comportamental para utilização na atenção primária, oferecida em seis sessões durante um período de 11 meses. Também é possível que os resultados mais favoráveis às intervenções experimentais nos estudos menores sejam decorrentes de vieses de publicação.

O estudo de Williams et al<sup>21</sup> recebeu críticas. Freeny<sup>25</sup> não se mostrou surpreso quanto ao resultado, pois segundo ele o protocolo de psicoterapia utilizado era desconhecido e nunca havia sido testado antes, e o tempo total de terapia oferecido aos sujeitos (três horas e meia) foi extremamente baixo. Apesar das críticas ao estudo de Williams et al,<sup>21</sup> o mesmo incluiu uma população de pessoas idosas com múltiplas doenças crônicas, de diversos grupos étnicos e socioeconômicos, geralmente não estudada. Os autores do estudo citam, por exemplo, que, para distímia, haviam sido realizados 26 ensaios clínicos antes de seu estudo comparando a eficácia de antidepressivos *versus* placebo e, em geral, mostrando que os antidepressivos são mais eficazes do que placebo. No entanto, apenas dois eram com sujeitos idosos, e dois, com pacientes de atenção primária.

O estudo de Reynolds et al<sup>20</sup> é um ensaio clínico de melhor qualidade metodológica. Assim como nos outros dois estudos com sujeitos com depressão maior, no referido estudo, o tratamento combinado foi superior a outras formas de tratamento. Segundo os autores, a terapia combinada faria mais sentido devido à natureza dessa população, geralmente caracterizada

por dificuldade no sono, altos níveis de comorbidade médica e questões afetivas próprias dessa fase da vida, como luto, mudanças de papel e conflitos interpessoais. No entanto, novas evidências empíricas são necessárias quanto à eficácia dessa forma de tratamento.

## Conclusão

As evidências empíricas sobre a eficácia de psicoterapia *versus* tratamentos com medicação para pacientes idosos com depressão são escassas e não conclusivas. Em relação à de-

pressão menor e à distímia, há menos evidências sobre os tratamentos do que para depressão maior.

A presente revisão aponta para a necessidade de novos ensaios clínicos metodologicamente bem conduzidos com populações de idosos diversas.

## Agradecimentos

Marcia Sczufca recebeu bolsa do Programa Jovens Pesquisadores da Fapesp (processo nº 98/16527-6) no período que escreveu este artigo.

## Referências

1. Lindsay J, Briggs K, Murphy E. The Guy's/Age Concern Survey. Prevalence rates of cognitive impairment, depression and anxiety in an urban elderly community. *Br J Psychiatry* 1989;155:317-29.
2. Almeida OP, Forlenza OV, Lima NK, et al. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting. Report from a survey in São Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:728-36.
3. Murphy E. The prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry* 1983;142:111-9.
4. Livingston G, Watkin V, Milne B, Manela MV, Katona C. The natural history of depression and the anxiety disorder in older people: the Islington community study. *J Affect Disord* 1997;46:255-62.
5. Tuma TA. Outcome of hospital-treated depression at 4.5 years. *Br J Psychiatry* 2000;176:224-8.
6. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990;264:2524-8.
7. Murray CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease*. Boston, Mass: World Health Organisation and Harvard University Press; 1996.
8. Wilson K, Mottram P, Sivananthan A, Nightingale A. Antidepressant *versus* placebo for depressed elderly (Cochrane Review) *Cochrane Database Syst Review* 2001a;2:CD000561.
9. Bump GM, Mulsant BH, Pollock BG, et al., Paroxetine versus nortriptyline in the continuation and maintenance treatment of depression in the elderly. *Depress Anxiety* 2001;13:38-44.
10. Deniham A, Kirby M, Bruce I, Cunningham C, Coakley D, Lawlor BA. Three-year prognosis of depression in the community-dwelling elderly. *Br J Psychiatry* 2000;176:453-7.
11. Forlenza OV, Almeida OP, Stoppe A Jr, Hirata ES, Ferreira RC. Antidepressant efficacy and safety of low-dose sertraline and standard-dose imipramine for the treatment of depression in older adults: results from a double-blind, randomized, controlled trial. *Int Psychogeriatr* 2001;13:75-84.
12. Little JT, Reynolds CF, Dew MA, et al. How common is resistance to treatment in recurrent, nonpsychotic geriatric depression? *Am J Psychiatry* 1998;155:1035-8.
13. Cooper-Patrick L, Powe NR, Jenckes MW, Gonzales JJ, Levine DM, Ford DE. Identification of patients attitudes and preferences regarding treatment of depression. *J Gen Intern Med* 1997;12:431-8.
14. Thompson LW, Gallagher D, Breckenridge JS. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J Consult Clin Psychol* 1987;3:385-90.
15. Arean PA, Perri MG, Nezu AM, Schein RL, Christopher F, Joseph TX. Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatments for depression in older adults. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:1003-10.
16. Klausner EJ, Clarkin JF, Spielman L, Pupo C, Abrams R, Alexopoulos GS. Late-life depression and functional disability: the role of goal-focused group psychotherapy. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:707-16.
17. Wilson K, Mottram P, Nicholson M. Long-term pharmacotherapy versus psychotherapy for elderly people with depression. *Cochrane Database Syst Reviews* 2001b, Issue 1.
18. Beutler LE, Scogin F, Kirkish P, et al. Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression in older adults. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:550-6.
19. Wilson KCM, Scott M, Abou-Saleh M, Burns R, Copeland M. Long-term effects of cognitive behavioural therapy and lithium therapy on depression in the elderly. *Br J Psychiatry* 1995;167:653-8.
20. Reynolds CFIII, Frank E, Perel J, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomised controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999;281:39-45.
21. Williams JW Jr, Barrett J, Oxman T, et al. Treatment of dystimia and minor depression in primary care. *JAMA* 2000;283:1519-26.
22. Spitzer RL. *Schedule for affective disorders and schizophrenia-lifetime version (SADS-L)*. New York: New York State Psychiatric Institute; 1978.
23. Hamilton M. Developing of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967;6:278-96.
24. Folstein MF, Folstein SW, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
25. Freeny M. Treatment of mild depression in elderly patients. *JAMA* 2000;284:2993.

## Correspondência: Marcia Sczufca

Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Av. Dr. Arnaldo, 455 – 01246-903 São Paulo, SP, Brasil

Fax: (0xx11) 3813-1463 – E-mail: sczufca@usp.br