



apresentam

Saúde Mental do Idoso na Atenção Primária

João Paulo de O. Branco Martins

Psiquiatra e Psicogeriatra

Mestre em Cuidados Paliativos

POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSES

CFM - RDC 102/2000 da ANVISA

Trabalho em Serviço Público

Trabalho em Serviço Privado

Participação em pesquisa, palestras, “Advisory Board” e apoio para congressos – Janssen-Cilag (Sub-investigador), Lundbeck e Sanofi-Aventis.

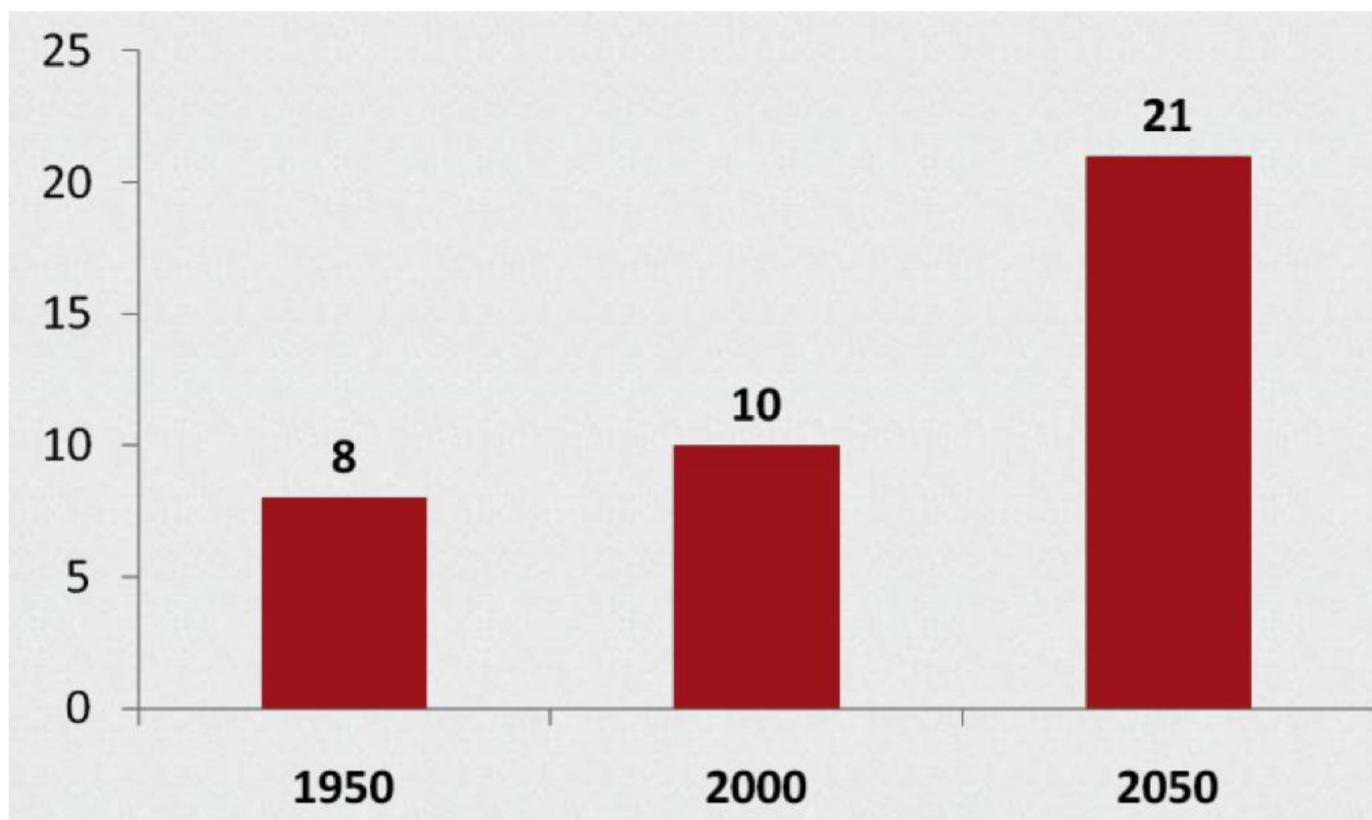
ROTEIRO

- Epidemiologia;
- Impacto saúde pública;
- Avaliação saúde mental;
- Depressão e Drogas;
- Estratégias terapêuticas;
 - Psicoeducação;
 - Atividade física;
 - Psicofarmacologia;
 - Prevenção.



Epidemiologia

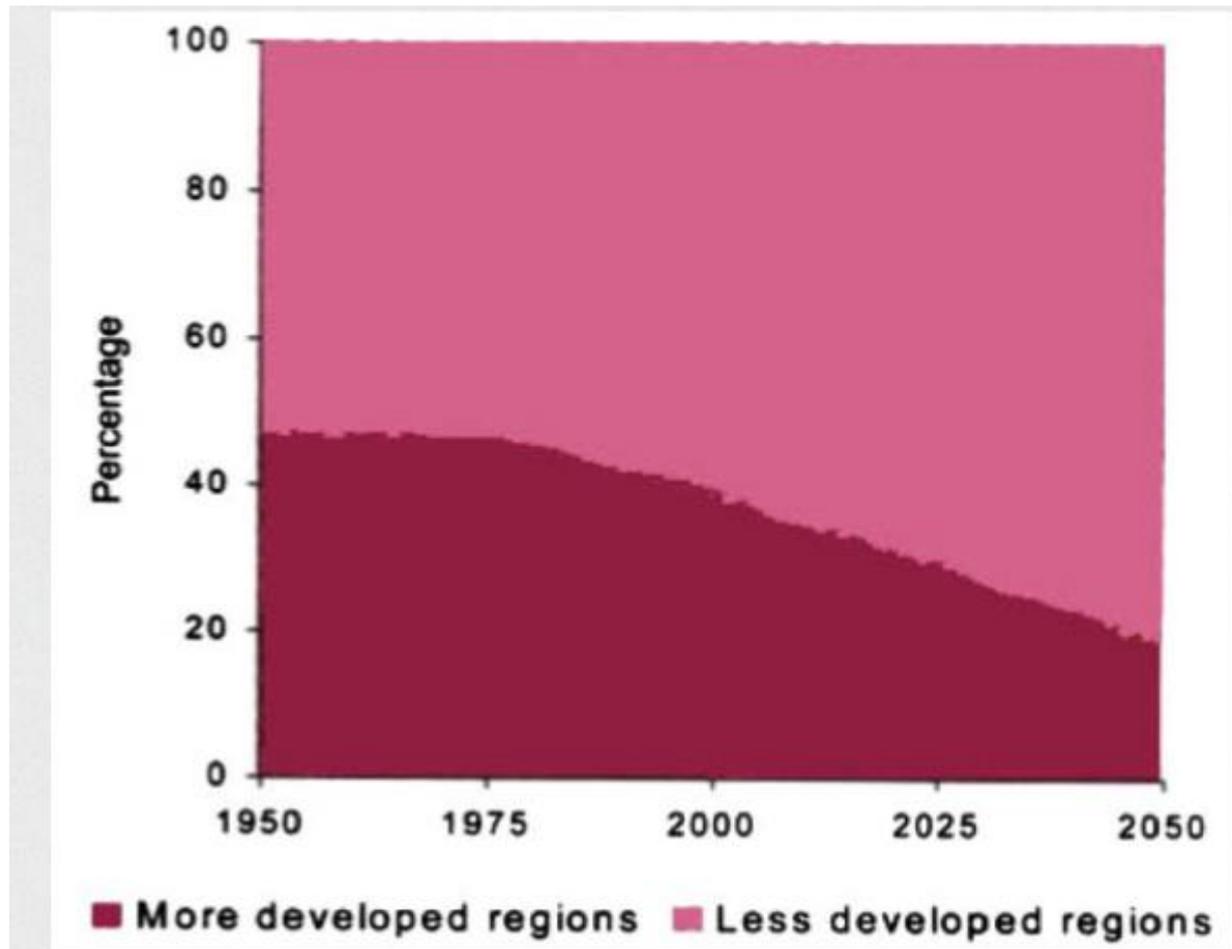
Proporção da população mundial com mais de 60 anos: 1950-2050



World Population Ageing, ONU, 2002.

