



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**A PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-AVC EM
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

ARTIGO DE REVISÃO

ALEXANDRA MARISA VALE DE CARVALHO

Estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina

2009016379

ale_marisa@hotmail.com

Março 2015

RESUMO

O AVC é uma importante causa de incapacidade e morte em todo o mundo. Cerca de um terço dos doentes com AVC pode apresentar depressão, o que pode afetar potencialmente a recuperação funcional, a qualidade de vida e a mortalidade a longo prazo após AVC. Contudo, a depressão após AVC mantém-se subdiagnosticada e subtratada.

Os objetivos desta revisão bibliográfica focaram-se na prevenção, rastreio/diagnóstico e tratamento da depressão em doentes com AVC, assim como determinar o papel do médico de MGF na abordagem destes doentes e respetivas famílias.

Diversos estudos avaliaram a efetividade da psicoterapia (entrevista motivacional e terapia baseada na resolução de problemas), musicoterapia e farmacoterapia na prevenção da depressão em doentes com AVC. No que diz respeito à prevenção, é importante determinar quais os fatores preditores que conferem um risco mais elevado para depressão. A profilaxia com antidepressivos pode prevenir a depressão nestes doentes. No entanto, não está ainda definido qual o fármaco de escolha, a dosagem e duração do tratamento mais efetiva, bem como o grupo de doente que poderá beneficiar mais com estas medidas.

O rastreio da depressão é frequentemente recomendado para melhorar a sua deteção. Existem vários instrumentos psicométricos de rastreio, mas nenhum é específico para a doentes com AVC. “Heart and Stroke Foundation of Canada” e “Canada Stroke Network” recomendam a utilização da GDS, HADS, PHQ-9, BDI, CES-D, SADQ-10 e ADRS como escalas psicométricas para o rastreio de sintomas depressivos em doentes com AVC. Contudo, o diagnóstico deve ser estabelecido de acordo com os critérios da DSM-IV.

O tratamento da depressão reduz os sintomas depressivos, melhora a recuperação funcional e a mortalidade a longo prazo. Os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina foram considerados o grupo de antidepressivos de escolha para a depressão após AVC,

embora seja necessário investigar melhor qual o fármaco mais apropriado, a dosagem e a duração do tratamento.

O médico de MGF apresenta um papel essencial na abordagem dos problemas médicos, psicológicos e sociais dos doentes com AVC. Além disso, a avaliação dos doentes, cuidadores e famílias pelo médico de MGF permite a elaboração de um Plano de Cuidados adequado.

PALAVRAS-CHAVE

AVC, depressão, preditores, prevenção, rastreio, tratamento, família, cuidador e dependente.

ABSTRACT

Stroke is an important cause of disability and death worldwide. Nearly one third of stroke survivors experience depression that potentially affects functional recovery, quality of life and long term mortality after stroke. However, post stroke depression remains underdiagnosed and undertreated.

The goals of this review were to assess prevention, screening/diagnose and treatment of post stroke depression, such as the role of general practitioners in the management of these patients and their family.

Many studies evaluated the effectiveness of psychotherapy (motivational interviewing and problem solving therapy), music therapy and pharmacotherapy in depression's prevention in stroke survivors. As far as prevention, it is important to determine predictors that confer higher risks of depression. Prophylaxis with antidepressants may prevent post stroke depression, nevertheless, it is not defined which drug, dosage and duration of treatment is more effective and which high risk patients would benefit most with the this approach.

Screening for depression in stroke patients is recommended in several guidelines to improve its detection. Multiples psychometrics instruments exist, but none is specific for post stroke depression. Heart and Stroke Foundation of Canada and Canada Stroke Network recommend GDS, HADS, PHQ-9, BDI, CES-D, SADQ-10 and ADRS as psychometric scales for screening depressive symptoms after stroke. Nevertheless, in depression diagnosis, the gold standard is the diagnostic criteria of DSM-IV.

The treatment of depression allows reduction of depressive symptoms and enhancing functional outcomes and long term mortality after stroke. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors were considered the best antidepressant group for post stroke depression, although more investigation is required to determine the most appropriate drug, dosage and duration of

treatment.

The General Practitioner has an essential role in the management of medical, psychological and social problems of stroke survivors. Furthermore, evaluation of patients, caregivers and families by a General Practitioner, enables the elaboration of an adequate Care Plan for them.

KEYWORDS

Stroke, depression, predictors, prevention, screening, treatment, family, caregiver and dependent.

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS	8
1. INTRODUÇÃO	10
2. MATERIAIS E MÉTODOS	12
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
3.1. Aspetos psicológicos após AVC e possíveis Diagnósticos Diferenciais de Depressão	14
3.2. Fatores Preditores	16
4. PREVENÇÃO PRIMÁRIA DA DEPRESSÃO PÓS-AVC	18
4.1. Psicoterapia na prevenção da depressão pós-AVC	19
4.2. Musicoterapia na melhoria do Humor	21
4.3. Farmacoterapia na prevenção da depressão pós-AVC	22
5. RASTREIO E DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO PÓS-AVC	25
5.1. Rastreio da Depressão	25
5.1.1. Escala de Depressão Geriátrica (ANEXO 1)	28
5.1.2. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (ANEXO 2)	29
5.1.3. Questionário sobre a Saúde do Paciente – 9 (ANEXO 3)	30
5.1.4. Inventário de Depressão de Beck (ANEXO 4)	31
5.1.5. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (ANEXO 5)	32
5.1.6. “Stroke Aphasic Depression Questionnaire” (ANEXO 6)	33
5.1.7. “Aphasic Depression Rating Scale”	35
5.2. Diagnóstico da Depressão pós-AVC	36
6. TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-AVC	39
6.1. Tratamento Farmacológico	40
6.1.1. Antidepressivos Tricíclicos (ADT)	40
6.1.2. Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)	41
6.1.3. Inibidores Seletivos da Recaptação da Noradrenalina (ISRN)	42
6.1.4. Psicostimulantes	42
6.1.5. Impacto do Tratamento Farmacológico na Recuperação Funcional	43
6.1.6. Impacto do Tratamento Farmacológico na Mortalidade	43
6.2. Tratamento Não farmacológico	44
6.2.1. Terapia Cognitivo-Comportamental	44

6.2.2.	“Ecosystem Focused Therapy”	45
6.2.3.	Eletroconvulsoterapia (ECT)	46
7.	PARTICULARIDADES DA DEPRESSÃO PÓS-AVC NO IDOSO	49
8.	O PAPEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA ABORDAGEM DO DOENTE COM RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-AVC	52
8.1.	Cuidar de um doente dependente devido a AVC.....	55
8.2.	Abordagem do Doente dependente devido a AVC e da sua Família pelo Médico de Medicina Geral e Familiar	59
8.3.	Plano de Cuidados adequado a um doente com AVC e respetivo cuidador/família.....	60
9.	CONCLUSÃO.....	64
10.	AGRADECIMENTOS.....	66
11.	BIBLIOGRAFIA.....	67
	ANEXO 1 – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (1983)	74
	ANEXO 2 – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar de Zigmond e Snaith (1983)	75
	ANEXO 3 – Questionário Sobre a Saúde do Paciente – 9 da PRIME-MD	77
	ANEXO 4 – Inventário da Depressão de Beck (1961)	78
	ANEXO 5 – Escala de Depressão do Centro Estudos Epidemiológicos.....	79
	ANEXO 6 – “Stroke Aphasic Depression Questionnaire – 10”	81
	ANEXO 7 – Escala de Barthel Modificada.....	82
	ANEXO 8 – Mini-Mental State Examination de Folstein	83
	ANEXO 9 – Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit	84

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ADRS	“Aphasia Depression Rating Scale”
ADT	Antidepressivos Tricíclicos
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades da Vida Diária
BDI	Inventário de Depressão Beck
CES-D	Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais - IV
ECT	Eletroconvulsoterapia
EFT	“Ecosystem Focused Therapy”
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
HADS	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
HTA	Hipertensão Arterial
IL-1	Interleucina 1
IL-6	Interleucina 6
IL-8	Interleucina 8
IL-18	Interleucina 18
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
ISRN	Inibidores Seletivos da Recaptação da Noradrenalina
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
m	mês/meses
MGF	Medicina Geral e Familiar
NNT	Número Necessário para Tratar
OMS	Organização Mundial de Saúde

- PHQ-2 Questionário sobre a Saúde do Paciente-2
- PHQ-9 Questionário sobre a Saúde do Paciente-9
- RCAAP Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
- SADQ-10 “Stroke Aphasic Depression Questionary-10”
sem semana(s)
- TNF- α Fator de Necrose Tumoral-alfa
- VALSIM Estudos Epidemiológicos da Prevalência do Síndrome Metabólico
na População Portuguesa
- VAMS “Visual Analogue Mood Scale”

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define o Acidente Vascular Cerebral (AVC) como “o rápido desenvolvimento de sinais clínicos devido a distúrbios neurológicos focais ou globais, com duração de 24 horas ou mais ou que levem à morte, sem que haja outra causa aparente para além da origem vascular”¹..

O AVC é a principal causa de incapacidade e morte no mundo¹. No entanto, apesar disso, existem poucos estudos sobre a prevalência do AVC na população portuguesa². Em 2007, o estudo VALSIM estimou uma prevalência de 2,1% numa amostra de 16.856 indivíduos³. Recentemente, em 2013, um estudo realizado pelo Departamento de Epidemiologia do INSA estimou uma prevalência de 1,9% numa amostra de 2.719 indivíduos inquiridos por entrevista telefónica².

Em termos fisiopatológicos, o AVC pode ser devido a um enfarte cerebral, a uma hemorragia intracerebral ou hemorragia subaracnoideia¹. Devido à lesão cerebral decorrente do mesmo, o doente pode apresentar, frequentemente, sequelas neurológicas e médicas a longo prazo que terão implicações na sua qualidade de vida, morbidade e mortalidade⁴. Os principais problemas consequentes do AVC são as alterações cognitivas, dificuldades na comunicação, fadiga, problemas neuromusculares como fraqueza e paralisias musculares, espasticidade e dificuldade em deambular, alterações visuais, incontinência urinária, distúrbios do foro psicológico, entre outros⁵.

A depressão é uma das complicações do foro psiquiátrico mais frequente nestes doentes. Hackett et al (2005)⁶, numa revisão sistemática de estudos observacionais, estimou uma prevalência de depressão pós-AVC de cerca de 33% (IC 95%, 29% a 36%). Posteriormente, Ayerbe et al (2013)⁷, na sua meta-análise, determinaram uma prevalência de 29% (IC 95%, 25 a 32%). Em Portugal, um estudo retrospectivo realizado por Camões

Barbosa et al (2009)⁸ em 56 doentes com AVC de uma unidade de reabilitação, apresentou uma incidência de depressão de 44,6%.

Esta complicação psiquiátrica tem implicações no prognóstico do doente, dado que tem um impacto negativo na sua recuperação funcional, capacidade cognitiva, reintegração familiar e social, qualidade de vida, e, ainda, na mortalidade a longo prazo. Neste contexto, é importante proceder ao diagnóstico precoce da depressão nestes doentes, para iniciar um tratamento adequado. Além disso, a implementação de estratégias preventivas neste grupo de doentes poderá levar à redução da prevalência e dos efeitos negativos da depressão⁹.

Deste modo e tendo em conta o que já foi referido, esta revisão bibliográfica tem como objectivos (1) avaliar possíveis intervenções preventivas, (2) concluir sobre a abordagem diagnóstica e terapêutica mais eficiente e (3) aferir o papel do médico de Medicina Geral e Familiar perante um doente com risco de depressão após um AVC.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

A presente revisão bibliográfica foi baseada numa pesquisa realizada na PubMed em três idiomas (português, inglês e espanhol), sendo as palavras-chave utilizadas “*stroke e depression*” em combinação com *predictors, prevention, screening e treatment*. Foram selecionados apenas artigos científicos e artigos de revisão compreendidos entre 2000 e 2014, que abordassem os objetivos propostos, no âmbito desta revisão.

Foi realizada também pesquisa, exclusivamente na língua portuguesa, em revistas médicas portuguesas, nomeadamente Acta Médica Portuguesa e Sinapse e na base de dados Scielo com as combinações de palavras-chave “*depressão e AVC*” e “*família, cuidador e dependente*”. Na base de dados RCAAP, foram selecionadas também dissertações de mestrado, após pesquisa com a combinação dos termos “*família, cuidador e dependente*”, dando preferência às dissertações mais recentes e que abordassem especificamente a temática deste trabalho.

Complementou-se a pesquisa com consulta em livros de referência e websites de organizações nacionais e internacionais.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A depressão pós-AVC é definida, pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (DSM-IV), como uma perturbação do humor proeminente e persistente, como consequência direta do AVC¹⁰. Distingue-se, portanto, da depressão vascular que se deve à patologia vascular cerebral, silenciosa e crónica, passível de ser detetada por exames imagiológicos. As lesões vasculares podem provocar depressão porque levam a uma disrupção progressiva das vias responsáveis pela regulação do humor e das funções executivas. Por este motivo, a depressão vascular está associada também a demência¹¹.

Ayerbe et al (2013)⁷, na sua meta-análise, verificaram que a prevalência estimada da depressão no primeiro mês após AVC era de 28%, entre 1 e 6 meses, de 31% entre 6 meses e 1 ano de 33% e após 1 ano era de 25%. Averiguou ainda que, em estudos hospitalares, a prevalência foi de cerca de 30%, em estudos em unidades de reabilitação de 30% e em estudos comunitários de 22%. Os resultados obtidos pelo autor são concordantes com estudos anteriores, que também referem um risco superior de depressão nos primeiros meses após AVC, sendo o risco inferior no ano seguinte. O fato de a prevalência da depressão ser superior nas populações hospitalares e das unidades de reabilitação, em relação às populações comunitárias, reforça as conclusões anteriores⁶.

A etiopatogenia da depressão pós-AVC tem sido alvo de grande discussão, tendo sido propostas duas teorias possíveis: a Psicossocial e a Biológica.

Inicialmente, a depressão era considerada uma reação psicológica expectável do indivíduo à incapacidade física decorrente do AVC, associado à falta de estratégias de *coping* eficazes¹². Contudo, verificou-se que doentes com AVC apresentavam mais frequentemente depressão do que doentes com o mesmo nível de limitação física devido a problemas ortopédicos. Por este motivo, surgiu a hipótese de a lesão cerebral isquémica poder

influenciar diretamente mecanismos neuronais ao nível dos gânglios da base e do sistema límbico, relacionados com o humor¹¹.

No modelo biológico, duas teorias foram apresentadas: a hipótese das aminas biogénicas e a hipótese das citocinas. A primeira defende a ocorrência de uma hiporregulação serotoninérgica e monoaminérgica, resultando em menor concentração de noradrenalina e serotonina na fenda sináptica, o que origina os sintomas depressivos. Por outro lado, a segunda hipótese baseia-se no fato de citocinas pró-inflamatórias como IL-1, TNF- α , IL-6, IL-8 e IL-18 poderem estar envolvidas na reação inflamatória da lesão isquémica aguda, com posterior perda de neurónios, principalmente da área límbica. A activação das citocinas pró-inflamatórias promove também um aumento da atividade do sistema hipotálamo-hipófise-suprarrenal, com metabolismo de neurotransmissores como a dopamina, noradrenalina e serotonina, provocando os sintomas depressivos.

Nenhuma teoria por si só explica a etiopatogenia da depressão pós-AVC, por isso, a etiologia multifatorial é a hipótese mais aceite, atualmente¹¹.

Apesar da elevada prevalência da depressão como complicação psiquiátrica em doentes com AVC e das implicações negativas na sua vida, esta continua a ser frequentemente subdiagnosticada e subtratada pelos profissionais de saúde¹³.

