



DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NO MANEJO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR EM IDOSOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DAS COMORBIDADES E ABORDAGENS FARMACOLÓGICAS



<https://doi.org/10.56238/levv15n41-044>

Data de submissão: 11/09/2024

Data de publicação: 11/10/2024

Silvia Gomes Paranhos

Graduanda em medicina na Universidade Anhembi Morumbi (UAM) - S. J. dos Campos -SP
Email: silviaparanhos2@gmail.com

Valentina de Freitas Cicuto

Graduanda de medicina na Universidade de Franca - UNIFRAN
Email: cicutovalentina@gmail.com

Maria Luiza Oficiati Anholeto

Graduanda de medicina na Universidade de Franca - UNIFRAN
Email: marialuiza.ofcanholeto@gmail.com

Marília Barbieri Scanavez

Graduanda de medicina na Universidade de Franca - UNIFRAN
Email: mamascanavez@hotmail.com

Giovanna Dias Sousa

Graduanda de medicina na Universidade de Franca - UNIFRAN
Email: giovannasousaa@yahoo.com

Milena Ribeiro Mateus

Graduanda de medicina na Universidade de Franca - UNIFRAN
Email: milenaribeiriomateus@hotmail.com

Ana Carolina Benaventana de Padua Carneiro

Graduanda de medicina na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba-MG
Email: bena.anacarolina@gmail.com

Letícia Reis Campos

Graduada em medicina na Universidade Nove de Julho - UNINOVE
E-mail: lelereiscampos@gmail.com

Eleonora Reis Campos

Graduando em medicina na Universidade Prof. Edson Antônio Velano - UNIFENAS
E-mail: eleonorareisbc@gmail.com



RESUMO

Objetivo: O objetivo geral deste estudo é compilar e avaliar as evidências científicas sobre o Transtorno Depressivo Maior (TDM) em indivíduos idosos, destacando as principais manifestações clínicas e estratégias de manejo dessa comorbidade para uma maior elucidação clínica. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática guiada pela questão: “Quais são as principais comorbidades associadas ao quadro de depressão em pacientes geriátricos, bem como o manejo utilizado para tratamento do quadro de prática clínica?”. As buscas foram realizadas na base de dados PubMed Central (PMC) utilizando os descritores: Transtorno Depressivo e Idoso, e Transtorno Depressivo e Cuidados de Saúde para Idosos, combinados com o termo booleano “AND”. Foram identificados 170 artigos, dos quais 13 atenderam aos critérios de inclusão, resultando na análise de um total de estudos relevantes. **Resultados:** O TDM em idosos é um desafio significativo para a saúde pública, com alta prevalência de comorbidades, fragilidade e impacto das disfunções neurocognitivas. As ferramentas de rastreamento, como a Escala de Depressão Geriátrica, são úteis, mas apresentam limitações ao excluir sintomas somáticos. O tratamento farmacológico deve ser administrado com cautela devido à polifarmácia e interações medicamentosas frequentes. Intervenções não farmacológicas, como modificações no estilo de vida e redução da polifarmácia, podem melhorar os sintomas depressivos e a qualidade de vida dos idosos. **Conclusão:** A compreensão aprofundada do TDM em idosos é fundamental para aprimorar as práticas clínicas e os resultados dos pacientes, necessitando de uma abordagem holística e contínua. Futuros estudos devem priorizar estratégias terapêuticas específicas que incluam uma avaliação abrangente da saúde física, mental e funcional dessa população vulnerável.

Palavras-chave: Transtorno Depressivo Maior, Idosos, Tratamento, Comorbidades.

1 INTRODUÇÃO

A depressão é uma condição incapacitante em idosos. Na população geriátrica, a depressão está relacionada a um menor nível de bem-estar e qualidade de vida, declínio funcional, comprometimento cognitivo, internação precoce em lares e até mesmo morte prematura por suicídio ou em decorrência de doenças somáticas crônicas. Essas repercussões negativas para a saúde estão vinculadas a um transtorno depressivo conforme os critérios de sistemas de classificação diagnóstica como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), assim como a sintomas depressivos clinicamente relevantes (CRDS) mensurados por escalas de avaliação autorrelatadas.