Epidemiologia

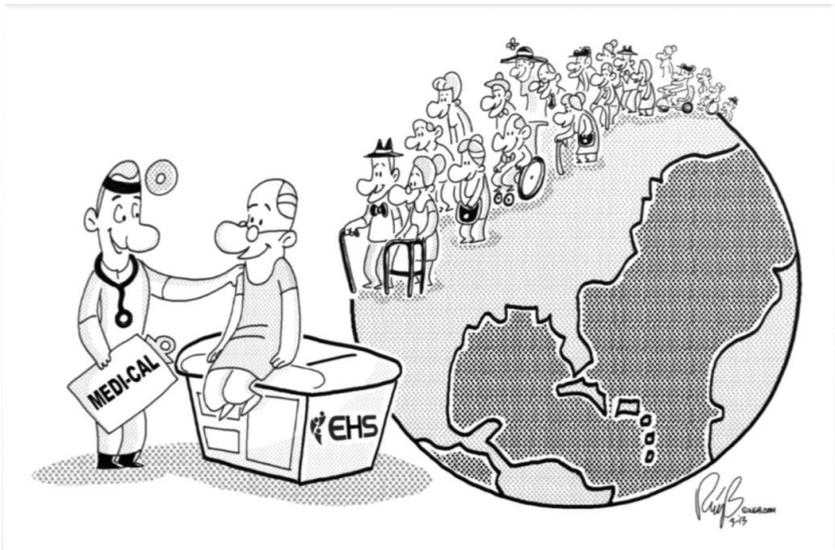
Distribuição da população mundial com mais de 60 anos: 1950-2050



World Population Ageing, ONU, 2002.

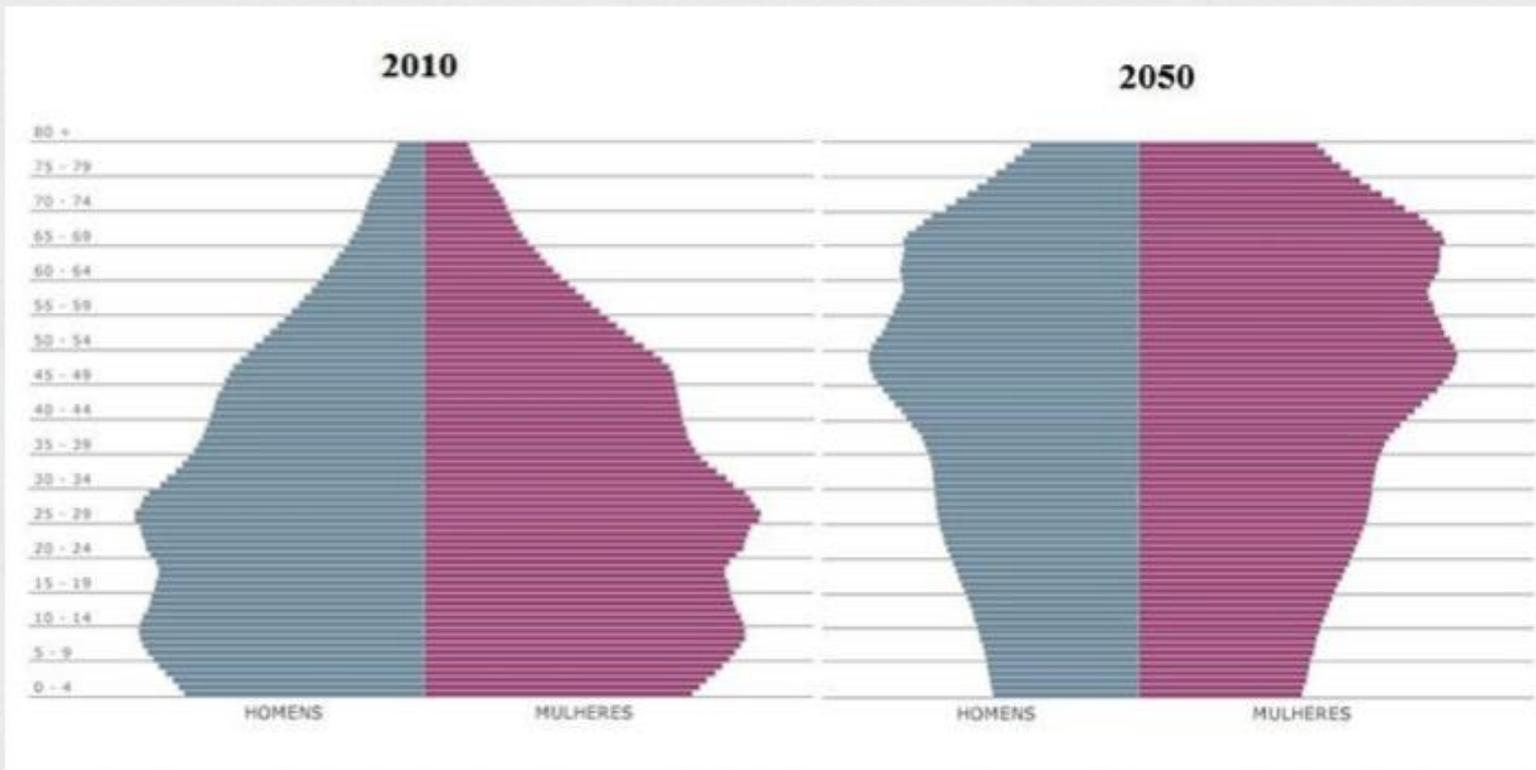
Epidemiologia

Haverá mais idosos do que crianças com menos de 14 anos de idade!



Road to Aging, 1996

Epidemiologia



http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm

SAÚDE DA PESSOA IDOSA EM SC

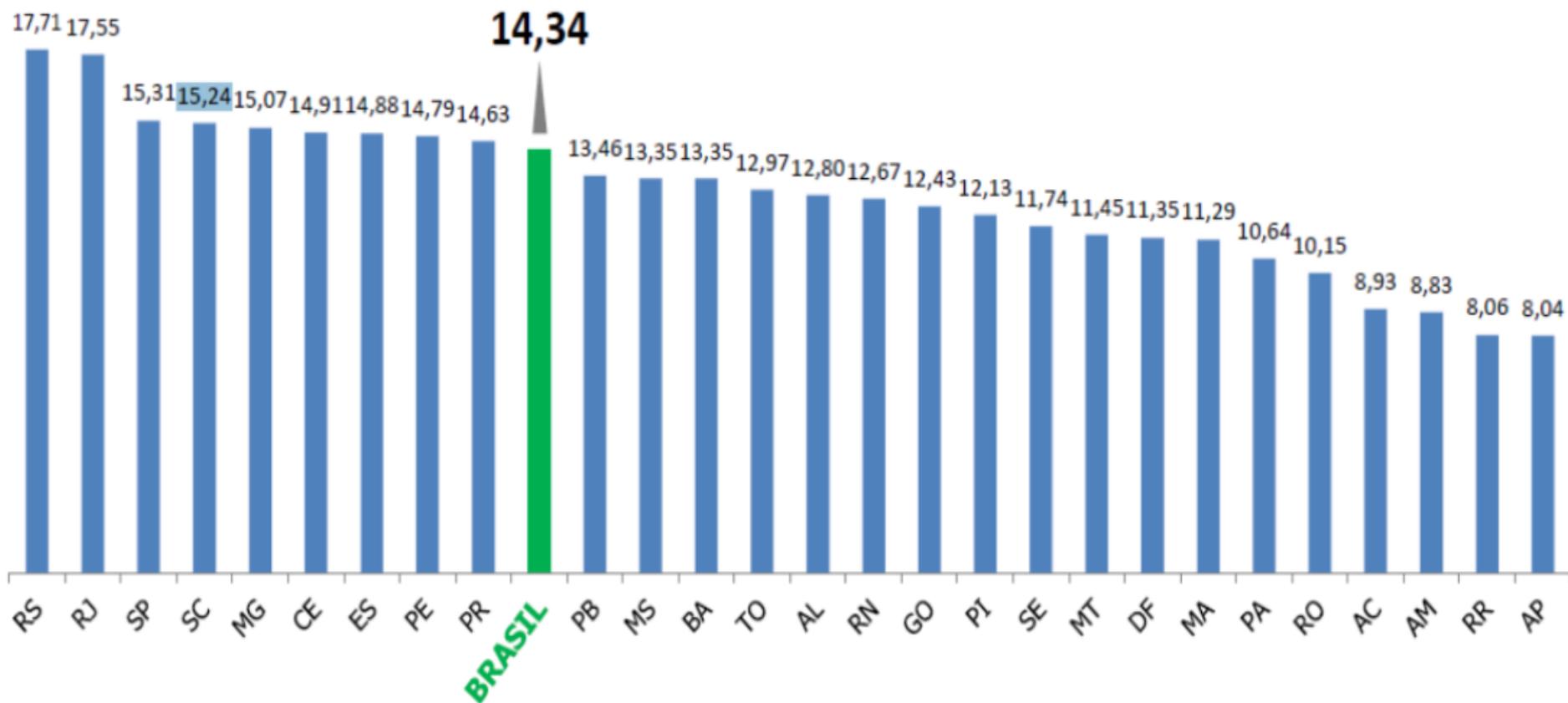
SC apresenta uma população de 6.248.436 e uma população idosa de 656.913