3.1. Aspetos psicológicos após AVC e possíveis Diagnósticos Diferenciais de Depressão

O AVC é um fenómeno importante para o qual a maioria dos doentes não estão preparados, implicando diversas adaptações a nível físico, social e emocional para o doente e para a sua família, com inversão de papéis e estabelecimento de novas hierarquias. O doente pode experimentar diferentes sentimentos e emoções, nomeadamente angústia e desânimo, medo de perder definitivamente as capacidades funcionais, de ter novo AVC, morte,

sentimentos de culpa, perda da auto-estima e alterações da personalidade como agressividade ou comportamento infantil¹⁴.

Para além das referidas alterações psicológicas, o doente pode apresentar alterações neuropsiquiátricas, sendo frequentemente referenciadas a depressão, transtornos da ansiedade, psicose, mania, ideação suicida, reacções catastróficas, entre outros¹⁵.

Algumas síndromes cognitivo-comportamentais que cursam com alterações do humor e do afecto podem confundir-se com depressão pós-AVC. Os mais frequentes são a fadiga pós-AVC, a reacção catastrófica, labilidade emocional, aprosodia afetiva e apatia (Tabela 1)¹⁵.

Tabela 1 Diagnósticos diferenciais de Depressão após AVC

Fadiga pós-AVC	A fadiga é frequente após o AVC, tendo uma prevalência de 39,2% em doentes não deprimidos. É caracterizada por uma sensação de cansaço precoce, associada a ausência de energia e aversão ao esforço. Constitui um fator independente de pior prognóstico.
Reacção Catastrófica	A reacção catastrófica é caracterizada por episódios agudos e súbitos de choro, irritação, ansiedade e medo perante a dificuldade do doente em enfrentar as suas incapacidades físicas. Pode associar-se a antecedentes psiquiátricos prévios, dependência nas AVD e maior frequência de depressão.
Labilidade Emocional	A labilidade emocional corresponde a episódios de riso e choro descontextualizado com o estado emocional do doente. Pode aparecer independentemente do quadro depressivo do doente e é mais frequente nos primeiros meses após AVC.
Aprosodia afetiva	A aprosodia afetiva é uma síndrome caracterizado por afeção da produção e compreensão dos componentes da linguagem (pausas, entoação, melodia, entre outras) responsáveis pela expressão dos estados emocionais do doente como tristeza, alegria, medo, entre outros. É frequente ocorrer na fase aguda após AVC com lesão do hemisfério direito, resolvendo-se espontaneamente, na maioria dos casos.

Apatia	A apatia é definida como uma ausência de sentimentos, interesses ou preocupações, com comportamento motor e linguagem espontânea significativamente reduzida. Pode estar ou não associada à depressão.
--------	--

Adaptado de Carod-Artal (2006)¹⁵

3.2. Fatores Preditores

Existem vários fatores preditores que podem conferir alto risco de depressão após AVC (Quadro 1). A identificação desses fatores, nestes doentes, deve constituir uma prioridade uma vez que permite prever a probabilidade de depressão pós-AVC, quantificar o risco do doente¹⁶ e implementar intervenções efetivas¹⁷, nomeadamente vigilância mais apertada e medidas de prevenção, quando necessário⁷.

Ayerbe et al (2013)⁷, numa revisão sistemática e meta-análise, averiguou que a incapacidade funcional decorrente do AVC e história pessoal de depressão foram os fatores preditores mais constantemente reportados em vários estudos, apresentado por isso uma associação significativa com o desenvolvimento da depressão.

O comprometimento cognitivo também é um dos fatores mais referidos^{7,17,18}, nomeadamente as alterações da percepção visual, da função executiva, neglect, do raciocínio abstrato, da linguagem e da memória verbal e visual¹⁸. Neste caso, o médico deve ter especial atenção aos doentes com funções cognitivas afetadas, devido à sua dificuldade em expor os seus sintomas depressivos^{7,17}.

A localização da lesão a nível do SNC e sua associação ao desenvolvimento e severidade da depressão tem sido alvo de diversos estudos, contudo, os resultados são contraditórios e nenhuma relação foi comprovada até ao momento¹⁸. Por outro lado, a severidade do AVC constitui um fator preditor, reforçando a teoria da relação direta entre a lesão neurológica e a depressão¹⁷.

O sexo feminino e doentes mais jovens apresentam também maior risco de depressão

pós-AVC¹⁸. Fatores sociais como a incapacidade para trabalhar, a falta de suporte familiar, o isolamento social e a institucionalização ou problemas médicos como a disfagia e incontinência urinária constituem ainda fatores preditores estudados e comprovados por Ayerbe et al (2011), num estudo prospetivo. O presente autor também concluiu que a independência para actividade de vida diária e alto nível de atividade durante o seguimento do doente diminuem entre 5 a 10 vezes a taxa de depressão¹⁷.

Clinicamente, a presença de pensamentos negativos, tristeza, ansiedade e labilidade emocional nas primeiras duas semanas depois do AVC são fortes preditores de depressão 3 meses mais tarde¹⁹.

A probabilidade de depressão pós-AVC aumenta exponencialmente sempre que mais do que um fator preditor está presente. Paolucci et al (2005)¹⁶, no seu estudo observacional multicêntrico, aferiram que uma mulher com história prévia de AVC ou depressão e com incapacidade física moderada ou grave, apresenta risco de depressão de cerca de 90%.

Quadro 1 – Fatores Preditores de Depressão após-AVC

- Sexo feminino
- Idade jovem
- Incapacidade funcional
- Antecedentes pessoais de depressão
- Comprometimento cognitivo
- Severidade do AVC
- Incapacidade para trabalhar
- Falta de suporte familiar
- Isolamento social
- Institucionalização
- Disfagia
- Incontinência urinária
- Pensamentos negativos, tristeza, ansiedade e labilidade emocional nas primeiras 2 semanas após-AVC

Adaptado de Ayerbe et al (2011, 2013)^{7,17}; Kouwenhoven et al (2010)¹⁸; Sibon et al (2012)¹⁹

4. PREVENÇÃO PRIMÁRIA DA DEPRESSÃO PÓS-AVC

A Prevenção da doença é um dos objectivos principais da Medicina, na medida em que reduz, de uma forma geral, a morbilidade associada à doença e os custos da Saúde²⁰.

Segundo a OMS, em “*Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*”, existem três níveis de prevenção das doenças mentais: primário, secundário e terciário²¹.

A prevenção primária, cujo objectivo é evitar o aparecimento da doença mental, inclui a prevenção universal, a seletiva e a dirigida. A prevenção universal é definida como um conjunto de intervenções orientadas para o público em geral que não apresenta risco acrescido de doença mental. A prevenção seletiva tem como alvo um indivíduo ou um subgrupo da população que apresenta risco de desenvolver doença mental significativamente superior, devido a fatores de risco biológicos, psicológicos ou sociais. A prevenção dirigida aplica-se a pessoas de elevado risco que apresentam sinais de doença já detectáveis mas que não preenchem critérios de diagnóstico.

De uma forma geral, as medidas preventivas das doenças mentais baseiam-se na redução dos fatores de risco e no reforço dos fatores protetores.

No contexto da depressão após AVC, a identificação dos seus fatores preditores pode ajudar o médico a identificar doentes de alto risco que possam ser contemplados com estratégias preventivas, como já foi referido⁷. Na investigação das possíveis medidas preventivas, as opções de tratamento da depressão pós-AVC têm sido consideradas como tendo potencial preventivo e por isso, algumas delas têm sido alvo de estudos²², nomeadamente ao nível da psicoterapia, musicoterapia e farmacoterapia^{23,24}.

4.1. Psicoterapia na prevenção da depressão pós-AVC

De acordo com a Teoria Psicossocial, a depressão resulta da interacção entre acontecimentos de vida negativo, estados emocionais negativos e à dificuldade do doente encontrar estratégias de *coping* eficazes¹².

Após o AVC, o doente pode ficar frustrado por não conseguir adaptar-se às novas limitações nas actividades de vida diárias ou à perda da autonomia em aspetos mais complexos como a responsabilidade financeira. Neste contexto, é possível que a Terapia Baseada na Resolução de Problemas seja uma intervenção psicossocial eficaz na prevenção da depressão após AVC. Para além disso, apresenta resultados positivos no tratamento da depressão, fora do contexto do AVC¹², e no tratamento da depressão em idosos²⁰.

Nas sessões da Terapia Baseada na Resolução de Problemas, o doente começa por (1) identificar e definir o problema, (2) debater as possíveis soluções, (3) seleccionar a mais exequível. Aprende, também, a estipular objectivos de vida mais específicos e concretizáveis, de acordo com as suas limitações. Nas sessões subsequentes, são avaliados os progressos do doente e discutidos os novos problemas a resolver e respetivas soluções.

A entrevista Motivacional é também um tipo de psicoterapia, baseada no diálogo, que foi inicialmente desenvolvida para pessoas com dependências. Atualmente, tem sido usada de uma forma mais abrangente, destinada a doentes com falta de motivação e com necessidade de alterar, de alguma forma, o seu comportamento. Este tipo de terapia ajuda o doente a adaptar-se psicologicamente às novas limitações, a confiar nas suas capacidades de recuperação e a definir objectivos e expectativas de recuperação mais realísticas.

Têm sido realizados alguns estudos, especificamente em doentes pós-AVC, para determinar a possibilidade de prevenção, através de técnicas de psicoterapia, do aparecimento de sintomas depressivos neste grupo de risco²⁴. Hackett et al (2008)²³, numa revisão sistemática que reuniu 4 estudos de psicoterapia, concluíram que este tipo de terapêutica tem evidência

limitada na prevenção da depressão pós AVC. Contudo, refere que este resultado pode ser devido ao reduzido número de estudos e às suas limitações, nomeadamente no tamanho e heterogeneidade das amostras. O autor admite ainda que um estudo, realizado por Watkins et al (2006)²⁵, apresentou resultados promissores e portanto, mais estudos devem ser realizados.

Watkins et al (2006)²⁵, no seu estudo controlado e randomizado aplicado a 411 doentes com AVC, pretendiam perceber se, ao intervir numa fase precoce (2 a 4 semanas pós-AVC) usando a técnica da Entrevista Motivacional, poderia melhorar o Humor, os Sintomas Depressivos, a Funcionalidade e as Convicções e Expectativas do doente em relação à sua recuperação. Concluiu-se que há um benefício significativo da Entrevista Motivacional em relação aos cuidados habituais na melhoria do humor e dos sintomas depressivos, três meses após AVC. Contudo, não se verificou efeito positivo da Entrevista Motivacional nem na Funcionalidade, nem nas Expectativas do doente²⁵.

Aos 12 meses pós-AVC, Watkins et al (2010)²⁶ avaliaram novamente as mesmas características, no mesmo grupo de doentes e concluíram que os efeitos benéficos da Entrevista Motivacional se mantiveram ao nível do Humor, mas não ao nível dos Sintomas Depressivos. Constatou-se ainda que, a longo prazo, a Entrevista Motivacional poderá ter um efeito potencialmente protector na sobrevida do doente²⁶.

Posteriormente, Robinson et al (2008)²⁰ realizaram um estudo controlado e randomizado que comparou três grupos de doentes pós-AVC, sem depressão. Um dos grupos foi tratado com Escitalopram, outro submetido a Terapia Baseada na Resolução de Problemas e o último tratado com placebo. Os autores concluíram que a Terapia Baseada na Resolução de Problemas atrasa significativamente o início dos sintomas depressivos durante o primeiro ano após AVC, apesar de os resultados não serem estatisticamente superiores ao do grupo tratado com placebo.

4.2. Musicoterapia na melhoria do Humor

A Musicoterapia é definida, pela Federação Mundial de Musicoterapia, como “o uso profissional da música e dos seus elementos como intervenção em contextos médicos, educativos e sociais, com indivíduos, grupos, famílias e comunidades, que procuram melhorar o seu bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, espiritual e a sua qualidade de vida (2011).”²⁷

Alguns estudos clínicos comprovaram uma redução significativa dos índices de depressão e ansiedade, quantificados por escalas psicométricas, em determinados doentes com diferentes patologias quando sujeitos a musicoterapia. Outros efeitos como a melhoria da comunicação, desenvolvimento linguístico e adaptação comportamental também foram observados²⁸.

Com base nos resultados referidos, alguns autores investigaram o efeito da musicoterapia no humor de doentes com AVC, apresentando resultados positivos. Contudo, os estudos continham várias limitações, sendo a principal o tamanho amostra²². O estudo mais recente foi realizado por Kim et al (2011)²⁸ e contemplou um total de 18 doentes.

Sarkamo et al (2008), num estudo com 60 doentes com AVC, averiguaram os efeitos de ouvir livremente música, sem sessões organizadas de musicoterapia. O grupo de intervenção deveria ouvir música ou livros áudio gravados em CD, no mínimo 1 hora por dia, durante 2 meses. Verificou-se também uma redução significativa da pontuação da POM (“Profile of Mood States”), escala utilizada para avaliar o humor dos doentes, aos 3 e 6 meses.

Apesar das limitações, os resultados são promissores, parecendo haver uma influência positiva da música no humor deste grupo de doentes. Contudo, são necessários mais estudos para evidenciar de forma mais assertiva esses benefícios²⁹.

4.3. Farmacoterapia na prevenção da depressão pós-AVC

Vários estudos têm sido realizados com o objetivo de determinar o impacto na prevenção da depressão, da introdução de antidepressivos numa fase pós AVC precoce. No entanto, individualmente, os resultados dos diferentes estudos são controversos.

Hackett et al (2008)²³, com a sua revisão sistemática de 12 estudos de farmacoterapia, concluíram que não há evidência que suporte a hipótese da utilização de antidepressivos para prevenção de depressão em doentes pós-AVC.

Recentemente, Salter et al (2012)²² realizaram uma meta-análise com 7 estudos, num total de 776 doentes, onde concluíram haver uma redução significativa do risco de depressão pós-AVC nos doentes tratados com antidepressivos, principalmente com Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina, em relação aos grupos controlo. Para além disso, os autores referem que, o tratamento profilático é mais efectivo quanto mais precocemente for iniciado e se a duração for igual ou superior a 12 meses. Apesar destas conclusões, estudos adicionais devem ser realizados com o intuito de definir o momento ideal de início e a duração da terapêutica.

A Tabela 2 apresenta os estudos seleccionados por Salter et al (2012). Apesar de alguns dos estudos serem contraditórios nos seus resultados, a análise agrupada dos dados reforça a eficácia, na prevenção, da introdução precoce de terapêutica antidepressiva em doentes não deprimidos.

Yi et al (2010)³⁰ realizaram também uma revisão sistemática de 6 estudos para avaliar especificamente a eficácia e a segurança da Fluoxetina na prevenção da depressão pós-AVC. Os Autores concluíram que a Fluoxetina, sendo um fármaco relativamente seguro, reduz a incidência de depressão pós-AVC e apresenta benefícios na recuperação neurológica funcional e nas AVD. Contudo, não se revelou eficaz na redução da severidade dos sintomas depressivos.

Tabela 2

Estudos farmacológicos para a prevenção da depressão pós-AVC

Fármaco	Autor	N	Duração da terapêutica		Resultado
Mianserina	Palomäki et al 1999	100	1 ano	-	Sem diferenças significativas entre o grupo controlo e o grupo tratado com Mianserina
Nortriptilina Fluoxetina	Narushima et al 2002	48	3 m	-	Sem diferenças significativas entre o Grupo controlo e o Grupo tratado com Mianserina
Sertralina	Rasmussen et al 2003	137	52 sem	+	Sertralina apresentou efeito profilático significativamente superior ao placebo
Mirtazapina	Niedermaier et al 2004	70	1 ano	+	Mirtazapina apresentou efeito profilático significativamente superior ao placebo
Sertralina	Almeida et al 2006	111	24 sem	-	Sem efeito significativo de Sertralina em relação ao placebo
Escitalopram	Robinson et al 2008	176	1 ano	+	Escitalopram apresentou efeito profilático significativamente superior ao placebo
Milnacipram	Tsai et al 2011	92	1 ano	+	Milnacipram apresentou efeito profilático significativamente superior ao placebo
Fluoxetina	Chollet et al 2011	118	3 m	+	Fluoxetina apresentou efeito profilático significativamente superior ao placebo

Adaptado de Salter et al (2012)²²

Apesar dos resultados positivos dos estudos de Psicoterapia e Farmacoterapia profilática, ainda não está determinado que grupo específico de doentes poderá beneficiar da instituição de medidas preventivas³⁰.