Estatísticas indicam que a população global com mais de 60 anos dobrará entre 2015 e 2050, aumentando de 12,0% para 22,0%. Com o rápido crescimento da população idosa, a depressão tardia (LLD) surgiu gradualmente como um tema importante no campo da pesquisa médica geriátrica. LLD refere-se a transtornos depressivos que ocorrem em adultos com mais de 60 anos. Os resultados da pesquisa indicam uma prevalência global de LLD de 28,4%, que pode ser potencialmente maior entre indivíduos com doenças físicas concomitantes.

Há vários fatores de risco para depressão na velhice. Em primeiro lugar, fatores de risco possivelmente relevantes, como luto, isolamento, deficiência e doenças somáticas, são mais prevalentes na terceira idade. Em segundo lugar, a investigação demonstra que a depressão na velhice pode ser um fator prodômico ou de risco para a vida adulta. Em terceiro lugar, o prognóstico da depressão tardia parece ser pior do que para as faixas etárias mais jovens. Além disso, descobriu-se que a depressão tardia é gravemente subdiagnosticada por médicos de cuidados primários, considerando a presença e a persistência da depressão.

O transtorno depressivo é a principal causa de incapacidade em todo o mundo. Ele também está associado à disfunção psicossocial, altos custos sociais e mortalidade prematura em comparação com a população em geral, em grande parte devido a comorbidades médicas, incluindo diabetes, síndrome metabólica e doenças cardiovasculares. Muitos caminhos potenciais contribuem para a saúde física precária entre pacientes com transtornos de humor, incluindo vulnerabilidade genética, fatores de risco ambientais, como desvantagem econômica e solidão, estilo de vida não saudável e efeitos adversos do tratamento. Indivíduos com transtornos de humor praticam menos atividade física e têm uma dieta de menor qualidade, com maior ingestão de açúcar, gordura e carboidratos. O tabagismo e outros transtornos relacionados ao uso de substâncias são altamente comórbidos nessa população.

Este artigo de revisão sistemática tem como objetivo compilar e avaliar as evidências científicas existentes sobre o Transtorno Depressivo Maior em indivíduos idosos. A intenção é proporcionar uma visão abrangente e atualizada, que não apenas sintetize o conhecimento atual sobre a condição, mas também identifique lacunas na pesquisa e direcione futuras investigações e práticas

clínicas. Ao oferecer uma análise aprofundada das evidências, este trabalho pretende servir como um recurso para profissionais da saúde, pesquisadores e acadêmicos, auxiliando na otimização das abordagens diagnósticas e terapêuticas da depressão na população idosa.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática que busca compilar e avaliar as evidências científicas existentes sobre o Transtorno Depressivo Maior em indivíduos idosos, além de demonstrar as principais comorbidades e estratégias de manejo dessa patologia, objetivando garantir uma maior elucidação clínica desta patologia. Para o desenvolvimento dessa pesquisa foi elaborada uma questão norteadora por meio da estratégia PVO (população, variável e objetivo): “Quais são as principais comorbidades associadas ao quadro de depressão em pacientes geriátricos, bem como o manejo utilizado para tratamento do quadro prática clínica?”

As buscas foram realizadas por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed Central (PMC). Foram utilizados dois descritores em combinação com o termo booleano “AND”: Depressive Disorder e Aged, e Depressive Disorder e Health Care for the Elderly. A estratégia de busca utilizada na base de dados PMC foi: Depressive Disorder AND Aged e Depressive Disorder AND Health Care for the Elderly. Desta busca foram encontrados 170 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês, português e espanhol; publicados no período de 2019 a 2024 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, além disso, estudos de revisão, observacionais e experimentais, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após a associação dos descritores utilizados nas bases pesquisadas foram encontrados um total de 170 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 23 artigos na base de dados PubMed, sendo utilizados um total de 13 estudos para compor a coletânea.