Tabela 1: Composição da População Idosa de Santa Catarina. Faixa Etária e sexo.

Faixa Etária	Geral		Homens		Mulheres	
	número	%	número	%	número	%
100 anos e +	405	0.06	126	0.040	279	0.080
90 a 99 anos	9.580	1.46	3.081	1.04	6.499	1.80
80 a 89 anos	70.752	10.77	26.512	8.97	44.240	12.23
70 a 79 anos	195.349	29.74	85.121	28.85	110.228	30.46
60 a 69 anos	380.827	57.97	180.291	61.10	200.536	55.43
Total	656.913	100	295.131	100	361.782	100

Fonte: IBGE, Censo 2010

proporção da população idosa

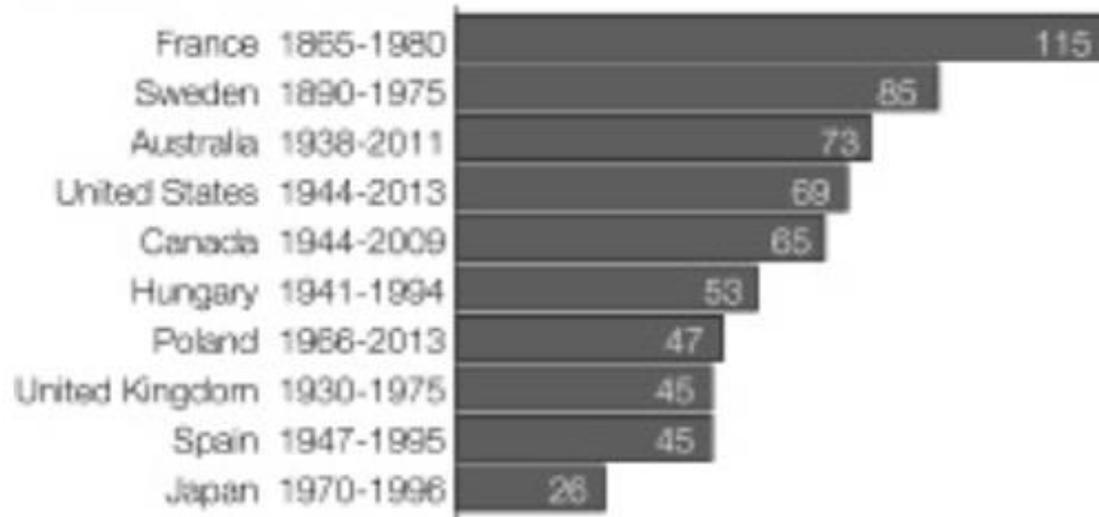


Epidemiologia

Speed of Population Aging in Selected Countries

Number of years required or expected for percent of population age 65 or older to rise from 7% to 14%

More developed countries



Less developed countries



Kinsella K. *et al.* Population Bulletin 60, no. 1 (2005).

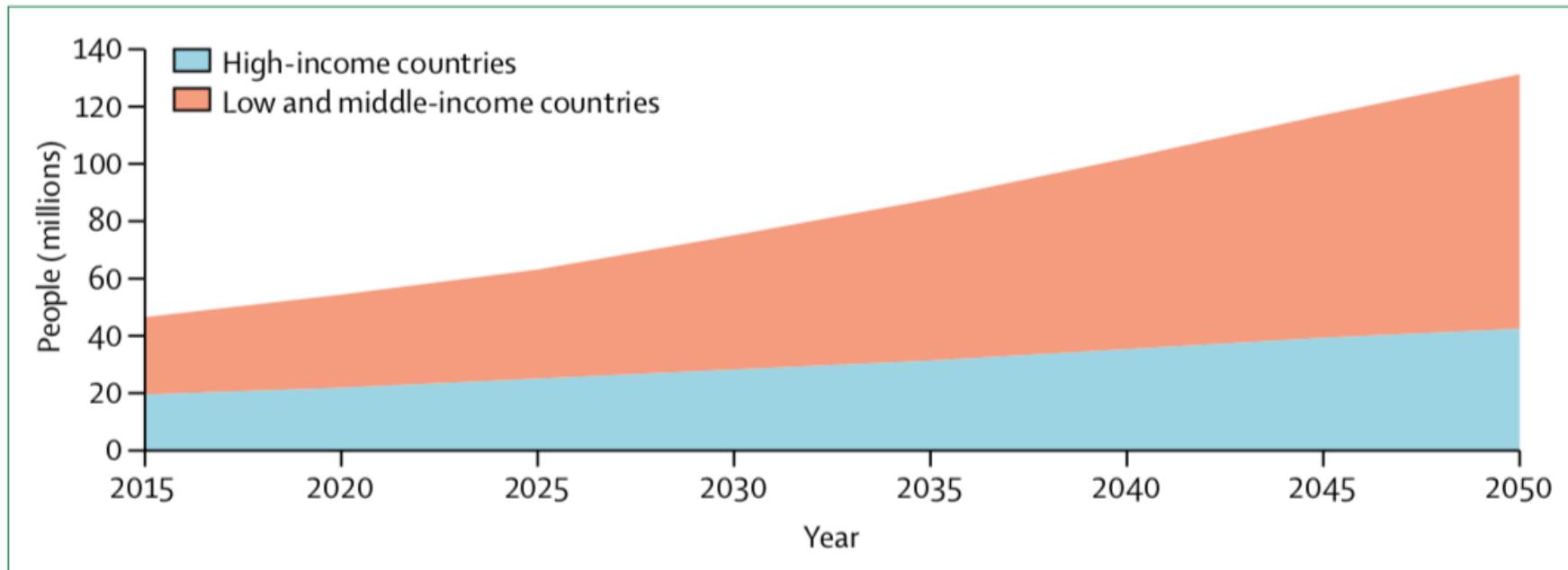


Figure 1: Growth in numbers of people with dementia in high-income and low and middle-income countries
Reproduced from Prince and colleagues,² by permission of Alzheimer's Disease International.

Livingston et al, Lancet, 2017.



20% da população com algum T. Mental!!

4/5 pessoas com T. Mental em países subdesenvolvidos não recebem tratamento!



(WHO 2011)

Impacto da Demência

Diagnóstico de demência;

3 x mais gastos anuais por paciente;

3 x mais hospitalizações (trauma/quedas, infecção, úlceras de pressão e falência no tratamento de outras doenças crônicas).