Como já foi referido, a prevenção da doença mental apresenta 3 níveis de prevenção primária: universal, seletiva e dirigida. A prevenção da depressão em todos os doentes pós-AVC constitui uma prevenção seletiva, uma vez que a ocorrência de AVC, por si só, estabelece um risco aumentado em relação à população em geral na mesma faixa etária e com

as mesmas características^{21,22}.

No entanto, Lyness et al (2009)³¹, num estudo sobre indicadores epidemiológicos num grupo de doentes com mais de 65 anos, determinaram um conjunto de fatores preditores que permitem definir um grupo de alto risco para depressão, nomeadamente, doentes com antecedentes prévios de depressão *minor* ou *major*, com défices funcionais ou com depressão *minor* ou subsindromática. Os autores concluíram ainda que num grupo de doentes com os 3 fatores conjugados, o NNT foi de 5 doentes para evitar um caso de depressão. Assim, a prevenção neste grupo de doentes é dirigida, na medida em que apresentam sintomas depressivos, sem, contudo, apresentarem critérios de diagnóstico para depressão *major*.

De uma certa forma, o impacto das estratégias preventivas é significativamente superior nos casos de prevenção dirigida do que selectiva²², mas, como já foi mencionado, mais estudos necessitam de ser realizados de forma a definir com mais precisão que tipo de doentes podem beneficiar de medidas profiláticas³⁰.

Recomendações internacionais (“*Canadian Best Practice Recommendation for Stroke Care, 2013*”)³² reforçam o que já foi referido, afirmando que a profilaxia com psicoterapia ou antidepressivos não deve ser rotineiramente realizada, apesar dos resultados promissores dos estudos até agora efetuados. Acrescentam ainda que é necessário determinar qual o grupo de maior risco que beneficie de profilaxia, qual o fármaco antidepressivo de escolha, quando iniciar o tratamento e qual a duração deste (Nível de Evidência A). Mencionam também que o médico deve incentivar o doente a realizar exercício físico e participar em atividade como musicoterapia, com o objetivo de melhorar o nível de humor (Nível de Evidência C).

5. RASTREIO E DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO PÓS-AVC

5.1. Rastreio da Depressão

Devido à elevada prevalência da depressão após AVC e ao impacto negativo de uma forma global na vida do doente, recomendações clínicas nacionais (Sociedade Portuguesa de Neurologia, 2008)³³ e internacionais (“*Canadian Best Practice Recommendation for Stroke Care, 2013*”)³² recomendam o rastreio de sintomas depressivos em todos os doentes após AVC, através de escalas psicométricas devidamente validadas (nível de Evidência A, segundo as recomendações internacionais), assim como averiguação dos factores de risco associados, particularmente história prévia de depressão.

O referido rastreio deve ser realizado ao longo dos diferentes estadios dos cuidados do doente: precocemente, a nível hospitalar, e posteriormente, após alta, no contexto da reabilitação e no seguimento pelos Cuidados de Saúde Primários³². Esta recomendação baseia-se no facto de a maioria dos casos de depressão ocorrer entre 1 a 6 meses após-AVC, sendo que posteriormente a taxa diminui. Contudo, apesar da frequência da depressão *major* diminuir ao longo dos primeiros 24 meses, a depressão *minor* tende a persistir ou até aumentar durante esse período de tempo³⁴.

Os doentes que apresentem probabilidade elevada de depressão, após rastreio, devem ser avaliados por profissionais de saúde com experiência no diagnóstico de depressão em contexto de AVC, para serem sujeitos a uma entrevista clínica mais específica. Caso seja necessário, o doente poderá ser orientado para um especialista em Saúde Mental (Psiquiatra ou Psicólogo)³².

Actualmente, encontram-se disponíveis diversas escalas psicométricas de rastreio de sintomas depressivos para utilização na prática clínica. Contudo, estas ferramentas foram desenvolvidas para a população geral e não especificamente para doentes com AVC. Assim,

devem ser estudadas e validadas, para que os médicos possam escolher os instrumentos psicométricos com maior sensibilidade e especificidade e com pontos de corte adaptados³⁵.

O doente com AVC apresenta algumas particularidades que dificultam a utilização das escalas de rastreio. Em primeiro lugar, as frequentes alterações cognitivas e da comunicação, como a afasia, impossibilitam, de certa forma, a aplicação da maioria dessas escalas. Por outro lado, sintomas somáticos, como cansaço, insónia e lentificação psicomotora, que fazem parte dos critérios de diagnóstico de depressão, podem estar directamente relacionados com a sua patologia médica³⁶.

Idealmente, estas escalas de rastreio devem ser rápidas e fáceis de administrar, adequadas a indivíduos com problemas cognitivos e de comunicação, assim como devem apresentar boa sensibilidade (superior a 80%) e especificidade (superior a 60%). O objectivo do rastreio, como já foi referenciado, é sinalizar os doentes que necessitam de uma avaliação clínica mais precisa e aprofundada³⁵.

As ferramentas de rastreio de depressão podem ser classificadas como medidas de auto-avaliação, quando é o doente que responde ao questionário, e hetero-avaliação, baseada na observação clínica do doente, pelo médico^{34,37}.

Estudos sugerem que doentes com lesão do hemisfério direito possam apresentar indiferença aos seus sintomas depressivos (Anosognosia da Depressão) ou ter dificuldade em identificar e descrever sentimentos (Alexitimia), dificultando, assim, a aplicação das escalas de auto-avaliação.

Tabela 3

Escalas Psicométricas de Auto e Heteroavaliação da depressão - Vantagens e desvantagens.

	Vantagens	Desvantagens
Autoavaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Facilmente aplicadas • Sem interferência do observador. • Boa sensibilidade mas baixa especificidade, possivelmente pela inclusão de sintomas somáticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • O doente pode fornecer respostas premeditadas com o intuito de ganho secundário. • Impossibilidade de ser administradas a doentes iletrados. • Anosognosia da depressão e Alexitimia podem dificultar a administração destas escalas.
Heteroavaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Maior acurácia diagnóstica • Doente não pode interferir (julgamento exclusivo do observador) 	<ul style="list-style-type: none"> • A interpretação do observador é a única fonte de diagnóstico. • Maior dificuldade de aplicação • Necessidade de Pessoal técnico experiente

Adaptada de Salter et al (2006)³⁴ e Telles-Correia et al (2009)³⁷

Segundo as Recomendações Internacionais da “Canadian Stroke Network” e “Heart and Stroke Foundation of Canada” em “*Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care, 2013*”³² sobre o rastreio da depressão em doentes com AVC:

A) As escalas psicométricas que devem ser aplicadas como primeira linha são:

1. Escala de Depressão Geriátrica (GDS)
2. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)
3. Questionário sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9).

B) Podem ainda ser consideradas as seguintes ferramentas adicionais:

4. Inventário de Depressão de Beck (BDI)
5. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

C) Para os doentes com afasia, são recomendadas:

6. “Stroke Aphasic Depression Questionnaire-10” (SADQ-10)
7. “Aphasia Depression Rating Scale” (ADRS).

5.1.1. Escala de Depressão Geriátrica (ANEXO 1)

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) foi desenvolvida por Yesavage em 1983, para detectar sintomas depressivos especificamente na população idosa. Pode ser utilizada pelo próprio doente (autoaplicação) como pelo médico (heteroaplicação), sendo que, em heteroaplicação, os resultados são mais confiáveis. A primeira versão da escala é constituída por 30 questões. Posteriormente, surgiu uma versão mais curta, com 15 questões, que é a mais frequentemente utilizada, por apresentar resultados sobreponíveis e ser de aplicação mais rápida. Em cada questão, o doente pode responder “Sim” ou “Não”, recebendo em cada resposta um ponto, de acordo com a chave do questionário³⁸.

Uma das vantagens da Escala de Depressão Geriátrica é a predominância do componente afectivo em detrimento do componente somático, tornando esta escala mais adequada aos doentes pós-AVC³⁴. Esta escala é sensível e específica tanto em meio hospitalar como em Cuidados Primários de Saúde¹⁴.

Pocinho (2009)³⁹ traduziu e validou a versão de Yesavage de 1983 para a população portuguesa, desenvolvendo uma escala de 27 itens, uma vez que os itens 27, 29 e 30 da escala original foram excluídos, por não apresentarem consistência interna significativa. O Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna publicou também uma versão portuguesa de 15 itens⁴⁰.

Apesar de a GDS ser uma escala desenvolvida especialmente para a população idosa, pouca informação está disponível sobre a confiabilidade da utilização desta ferramenta no rastreio da depressão em indivíduos com AVC. Em 2 estudos anteriores, em doentes com AVC, para um ponto de corte de 11 pontos, a sensibilidade determinada foi de 88% e 85% e a especificidade 64% e 66%, respetivamente³⁴.

5.1.2. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (ANEXO 2)

A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) foi construída por Zigmond e Snaith em 1983 com o intuito de avaliar psicologicamente doentes com comorbilidades médicas. Como já foi referido, em doentes com patologia médica é muitas vezes difícil avaliar os sintomas do foro psiquiátrico, uma vez que, frequentemente, estão directamente relacionados com a sua doença física. Por este motivo, os autores excluíram todos os itens sobre sintomas somáticos como vertigem, cefaleias, insónia, fadiga e anorexia, sendo a escala baseada principalmente em itens que refletem anedonia^{34,37,41}.

Esta ferramenta de rastreio consiste em duas subescalas que avaliam individualmente a ansiedade e a depressão, sendo cada uma constituída por 7 questões, com resposta de escolha múltipla (de 0- inexistente a 3-muito grave), num total máximo de 21 pontos para cada uma das componentes^{34,41}. Devido à sua estrutura bidimensional e à elevada correlação entre as duas subescalas, tem sido discutido o facto de estas poderem ser usadas separadamente ou se deveriam constituir uma ferramenta única, avaliando de uma forma global as perturbações emocionais do doente. Contudo, um estudo que abrangeu uma grande amostra concluiu que cada uma das duas subescalas da HADS pode ser aplicada individualmente⁴¹.

A HADS pode ser aplicada tanto a nível hospitalar como nos Cuidados de Saúde Primários e a nível comunitário, por psiquiatras e psicólogos clínicos. Pais-Ribeiro (2006)⁴¹ validou uma versão portuguesa da HADS num estudo que incluiu grupos de doentes com diferentes patologias médicas, entre eles, um grupo de doentes com AVC. O autor concluiu que a versão portuguesa apresentava propriedades psicométricas semelhantes às escalas traduzidas em outros idiomas.

Vários estudos foram realizados para determinar a validade da HADS para doentes em contexto de AVC e concluíram que apresenta boa confiabilidade e elevada consistência interna. Para um ponto de corte de 11 pontos, a sensibilidade determinada foi 86,8% e a

sensibilidade 69,9%. Em dois estudos que utilizaram apenas a subescala da depressão, para uma pontuação total superior ou igual a 7, a sensibilidade foi de 72,5% e 80% e a especificidade de 78,9% e 79%, respetivamente. Noutro estudo, para um ponto de corte de 4/5, a sensibilidade foi de 93% e especificidade de 44%³⁴.

5.1.3. Questionário sobre a Saúde do Paciente – 9 (ANEXO 3)

O Questionário sobre a Saúde do Paciente – 9 (PHQ-9) é uma da escala de auto-administração da PRIME-MD (“Primary Care Evaluation of Mental Disorders”), desenvolvida por Spitzer e colegas em 1999 para avaliar alterações do humor⁴². O PHQ-9 apresenta 9 questões sobre a frequência com que o doente se sentiu ou apresentou um determinado problema, nas últimas duas semanas. As respostas podem variar entre 0 e 3 (0-nunca e 3-quase todos os dias), com uma pontuação máxima de 27 pontos⁴³.

Uma das diferenças da PHQ-9 em relação às restantes escalas é a inclusão dos 9 critérios de depressão *major* da DSM-IV, o que facilita o seu uso tanto no rastreio como no diagnóstico de depressão⁴². Assim, o diagnóstico de depressão *major* é determinado quando 5 dos 9 sintomas estiverem presentes em pelo menos mais de metade dos dias (2 pontos) das duas últimas semanas, sendo que um dos sintomas tem de ser obrigatoriamente humor deprimido ou anedonia⁴².

Uma versão abreviada da PHQ-9 é a PHQ-2 cujos critérios incluem apenas a presença de humor deprimido e anedonia. É uma ferramenta de rápida utilização e prática no contexto de Cuidados Primários de Saúde⁴².

Williams et al (2005)⁴² aplicaram a um grupo de doentes com AVC a PHQ-9 e PHQ-2 e concluíram que a PHQ-9 apresentava uma acurácia diagnóstica tão elevada em doentes com AVC como na população em geral, determinando uma sensibilidade de 90,6% e

especificidade de 88,6% para um ponto de corte de 10, no diagnóstico de depressão *major*. A PHQ-2 apresentou também boa sensibilidade (83,0%) e especificidade (83,8%), para um ponto de corte de 3. Contudo, sempre que a pontuação total for igual ou superior a 3, o doente deve ser inquirido sobre os restantes 7 itens, de forma a completar a PHQ-9. O autor afirmou ainda que a referida escala pode ser utilizada na monitorização clínica da terapêutica antidepressiva.

5.1.4. Inventário de Depressão de Beck (ANEXO 4)

A primeira versão do Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi criada em 1961 por Beck. Em 1979, o autor reviu a primeira versão e publicou a BDI-IA, sem alterações significativas. Mais tarde, em 1996, Beck modificou a escala e desenvolveu a BDI-II, mais concordante com os critérios da DSM-IV para diagnóstico da depressão, sendo actualmente a versão mais aceite. Na nova escala, 4 novos itens (agitação, sentimento de inutilidade, dificuldades de concentração e perda de energia) substituíram 4 itens antigos (perda de peso, alterações da imagem corporal, preocupações somáticas e dificuldade em trabalhar)⁴⁴.

A BDI-II é uma escala psicométrica de auto-relato constituída por 21 questões, com opção de múltiplas respostas (entre 0 - inexistente e 3 – grave), somando um total máximo de 63 pontos^{34,37}. De uma forma geral, é uma escala que avalia a presença e a severidade da depressão. A BDI-II foi validada para a população portuguesa por Campos e Gonçalves, em 2011⁴⁴, apresentando propriedades psicométricas similares à versão de Beck.

A BDI-II aborda pouco os sintomas somáticos da depressão, o que constitui uma vantagem, nomeadamente quando aplicada à população de doentes com AVC. No entanto, ainda não há evidência comprovada da validade desta escala para administração em doentes pós-AVC. Em estudos sobre a utilização da BDI-II em doentes pós-AVC, para uma

pontuação total superior ou igual a 10, foi determinada uma sensibilidade de 80% e uma especificidade de 61,4%. Aumentando o ponto de corte para 15/16, a sensibilidade determinada foi de 91% e a especificidade diminuiu para 56,4%³⁴.

5.1.5. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (ANEXO 5)

A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) foi desenvolvida em 1977 pelo Centro de Estudos Epidemiológicos (Instituto Nacional de Saúde Mental, EUA), para utilização em estudos epidemiológicos. Contudo, mostrou-se igualmente apropriado para aplicação na prática clínica⁴⁵.

A CES-D é uma escala de auto-relato, que aborda quatro diferentes fatores: afeto depressivo, afeto positivo, somático e interpessoal. Compreende 20 questões, com 4 respostas possíveis, de 0 a 3, consoante a frequência dos sintomas durante a última semana, excepto as 4 questões relativas ao afeto positivo, que são pontuadas de forma reversa. O somatório pode variar entre 0 e 60 pontos, sendo que ponto de corte determinado pelos estudos originais é de 16 pontos. Pontuações mais elevadas indicam maior gravidade da depressão^{34,45}.