3 DISCUSSÃO

Transtorno depressivo maior (TDM) é uma condição neuropsiquiátrica heterogênea que afeta indivíduos ao longo da vida. A depressão é a segunda principal causa de incapacidade nos Estados Unidos e no mundo, e resulta em morbidade e mortalidade significativas. Os sintomas depressivos variam ao longo da vida e incluem alterações no humor (ou seja, tristeza, irritabilidade), anergia, modificações no apetite ou no peso e mudanças nas funções neurocognitivas. Para este último, descobriu-se que o TDM afeta predominantemente as funções neurocognitivas governadas por redes fronto-subcorticais, incluindo velocidade de processamento, atenção e funções executivas. A depressão em idosos está associada a várias consequências negativas, como diminuição da qualidade de vida,

dificuldades com atividades da vida diária, comorbidades físicas, comprometimento cognitivo e mortalidade prematura (DOTSON et al., 2020) (CORPAS; GILBODY; MCMILLAN, 2022).

Em idosos, diagnosticar com precisão a depressão pode ser desafiador devido à alta prevalência de comorbidades médicas cujos sintomas se sobrepõem aos de um transtorno depressivo. Além disso, à medida que os indivíduos envelhecem, a polifarmácia e as reações adversas aos medicamentos se tornam mais comuns e podem se sobrepor aos sintomas de depressão. A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) é utilizada como uma ferramenta de triagem para identificar possível depressão em idosos, incluindo aqueles com uma condição médica ou com comprometimento cognitivo leve a moderado. Para evitar sobreposição com sintomas de doença física, a GDS não inclui sintomas somáticos, como insônia, perda de apetite ou fadiga; isso pode, no entanto, excluir características-chave de transtornos depressivos que poderiam ser avaliadas em uma entrevista diagnóstica para determinar a origem. A GDS incluiu versões de 30 e 15 itens, assim como versões mais breves de 10, 5 e 4 itens. Para o GDS-30, pontos de corte de 11 são usados para depressão pelo menos leve e 21 para depressão moderada a grave. Para o GDS-15, pontos de corte de 5 para depressão pelo menos leve e acima de 10 para depressão moderada a grave são utilizados para fins de triagem (PARSONS et al., 2024).

As evidências sugerem que os idosos com doenças crônicas têm maior probabilidade de serem afetados por sintomas depressivos do que aqueles sem condições crônicas. Os idosos com condições crônicas têm maior probabilidade de buscar atendimento médico e seguir o tratamento. Portanto, ao tratar ativamente condições crônicas, pode haver um grau de alívio nos sintomas depressivos entre os idosos (WU et al., 2024).

Fragilidade é uma condição de perda da homeostase devido à desregulação de múltiplos sistemas, resultando em uma menor reserva biológica contra diferentes formas de estressores. A fragilidade prevê resultados adversos futuros para a saúde, como quedas e fraturas, incapacidade física, atividades restritas da vida diária, hospitalização e, em particular, mortalidade. Embora as definições operacionais de fragilidade ainda sejam uma questão de debate, as sociedades geriátricas geralmente concordam que a fragilidade biomédica é clinicamente caracterizada pela diminuição da força, resistência e uma função fisiológica reduzida de vários sistemas orgânicos. Embora haja heterogeneidade entre pacientes frágeis, a fragilidade é geralmente progressiva e fortemente correlacionada com o aumento da mortalidade e dependência (APRAHAMIAN et al., 2023) (MALLERY et al., 2019) Os sete estudos longitudinais com a mais alta qualidade metodológica descobriram que idosos deprimidos tinham aproximadamente 2 a 3 vezes mais probabilidade de desenvolver fragilidade do que seus equivalentes não deprimidos ao longo de um acompanhamento de 3 a 5 anos. Após esses estudos iniciais, meta-análises de taxas de comorbidade transversais mostraram que entre idosos frágeis, a prevalência combinada de depressão foi de 38,6%, enquanto inversamente entre idosos deprimidos a prevalência de fragilidade foi de 40,4% (APRAHAMIAN et al., 2023)