Acesso a tratamento

Sistema público de saúde, em geral possuem menor acesso aos cuidados de saúde;

Estágios mais avançados da doença;

Apresentando também menor cobertura farmacológica.

Cuidados na Anamnese em Psicogeriatría

Ambiente calmo e silencioso

Falar devagar e pausadamente

Repetir perguntas quando necessário

Dar tempo para as respostas

Verificar possíveis dificuldades auditivas e/ou visuais

Verificar uso de próteses auditivas e/ou lentes corretivas

SEMPRE AVALIAR COGNIÇÃO!

Avaliação Cognitiva básica:

MMSE

Teste do Relógio

Fluência verbal para animais

BATERIAS COGNITIVAS BREVES.

CAMDEX;

MOCA;

ADDENBROOK;

BATERIA COGNITIVA BREVE DO NITRINI;

Lista de palavras do CERAD.

MEEM - Pontos de corte

Analfabetos <20

1 a 4 anos de escolaridade <25

5 a 8 anos de escolaridade <27

9 anos ou mais de escolaridade <28

(adaptado de Brucki et al., 2003)

EXAMES COMPLEMENTARES

Hemograma Completo Glicemia de Jejum- Hb glicada Colesterol total
e frações Triglicérides
TGO, TGP, gGT
TSH e T4L
Albumina sérica
Cálcio sérico
Sódio, Potássio, Magnésio Dosagem de Vit. B12 Dosagem de Ácido
Fólico Dosagem de Vit. D
Sorologias em caso de suspeita de síndromes demenciais;
Exame de Urina (Cultura e antibiograma se necessário).

DEPRESSÃO MAIOR

- + propensos à depressão: redução de perspectivas sociais; declínio da saúde; perdas frequentes; alterações biológicas, vasculares, estruturais e funcionais, além de disfunção neuroendócrina e neuroquímica que ocorrem no cérebro durante o envelhecimento (Forlenza, 2000).
- **Depressão maior: o transtorno psiquiátrico mais comum no idoso (Calati et al., 2013).**
- **Metanálise da prevalência de depressão maior em idosos residentes na comunidade no Brasil: 7% (Barcelos-Ferreira et al., 2010).**
- **Sintomas depressivos clinicamente significantes: subdiagnosticados, subtratados ou tratados de forma inadequada em 40-60% dos casos.***

***Wilson et al., 1999; Steffens et al., 2000; Richardson et al., 2012**

DEPRESSÃO MAIOR

- **REMISSÃO:**
- **O alcance e sua manutenção devem ser o objetivo de todo tratamento (Kok, 2013).**
- **Mais difícil em idosos deprimidos atenção primária**

(Complexidade clínica dessa população, limitações dos cuidados da atenção primária)

Salma R. Ribeiz, Farmacoterapia na Depressão Maior Idoso; Aperfeiçoamento em Psicogeriatría – Proter HC – USP, 2017

Depressão no idoso

- Fatores associados a um curso com recaídas:*
- Perdas pessoais múltiplas e privação, Fatores de doença cerebrovascular, Transtornos neurodegenerativos, Depleção progressiva de recursos psicossociais, Acesso limitado a tratamento adequado.
- Pior prognóstico associado à gravidade do quadro inicial, presença de delírios, problemas de saúde física e eventos vitais graves (Flint e Rifat, 1998).
- Homens, mais velhos e maior duração do atual episódio > Menor taxa de resposta (Calati et al., 2013).

*Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Katz IR, Lebowitz BD. Chronic depression in the elderly: approaches for prevention. *Drugs Aging*. 2001;18(7):507-14. Review.PubMed PMID: 11482744.

Eficácia dos antidepressivos

- Mais de 100 ECR com idosos deprimidos > revisões e metanálises: os antidepressivos são superiores ao placebo.
- Metanálise mais recente (Kok et al., 2012):
- Taxa de resposta: 48%;
- Taxa de remissão: 33,7%.
- Similares às taxas de adulto jovem.

Kok RM, Nolen WA, Heeren TJ. Efficacy of treatment in older depressed patients: a systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials with antidepressants. *J Affect Disord.* 2012;141(2-3):103-15.

Resistência ao tratamento

- Cerca de 2/3 dos pacientes não alcançam remissão em um único ensaio de antidepressivo.
- Se esses pacientes forem tratados com uma estratégia sequencial de tratamento, a grande maioria atingirá a remissão, mesmo aqueles gravemente deprimidos.
- Taxa geral de resposta: 50%.
- Lítio: estratégia de potencialização mais bem estudada, taxa de resposta de 42%, pode ser a primeira escolha em casos de não resposta.

Manutenção...

- Após a remissão, por quanto tempo o antidepressivo deve ser mantido?
- Consenso de especialistas:
- Episódio único: manter o tratamento por pelo menos 1 ano.
- Dois episódios depressivos: 2 anos.
- Três ou mais episódios depressivos: 3 anos.

Kok RM, Nolen WA, Heeren TJ. Efficacy of treatment in older depressed patients: a systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials with antidepressants. *J Affect Disord.* 2012;141(2-3):103-15.

Table 3. Antidepressants Commonly Used to Treat Late-Life Depression.*

Class and Agent	Initial Daily Dose	Therapeutic Daily Dose	Side Effects	
			Common	Serious but Rare
First-line therapy				
SSRIs			Nausea, diarrhea, headaches, sexual dysfunction, increased risk of falls	Abnormal bleeding (due to altered platelet function), hyponatremia
Sertraline	25–50 mg	50–100 mg, to a maximum of 200 mg		
Escitalopram	10 mg	10–20 mg		
Second-line therapy				
SNRIs			Nausea, diarrhea, headaches, sexual dysfunction, diaphoresis, dry mouth	Hypertension
Duloxetine	20–30 mg	60 mg, to a maximum of 120 mg†	Possible increased risk of falls	
Venlafaxine XR	37.5–75 mg	150 mg, to a maximum of 225 mg		
Antidepressants with novel mechanisms				
Bupropion XL	150 mg	300 mg, to a maximum of 450 mg	Jitteriness or agitation, headaches, tremors	Seizures (avoid in patients with risk factors for seizures)
Mirtazapine	15 mg at bedtime	30 mg, to a maximum of 45 mg	Dry mouth, sedation, weight gain	Increased serum cholesterol levels
Other options to consider				
Tricyclic antidepressants				
Nortriptyline	25–50 mg at bedtime	75–100 mg, to a maximum of 150 mg‡	Sedation, anticholinergic effects (dry mouth, constipation), weight gain, sexual dysfunction, increased risk of falls	Cardiac arrhythmias; overdose can be fatal
Second-generation antipsychotic agents§				
Aripiprazole	2–5 mg	5 mg, to a maximum of 15 mg	Sedation, nausea, headache, weight gain, increased cholesterol levels	Tardive dyskinesia, the neuroleptic malignant syndrome, increased stroke risk among patients with dementia-related psychosis¶

* This table does not provide a comprehensive list of antidepressant drugs (rather, one to two examples per class) or of side effects. Selective serotonin-reuptake inhibitors (SSRIs) are typically used as first-line therapy. Use of sertraline is supported by data from large randomized, controlled trials^{12,13}; such data are lacking for escitalopram, but it is commonly used owing to a generally favorable adverse-event profile. Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) and agents with novel pharmacologic mechanisms are often used as second-line therapy. Duloxetine use is supported by a large randomized, controlled trial¹⁴; data supporting venlafaxine, bupropion, and mirtazapine are from smaller controlled trials or open-label trials. Owing to their side-effect profiles, tricyclic antidepressants and second-generation antipsychotic agents should be used only for persons who do not have a response to other treatment options. These guidelines are concordant with recommendations in the American Psychiatric Association *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder*, third edition.

† According to the package insert, there is no evidence that doses higher than 60 mg per day confer an additional benefit.

‡ Dosing should target plasma steady-state levels of 80 to 120 ng per milliliter.

§ Second-generation antipsychotic agents should be used for antidepressant augmentation, not as the sole therapy for depression.

¶ An increased risk of stroke is specifically reported for older patients with dementia-related psychosis. Whether the same risk extends to other older patients is not known.