Gonçalves e Fagulha (2004)⁴⁵ traduziram e validaram uma versão portuguesa da CES-D, contudo, verificaram que a população portuguesa apresentou, estatisticamente, pontuações superiores à população americana. Estes resultados foram mais evidentes em indivíduos com níveis inferiores de escolaridade, uma vez que obtiveram uma pontuação total mais elevada, a qual era discordante da avaliação clínica posterior.

Estudos sobre a aplicação da CES-D no rastreio da depressão, em doentes com AVC, foram já realizados. No entanto, tendo em conta os resultados obtidos sobre as suas características psicométricas, não há evidência suficiente que comprovem a sua validade neste grupo de doentes. Alguns autores, para o ponto de corte de 16 pontos, sugerido pelos estudos

originais, determinaram uma sensibilidade de 73% e 86% e especificidade de 100% e 90%, respetivamente, no rastreio da depressão³⁴.

5.1.6. “Stroke Aphasic Depression Questionnaire” (ANEXO 6)

Os doentes com afasia apresentam particularidades que dificultam de alguma forma a avaliação das alterações do humor pelo profissional de saúde. Isto ocorre porque a maioria das escalas disponíveis na prática clínica requerem auto-preenchimento pelo doente e, devido aos problemas de comunicação decorrentes do AVC, o doente poderá ficar impossibilitado de responder a tais questionários. Desta forma, a maioria dos estudos sobre depressão pós-AVC excluem frequentemente os doentes afásicos, o que leva a que a informação disponível sobre este grupo de doentes seja limitada⁴⁶.

A afasia, como já foi referido, é um dos fatores preditores de depressão, facto que é apoiado por um estudo onde foi encontrado sintomas depressivos em cerca de metade dos doentes com afasia. Todavia, é provável que a ocorrência de afasia e depressão sejam apenas consequências coincidentes do AVC, como resultado de lesões adjacentes, não estando diretamente relacionados⁴⁶.

Diferentes escalas têm sido desenvolvidas especialmente para doentes com problemas de comunicação. Algumas delas baseiam-se na observação comportamental do doente, enquanto outras são escalas analógicas visuais, onde os afásicos se podem expressar, identificando-se com as imagens apresentadas⁴⁷. Apesar de existirem diferentes escalas para doentes afásicos, só a “Stroke Aphasic Depression Questionnaire” e a “Aphasia Depression Rating Scale” foram recomendadas pela “Canadian Stroke Network” e “Heart and Stroke Foundation of Canada” em “*Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care (2013)*”³².

O “Stroke Aphasic Depression Questionnaire” (SADQ) é um instrumento que avalia a depressão em doentes afásicos e permite monitorizar os sintomas depressivos ao longo do tempo. É baseada na observação de determinados comportamentos do doente, que poderão estar relacionados com humor deprimido⁴⁶.

A primeira escala proposta compreende 21 itens. Posteriormente, foi elaborada uma nova versão de 10 itens, a partir da original. A primeira versão apresenta 9 questões com direção positiva (9, 11-16, 18 e 20) e 12 questões com direção negativa (1-8, 10, 17 e 19), com possibilidade de resposta, entre 0 e 3, de acordo com a frequência do comportamento do doente ao longo da última semana. A pontuação total máxima é de 63 ou 30 pontos consoante apresentar 21 ou 10 itens, respetivamente⁴⁶. A escala pode ser preenchida pelo cuidador ou familiar, por um enfermeiro ou médico³⁴.

No primeiro estudo de validação da SADQ, a escala foi testada apenas em doentes não afásicos, apresentando boa correlação com outros instrumentos de rastreio da depressão⁴⁸. A sensibilidade e especificidade obtidas para este grupo de doentes foram de 70% e 77%, respectivamente, para um ponto de corte de 15 pontos³⁴.

Uma importante limitação da SADQ é a sua aplicação em doentes com lesões do hemisfério direito. Neste caso, a diminuição da expressão facial das emoções, indiferença em relação às pessoas em redor ou manifestações de euforia e hipomania, são comportamentos que podem influenciar o julgamento do médico aquando da avaliação do doente⁴⁸.

A SADQ foi validada e traduzida para uma versão portuguesa por Rodrigues et al (2006)⁴⁶, num estudo aplicado em doentes com afasia. Os autores concluíram que a escala adaptada apresentava boas propriedades psicométricas.

5.1.7. “Aphasic Depression Rating Scale”

A “Aphasic Depression Rating Scale” (ADRS) é uma escala desenvolvida por Benaim et al (2004)⁴⁸ para diagnóstico e monitorização de sintomas depressivos, particularmente em doentes com afasia. É uma ferramenta psicométrica baseada na observação do comportamento do doente por profissionais médicos experientes. Constituída por 9 itens que derivaram de 3 diferentes escalas (“Hamilton Depression Rating Scale”, “Montgomery & Asberg Depression Rating Scale” e “Salpetriere Retardation Rating Scale”), com hipóteses de escolha múltipla, pontuada, num total entre 0 e 32 pontos.

Benaim et al (2004), no seu estudo, determinaram uma sensibilidade de 83% e especificidade de 71% para a uma pontuação igual ou superior a 9 na ADRS, quando comparada com o diagnóstico realizado por psiquiatra. Os autores concluíram que esta ferramenta apresentava propriedades psicométricas similares a outras escalas já validadas, mas sugere que poderá ser associada à “Visual Analog Mood Scale” (VAMS) para melhorar a eficácia na avaliação dos distúrbios do humor em doentes afásicos.

A VAMS é uma escala desenvolvida também para doentes com problemas de comunicação, mas apresenta uma metodologia diferente; é uma escala visual que discrimina 8 estados de humor (triste, feliz, tenso, medo, confuso, cansado, enérgico e irritado) através de imagens com as quais o doente se identifica⁴⁸.

Como acontece com outras escalas de rastreio, os diferentes instrumentos psicométricos para avaliação da depressão podem apresentar falsos positivos e falsos negativos. Neste contexto, se a história do doente for sugestiva de depressão, mesmo que o resultado do questionário seja negativo, o médico deve esclarecer o diagnóstico com um estudo clínico mais aprofundado⁴².

5.2. Diagnóstico da Depressão pós-AVC

A depressão é mais prevalente na população com patologia médica do que na população em geral e compromete, de certa forma, a evolução do doente. Apesar disto, a depressão neste grupo de doentes mantém-se subdiagnosticada e subtratada¹³. Vários fatores podem contribuir para este fato (Quadro 2).

Quadro 2 – Fatores que influenciam o diagnóstico da depressão em doentes com patologia médica.

- Atribuir maior importância aos sintomas somáticos do que aos sintomas cognitivos e afetivos.
- Relutância em diagnosticar patologia psiquiátrica devido ao estigma associado.
- Sintomas depressivos ligeiros ou inespecíficos.
- Sintomas somáticos que podem ser interpretados como pertencentes à doença física.
- Considerar que os sintomas depressivos são uma consequência normal da doença e não uma consequência patológica.
- Falta de tempo para inquirir sobre sintomas depressivos.
- Falta de experiência na abordagem do doente psiquiátrico

Adaptado e modificado de Teng¹³

Devido às diversas dificuldades apresentadas, foram propostas 4 diferentes abordagens diagnósticas: Inclusiva, Excludente, Etiológica e Substitutiva¹³.

A abordagem Inclusiva é a mais utilizada e é considerada por alguns autores a melhor para a prática clínica. Defende que todos os sintomas devem ser incluídos no diagnóstico, mesmo quando podem ser atribuídos à patologia médica subjacente. Tem a desvantagem de apresentar muitos falsos positivos, mas tem um risco reduzido de não se detectar uma depressão subclínica¹³.

Na abordagem Excludente, os sintomas que poderão ser explicáveis pela patologia

clínica são negligenciados, levando a que esta se cinja a critérios restritos, o que tem como desvantagem a geração de muitos falsos negativos¹³.

A abordagem Etiológica, seguida pela DSM-IV, defende que a causa da depressão é a própria patologia clínica e, por isso, os sintomas depressivos só são valorizados quando o médico acredita que estes derivam da patologia médica de base⁴⁹. Este método leva a um diagnóstico de baixa Confiabilidade¹³.

Na abordagem Substitutiva, sintomas físicos como perturbações do sono são substituídos por alterações cognitivas e comportamentais como isolamento social. Esta proposta tem a desvantagem de poder gerar múltiplos diagnósticos¹³.

De uma forma geral, não há consenso entre os diferentes autores em relação à abordagem diagnóstica ideal¹³. Contudo, Recomendações Internacionais (“*Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care, 2013*”) referem que o diagnóstico de depressão pós-AVC deve ser sustentado por critérios diagnósticos globalmente aceites como os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das doenças Mentais (DSM-IV)³².

Segundo a DSM-IV¹⁰, a depressão pós-AVC inclui-se no grupo das “Perturbações do Humor devido a um Estado Físico Geral” que são definidas como perturbações do humor, proeminentes e persistentes, consideradas uma consequência fisiológica directa de determinado estado físico geral, que neste caso, é o AVC. Na Tabela 4 estão presentes os critérios para pertencer ao grupo “Perturbações do Humor devido a um Estado Físico Geral”, assim como a sua classificação em Perturbações do Humor com características depressivas (depressão *minor*), com características semelhantes a episódio de depressão major, com características maníacas ou com características mistas.

Tabela 4 DSM-IV Critérios de diagnóstico para Perturbações do Humor devido a AVC¹⁰

-
- A. Uma perturbação proeminente e persistente do humor predomina o quadro clínico e é caracterizada por um (ou ambos) dos seguintes:
1. Humor depressivo ou interesse ou prazer fortemente diminuído em todas ou quase todas as atividades.
 2. Humor elevado, expansivo ou irritável.
- B. Existe evidência, a partir da história, exame físico ou exames laboratoriais, de que a perturbação é consequência fisiológica direta do AVC.
- C. A Perturbação não é melhor explicada por uma outra perturbação mental.
- D. A Perturbação não ocorre exclusivamente durante a evolução de um *delirium*.
- E. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante.
-

Tipo

- **Com características depressivas:** se o humor predominante for depressivo mas não preencher os critérios para Episódio Depressivo Major.
 - **Com características semelhantes ao Episódio Depressivo Major.**
 - **Com características maníacas:** se o humor predominante for elevado, eufórico ou irritável.
 - **Com características mistas:** se os sintomas de mania e depressão estiverem presentes mas nenhum predomina.
-

Critérios Diagnósticos para Depressão Major: se estiverem presentes 5 ou mais dos seguintes sintomas durante as duas últimas semanas, sendo que um deles tem de ser (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer:

1. Humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias.
 2. Diminuição claro do interesse ou do prazer, em todas ou quase todas as atividades.
 3. Perda de peso ou aumento de peso significativo ou diminuição ou aumento do apetite.
 4. Insónia ou hipersónia.
 5. Agitação ou inibição psicomotora.
 6. Fadiga ou perda de energia.
 7. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada.
 8. Diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, ou indecisão.
 9. Pensamentos recorrentes sobre a morte, ideação suicida, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
-

6. TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-AVC

Como já foi acima mencionado, a depressão pós-AVC carece frequentemente de tratamento adequado. Um dos motivos para tal fato é a noção errada de muitos médicos de que o humor deprimido é uma condição normal e inevitável do AVC, sendo que não necessita de tratamento. Por outro lado, também o receio dos efeitos adversos e das interações medicamentosas dos antidepressivos, principalmente quando administrados em idosos polimedicados e com múltiplas comorbidades, contribui para o subtratamento destes doentes⁵⁰.

Os principais objectivos do tratamento da depressão são a redução dos sintomas depressivos, a remissão completa a longo prazo e a melhoria do humor e da qualidade de vida do doente^{51,52}. Vários foram os fármacos testados, assim como estratégias de psicoterapia. A Tabela 5 apresenta os possíveis tratamentos da depressão pós-AVC e o seu nível de recomendação. A tabela 6 apresenta os principais estudos realizados sobre tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.

Tabela 5 Recomendações para o tratamento da depressão pós-AVC

Intervenção	Nível de Recomendação
Antidepressivos Tricíclicos	Evidência Forte (Nível IA)
Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina	Evidência Forte (Nível IA)
Inibidores Seletivos da Recaptação da Noradrenalina	Evidência Moderada (Nível IB)
Inibidores da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina	Evidência Insuficiente
Psicostimulantes	Evidência Moderada (Nível IB)
Agonista da Melatonina	Evidência Insuficiente
Terapia Cognitivo-Comportamental	Evidência Insuficiente
Terapia Cognitivo-Comportamental como adjuvante da farmacoterapia	Evidência Moderada (Nível IB)

Adaptado Salter et al (2013)²⁹

6.1. Tratamento Farmacológico

A maioria dos estudos sobre o tratamento da depressão no contexto do AVC confirma um efeito positivo dos antidepressivos na melhoria do humor deprimido. Hackett et al⁵³, em 2009, após atualização da sua meta-análise de 2004 com 5 novos estudos, verificaram que os antidepressivos apresentavam benefício tanto na redução dos sintomas depressivos quantificados por escalas psicométricas, como na remissão completa da depressão⁵³. Outros estudos apontam também um possível impacto positivo ao nível da recuperação funcional⁵⁰, na função executiva¹¹ e na sobrevida do doente⁵⁰.

De uma forma geral, os antidepressivos aumentam a disponibilidade de neurotransmissores, nomeadamente Noradrenalina e Serotonina (e Dopamina em menor quantidade) ao nível da fenda sináptica. Este aumento dos neurotransmissores determina uma diminuição do número e uma dessensibilização dos receptores pós-sinápticos que se encontravam aumentados por défice dos neurotransmissores. Apesar do aumento da concentração de neurotransmissores ser imediato, as adaptações dos receptores só se verificam 2 a 3 semanas depois. Este fato poderá explicar o atraso da melhoria sintomática em relação ao início do tratamento⁵⁴.

De seguida serão abordadas sucintamente as classes de fármacos que apresentaram evidência significativa no tratamento da depressão em doentes com AVC.

6.1.1. Antidepressivos Tricíclicos (ADT)

Os antidepressivos tricíclicos atuam aumentando a concentração de Noradrenalina, Serotonina e Dopamina, em menor grau, por diminuição da sua recaptção na fenda sináptica⁵⁴. Os fármacos já estudados especificamente para tratamento da depressão pós-AVC

foram a Nortriptilina e as combinações de Imipramina e Mianserina e de Desipramina e Mianserina. Com excepção da última combinação, estes ADT mostraram-se eficazes no tratamento da depressão pós-AVC, com nível de evidência IA²⁹.

Apesar da eficácia comprovada dos ADT, a sua administração, principalmente em idosos, deve ser cautelosa pois apresenta efeitos adversos importantes, nomeadamente hipotensão ortostática que confere risco de queda, sedação, retenção urinária, boca seca, obstipação, arritmias cardíacas, entre outras. Os ADT contêm também um risco considerável de intoxicação fatal. Estas características limitam frequentemente o uso dos ADT na prática clínica⁴⁹.

6.1.2. Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)

Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, como o próprio nome indica, inibem seletivamente a captação neuronal da serotonina, excluindo desta forma a ocorrência de reacções adversas devido à interacção com receptores adrenérgicos alfa 1 e da histamina, ao contrário dos ADT⁵⁴.

A Fluoxetina, a Sertralina e o Citalopram foram os ISRS testados até à data para o tratamento da depressão pós-AVC. Os estudos comprovaram, com nível de evidência IA, a eficácia destes ISRS no tratamento de sintomas depressivos após AVC²⁹. Contudo, as reacções adversas dos ISRS não são negligenciáveis e devem ser tidas em conta, nomeadamente, desconforto abdominal, diarreia, cefaleias, aumento da ansiedade, disfunção sexual, ideação suicida em doentes mais jovens e aumento do risco hemorrágico (por inibição da agregação plaquetar). Esta última é deveras uma das mais preocupante, quando administrada em doentes idosos pós-AVC que se encontraram a realizar anticoagulação⁴⁹.