Entre pacientes deprimidos, a fragilidade tem validade preditiva, sendo associada a maiores taxas de mortalidade e a um risco exponencialmente maior de queda devido a antidepressivos. No entanto, as diretrizes sobre o tratamento da depressão não consideram a fragilidade para estratificação de risco nem para seleção de tratamento. Argumentamos que a avaliação da fragilidade permite que os clínicos direcionem melhor o tratamento farmacológico e psicológico da depressão, assim como a necessidade de intervenções que visem principalmente a fragilidade, por exemplo, intervenções no estilo de vida e redução da polifarmácia (APRAHAMIAN et al., 2023).

De acordo com a definição da Sociedade Internacional de Continência (ICS), incontinência urinária (IU) refere-se a uma condição em que a urina flui involuntariamente para fora da uretra. Isso geralmente ocorre devido a lesão do esfíncter da bexiga ou disfunção neurológica e perda da função de controle urinário. Embora seja uma condição não fatal, a IU é acompanhada por altos níveis de estresse e constrangimento devido ao odor e desconforto decorrentes do vazamento de urina. Além disso, a IU pode ocorrer rapidamente e em grandes volumes, o que afeta seriamente a interação social normal e as atividades de lazer entre os indivíduos afetados. Esse efeito não é apenas fisiológico, mas também tem um grande impacto na saúde psicológica do paciente. Por muito tempo, a falta de conhecimento sobre a IU resultou em uma baixa taxa de tratamento médico, baixa adesão do paciente ao treinamento comportamental e baixo estado psicológico entre aqueles com IU. Estudos evidenciaram que a incidência de depressão foi de 11% em pessoas com IU e 7% naquelas sem IU. Entre os pacientes que não receberam cuidados médicos hospitalares para IU, a prevalência de depressão e ansiedade é maior do que a relatada na população em geral (CHENG et al., 2020).

Vários estudos transversais e longitudinais mostraram que a idade avançada está associada ao aumento da vulnerabilidade a déficits cognitivos e declínio relacionados à depressão. Essa vulnerabilidade pode ser devida, pelo menos em parte, a mudanças relacionadas à idade em alguns dos mecanismos neurobiológicos relacionados à depressão, como mudanças estruturais e funcionais nas redes cerebrais frontolímbicas, mudanças vasculares como aumento de lesões da substância branca no cérebro, diminuição do fator neurotrófico derivado do cérebro e aumento da inflamação. É possível que o efeito cumulativo de mudanças neurobiológicas relacionadas à idade e alterações relacionadas à depressão em mecanismos semelhantes crie um "duplo risco" para a disfunção cognitiva, incluindo déficits de controle cognitivo. Também é possível que fatores como comorbidades médicas, gravidade da depressão e o tipo de testes usados tenham variado entre estudos de diferentes faixas etárias e contribuído para a diferença de idade observada na meta-análise (DOTSON et al., 2020).

Aproximadamente 15% a 20% dos adultos com 65 anos ou mais têm depressão. A Associação Psiquiátrica Americana recomenda antidepressivos como opção de tratamento inicial. Os ISRS, os ISRN, a mirtazapina e a bupropiona são sugeridos como agentes de primeira linha para a população adulta em geral e para adultos mais velhos. Meta-análises de ensaios clínicos randomizados (ECRs)