Considerações finais

Depressão: o transtorno psiquiátrico mais comum em idosos.

Associada a aumento do uso de serviços de saúde; do risco de mortalidade e de suicídio; do grau de incapacidade e dependência; assim como prejuízo em qualidade de vida.

Uso de antidepressivos no tratamento da depressão no idoso é eficaz quando utilizadas doses adequadas.

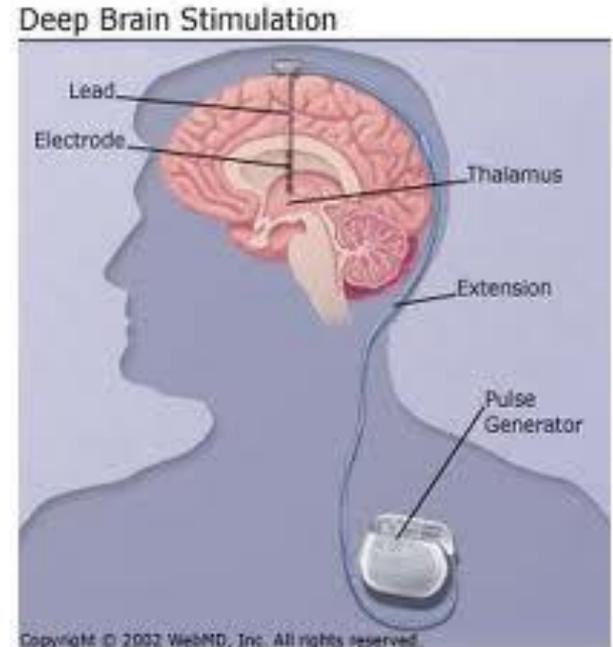
Não há evidência de superioridade de eficácia entre as diferentes classes de antidepressivos.

ISRS são a primeira escolha pelo perfil de efeitos colaterais.

Quando a remissão não é alcançada com um antidepressivo, estratégias de troca ou potencialização devem ser avaliadas.

Tratamientos

- Psicoterapia
- Biológicos
 - Antidepresivos
 - ECT
 - TMS
 - Deep Brain Stimulation



Caso clínico

- **Visita I**
- M., 60 anos, casado, 2 filhos, escolaridade: 8 anos, evangélico, vendedor autônomo (não trabalha há 1 ano).
- QD: Depressão há 7 anos
- HMA: Desde o assassinato do filho, vem apresentando tristeza persistente, labilidade emocional, anedonia, cansaço, insônia, ↓ libido.
- EP: Aparência descuidada, vigil, humor depressivo, ansioso, afeto ressonante a estímulos negativos, pensamento organizado, sem ideação suicida, sem alterações de sensopercepção, crítica e juízo de realidade preservados.
- AP: HAS, DM2, Insuficiência Coronariana em tratamento com cardiologista

Caso clínico

- Em uso de: metformina, glibenclamida, enalapril, atenolol, AAS, amlodipina, **sertralina 100mg/dia**, alprazolam 0,5 mg/dia.
- MEEM: 29/30, CAMCOG: 94, HAM-D: 19, MADRS: 29, CGI: Gravidade= 5(definitivamente doente)
- **Fase 2**
- CD: 1. ↑ Sertralina até 200mg/dia;
2. Mantido alprazolam;
3. Exames gerais

Caso clínico

- Visita II: Cansaço, impaciência, dor de cabeça, nervosismo. CD: diminuição gradual até suspensão da sertralina; introdução gradual de venlafaxina 75 mg/dia.
- Visita III: Angústia, apetite, lentificação psicomotora, insônia. CD: venlafaxina até 150 mg/dia.
- Visita IV: Desânimo, apetite, pouca melhora do sono. CD: venlafaxina até 225 mg/dia.

Caso clínico

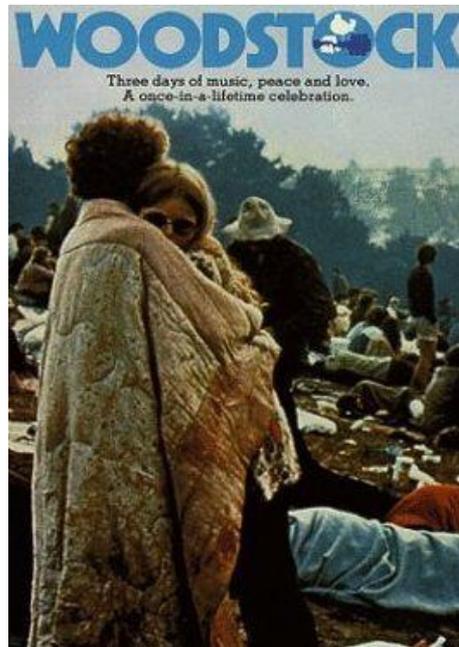
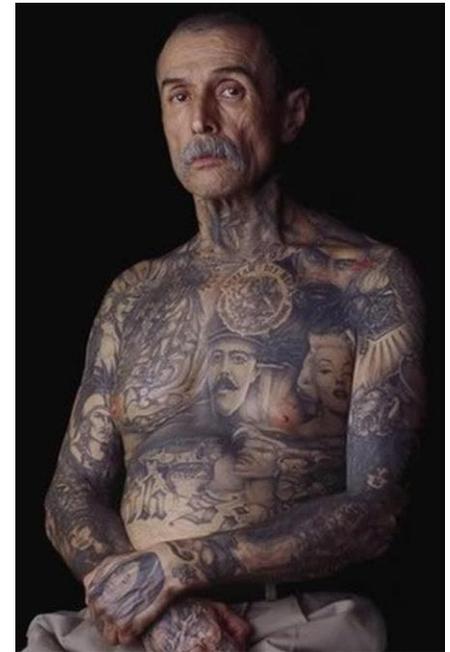
- Visita V: Melhora significativa do sono, apetite, energia, iniciativa para atividades sociais. CD: mantida venlafaxina 225 mg/mês.
- Visita VI: Tristeza, desânimo, choros frequentes. CD: exames gerais; associação de carbonato de lítio (litemia 0,3-0,6).

DROGAS

Geração atual de idosos mais propensa ao uso de álcool e drogas que idosos de outras épocas