Os estudos efetuados não demonstram uma superioridade da eficácia dos ISRS em

relação aos ADT, contudo, devido ao fato do perfil de efeitos colaterais dos ISRS ser mais favorável, estes são considerados fármacos de primeira linha no tratamento da depressão pós-AVC⁴⁹.

6.1.3. Inibidores Seletivos da Recaptação da Noradrenalina (ISRN)

A Reboxetina é um ISRN que inibe seletivamente a recaptação da noradrenalina e induz a adaptação dos receptores adrenérgicos alfa 1, sendo o antidepressivo mais potente de todos⁵⁴. O único estudo que avaliou o efeito da Reboxetina na depressão pós-AVC comprovou uma eficácia moderada, com nível de evidência IB, na melhoria de sintomas como letargia e lentificação psicomotora²⁹.

Apesar de não terem sido relatadas reações adversas importantes durante o estudo²⁹, estão documentos os seguintes efeitos colaterais: secura da boca, obstipação, insónia, retenção urinária e impotência sexual. Contudo, tais efeitos são menos frequentes com a Reboxetina do que com ADTs⁵⁴.

6.1.4. Psicostimulantes

O Metilfenidato foi o psicostimulante estudado para o tratamento da depressão em doentes pós-AVC, comprovando-se a sua eficácia, com nível de evidência IB, tanto na melhoria dos sintomas depressivos como na recuperação funcional. Verificou-se ainda que apresenta um início de ação mais rápido do que os antidepressivos tradicionais, o que pode constituir particular interesse quando utilizado por curtos períodos de tempo, numa fase inicial, em ambiente hospitalar ou no contexto da reabilitação.

Em relação ao seu mecanismo de ação, inibe a recaptação de serotonina e

noradrenalina e apresenta actividade dopaminérgica. Teoricamente, pensa-se que o Metilfenidato possa corrigir a depleção de aminas biogénicas causadas pelo AVC, assim como atenuar o estado de apatia²⁹. O Metilfenidato deve ser utilizado com cautela em indivíduos com patologia cardiovascular, devido ao risco de morte súbita⁵⁴. No entanto, não foram relatados outros eventos adversos significativos nos estudos efetuados⁵².

6.1.5. Impacto do Tratamento Farmacológico na Recuperação Funcional

Considerando o impacto negativo da depressão na recuperação funcional do doente, teoricamente é provável que o tratamento da depressão possa influenciar positivamente os resultados da reabilitação. Baseado neste pressuposto, vários autores estudaram e comprovaram esta hipótese, sendo que os fármacos que revelaram benefícios na funcionalidade do doente foram a Nortriptilina, Fluoxetina e Trazadona. Apesar de alguns estudos negarem esses benefícios, outros mais recentes comprovaram os efeitos positivos do tratamento antidepressivo na recuperação funcional e ao nível das AVD, com nível de evidência forte (IA)²⁹.

6.1.6. Impacto do Tratamento Farmacológico na Mortalidade

Está descrito na literatura que a depressão consequente ao AVC aumenta a mortalidade a longo prazo do doente. Devido a este fato, Jorge et al (2003) investigaram a influência do tratamento farmacológico (Fluoxetina e Nortriptilina) na mortalidade de doentes com AVC, através de um estudo controlado e randomizado com 104 doentes tratados durante 12 semanas e monitorizados durante 9 anos após conclusão do tratamento.

Os autores verificaram um aumento da sobrevida não só em doentes que apresentaram

depressão durante o estudo, como em doentes sem depressão. Com estes resultados, sugerem a possibilidade de o tratamento com antidepressivos após AVC interferir com mecanismos fisiopatológicos relacionados com a mortalidade do doente e com o desenvolvimento de depressão numa fase mais tardia após AVC. Conclui-se então que o tratamento antidepressivo posteriormente ao AVC aumenta a taxa de sobrevivência dos doentes (nível de evidência IB)²⁹.

6.2. Tratamento Não farmacológico

6.2.1. Terapia Cognitivo-Comportamental

Está comprovado que as estratégias de psicoterapia são eficazes em outras formas de depressão. Neste contexto, diversos estudos foram realizados com o intuito de determinar os benefícios da Terapia Cognitivo-Comportamental ao nível dos sintomas depressivos em doentes que sofreram AVC. Dado que nenhum estudo apresentou evidência significativa²⁹ Mitchell et al (2009)⁵⁵ decidiram estudar os efeitos da Terapia Cognitivo-Comportamental associada a antidepressivos comparativamente ao tratamento farmacológico isolado (grupo controlo).

Mitchell et al (2009) concluíram que a terapêutica farmacológica, quando aliada à Terapia Cognitivo-Comportamental, apresentou maior efetividade na redução da sintomatologia depressiva, com taxas de remissão mais rápidas e mantidas durante os dois anos de seguimento do estudo. No grupo controlo verificou-se uma redução mais gradual dos sintomas depressivos e taxas de remissão inferiores ao grupo de intervenção. Segundo o autor, os antidepressivos atuam na melhoria do humor, enquanto a intervenção psicossocial fornece uma reestruturação psicológica ao ensinar ao doente estratégias específicas para enfrentar os seus problemas e limitações⁵⁵.

Neste estudo, a intervenção consistiu em (1) maior disponibilização ao doente de informação sobre a sua recuperação funcional após AVC e sobre a depressão em geral; (2) acesso facilitado ao tratamento farmacológico; (3) contacto telefónico regular para monitorizar sintomas depressivos, aderência ao tratamento e efeitos secundários; (4) incentivo do acompanhamento dos familiares e cuidadores no processo de reabilitação; (5) participação em atividades sociais de lazer e realização de exercício físico para melhorar o humor; (6) entrevistas motivacionais, ensino ao doente de estratégias de resolução de problemas e modificação comportamental^{55,56}.

De uma forma geral, as intervenções psicológicas devem ficar reservadas ao tratamento de sintomas depressivos moderados ou quando o tratamento farmacológico exclusivo é insuficiente ou não tolerado⁵².

6.2.2. “Ecosystem Focused Therapy”

As incapacidades físicas e alterações cognitivas consequentes do AVC, assim como a adaptação às novas limitações nas AVD, afectam não só o doente como a sua família. Neste contexto, é necessário proceder a uma reorganização familiar, para que a família possa adaptar-se às novas limitações do doente e disponibilizar mais tempo para assisti-lo nas AVD e acompanhá-lo nas sessões de reabilitação física, terapia ocupacional e terapia da fala⁵⁷.

Devido ao impacto psicológico deste “evento catastrófico”, foi desenvolvida, por Alexopoulos et al (2012)⁵⁷, uma nova intervenção de psicoterapia, “Ecosystem Focused Therapy”, dirigida ao doente e à sua família. Esta terapia engloba os seguintes objectivos (1) confrontar o doente e a sua família com perspetivas realistas sobre a sua recuperação e nova condição física; (2) potenciar a adesão do doente ao tratamento; (3) ensinar ao doente estratégias de resolução de problemas para aplicar no seu quotidiano; (4) ajudar a família a

adaptar-se às novas necessidades do doente; (5) coordenar cuidados com terapeutas especializados, permitindo ao doente um tratamento sinérgico entre a reabilitação e os outros serviços comunitários disponíveis.

Alexopoulos et al (2012) compararam, num grupo de 24 doentes com depressão pós-AVC, a eficácia de “Ecosystem Focused Therapy” na redução de sintomas progressivos e na melhoria da recuperação funcional desses doentes, em comparação com sessões educativas decorridas no domicílio sobre o AVC, a depressão e os tratamentos disponíveis. Apesar de ser um estudo preliminar, os resultados foram positivos e promissores⁵⁷. Por isso, novos estudos devem ser realizados de forma a reforçar a evidência dos resultados anteriores²⁹.

6.2.3. Eletroconvulsoterapia (ECT)

A Eletroconvulsoterapia envolve a passagem breve de uma corrente elétrica pelo cérebro, induzindo uma convulsão generalizada. Não está recomendada no tratamento inicial da depressão pós-AVC, mas apenas quando estamos perante um quadro de depressão severa refratário a diferentes tratamentos ou de doença potencialmente ameaçadora de vida⁵¹.

Os estudos realizados para avaliar a eficácia da ECT no tratamento da depressão pós-AVC são escassos e limitados, não havendo, por isso, evidência suficiente²⁹.

Outras terapêuticas não farmacológicas, como a Estimulação Magnética Transcraniana Repetitiva, exercício físico programado e a Acupuntura têm sido estudadas como terapêuticas adjuvantes, mas a evidência da sua eficácia é ainda insuficiente, sendo necessários mais estudos³².

Tabela 6 Principais estudos realizados para o tratamento da depressão após AVC

Tipo de tratamento	Autores	Tipo de ensaio	N	Duração do tratamento	Escala	Resultados	
Nortriptilina	Lipsey et al 1984	RCT	34	4-6 sem	HDRS ZSRDS	+	Nortriptilina é mais efetivo do que placebo na redução da depressão
	Robinson et al 2000	RCT	104	12 sem	HDRS	+	Nortriptilina apresenta uma redução da depressão significativamente superior ao placebo e à Fluoxetina
Imipramina + Mianserina Desipramina + Mianserina	Lauritzen et al 1994	RCT	20	6 sem	HDRS	+	Imipramina + Mianserina mais efetivo do que Desipramina + Mianserina na redução da depressão
Fluoxetina	Robinson et al 2000	RCT	104	12 sem	HDRS	-	Nortriptilina apresenta uma redução da depressão significativamente superior ao placebo e à Fluoxetina
	Wiart et al 2000	RCT	31	6 sem	MADRS	+	Fluoxetina mais efetiva na redução da depressão do que placebo
	Fruehwald et al 2003	RCT	54	3 m	HDRS BDI	+	Fluoxetina mais eficaz que placebo após 18 meses de seguimento
	Choi-Know et al 2006	RCT	152	3 m	BDI	+/-	Fluoxetina mais eficaz só no tratamento da labilidade emocional e irritabilidade
Citalopram	Andersen et al 1994	RCT	66	16 sem	HDRS	+	Citalopram mais efetivo do que placebo na redução da depressão
Sertralina	Murray et al 2005	RCT	123	26 sem	MADRS	+/-	Sertralina só eficaz no controlo da labilidade emocional e melhoria da qualidade de vida
Reboxetina	Rampello et al 2005	RCT	31	16 sem	HDRS BDI	+	Reboxetina mais efetiva no tratamento de lentificação psicomotora
Metilfenidato	Grade et al 1998	RCT	21	3 sem	HDRS ZSRDS	+	Metilfenidato mais efetivo do que placebo na redução da depressão e na melhoria da recuperação funcional

Terapia cognitivo-comportamental + Antidepressivo	Mitchell et al 2009	RCT	101	8 sem	HDRS	+	Terapia cognitivo-comportamental associado a antidepressivos mais efetivo do que antidepressivos isolados na redução da depressão
“Ecosystem Focused Therapy”	Alexopoulos et al 2012	RCT	24	12 sem	HDRS	+	EFT mais eficaz que cuidados habituais na redução da depressão

Adaptado de Salter et al (2013)²⁹

Abreviaturas: BDI, Inventário da Depressão de Beck; EFT, “Ecosystem Focused Therapy”; HADS, Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar; HDRS, “Hamilton Depression Rating Scale”; MADRS, “Montgomery-Asberg Depression Rating Scale”; RTC, estudo controlado e randomizado; ZSRDS, “Zung Self Rating Depression Scale”

Segundo Recomendações da Sociedade Portuguesa de Neurologia (2008)³³, a terapêutica farmacológica e não farmacológica estão indicadas na melhoria do humor em doentes com depressão pós-AVC (nível de evidência IA).

As Recomendações Internacionais (“*Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care, 2013*”)³² acrescentam que, apesar de nenhuma classe farmacológica ser superior no tratamento da depressão, devido ao perfil de efeitos adversos do ISRS ser mais favorável, estes devem constituir a primeira opção de escolha. No entanto, sugerem que doentes com depressão *minor* ou sintomas moderados, poderão ser monitorizados, com avaliação regulares entre 2 a 4 semanas e só se os sintomas depressivos persistirem ou interferirem com a recuperação clínica é que deverá ser instituída a terapêutica farmacológica.

No seguimento do doente, a resposta ao tratamento deve ser monitorizada por um médico com experiência em saúde mental, através da avaliação da severidade dos sintomas depressivos, ideias suicidas e potenciais efeitos secundários, adaptando sempre que necessário o plano terapêutico. Se a resposta ao tratamento for adequada, a terapêutica deve continuar pelo menos por 6 meses, sendo que o término deve ser gradual e descontinuado.

Estas recomendações confirmam ainda a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental como adjuvante da farmacoterapia³².

7. PARTICULARIDADES DA DEPRESSÃO PÓS-AVC NO IDOSO

Cerca de 75% dos AVCs ocorrem em indivíduos com mais de 65 anos. Além disso, é expectável que a incidência aumente nesta faixa etária devido ao aumento da esperança média de vida e dos avanços do tratamento médico, que melhoram a sobrevida dos doentes idosos após AVC⁵¹.

Existem algumas diferenças da depressão pós-AVC do doente idoso em relação ao adulto mais jovem, nomeadamente ao nível da Clínica, do Diagnóstico e do Tratamento⁵².

Clinicamente, o idoso raramente apresenta humor deprimido, prevalecendo os sintomas somáticos, perda de interesse, sentimentos de culpa e de inutilidade e as alterações cognitivas, como perda de memória e falta de concentração. Em contrapartida, o doente mais jovem frequentemente refere humor deprimido, cansaço, distúrbios do sono, baixas expectativas em relação ao futuro e lentificação psicomotora.

O diagnóstico da depressão deve basear-se igualmente nos critérios da DSM-IV, porém, pode ser dificultado pela presença das alterações cognitivas, sensoriais e da linguagem próprias do envelhecimento. Para além disso, fatores típicos do idoso como pensamentos sobre a morte, alterações do sono e perda da libido são sobreponíveis a alguns critérios de diagnóstico da DSM-IV. A Escala de Depressão Geriátrica poderá ser uma das ferramentas psicométricas utilizadas no rastreio e na avaliação da severidade da depressão, uma vez que foi desenvolvida especificamente para a população idosa.

O processo do envelhecimento provoca alterações fisiológicas no organismo que devem ser tidas em conta quando se toma alguma decisão terapêutica. Assim, vários fatores devem ser analisados quando se prescreve um fármaco a um indivíduo idoso, nomeadamente em relação às suas alterações farmacocinéticas, interações medicamentosas, comorbilidades preexistentes e potenciais efeitos secundários devido à vulnerabilidade aumentada do idoso às

reações adversas medicamentosas.

Frequentemente, o tratamento antidepressivo é ineficaz seja por prescrição de doses inadequadas de antidepressivos, por duração de tratamento inferior ao recomendado ou por não adesão do doente ao plano terapêutico.

Os principais grupos farmacológicos utilizados são os ADT e os ISRS, sendo este último considerado como primeira linha no tratamento da depressão pós-AVC e da depressão no idoso. O Quadro 3 refere os motivos que levam à escolha do ISRS em relação ao ADT.

Quadro 3 - Razões para a escolha do ISRS como primeira linha no tratamento da depressão no idoso em relação ao ADT

- Início de ação mais rápido;
- Igualmente efetivo no tratamento da depressão;
- Perfil de segurança mais favorável não apresentando os efeitos colinérgicos próprios dos ADT;
- Geralmente não são afetados pelas alterações relacionadas com o envelhecimento no metabolismo do fármaco;
- Plano terapêutico mais simples (toma única);
- ADT podem ser potencialmente fatais de administrado em doses supraterapêuticas, não devendo ser prescrito a idosos devido ao risco aumentado de suicídio;
- Menos interações medicamentosas em relação ao ADT.