mostraram que, entre adultos com 60 anos ou mais, os antidepressivos são mais eficazes do que o placebo no tratamento da depressão, embora o tamanho do efeito seja modesto. No entanto, os Critérios de Beers de 2019 para Uso Potencialmente Inapropriado de Medicamentos em Idosos recomendam que ISRSs, IRSNs e antidepressivos tricíclicos sejam evitados em idosos com histórico de quedas ou fraturas.⁵ A revisão da Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ) visa sintetizar pesquisas sobre perfis de eventos adversos de antidepressivos em idosos. Em ensaios comparando ISRSs (paroxetina, citalopram ou sertralina) frente a frente com antidepressivos tricíclicos (amitriptilina ou nortriptilina) durante a fase aguda do tratamento, os pacientes que tomavam ISRSs tinham menos probabilidade de se retirar dos ensaios devido a eventos adversos. Um grande estudo de coorte de pessoas com 65 anos ou mais que tinham depressão descobriu que os ISRSs estavam associados a um risco aumentado de quedas, fraturas e mortalidade (SALISBURY-AFSHAR, 2020).

A depressão e a demência afetam profundamente os adultos mais velhos (aqueles com 65 anos), levando à diminuição da qualidade de vida e da independência. Aproximadamente 22,1% dos adultos mais velhos com demência leve e 11,6% daqueles com demência moderada também apresentam transtorno depressivo maior. A depressão está associada a um maior risco de desenvolver demência, além de ser considerada uma doença neuropsiquiátrica sintoma de demência (LENOUVEL et al., 2024). Estudos evidenciaram que o uso de vortioxetina em adultos mais velhos mostraram melhorias estatisticamente significativas na função cognitiva. No entanto, é importante considerar a significância clínica dessas descobertas individuais. Vortioxetina é um antidepressivo com um mecanismo de ação multimodal. Semelhante aos ISRSs e IRSNs, a vortioxetina se liga à proteína transportadora de serotonina para inibir a recaptação de serotonina no sistema nervoso central. No entanto, acredita-se que a vortioxetina também forneça diretamente agonismo do receptor 5-HT_{1A}, agonismo parcial do receptor 5-HT_{1B} e antagonismo do receptor 5-HT₃, 5-HT_{1D} e 5-HT₇.^{11,12} Esses efeitos nos receptores serotoninérgicos podem aumentar os efeitos antidepressivos resultantes da inibição da proteína transportadora de serotonina. Além disso, acredita-se que algumas dessas interações do receptor serotoninérgico facilitem a liberação de outros neurotransmissores. Essas interações indiretas podem regular a liberação de norepinefrina, dopamina, acetilcolina (ACh), histamina, ácido gama-aminobutírico (GABA) e glutamato. Com as melhorias cognitivas observadas entre outros antidepressivos e com o uso prolongado de ISRSs mostrando redução na conversão de comprometimento cognitivo leve, é possível que os antidepressivos como uma classe possam melhorar a função cognitiva em adultos mais velhos, ou o tratamento da depressão pode ser a principal razão da melhora cognitiva. No entanto, esses efeitos cognitivos positivos não foram encontrados em todos os estudos de antidepressivos (GUTSMIEDL et al., 2020).

Em 2015, foi realizado um estudo sendo considerado o primeiro ensaio randomizado controlado por placebo projetado para testar a eficácia e tolerabilidade do metilfenidato e do citalopram

na depressão geriátrica como uma estratégia combinada em comparação com citalopram ou metilfenidato como monoterapia ou placebo. Houve uma melhora significativa na gravidade da depressão e no desempenho cognitivo nos três grupos de tratamento em comparação com o placebo. As melhorias na gravidade da depressão e na pontuação da Impressão Clínica Global foram mais proeminentes no grupo citalopram mais metilfenidato em comparação com os outros dois grupos de tratamento (ou seja, citalopram mais placebo ou metilfenidato mais placebo) (SASSI et al., 2020).

Os autores concluíram que estimulantes podem ser usados como uma alternativa segura quando outros medicamentos falham no tratamento da depressão tardia resistente. Vale mencionar que o transtorno depressivo maior ocorre em até 5% dos idosos residentes na comunidade, enquanto 8 a 16% dos idosos apresentam sintomas depressivos clinicamente significativos. Os transtornos depressivos são frequentes neste grupo populacional, e a resistência ao tratamento não é incomum. Além de representar uma estratégia de aumento, a terapia adicional com metilfenidato parece acelerar a melhora da depressão em comparação ao citalopram sozinho (SASSI et al., 2020).