Wu LT, Blazer DG. International Journal of Epidemiology, 2014

Barry KL, Blow FC. Alcohol Res, 2016



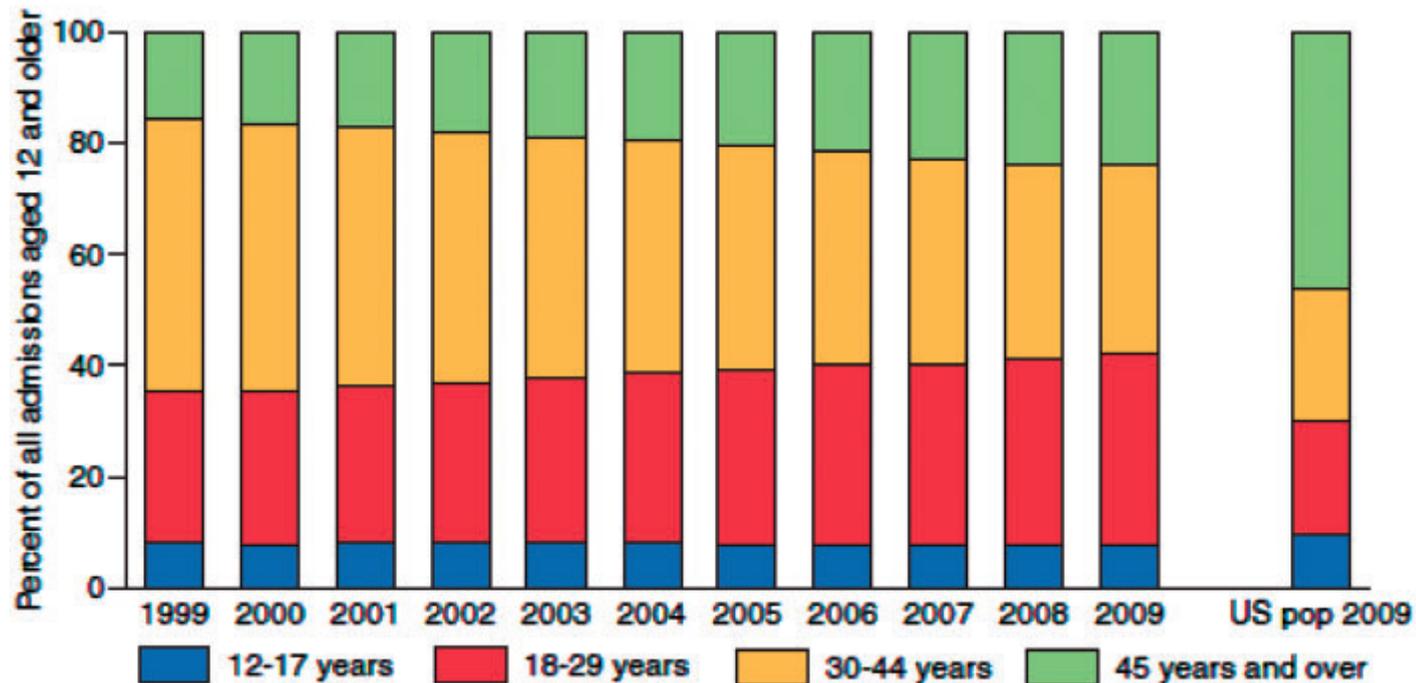
DROGAS

- População com transtorno por uso de substâncias
- > 50 anos
- 2,8 milhões em 2006
- 5,7 milhões em 2020



- Kuerbis A et al. Clin Geriatr Med, 2014

DEMANDA POR TRATAMIENTO



Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Treatment Episode Data Set (TEDS).

ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA

Psicoeducação!!!!

Orientar sobre doença e tratamento

Psicoterapia/grupoterapia

Atendimento com familiar/cuidador

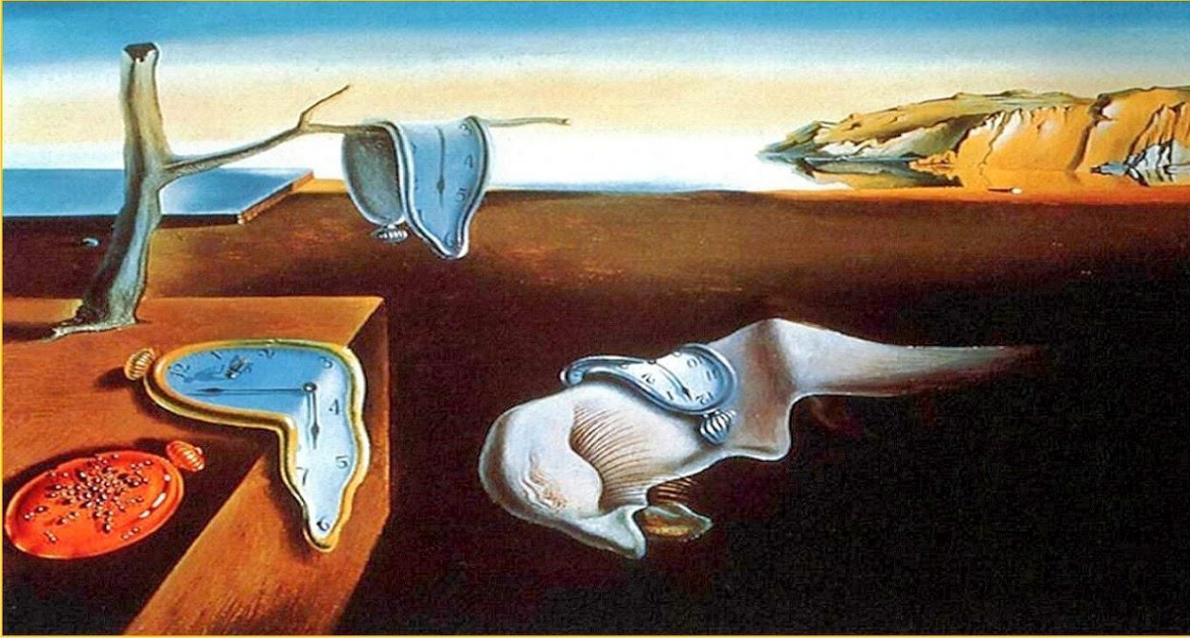
LOCAL DE TRATAMENTO

Riscos??

Em casa? Hospital? ILP??

Freqüência do acompanhamento
(etapas do tratamento)









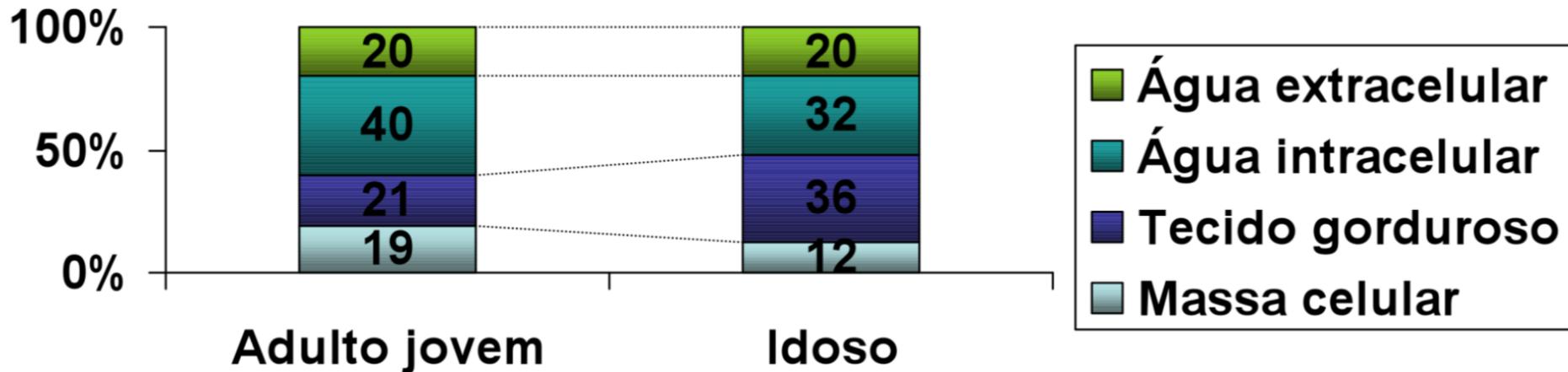


Psicofarmacologia

- ✓ Atenção as alterações fisiológicas do idoso;
- ✓ CUIDADO COM INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA!!

“Start slow, go slow...
BUT GO”.

Psicofarmacologia



FRAGILIDADE E ENVELHECIMENTO

CRITÉRIOS CLÍNICOS E/OU DE SAÚDE PÚBLICA DE FRAGILIDADE EM IDOSOS

(Moraes, E.N. 2010)

1. Idosos com 80 anos de idade

1. Idosos com 60 anos ou mais de idade apresentando:

- Polipatologia (>5 diagnósticos)

- Polifarmácia (≥5 drogas/dia)

- Instabilidade postural: distúrbios da marcha ou quedas de repetição

- Imobilidade (parcial ou total) e/ou redução do condicionamento cardiorrespiratório limitante.

PSICOFARMACOLOGIA

CRITÉRIOS DE BEERS;

EVITAR MEDICAÇÃO ANTICOLINÉRGICA!

SEMPRE CONSULTAR POSSÍVEIS INTERAÇÕES;



Home > Drug Interactions Checker > Search

Drug Interactions Checker

Type in a drug name and select a result from the list. Repeat the process to add multiple drugs. When complete, save your list for future reference or check for interactions immediately.

Add

Your interactions list is empty. Type a drug name in the box above to get started.