Adaptado de Lökk et al (2010)⁵²

A Nortriptilina é o fármaco preferencial no grupo dos ADTs, enquanto a Fluoxetina, o Citalopram e a Sertralina são os ISRSs mais estudados no tratamento da depressão pós-AVC.

O Metilfenidato tem sido usado no tratamento da depressão em idosos, uma vez é eficaz no controlo da apatia, quadro frequente neste grupo etário. Não foram reportados efeitos colaterais consideráveis, sendo por isso um fármaco seguro na população geriátrica.

Para além disso, estudos referem a sua eficácia no tratamento da depressão pós-AVC, como já foi referido. Portanto, é um fármaco que pode ser administrado a doentes idosos com depressão em contexto de AVC.

As estratégias de psicoterapia estão igualmente indicadas no tratamento da depressão do idoso com AVC. A eletroconvulsoterapia é usada apenas em situações particulares, como se encontra supracitado, sendo que é mais frequentemente utilizada no doente idoso do que em idades mais jovens.

8. O PAPEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA ABORDAGEM DO DOENTE COM RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-AVC

A abordagem do Médico de Família apoia-se no modelo bio-psico-social, centrando a sua atenção não só na doença do indivíduo, mas também no seu estado mental e no meio social que o envolve, a família e a comunidade. Conhecer as vivências e experiências passadas do doente, o seu meio familiar e social permite ao médico estabelecer uma relação única com este, que é essencial na deteção de disfunção familiar, gestão de conflitos, orientação de problemas, promoção da saúde e prevenção da doença⁵⁸.

Várias definições existem para o conceito “Família”. Uma das mais utilizadas e aprovadas é a comparação da “Família” a um sistema aberto, em que os seus membros constituem subsistemas que interagem entre si. Estes são dotados de determinados atributos, funções e papéis, cuja finalidade é promover o desenvolvimento físico e psicossocial de todos os elementos, atingindo assim o bem-estar do grupo e transmitir os padrões de cultura próprios da família⁵⁹. Assim, é expectável que o aparecimento de um evento de vida negativo num dos elementos da família, afete também os restantes membros. Por este motivo, uma das propriedades fundamentais do sistema “Família” é a sua Adaptabilidade aos novos eventos de vida, assim como a sua Coesão, que é fundamental para atingir a estabilidade⁶⁰.

A Adaptabilidade pode ser definida como a capacidade que a família tem para alterar a sua estrutura, papéis e regras familiares perante determinada situação. Uma família é considerada funcional ao nível da Adaptabilidade, quando tiver flexibilidade para mudar perante um evento de vida natural ou acidental. Por outro lado, a Coesão é definida por alguns autores como “o vínculo emocional entre os membros de uma família”, ou seja, é o equilíbrio entre a proximidade e a distância entre os diferentes elementos da família. Uma família é

considerada funcional, a nível da Coesão, se individualmente, os seus membros forem suficientemente autónomos e ao mesmo tempo, íntimos em relação aos restantes elementos^{59,60}.

A classificação da Família abrange três dimensões: estrutura e dinâmica familiar, relação conjugal e relação parental. Esta classificação não é estática, na medida em que diferentes tipos de família podem coexistir, assim como os sistemas familiares podem adaptar-se e evoluírem.

Nas últimas décadas, ocorreram várias mudanças na Sociedade Ocidental, provocando alterações profundas na sua estrutura tradicional. Assim, Caniço et al (2010)⁵⁸ propuseram 16 novos tipos de família de acordo com sua estrutura e dinâmica, para além dos 5 tipos clássicos existentes (Nuclear, Alargada, Unitária, Monoparental e Recombinada) (Quadro 4). O autor sugere ainda um Plano de Cuidados adequado a cada tipo de Família, o que constitui particular interesse para os médicos de Medicina Geral e Familiar.

O ciclo de vida familiar é uma sequência de eventos e transformações que marca a transição entre diferentes fases do desenvolvimento de uma família. Cada nova etapa da vida de uma família corresponde a um desafio, para que esta se reorganize e encontre novamente o ponto de equilíbrio. A importância do ciclo de vida familiar para o médico de MGF baseia-se no fato de, ao localizar essa família numa das fases do ciclo, pode prever situações adversas pelas quais o indivíduo e a família possam ter de passar. Para além disso, permite analisar o processo emocional e as mudanças necessárias para que o sistema atinja novamente o equilíbrio.

As diferentes fases do ciclo de vida familiar propostas por Carter e McGoldrick, para uma população da classe média americana, são (1) a saída de casa dos jovens solteiros; (2) o novo casal; (3) a família com filhos pequenos; (4) a família com adolescentes; (5) a saída dos filhos de casa e (6) a família no estadió tardio da vida⁶⁰.

Quadro 4 – Tipos de Família

Estrutura e Dinâmica Familiar

Díade Nuclear

Família Grávida

Família Nuclear

Família Alargada

Família com Prole Extensa

Família Reconstruída

Família Homossexual

Família Monoparental

Dança a dois

Família Unitária

Família de Coabitação

Família Comunitária

Família Hospedeira

Família Adotiva

Família Consanguínea

Família com Dependente

Família com Fantasma

Família Acordeão

Família Flutuante

Família Descontrolada

Família Múltipla

Relação Conjugal

Família Tradicional

Família Moderna

Família Fortaleza

Família Companheirismo

Família Paralela

Família Associação

Relação Parental

Família Equilibrada

Família Rígida

Família Super-protetora

Família Permissiva

Família Centrada nos Filhos

Família Centrada nos Pais

Família sem Objetivos

Adaptado de Caniço et al (2010)⁵⁸

8.1. Cuidar de um doente dependente devido a AVC

Atualmente, tem-se verificado um envelhecimento marcado da população a nível mundial. Este processo é favorecedor do aparecimento de doenças crónicas, as quais conduzem frequentemente à dependência do indivíduo idoso⁵⁹. Sendo o AVC a principal causa de incapacidade no mundo, é expectável que estes doentes sejam frequentemente dependentes de um cuidador para as suas AVD.

Um cuidador de uma pessoa dependente é um indivíduo que, sendo familiar ou não, auxilia o doente nas suas AVD como a alimentação, a higiene pessoal, a administração da medicação de rotina e no acompanhamento a serviços de saúde, podendo ou não ser remunerado. Os cuidadores podem ainda ser denominados como informais ou formais. Sequeira (2007) considera os cuidadores informais aqueles que prestam cuidados no domicílio, sendo habitualmente familiares, amigos, vizinhos, entre outros, não sendo remunerados para tal. Por outro lado, os cuidadores formais são profissionais qualificados, tais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros, e que prestam cuidados em locais como lares e instituições comunitárias⁶¹.

Para muitos autores, a família é considerada o principal prestador de cuidados ao doente crónico. Cuidar de um doente dependente não é uma tarefa fácil, podendo desencadear alterações no sistema familiar, levando-o ao desequilíbrio⁶².

Salgueiro et al (2010)⁶², num estudo realizado numa amostra de 80 famílias com dependente, na população portuguesa, verificaram que, em relação à estrutura e dinâmica familiar, a maioria das famílias era nuclear (idoso e respetivo cônjuge ou famílias em que o idoso habitava com filho/a casado/a) ou alargada, em menor frequência. Os autores observaram também que os cuidadores principais eram maioritariamente do sexo feminino (80%), sendo que 45,3% eram filhas, 37,5% esposas e 10,9% noras. Quando o cuidador

principal é do sexo masculino, em 81,3% dos casos é o cônjuge.

Os referidos autores, com o seu estudo, pretenderam avaliar a dinâmica da família que coabita com um idoso dependente. Ao nível da Coesão, as famílias revelaram-se equilibradas e funcionais. Contudo ao nível da Adaptabilidade, os resultados diferiram entre as famílias cujo cuidador principal era mais velho e aquelas nas quais o cuidador principal era mais jovem.

Quando o cuidador principal era mais velho, o valor médio da Adaptabilidade foi menor, ou seja, estas famílias encontravam-se numa zona de equilíbrio, tornando-se por isso funcionais e saudáveis. As famílias em que o cuidador principal era mais jovem, eram caóticas ao nível da Adaptabilidade, apresentando uma capacidade extrema de mudança. Portanto, por não se encontrarem numa zona de equilíbrio, são consideradas famílias não funcionais.

Estes resultados podem ser explicados pelo fato de cuidadores mais velhos se encontrarem numa fase do ciclo de vida em que já não comportam preocupações laborais ou com os filhos. São famílias, na sua maioria, compostas pelo idoso dependente e pelo cônjuge, uma vez que os filhos são adultos e já saíram de casa. Para além disso, já atravessaram várias fases do ciclo de vida, nas quais tiveram de se adaptar às diferentes situações adversas. Estas experiências podem conferir mecanismos adaptativos que permitem a essa família enfrentar mais facilmente outros eventos negativos, como é o caso da dependência funcional de um dos membros.

Por outro lado, os cuidadores principais mais jovens são frequentemente mulheres com vários encargos, como a educação dos filhos, as tarefas domésticas e o trabalho fora de casa. São confrontados com uma inversão de papéis, em que deixam de receber os cuidados dos pais e passam a ser os prestadores de cuidados tanto dos pais como dos filhos. Ao se encontrarem frequentemente na meia-idade, têm de lidar também com o próprio

envelhecimento, assim como a dependência e a proximidade da morte do seu familiar dependente.

Na escolha do cuidador informal, quatro fatores são tidos em consideração: (1) o parentesco, mais frequentemente o cônjuge e os filhos, (2) o género, habitualmente o feminino, (3) proximidade física e (4) proximidade afetiva⁶³. Apesar de a família ser, na maioria dos casos, o cuidador primário, também os amigos, pelo relacionamento afetivo, e os vizinhos pela proximidade física, podem prestar algum apoio de curta duração, principalmente quando a família não coabita com o idoso, não coopera ou até quando não existe⁶⁴.

Devido às atuais alterações na estrutura familiar, frequentemente os cuidados informais não conseguem satisfazer completamente as necessidades do doente dependente. Este fato depende de vários fatores como o grau de dependência do doente, o estado de saúde do cuidador, a existência de pessoas que o possam auxiliar nos cuidados, o acesso a apoios sociais, a coabitação com o idoso, o poder económico e a inclusão no mercado de trabalho. Neste contexto, é importante uma rede de cuidados formais que permita apoiar a vários níveis esses cuidadores. Os diferentes serviços disponíveis incluem o Apoio Domiciliário, Centros de Dia, Acolhimento Familiar, Cuidados Continuados, Institucionalização e empregada particular^{63,64}.

O Apoio Domiciliário constitui um serviço de prestação parcial de cuidados, no domicílio do doente, que inclui o fornecimento da alimentação, higiene pessoal e realização de algumas tarefas domésticas, como a limpeza da habitação e lavagem da roupa⁶⁴.

Os Centros de Dia asseguram os cuidados do doente ao longo de todo o dia, sendo conjugados com os cuidados dos familiares. No entanto, não estão acessíveis a doentes com grau de dependência grave⁶³.

O Acolhimento Familiar é a integração temporária ou permanente, em tempo total ou

parcial, de indivíduos dependentes em família idóneas, ou seja, aptas para prestar todos os cuidados necessários⁶⁴.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi criada para dar resposta às necessidades dos doentes dependentes, com perda funcional ou em situações de risco de perda, sendo constituída por unidades e equipas de cuidados técnicos⁶³.

A institucionalização em lares é habitualmente um último recurso para a família, muitas vezes quando há um agravamento do estado de saúde, um declínio cognitivo ou por exaustão do familiar cuidador. Pode ocorrer também por falta de suporte familiar, conflitos familiares e abandono ou incapacidade de prestar os cuidados necessários⁶³.

Apesar de a entrada numa instituição ser um momento difícil para o doente, necessitando de se adaptar a um novo ambiente, novas rotinas e novas pessoas com quem irá partilhar o seu espaço, muitos idosos acabam por se sentir mais acompanhados, menos isolados e mais felizes⁶¹. Por outro lado, os doentes acabam por perder os laços com o seu círculo de amigos, vizinhos e até familiares. O novo ambiente e as consequentes adaptações podem levar ao isolamento do doente, à depressão e risco acrescido de suicídio⁶⁵. Atividades que promovam o convívio, a integração social e o maior envolvimento da família na instituição ajudam na adaptação e bem-estar do doente⁶¹.

A empregada particular é uma solução à qual é difícil recorrer por indisponibilidade de pessoas dispostas a prestar cuidados a tempo inteiro, por falta de preparação humana e técnica e pela exigência financeira que acarreta. No entanto, quando possível, é uma boa opção para aliviar a sobrecarga do cuidador familiar⁶³.

8.2. Abordagem do Doente dependente devido a AVC e da sua Família pelo Médico de Medicina Geral e Familiar

Após alta hospitalar, os Cuidados de Saúde Primários são o principal recurso do doente com AVC e da sua família para resolver os seus problemas médicos, psicológicos e sociais. Os principais objetivos do Médico de Família na abordagem destes doentes são (1) prevenção de novo AVC, risco de quedas e promoção da saúde mental e social (2) diminuição do grau de incapacidade e dependência (3) intervenção paliativa em relação às consequências irreversíveis (4) identificação e avaliação do cuidador principal e (5) coordenação de equipa multidisciplinar⁶⁶.

A Avaliação inicial do doente com AVC por parte do médico de MGF abrange então:

1. Avaliação dos Fatores de Risco Cardiovasculares modificáveis, nomeadamente consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo, obesidade, HTA, Diabetes Mellitus e Dislipidémia³³.
2. Determinação do grau de dependência funcional do doente, para as AVD, utilizando a Escala de Barthel (ANEXO 7) e averiguação das suas expectativas em relação à sua recuperação funcional⁶⁷.
3. Rastreio de sintomas depressivos através das ferramentas psicométricas referidas anteriormente e avaliação do estado cognitivo do doente, através do “Mini-Mental State Examination” (ANEXO 8)⁶⁷.
4. Avaliação da necessidade, por parte do doente e respetivo cuidador, de recursos materiais (fraldas, medicamentos, cadeiras de rodas, andarilhos, cama articulada, arrastadeira, entre outros), apoio financeiro e recursos humanos para prestação dos cuidados⁶³.
5. Pesquisa das implicações do ato de cuidar no estado de saúde do cuidador,

nomeadamente problemas médicos, como cansaço, cefaleias, dores articulares e distúrbios do sono, assim como sintomas depressivos⁶⁸. É importante apurar ainda a necessidade de apoio emocional, de fornecimento de informação sobre a doença e de formação técnica específica sobre a prestação de cuidados⁶³. Estes aspetos podem ser melhor avaliados pela Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, validada para a população portuguesa por Ferreira et al (2010)⁶⁹ (ANEXO 9).

A avaliação psicológica do cuidador informal é essencial, na medida em que o bem-estar do cuidador pode afetar a resposta emocional do doente ao AVC. Quando o cuidador apresenta sintomas depressivos e baixa satisfação de vida, torna-se menos efetivo na recuperação do doente. Isto acontece porque a angústia, o sofrimento e pessimismo familiar proporcionam um contexto emocional desencorajante para o doente. Para além de conceder risco de depressão no doente, também limita a recuperação funcional e aumenta a probabilidade de institucionalização⁷⁰.

6. Para além do cuidador principal, é fundamental avaliar também toda a família, nomeadamente a estrutura e dinâmica familiar, a etapa do ciclo de vida em que se encontra, as crenças em relação à doença e à dependência do familiar doente e ocorrência de outros eventos de vida negativos (como uma morte inesperada, a perda do emprego ou um divórcio) ou positivos (como um casamento) que sejam capazes de provocar um novo desequilíbrio na família⁶⁰.

8.3. Plano de Cuidados adequado a um doente com AVC e respetivo cuidador/família

A avaliação do doente permite a elaboração, pelo médico de MGF, de um plano de

cuidados dirigido e adaptado ao doente e à sua família. Dependendo dos problemas encontrados pelo médico, várias decisões e atitudes podem ser tomadas. Contudo, de uma forma geral, é fundamental assegurar (1) Educação do doente e do cuidador/família; (2) Promoção de atividades lúdicas e aproveitamento das capacidades funcionais do doente; (3) Apoio psicológico; (4) Informação sobre apoios sociais⁵⁸.