Devido às diferenças na farmacocinética, o efeito dos antidepressivos pode ser peculiar nesta população. Várias alterações metabólicas no corpo de idosos podem influenciar a concentração de substância ativa no corpo, alterando o metabolismo e a eliminação. Por exemplo, a massa hepática e o fluxo sanguíneo diminuem e a depuração de creatinina do rim diminui continuamente com o aumento da idade. Além disso, a polifarmácia frequente em pacientes idosos aumenta o risco de interações medicamentosas. Portanto, as concentrações de antidepressivos devem ser escolhidas cuidadosamente para evitar overdose, que pode causar efeitos colaterais graves. A farmacodinâmica também pode mudar com a idade, pois foi relatada uma sensibilidade farmacodinâmica aumentada em idosos, devido a alterações neuronais e de neurotransmissão (GUTSMIEDL et al., 2020). Em adultos com depressão, em comparação com placebo, mais eventos adversos foram observados com dextroanfetamina, amitriptilina, aripiprazol, brexpiprazol, bupropiona, fluoxetina, lisdexanfetamina, paroxetina, venlafaxina, vortioxetina, mas não com mirtazapina. Em comparações diretas, a fluvoxamina e a paroxetina tiveram menos eventos adversos do que os ADTs, e a agomelatina, menos do que os ISRS e a paroxetina (CROATTO et al., 2023) (SALISBURY-AFSHAR, 2020).

Em comparações diretas de medicamentos, os ISRSs tiveram um efeito hipertensivo menor do que os IRSNs (pequeno) e a imipramina (moderado). Para a saúde cardiovascular geral, em pacientes idosos, a fluoxetina mostrou um efeito de piora muito grande em comparação com a sertralina e o escitalopram. Um pequeno efeito no ganho de peso surgiu para o aumento de antidepressivos com brexpiprazol, enquanto em comparações diretas a paroxetina foi pior do que a reboxetina, mas melhor do que a maprotilina e a mirtazapina, com um efeito moderado a grande. Um efeito moderado para o ganho de peso surgiu para a mirtazapina também em comparação com o ISRS. Considerando a tolerabilidade, na depressão, em geral todas as classes farmacológicas foram menos toleradas do que o

placebo; os ISRSs foram mais bem tolerados do que os ATCs, enquanto nenhuma diferença significativa surgiu comparando ISRSs-ISRSs e ISRSs-IRSNs, com exceção da duloxetine para maiores taxas de descontinuação relacionadas à intolerabilidade (CROATTO et al., 2023).

Os efeitos longitudinais da religião sobre os sintomas depressivos foram estudados em seis estudos. Foi realizado um estudo, onde investigaram duas ondas (1984–1985 e 1989–1990) de finlandeses mais velhos e notaram que a baixa participação religiosa aumentou o risco de depressão em mulheres, mas não em homens. Esses resultados foram expandidos, e observaram que adultos mais velhos com maior frequência à igreja tiveram um risco reduzido de desenvolver depressão e sintomas depressivos em um curto intervalo de tempo. Crenças religiosas e espirituais (SR) estão longe de ser apenas tradições culturais. De fato, envolvem inúmeras práticas organizacionais, não organizacionais, introspectivas e comunitárias que podem potencialmente influenciar o comportamento humano. Em relação à saúde mental, um número crescente de estudos observou melhor estado de saúde mental em pessoas envolvidas em atividades de SR. Esses resultados foram confirmados por revisões descritivas e sistemáticas. No entanto, uma análise agrupada específica baseada em uma busca sistemática focada na população idosa e incorporando uma variedade de abordagens religiosas e espirituais ainda é necessária (COELHO-JÚNIOR et al., 2022).