To view your previously saved lists, please [sign in](#)



RESEARCH

Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study OPEN ACCESS

Sophie Billioti de Gage *PhD student*¹, Yola Moride *professor*^{2,3}, Thierry Ducruet *researcher*², Tobias Kurth *director of research*^{4,5}, H el ene Verdoux *professor*^{1,6}, Marie Tournier *associate professor*^{1,6}, Antoine Pariente *associate professor*¹, Bernard B egaud *professor*¹

Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study

Shelly L Gray,¹ Sascha Dublin,² Onchee Yu,² Rod Walker,² Melissa Anderson,² Rebecca A Hubbard,³ Paul K Crane,⁴ Eric B Larson²

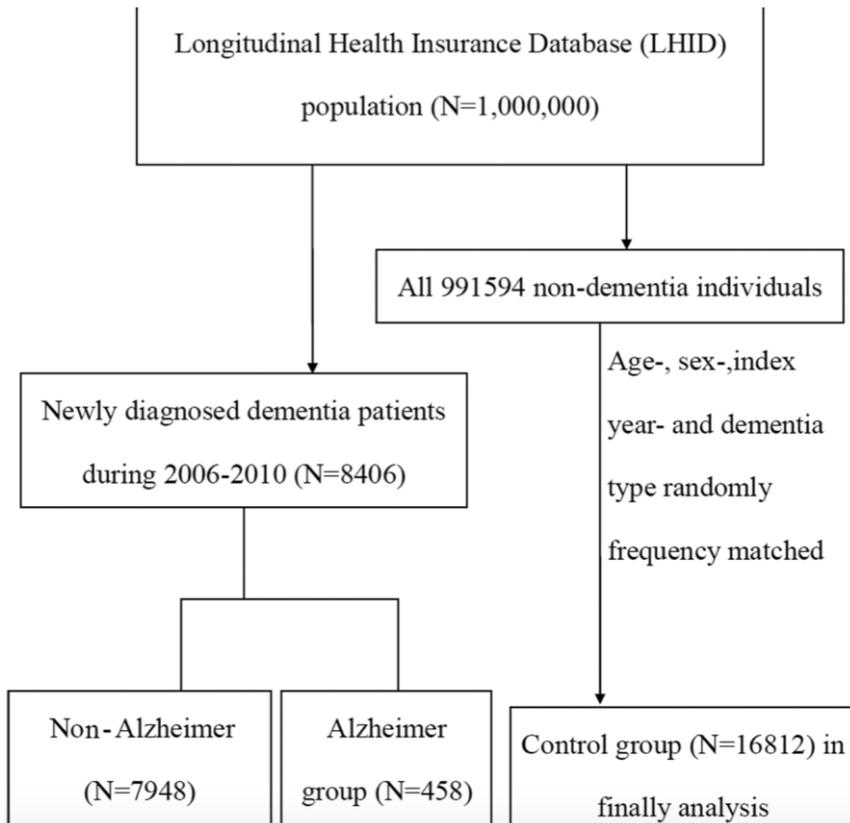
Benzodiazepines are widely prescribed to treat insomnia and anxiety, with about 9-12% of older adults in the United States reporting use

Wu CS, Wang SC, Chang IS, Lin KM. The association between dementia and long-term use of benzodiazepine in the elderly: nested case-control study using claims data. *Am J Geriatr*

An Increased Risk of Reversible Dementia May Occur After Zolpidem Derivative Use in the Elderly Population

A Population-Based Case-Control Study

Hsin-I Shih, Che-Chen Lin, Yi-Fang Tu, Chia-Ming Chang, Hsiang-Chin Hsu, Chih-Hsien Chi, and Chia-Hung Kao



Zolpidem used might be associated with increased risk for dementia in elderly population. Increased accumulative dose might have higher risk to develop dementia, especially in patients with underlying diseases such as hypertension, diabetes, and stroke.

Contribuições para o envelhecimento bem sucedido

Ausência de tabagismo atual;

Consumo moderado de álcool, sem abuso;

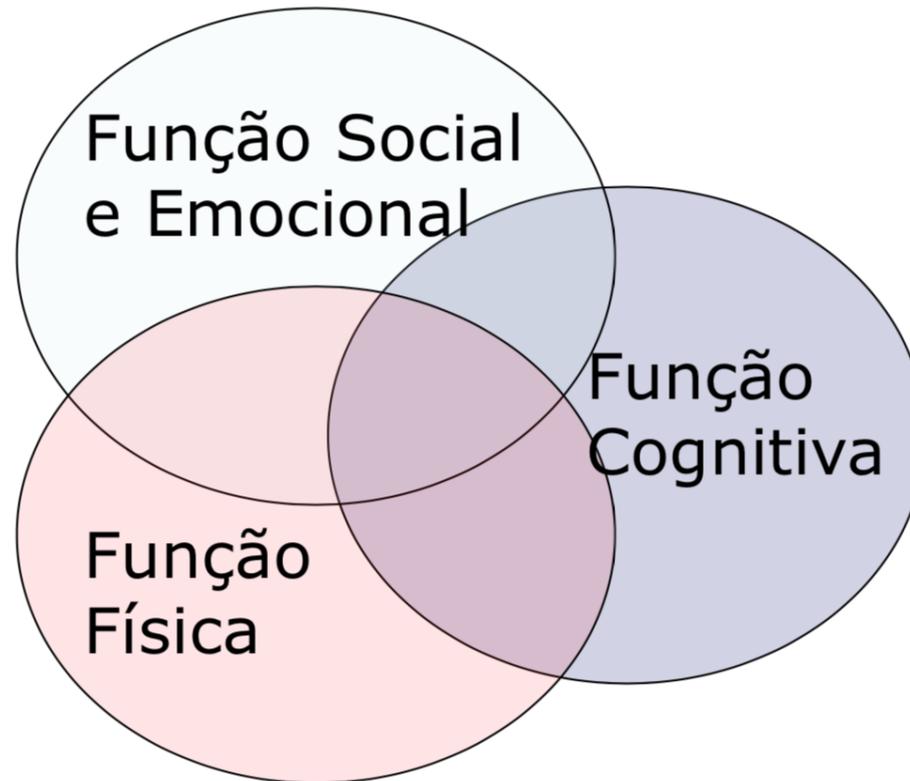
Prática regular de atividade física moderada a intensa;

Índice de massa corpórea e/ou peso normais;

Alimentação.

Peel et al., Am. J. Prev. Med. 2005

ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO



ATIVIDADE FÍSICA

- ↓ mortalidade, incapacidade, doença cardiovascular, osteoporose e determinados tipos de câncer;
- ↑ funcionamento cognitivo e saúde emocional;
- ↑ volume cerebral;
- Efeito antidepressivo;

Larson et al., Ann. Intern. Med. 2006; Colcombe & Kramer, Psychol. Sci. 2003; Colcombe et al., J. Gerontol. A Biol. Scien. 2006; Blumenthal et al., Arch. Int. Med. 1999

ATIVIDADE FÍSICA

- ↑ serotonina, secreção de noradrenalina e atividade dopaminérgica;
- ↑ opioides endógenos e endocanabinoides;
- ↓ neurodegeneração e inflamação;

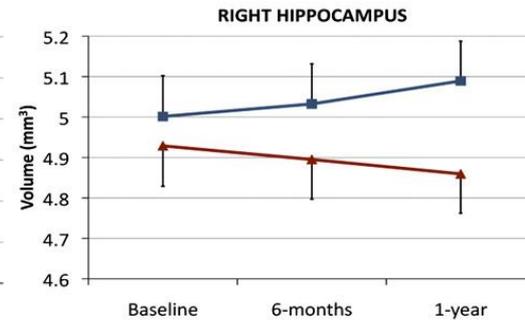
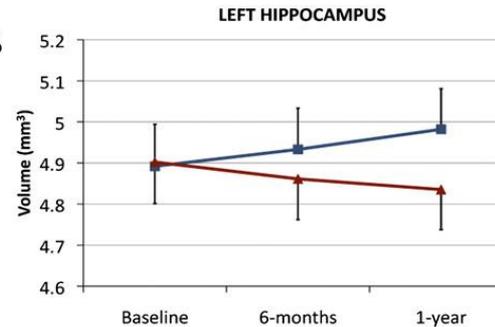
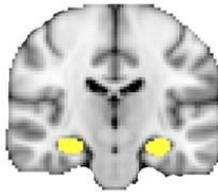
Boecker et al., Cereb. Cortex 2008; Dietrich & McDaniel, Br. J. Sports Med. 2004

Gomez-Merino et al., Neurosci. Lett. 2001; Dishman RK, Med. Sci. Sports Exerc. 1997; Bliss & Ailion, Life Sci.