A educação do doente começa com a prevenção de novo AVC, através do controlo dos fatores de risco cardiovasculares, devido ao potencial risco de recorrência. Neste contexto, é essencial instituir alterações do estilo de vida como cessação tabágica e dos hábitos etílicos, dieta hipossalina, exercício físico regular e perda de peso, complementadas com tratamento farmacológico, sempre que indicado³³.

É fundamental fornecer informações ao doente e aos seus familiares sobre o AVC, as suas consequências e complicações, o prognóstico em relação à recuperação funcional, as técnicas de reabilitação e os apoios sociais disponíveis³³.

Um estudo preliminar recente sobre depressão após AVC revelou que ensinar o doente e o cuidador a reconhecer sintomas depressivos reduz potenciais estigmas sobre a doença mental, ficando o doente mais propenso a discutir tais sintomas. Consequentemente, o diagnóstico de depressão é mais fácil e mais precoce⁷¹.

O médico deve encorajar o doente a continuar a frequentar as sessões de reabilitação física, após a alta hospitalar, sugerir terapia ocupacional e terapia da fala, sempre que considerar adequado, e incentivar a participação da família em todo o processo de reabilitação³³.

A maioria dos cuidadores informais de doentes dependentes após AVC referem sentirem-se inadequadamente treinados para prestar cuidados aos seus familiares. Este sentimento gera ansiedade ao cuidador, para além de a falta de aprendizagem sobre a manipulação do doente implicar menor qualidade de cuidados e consequentemente menor

qualidade de vida para o idoso dependente. Por estes motivos, o treino formal dos cuidadores informais nas tarefas básicas, como cuidados de enfermagem, transferências, mobilidade, higiene, alimentação, entre outras, melhora a qualidade de vida e reduz a ansiedade e depressão tanto no doente como no cuidador⁷².

Na promoção do bem-estar emocional do doente, deve-se estimular a participação em atividades lúdicas, convívio com familiares e amigos e programas de exercício físico. É importante também que o doente recupere ou mantenha o máximo possível a sua autonomia no autocuidado. Para isso, o doente deve realizar, sozinho, consoante as suas capacidades funcionais, algumas AVD como a alimentação, a higiene, vestir-se, mobilidade, assim como é necessário adaptar o domicílio às necessidades e limitações do doente e fornecer as ajudas técnicas necessárias, como ortóteses ou materiais para deambulação⁷³.

Perante uma situação de dependência, o médico deve dar apoio psicológico, demonstrando empatia e compreensão da situação do doente e da família, disponibilizando-se para ouvir o doente e o cuidador, podendo mesmo partilhar sentimentos e experiências semelhantes com as quais estes se possam identificar⁶⁰.

As técnicas de psicoterapia breve poderão ser úteis para o médico durante a entrevista clínica. Correspondem a um conjunto de intervenções terapêuticas que se baseiam na ênfase dos valores e das soluções em detrimento dos problemas e das limitações do doente. Alguns dos princípios da Psicoterapia breve, segundo Berg e Miller (2002), são (1) reforçar os êxitos conseguidos (2) aceitar os objetivos definidos pelo doente, trabalhando nesse sentido e respeitando sempre as suas escolhas (3) realizar intervenções mínimas em direção ao objetivo estipulado (4) procurar quais os momentos em que o problema não foi um problema e mostrar que esses momentos devem ser repetidos e (5) ter em vista sempre o presente e o futuro, em vez do passado⁶⁰.

Como já foi mencionado, os apoios sociais, nomeadamente alguns tipos de cuidados

formais, têm sido, atualmente, muito requeridos, por diversas razões. Assim, é fundamental que o médico oriente estas famílias no sentido de encontrar a melhor opção de acordo com o grau de dependência do doente e os recursos financeiros familiares disponíveis.

A realização de um plano de cuidados personalizado, tendo em conta as comorbilidades médicas do doente, as suas limitações físicas, o grau de dependência funcional, o estado psicológico, assim como a sobrecarga do cuidador e a necessidade de apoios é fundamental para orientar não só o cuidador informal, como o cuidador formal. O plano de cuidados permite melhorar a qualidade dos cuidados prestados e portanto a qualidade de vida do doente e do seu cuidador.

Em relação à depressão pós-AVC, sabe-se que a integração de cuidados, através de uma equipa multidisciplinar, com aconselhamento e informação, suporte emocional e social, contato próximo e regular com os profissionais de saúde, seja através de consultas presenciais, de visitas domiciliares ou de contato telefónico, permite melhorar a qualidade de vida e a saúde mental, diminuindo o risco de aparecimento de sintomas depressivos em doentes com AVC²⁹.

O médico de família tem um papel central na equipa multidisciplinar que acompanhada o doente e a sua família, na medida que é responsável pela coordenação entre os serviços de saúde (médicos e enfermeiros) e os serviços sociais e comunitários (grupos de ajuda, associações, centros de dia, etc)⁶⁶.

9. CONCLUSÃO

A depressão é uma complicação frequente após AVC, não devendo ser negligenciada devido ao seu impacto negativo na recuperação funcional do doente, na qualidade de vida e na mortalidade.

Apesar de o AVC constituir por si só um fator preditor de depressão, outros fatores podem estar relacionados. Os fatores preditores que apresentaram uma associação mais consistente com o aparecimento da depressão foram “ser do sexo feminino”, história prévia de depressão e a incapacidade funcional moderada a grave decorrente do AVC.

A importância dos fatores preditores prende-se com o fato de que ao definir um grupo de alto risco de depressão, poderão ser implementadas estratégias preventivas eficazes. Para além dos fatores referidos anteriormente, a presença de depressão *minor* é um preditor que confere, particularmente, alto risco, uma vez que pode evoluir para depressão *major*.

A terapêutica farmacológica pode prevenir a depressão em doentes com AVC, contudo, mais estudos deverão ser realizados para determinar qual o melhor fármaco e dosagem, o momento de início e a duração do tratamento e o grupo de doentes que beneficiará mais com a terapêutica farmacológica. Os ISRSs foram considerados os fármacos mais efetivos, devendo ser instituídos precocemente, com uma duração mínima de 12 meses. A psicoterapia profilática, principalmente a entrevista motivacional, poderá também ser benéfica na prevenção da depressão, assim como a musicoterapia, que apresenta um efeito positivo na melhoria do humor.

O rastreio da depressão nestes doentes, utilizando escalas psicométricas, é frequentemente recomendado. Dado que não existe uma escala específica e globalmente aceite para aplicação em doentes com AVC, a “Heart and Stroke Foundation of Canada” e “Canada Stroke Network” recomendaram os seguintes instrumentos de autoavaliação: GDS,

HADS, PHQ-9, BDI e CES-D. Em doentes com afasia, é difícil utilizar as escalas anteriores e, por isso, alguns instrumentos foram elaborados tendo em atenção estes problemas de comunicação. Neste seguimento, a SADQ-10 e a ADRS são as escalas recomendadas no rastreio da depressão após AVC em doentes com afasia.

O diagnóstico deve ser sempre estabelecido após uma entrevista clínica, de acordo com os critérios da DSM-IV. No entanto, os doentes com AVC apresentam determinadas particularidades que dificultam o diagnóstico de depressão, nomeadamente a presença de sintomas somáticos. Este tipo de sintomas podem ser explicados pela patologia médica, contudo, estão também incluídos nos critérios da DSM-IV.

O tratamento da depressão é fundamental, uma vez que reduz os sintomas depressivos, melhora a recuperação funcional, apresentando mesmo um impacto positivo na mortalidade a longo prazo. Os antidepressivos apresentam uma eficácia comprovada, sendo o grupo preferencial, os ISRSs. Contudo, assim como acontece na prevenção, não está bem definido quais os melhores fármacos, a respectiva dosagem e o tempo de tratamento necessário.

O tratamento não farmacológico tem-se revelado eficaz, contudo, a terapêutica farmacológica tem uma efetividade superior, sendo, por isso, a mais recomendada.

O médico de MGF apresenta um papel central na abordagem destes doentes, dado que é responsável pela coordenação da equipa multidisciplinar que acompanha o doente. Devido ao contato próximo e privilegiado com o doente e a sua família, é o profissional de saúde mais indicado para resolver os problemas médicos relacionados com o AVC, fornecer apoio psicológico e propor alternativas de suporte social. Uma das particularidades do médico de MGF é a abordagem do sistema que inclui o doente, podendo apoiar, de diferentes formas, a família que enfrenta repentinamente o drama de cuidar de um doente dependente.

10. AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por possibilitarem o meu percurso académico.

Às minhas irmãs pelo amor, paciência e apoio eterno.

Ao Doutor Hernâni Caniço pela sua orientação, apoio e disponibilidade na
concretização deste trabalho.

Ao Professor Doutor José Manuel Silva pela sua disponibilidade.

Ao meu namorado pela compreensão e apoio.

Aos meus amigos pela amizade e apoio.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Sacco, R. L. *et al.* An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* **44**, 2065 (2013).
2. Sousa-uva, M. & Dias, C. M. _ *Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa : dados da amostra ECOS 2013*. 12–14 (2014).
3. Fiúza, M., Dias, N. C., Martins, S. & Belo, A. Prevalence and risk factors for stroke in the Primary Health Care in Portugal. Insight on VALSIM study. *Sociedade Portuguesa de Cardiologia* **75**, 95 (2009).
4. Osemene, N. I. The neurologic complications of ischemic stroke. *US Pharmacist* (2013). at <www.uspharmacist.com [accessed 17/10/2014]>
5. Common problems after stroke. *Stroke Association* at <www.stroke.org.uk [accessed 17/10/2014]>
6. Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V. & Anderson, C. S. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*. **36**, 1330–40 (2005).
7. Ayerbe, L., Ayis, S., Wolfe, C. D. a & Rudd, A. G. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* **202**, 14–21 (2013).
8. Camões Barbosa, A., Medeiros, L. S., Duarte, N. & Meneses, C. Fatores Preditivos de Depressão Pós-AVC. Estudo Retrospectivo numa Unidade de Reabilitação. *Acta Med. Port.* **24**, 175–180 (2011).
9. Gabaldón, L., Fuentes, B., Frank-García, A. & Díez-Tejedor, E. Poststroke depression: importance of its detection and treatment. *Cerebrovasc. Dis.* **24 Suppl 1**, 181–188 (2007).

10. Associação Americana de Psiquiatria. *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 335–336, 377–381 (2002).
11. Ferraz, I., Norton, A. & Silveira, C. Depressão e Acidente Vascular Cerebral : Causa ou Consequência? *Arq. Med.* **27**, 104–109 (2013).
12. Hadidi, N. N., Lindquist, R., Buckwalter, K. & Savik, K. Feasibility of a Pilot Study of Problem-Solving Therapy for Stroke Survivors. *Rehabil. Nurs.* 1–11 (2014). doi:10.1002/rnj.148
13. Chei Tung Teng. Depression and medical comorbidity. *Revista de Psiquiatria Clínica* **32**, 149–159 (2005).
14. Tallis, RC, Fillit, H. *Brocklehurst's Geriatria. volume 1* 625–626 (2005).
15. Carod-Artal, F. Depresión postictus (II). Diagnóstico diferencial , complicaciones y tratamiento. *Rev. Neurol.* **42**, 238–244 (2006).
16. Paolucci, S. *et al.* Quantification of the risk of post stroke depression: the Italian multicenter observational study DESTRO. *Acta Psychiatr. Scand.* **112**, 272–8 (2005).
17. Ayerbe, L., Ayis, S., Rudd, A. G., Heuschmann, P. U. & Wolfe, C. D. a. Natural history, predictors, and associations of depression 5 years after stroke: the South London Stroke Register. *Stroke.* **42**, 1907–11 (2011).
18. Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M., Engedal, K. & Kim, H. S. Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors. A systematic literature review. *Disabil. Rehabil.* **33**, 539–56 (2011).
19. Sibon, I., Lassalle-Lagadec, S., Renou, P. & Swendsen, J. Evolution of depression symptoms following stroke: a prospective study using computerized ambulatory monitoring. *Cerebrovasc. Dis.* **33**, 280–5 (2012).
20. Robinson, R. G., Jorge, R. E., Moser, D. J., Acion, L. & Page, P. Escitalopram and Problem-Solving Therapy for Prevention of Poststroke Depression. *Jornaul Am. Med.*

- Assoc.* **299**, 2391–2400 (2008).
21. Prevention of Mental Disorders - Effective Interventions and Policy Options. *World Health Organization* (2004). at <<http://www.who.int/en/> [accessed 21/10/2014]>
 22. Salter, K. L., Foley, N. C., Zhu, L., Jutai, J. W. & Teasell, R. W. Prevention of poststroke depression: does prophylactic pharmacotherapy work? *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* **22**, 1243–51 (2013).
 23. Hackett, M., Anderson, C., House, A. & Halteh, C. Interventions for preventing depression after stroke (Review). *Cochrane Libr.* (2008).
 24. Whyte, E. M., Mulsant, B. H., Rovner, B. W. & Reynolds, C. F. Preventing depression after stroke. *Int. Rev. Psychiatry* **18**, 471–81 (2006).
 25. Watkins, C. L. *et al.* Motivational interviewing early after acute stroke: a randomized, controlled trial. *Stroke* **38**, 1004–9 (2007).
 26. Watkins, C. L. *et al.* The 12-month effects of early motivational interviewing after acute stroke: a randomized controlled trial. *Stroke* **42**, 1956–61 (2011).
 27. World Federation of Music Therapy. at <<http://www.musictherapyworld.net/>[accessed 11/02/2015]>
 28. Kim, D. S. *et al.* Effects of Music Therapy on Mood in Stroke Patients. *Yonsei Med. J.* **52**, 977–81 (2011).
 29. Salter, K. *et al.* 18. Post Stroke Depression. *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation* 1–104 (2013). at <<http://www.ebrsr.com/>[accessed 20/01/2015]>
 30. Yi, Z. M., Liu, F. & Zhai, S. D. Fluoxetine for the prophylaxis of poststroke depression in patients with stroke: a meta-analysis. *Int. J. Clin. Pract.* **64**, 1310–7 (2010).
 31. Lyness, Jeffrey, Yu, Qi, Tang, W. Risks for Depression Onset in Primary Care Elderly Patients: Potential Targets for Prevention Interventions. *Am J Psychiatry* **166**, 1375–1383 (2009).

32. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care 2013. *Canadian Stroke Network, Heart and Stroke Foundation of Canada* (2013). at <www.strokebestpractices.ca[accessed 24/01/2015]>
33. Recomendações para o tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório. *Sinapse - Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia* **8**, 47, 49 (2008).
34. Salter, K., Bhogal, S. K., Foley, N., Jutai, J. & Teasell, R. The assessment of poststroke depression. *Top. Stroke Rehabil.* **14**, 1–24 (2007).
35. Bennett, H. E. & Lincoli, N. B. Potential screening measures for depression and anxiety after stroke. *Int. J. Ther. Rehabil.* **13**, 401–407 (2006).
36. Berg, A., Psych, L., Lönnqvist, J., Palomäki, H. & Kaste, M. Assessment of depression after stroke: a comparison of different screening instruments. *Stroke* **40**, 523–9 (2009).
37. Telles-Correia, D, Barbosa, A. Ansiedade e Depressão em Medicina. Modelos Teóricos e Avaliação. *Acta Med. Port.* **22**, 89–98 (2008).
38. Teixeira Veríssimo, M. *Geriatrics Fundamental*. 108, 109, 148, 149 (2014).
39. Pocinho, M. T. S. Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clin. Gerontol.* **32**, 223–236 (2009).
40. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Avaliação Geriátrica. at <<http://www.spmi.pt/>[accessed 31/01/2015]>
41. Pais-Ribeiro, J. *et al.* Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol. Health Med.* **12**, 225–35 (2007).
42. Williams, L. S. *et al.* Performance of the PHQ-9 as a screening tool for depression after stroke. *Stroke.* **36**, 635–8 (2005).
43. Kneebone, I. I., Neffgen, L. M. & Pettyfer, S. L. Screening for depression and anxiety after stroke: developing protocols for use in the community. *Disabil. Rehabil.* **34**,

- 1114–20 (2012).
44. Campos, R. C. & Gonçalves, B. The Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). *Eur. J. Psychol. Assess.* **27**, 258–264 (2011).
 45. Gonçalves, B, Fagulha, T. The Portuguese Version of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *Eur. J. Psychol. Assess.* **20**, 339–348 (2004).
 46. Rodrigues, I, Santos, ME, Leal, G. Validação de uma escala de depressão para afásicos: “Stroke Aphasic Depression Questionnaire - SADQ.” *Sinapse - Publicação da Soc. Port. Neurol.* **6**, 28–34 (2006).
 47. Bennett, H. E., Thomas, S. a., Austen, R., Morris, a. M. S. & Lincoln, N. B. Validation of screening measures for assessing mood in stroke patients. *Br. J. Clin. Psychol.* **45**, 367–376 (2006).
 48. Benaim, C., Cailly, B., Perennou, D. & Pelissier, J. Validation of the aphasic depression rating scale. *Stroke* **35**, 1692–6 (2004).
 49. Capaldi, V. F. & Wynn, G. H. Emerging strategies in the treatment of poststroke depression and psychiatric distress in patients. *Psychol. Res. Behav. Manag.* **3**, 109–18 (2010).
 50. Paolucci, S. Epidemiology and treatment of post-stroke depression. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* **4**, 145–154 (2008).
 51. Hackett, M. L. & Anderson, C. S. Treatment options for post-stroke depression in the elderly. *Aging health* **1**, 95–105 (2005).
 52. Lökk, J. & Delbari, A. Management of depression in elderly stroke patients. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* **6**, 539–49 (2010).
 53. Hackett, M. L., Anderson, C. S., House, a. O. & Xia, J. Interventions for Treating Depression After Stroke. *Stroke* **40**, e487–e488 (2009).
 54. Matos, M., Vaz da Silva, M. & Soares da Silva, P. *Antidepressores - Terapêuticas*

- Medicamentosas e as suas bases Farmacológicas. Terapêutica Medicamentosa e Suas Bases Farmacológicas* 99–109 (2006).
55. Mitchell, P. H. *et al.* Brief psychosocial-behavioral intervention with antidepressant reduces post-stroke depression significantly more than usual care with antidepressant: Living Well with Stroke randomized controlled trial. *Stroke* **40**, 3073–3078 (2009).
56. Mitchell, P. H. *et al.* Living Well with Stroke: Design and Methods for a Randomized-Controlled Trial of a Psychosocial-Behavioral Intervention for Post-Stroke Depression. *Stroke* **17**, 109–115 (2008).
57. Alexopoulos, G. S. *et al.* Ecosystem Focused Therapy In Post Stroke Depression : A Preliminary Study. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* **27**, 1053–1060 (2012).
58. Caniço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E. & Carvalho, A. *Novos Tipos de Família. Plano de Cuidados.* (2010).
59. Araújo, I. & Santos, A. Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. *Rev. Enferm. Ref.* **III Série**, 95–102 (2012).
60. Casado Vicente, V. *et al.* in *Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria* (ed. Panamericana, E. M.) 2443–2445; 2459–2462; 2473–2475 (2012).
61. Melo Ferreira, M. E. Ser cuidador : um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos. MD [dissertação]. (Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Bragança, 2012).
62. Salgueiro, H. & Lopes, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Rev. Gaúcha Enferm.* **31**, 26–32 (2010).
63. Costa, A. A Família cuidadora perante a dependência do seu familiar idoso. MD [dissertation]. (Universidade Nova de Lisboa, 2012).
64. Andrade, F. M. M. de. O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário : Necessidades Educativas do Cuidador Principal. MD [dissertation].

- (Universidade do Minho, 2009).
65. Pires, I. M. Integração familiar ou Institucionalização. MD [Dissertation]. 28 (Instituto Politécnico de Bragança, 2013).
 66. Casado Vicente, V. *et al.* in *Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria* 2385–2398 (Editorial Medica Panamericana, 2012).
 67. Unidades de AVC. *Direcção-Geral de Saúde* (2001). at <<http://www.dgs.pt/>[accessed 24/02/2015]>
 68. Steiner, V. *et al.* Support Emotional, Physical Help and Health of Caregivers of stroke Survivors. *J. Neurosci. Nurs.* **40**, 48–54 (2008).
 69. Ferreira, F. *et al.* Validação da escala de Zarit : sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários , para população portuguesa. *Cad. Saúde* **3**, 13–19 (2010).
 70. Grant, J. S. *et al.* Does Caregiver Well-Being Predict Stroke Survivor Depressive. *Top. Stroke Rehabil.* **20**, 1–13 (2013).
 71. Klinedinst, J., Clark, P. & Dunbar, S. Older Adult Stroke Survivors Discussing Post-Stroke Depressive Symptoms with Healthcare Provider: A preliminary Analysis. *Rehabil. Psychol.* **58**, 72–81 (2014).
 72. Kalra, L. *et al.* Training carers of stroke patients : randomised controlled trial. *BMJ* **328**, 1–5 (2004).
 73. Manual do Prestador - Recomendações para a melhoria continua. *Rede Nacional de Cuidados Continuados* 1–153 (2011). at <<http://www.acss.min-saude.pt/> [accessed 23/02/2015]>
 74. Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. & Kroenke, K. QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE- 9 (PHQ-9). at <<http://www.phqscreeners.com/> [accessed 29/01/2015]>

ANEXO 1 – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (1983)

Versão Curta de 15 itens

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna⁴⁰

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

	Pontos
Sem depressão	0-5
Depressão ligeira	6-10
Depressão grave	11-15

ANEXO 2 – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar de Zigmond e

Snaith (1983)

Versão validada para a população portuguesa por Pais Ribeiro et al (2006)⁴¹

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:
 Muito menos agora
 Quase sempre
 Nunca
 Muitas vezes
 Por vezes
 Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:
 Tanto como antes
 Não tanto agora
 Só um pouco
 Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:
 Sim e muito forte
 Sim, mas não muito forte
 Um pouco, mas não me aflige
 De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:
 Tanto como antes
 Não tanto como antes
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:
 A maior parte do tempo
 Muitas vezes
 Por vezes
 Quase nunca
6. Sinto-me animado/a:
 Nunca
 Poucas vezes
 De vez em quando
 Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:
 Quase sempre
 Muitas vezes
 Por vezes
 Nunca
8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
 Quase sempre

- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:
- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

0-7 Normal
8-10 Sintomas depressivos leves
11-14 Sintomas depressivos moderados
15-21 Sintomas depressivos severos

ANEXO 3 – Questionário Sobre a Saúde do Paciente – 9 da PRIME-MD

Versão traduzida disponível em <http://www.phqscreeners.com/>⁷⁴

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE-9				
(PHQ-9)				

			Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
Durante os <u>últimos 14 dias</u> , em quantos foi afectado/a por algum dos seguintes problemas? (Utilize " ✓ " para indicar a sua resposta)	Nunca	Em vários dias		
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas	0	1	2	3
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou falta de energia	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitua	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +

=Total Score:

Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?

Não Dificultaram	Dificultaram um pouco	Dificultaram Muito	Dificultaram extremamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Desenvolvido por Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com uma bolsa de estudos da Pfizer Inc.

ANEXO 4 – Inventário da Depressão de Beck (1961)

Versão validada para a população portuguesa por Campos, R. (2011)⁴⁴

BDI – II

NOME _____ DATA ___/___/___ IDADE _____ SEXO _____
 ESCOLARIDADE _____ PROFISSÃO _____

INSTRUÇÕES: Este questionário é composto por 21 grupos de afirmações sob uma designação ou tema comum. Por favor leia atentamente cada grupo de afirmações, e escolha em cada grupo apenas uma afirmação, aquela que melhor descreve a forma como se tem sentido nas duas últimas semanas, incluindo hoje. Faça um círculo à volta do número que está antes da afirmação que escolheu. Se várias afirmações num grupo parecem aplicar-se a si de forma idêntica, escolha a que tem o número mais alto. Certifique-se que não escolheu mais do que uma afirmação em nenhum grupo, incluindo o grupo 16 e o grupo 18.

<p>1- Tristeza</p> <p>0 Não me sinto triste</p> <p>1 Sinto-me triste a maior parte do tempo</p> <p>2 Estou triste todo o tempo</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não aguento</p>	<p>6- Sentimentos de castigo</p> <p>0 Não sinto que esteja a ser castigado(a)</p> <p>1 Sinto que posso ser castigado(a)</p> <p>2 Espero ser castigado(a)</p> <p>3 Sinto que estou a ser castigado(a)</p>
<p>2- Pessimismo</p> <p>0 Não estou desencorajado(a) relativamente ao meu futuro</p> <p>1 Sinto-me mais desencorajado(a) relativamente ao meu futuro do que me costumava sentir</p> <p>2 Não espero que as coisas me corram bem</p> <p>3 Sinto que não há esperança no meu futuro e que as coisas só irão piorar</p>	<p>7- Não gostar de si próprio</p> <p>0 Sinto sobre mim próprio(a) o mesmo de sempre</p> <p>1 Perdi confiança em mim próprio(a)</p> <p>2 Estou desapontado comigo próprio(a)</p> <p>3 Não gosto de mim próprio(a)</p>
<p>3- Insucesso passado</p> <p>0 Não me sinto um(a) falhado(a)</p> <p>1 Falhei mais do que devia</p> <p>2 Quando olho para trás, vejo uma quantidade de falhanços</p> <p>3 Sinto que, como pessoa, sou totalmente falhado(a)</p>	<p>8- Autocrítica</p> <p>0 Não me critico ou culpabilizo mais do que o habitual</p> <p>1 Estou mais crítico(a) de mim próprio(a) do que costumava estar</p> <p>2 Critico-me por todas as minhas falhas</p> <p>3 Culpo-me por tudo o que acontece de mal</p>
<p>4- Perda de prazer</p> <p>0 Tiro tanto prazer como sempre tirei das coisas que gosto</p> <p>1 Não sinto tanto prazer nas coisas como costumava sentir</p> <p>2 Tiro muito pouco prazer das coisas de que costumava gostar</p> <p>3 Não consigo tirar qualquer prazer das coisas de que costumava gostar</p>	<p>9- Pensamentos ou desejos de suicídio</p> <p>0 Não tenho quaisquer pensamentos de me matar</p> <p>1 Tenho pensamentos de me matar, mas não os concretizaria</p> <p>2 Gostaria de me matar</p> <p>3 Matava-me se tivesse oportunidade</p>
<p>5- Sentimentos de culpa</p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a)</p> <p>1 Sinto-me culpado(a) relativamente a muitas coisas que fiz ou que deveria ter feito</p> <p>2 Sinto-me bastante culpado(a) na maior parte do tempo</p> <p>3 Sinto-me sempre culpado(a)</p>	<p>10- Choro</p> <p>0 Não choro mais do que costumava chorar</p> <p>1 Choro mais do que costumava chorar</p> <p>2 Choro por tudo e por nada</p> <p>3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo</p>

ANEXO 5 – Escala de Depressão do Centro Estudos Epidemiológicos

Versão validada para a população portuguesa por Gonçalves e Fagulha (2004)⁴⁵

CES-D

Encontra nesta página uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido. Indique com que frequência se sentiu dessa maneira durante a semana passada fazendo uma cruz no quadrado correspondente.

Use a seguinte chave:

- Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia)
- Ocasionalmente (1 ou 2 dias)
- Com alguma frequência (3 ou 4 dias)
- Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)

Durante a semana passada:	Nunca ou muito raramente	Ocasional-mente	Com alguma frequência	Com muita frequência ou sempre
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem	—		—	—
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite	—	—	—	—
3. Senti que não conseguia livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda da família ou dos amigos	—	—	—	—
4. Senti que valia tanto como os outros	—	—	—	—
5. Tive dificuldade em manter-me concentrado no que estava a fazer	—	—	—	—
6. Senti-me deprimido	—	—	—	—
7. Senti que tudo o que fazia era um esforço	—	—	—	—
8. Senti-me confiante no futuro	—	—	—	—
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso	—	—	—	—
10. Senti-me com medo	—	—	—	—
11. Dormi mal	—	—	—	—

12. Senti-me feliz	—	—	—	—
13. Falei menos do que o costume	—	—	—	—
14. Senti-me sozinho	—	—	—	—
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo	—	—	—	—
16. Senti prazer ou gosto na vida	—	—	—	—
17. Tive ataques de choro	—	—	—	—
18. Senti-me triste	—	—	—	—
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim	—	—	—	—
20. Senti falta de energia	—	—	—	—

ANEXO 6 – “Stroke Aphasic Depression Questionnaire – 10”

Versão validada para a população portuguesa por Rodrigues et al (2006) ⁴⁶

Quantas vezes na última semana o doente:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
1.Ficou com lágrimas nos olhos?				
2.Teve o sono agitado de noite?				
3.Evitou olhar nos olhos enquanto falava consigo?				
4.Desatou a chorar?				
5.Se queixou de dores ou moinhas?				
6.Ficou zangado?				
7.Se recusou a ter actividades sociais?				
8.Ficou sentado(a) sem fazer nada?				
9.Se entreteve com alguma coisa durante o dia?				
10.Esteve irrequieto(a) ou impaciente?				

SAD-Q 21 (Versão 21 itens)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
11.Parece gostar da vida social ou de sair?				
12.Interessa-se por acontecimentos à sua volta?				
13.Consegue concentrar-se numa actividade?				
14.Ri-se quando alguém lhe conta uma piada?				
15.Tem iniciativa (vontade de) fazer coisas novas?				
16.Sorri quando lhe falam?				
17.Toma comprimidos para dormir?				
18.Tem cuidado com a sua própria aparência ou aspecto?				
19.Acorda muito cedo de manhã?				
20.Olha para si quando se aproxima?				
21.Recusa-se a comer as refeições?				

ANEXO 7 – Escala de Barthel Modificada

“Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação”, disponível em www.dgs.pt (acedido em 28/02/2015)

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Incapacidade Ligeira
Superior a 90 pontos

Incapacidade Moderada
Entre 90 e 55 pontos

Incapacidade Grave
Inferior a 55 pontos

ANEXO 8 – Mini-Mental State Examination de Folstein

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna⁴⁰

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____

Em que país estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que terra vive? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que casa estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que andar estamos? _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

A. “Como se chama isto?” Mostrar os objectos:

Relógio ____ Lápis _____

B. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA” _____

C. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.

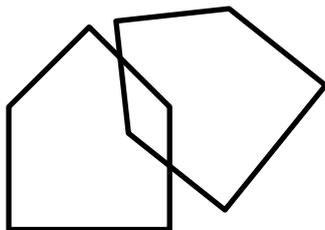
Pega com a mão direita _____ Dobra ao meio _____ Coloca onde deve _____

D. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos _____

E. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. _____



TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Analfabetos ≤ 15

1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22

Escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO 9 – Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Versão adaptada à população portuguesa por Ferreira et al (2010)⁶⁹

	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às Vezes (2)	Bastante Vezes (3)	Quase Sempre (4)
1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?					
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?					
3. Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?					
4. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?					
5. Sente-se irritado quando está com o seu familiar?					
6. Sente que o seu familiar afecta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?					
7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?					
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?					
9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?					
10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?					
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?					
12. Sente que a sua vida social foi afectada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?					
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar?					
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?					
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?					
16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					

17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?					
18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?					
19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?					
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22. Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?					

Pontuação	Sobrecarga
≤ 21	Ausência de Sobrecarga
21-40	Sobrecarga moderada
41-60	Sobrecarga moderada a severa
≥ 61	Sobrecarga Severa