4 CONCLUSÃO

Com base nos achados revisados, pode-se concluir que o Transtorno Depressivo Maior (TDM) em idosos é um desafio significativo para a saúde pública, com implicações importantes para o manejo clínico e a qualidade de vida. A alta prevalência de comorbidades, fragilidade e o impacto das disfunções neurocognitivas associadas ao TDM ressaltam a necessidade de uma abordagem diagnóstica cuidadosa e diferenciada, considerando tanto as manifestações depressivas quanto os sintomas de condições crônicas. As ferramentas de triagem, como a Escala de Depressão Geriátrica, são úteis, mas apresentam limitações ao excluir sintomas somáticos, o que pode comprometer o diagnóstico completo em alguns casos.

O tratamento farmacológico, embora eficaz, deve ser manejado com cautela, principalmente devido à polifarmácia e às interações medicamentosas frequentes em idosos. A fragilidade deve ser incorporada na estratificação de risco ao selecionar intervenções terapêuticas, incluindo antidepressivos. Além disso, o impacto potencial das terapias antidepressivas sobre o declínio cognitivo, quedas e mortalidade exige atenção especial. Os dados também sugerem que intervenções não farmacológicas, como modificações no estilo de vida e a redução da polifarmácia, podem desempenhar um papel fundamental na melhora dos sintomas depressivos e na qualidade de vida dos idosos. Assim, futuras pesquisas e diretrizes clínicas devem priorizar estratégias terapêuticas



personalizadas que incluam uma avaliação abrangente da saúde física, mental e funcional dessa população vulnerável.



REFERÊNCIAS

APRAHAMIAN, Ivan et al. The frail depressed patient: a narrative review on treatment challenges. *Clinical interventions in aging*, p. 979-990, 2023.

CHENG, Shulin et al. Association of urinary incontinence and depression or anxiety: a meta-analysis. *Journal of International Medical Research*, v. 48, n. 6, p. 0300060520931348, 2020.

COELHO-JÚNIOR, Hélio José et al. Religiosity/spirituality and mental health in older adults: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Medicine*, v. 9, p. 877213, 2022.

CORPAS, Jorge; GILBODY, Simon; MCMILLAN, Dean. Cognitive, behavioural or cognitive-behavioural self-help interventions for subclinical depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, v. 308, p. 384-390, 2022.

CROATTO, Giovanni et al. The impact of pharmacological and non-pharmacological interventions on physical health outcomes in people with mood disorders across the lifespan: An umbrella review of the evidence from randomised controlled trials. *Molecular psychiatry*, v. 28, n. 1, p. 369-390, 2023.

DOTSON, Vonetta M. et al. Depression and cognitive control across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology review*, v. 30, p. 461-476, 2020.

GUTSMIEDL, Katharina et al. How well do elderly patients with major depressive disorder respond to antidepressants: a systematic review and single-group meta-analysis. *BMC psychiatry*, v. 20, p. 1-12, 2020.

LENOUVEL, Eric et al. Antidepressants for treating depression among older adults with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry research*, p. 116114, 2024.

MALLERY, Laurie et al. Systematic review and meta-analysis of second-generation antidepressants for the treatment of older adults with depression: questionable benefit and considerations for frailty. *BMC geriatrics*, v. 19, p. 1-11, 2019.

PARSONS, Marc et al. Depression prevalence of the Geriatric Depression Scale-15 was compared to Structured Clinical Interview for DSM using individual participant data meta-analysis. *Scientific Reports*, v. 14, n. 1, p. 17430, 2024.

SALISBURY-AFSHAR, Elizabeth. Adverse events of pharmacologic treatments of major depression in older adults. *American Family Physician*, v. 101, n. 3, p. 179-181, 2020.

SASSI, Karina Lúcia Moreira et al. Amphetamine use in the elderly: a systematic review of the literature. *Current Neuropharmacology*, v. 18, n. 2, p. 126-135, 2020.

WU, Man et al. Effectiveness of Telecare Interventions on Depression Symptoms Among Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR mHealth and uHealth*, v. 12, n. 1, p. e50787, 2024.