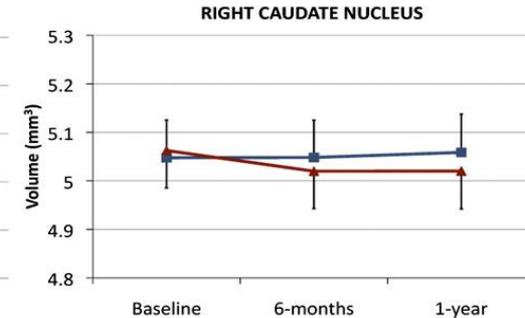
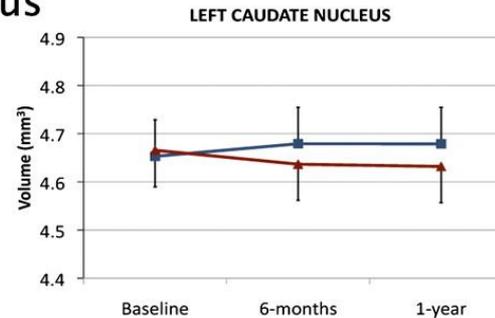
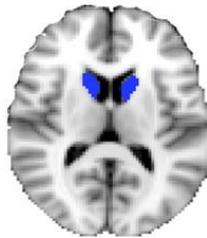
I 1971; Maes et al., Metab. Brain Dis. 2009

Aumento volumétrico cerebral em idosos após programa estruturado de atividades físicas por um ano

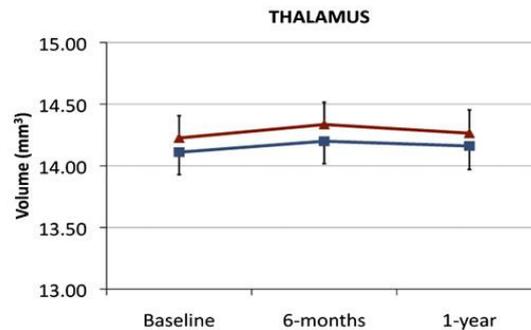
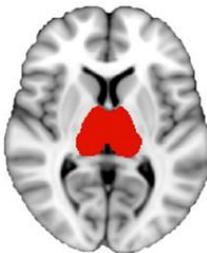
A Hippocampus



B Caudate Nucleus



C Thalamus



■ Exercise
▲ Stretching

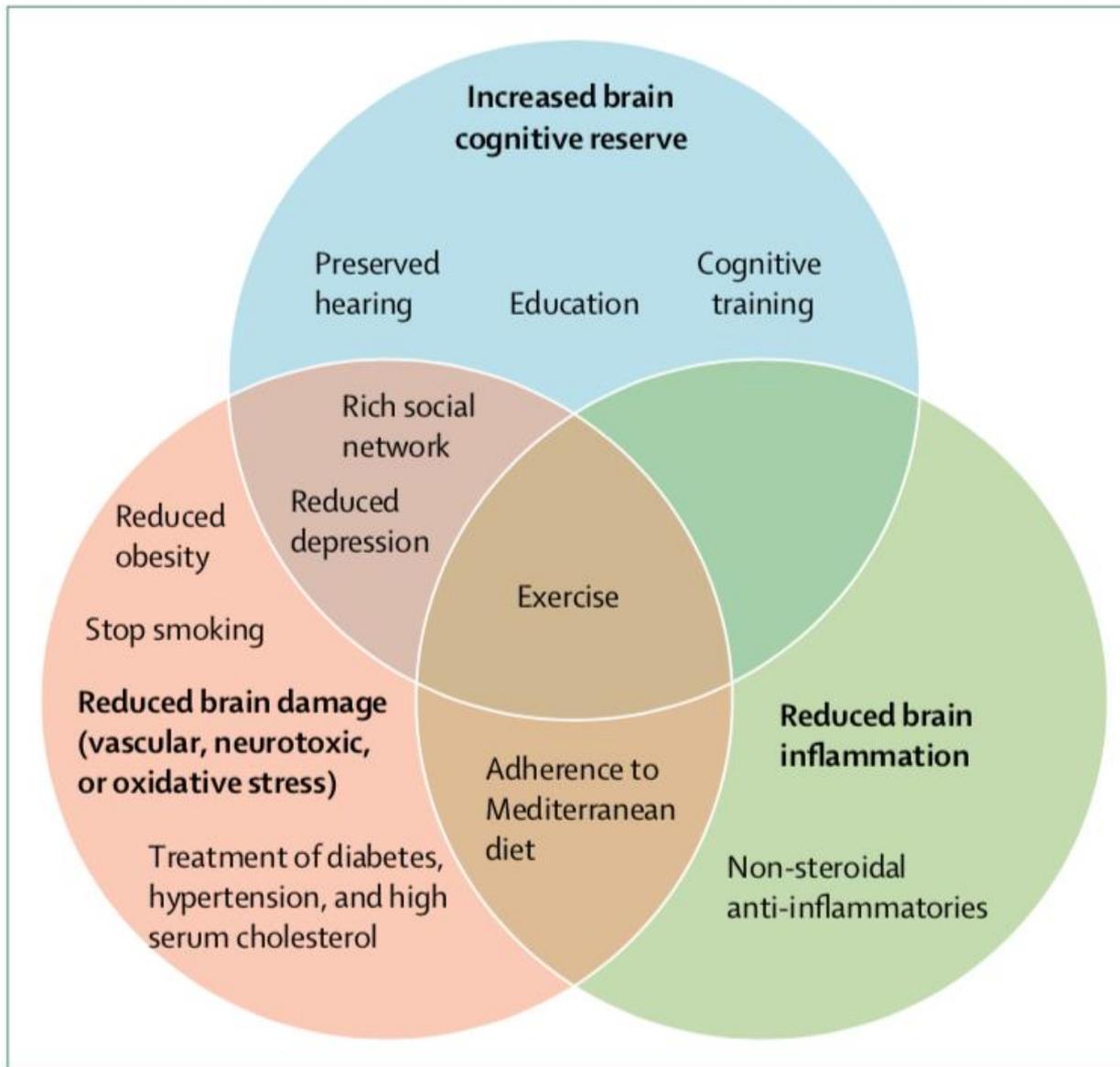


Figure 5: Potential brain mechanisms for preventive strategies in dementia

DEMENTIA

9 WAYS TO REDUCE YOUR RISK

1 IN 3
cases of dementia
could be prevented
by addressing these
lifestyle factors



Source: Lancet Commission on Dementia Prevention and Care
Credit: Keck Medicine of USC

Referências

- 1 - Bottino CMC, Pádua AC, Smid J, Areza-Fegyveres R, Novaretti T, Bahia VS. Diagnóstico diferencial entre demência e transtornos psiquiátricos. *Dement Neuropsychol* 2011 June;5 (Suppl.1):91-98.
- 2 - American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders: DSM-5 (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- 3 - Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *The Lancet*, Early Online Publication, 28 August 2013.
- 4 - Mukadam N *et al*, Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet* 2017 Published online July 20, 2017.
- 5 - Carpenter W *et al*, Preventive strategies for mental health. *The Lancet* 2018 Published online May 14, 2018.

A scenic sunset over a body of water. The sky is filled with soft, orange and pink clouds. In the foreground, there are silhouetted branches and leaves of trees, some of which are dark and out of focus. The water is calm, reflecting the colors of the sky. The overall mood is peaceful and serene.

OBRIGADO PELA ATENÇÃO!!!

brancojp@abp.org.br

Perguntas e respostas