



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

PATRÍCIA MENDONÇA FERRAZ

DEPRESSÃO E ENVELHECIMENTO

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROF. DOUTOR MANUEL TEIXEIRA MARQUES VERÍSSIMO**

MARÇO/2014

DEPRESSÃO E ENVELHECIMENTO

Patrícia Mendonça Ferraz

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Faculdade de Medicina, Universidade de
Coimbra, Portugal

E-mail: patricia.mendonca.ferraz@gmail.com

ÍNDICE

Resumo.....	1
Palavras-chave.....	2
Abstract	3
Keywords	4
Introdução.....	5
Materiais e métodos	7
Etiologia e fatores de risco da depressão no idoso.....	8
Particularidades das manifestações clínicas no idoso deprimido.....	14
Escalas de avaliação e diagnóstico da depressão no idoso.....	16
Intervenções terapêuticas na depressão geriátrica.....	22
Prognóstico da depressão no idoso.....	30
Prevenção da depressão no idoso	32
Conclusão	39
Referências	42

Resumo

O envelhecimento da população é um fenómeno de escala mundial, ao qual a população portuguesa não é exceção. Paralelamente a este acréscimo da população envelhecida tem-se verificado um aumento da prevalência da depressão nas últimas décadas, estando esta a tornar-se num dos principais problemas de saúde nos países desenvolvidos. No idoso a depressão é a perturbação mental mais prevalente, com várias consequências prejudiciais, pelo que a sua deteção precoce, tratamento adequado e, em particular, a sua prevenção são essenciais. Contudo, a depressão geriátrica é frequentemente subdiagnosticada e subtratada.

O objetivo deste trabalho foi examinar e resumir informação publicada sobre a depressão no idoso, esclarecendo determinadas particularidades sobre a mesma. Para isso abordou-se a etiologia e fatores de risco, as particularidades das manifestações clínicas, as escalas de avaliação da depressão e critérios de diagnóstico, as intervenções terapêuticas mais adequadas e, não menos importante, as formas de prevenção disponíveis.

Concluiu-se que a etiologia da depressão no idoso ainda não está completamente esclarecida, mas há fatores de risco estabelecidos que devem ser reconhecidos pelo clínico. As manifestações clínicas da depressão geriátrica consistem mais em sintomas somáticos do que em sintomas afetivos. Não há critérios de diagnóstico específicos para a depressão no idoso, o que representa um problema quanto à inclusão ou não dos sintomas somáticos. Atualmente o tratamento farmacológico de primeira linha são os inibidores seletivos da recaptção da serotonina. Outras opções terapêuticas eficazes são a eletroconvulsoterapia e a psicoterapia, em particular a terapia cognitivo-comportamental. A investigação sobre a prevenção da depressão no idoso é uma área recente, pelo que se aguardam mais estudos.

Palavras-chave

Depressão, idoso, geriátrica, manifestações clínicas, escalas de avaliação, diagnóstico, tratamento, prevenção

Abstract

The aging population is a worldwide phenomenon, to which the Portuguese population is no exception. Alongside this increase in the aging population there has been an increased prevalence of depression in recent decades, thus becoming one of the major health problems in developed countries. Depression is the most prevalent mental disorder in the elderly with several detrimental effects, therefore its early detection, appropriate treatment and its prevention are essential. However, geriatric depression is often underdiagnosed and undertreated.

The objective of this study was to examine and summarize published information on depression in the elderly, clarifying certain peculiarities about this disease. With that purpose in mind, this study addressed the etiology and risk factors, the peculiarities of the clinical manifestations, the rating scales of depression and diagnostic criteria, the most appropriate therapeutic interventions and the prevention methods available.

It was concluded that the etiology of depression in the elderly is still not fully understood, but there are established risk factors that must be recognized by the clinician. The clinical manifestations of geriatric depression consist more of somatic symptoms than affective symptoms. There are no specific criteria for diagnosing depression in the elderly, which is a problem regarding the inclusion or not of somatic symptoms. Currently the first-line pharmacological treatment consists of selective serotonin reuptake inhibitors. Other effective treatment options are electroconvulsive therapy and psychotherapy, particularly cognitive-behavioral therapy. Research on the prevention of depression in the elderly is a recent area, so we await further studies.

Keywords

Depression, elderly, geriatric, clinical manifestations, rating scales, diagnosis, treatment, prevention

Introdução

O envelhecimento da população é um fenómeno de escala mundial, levando a um aumento da importância relativa dos idosos na população total. A população portuguesa não é exceção a este panorama, tendo-se verificado um aumento de 16% em 2001 para 19% em 2011 no que diz respeito à percentagem de idosos.¹ Manter-se-á a tendência para o envelhecimento demográfico em Portugal, projetando-se um aumento considerável do peso relativo da população com 65 ou mais anos de idade, de 15,3% em 2008 para 32,3% em 2060.² Como tal, é importante a existência de meios capazes de promover um envelhecimento associado ao bem-estar e qualidade de vida.

Paralelamente a este acréscimo da população envelhecida tem-se verificado um aumento da prevalência da depressão nas últimas décadas, estando esta a tornar-se num dos principais problemas de saúde nos países desenvolvidos.³ Segundo a Organização Mundial da Saúde, o transtorno depressivo unipolar foi classificado como a terceira principal causa mundial de encargos relacionados com doença em 2004, prevendo-se que atinja o primeiro lugar em 2030.⁴

Do agravamento destes dois fenómenos surge o aumento da prevalência da depressão no idoso, sendo um dos principais contribuintes para os custos de saúde associados com populações mais velhas.⁵ A prevalência da depressão no idoso é de 14%, sendo a perturbação mental mais comum nesta população.⁶

A depressão no idoso, apesar de ser menos frequente em comparação com a depressão em idades mais jovens⁷, pode ter consequências prejudiciais como, por exemplo, sofrimento emocional e físico, diminuição da qualidade de vida, aumento do risco de morte e agravamento do resultado de patologias médicas⁸⁻¹⁰, sendo por isso essencial fazer um diagnóstico e terapêutica corretos. Contudo, a depressão geriátrica é frequentemente subdiagnosticada e subtratada⁹ não só pela sua apresentação clínica vulgarmente atípica, a

qual consiste em mais sintomas somáticos e alterações cognitivas do que em sintomas afetivos⁷, mas também pelo facto de que muitos idosos atribuem os sintomas da depressão a doenças fisiológicas.⁶

A depressão no idoso refere-se a síndromes depressivas definidas no *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) que surgem em adultos com mais de 65 anos.⁹ Este trabalho incidirá sobre a depressão *major*, caracterizada por um período de pelo menos duas semanas durante o qual há humor deprimido ou perda de interesse em quase todas as atividades, associado a quatro ou mais sintomas de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldade em pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas.¹⁰

O propósito fundamental deste trabalho é examinar e resumir informação publicada sobre a depressão no idoso, esclarecendo determinadas particularidades sobre a mesma. Assim, irá abordar a etiologia e fatores de risco da depressão no idoso, permitindo desta forma a identificação atempada de sinais de alarme; as suas manifestações clínicas, principalmente a atipia das mesmas nesta população; as escalas de avaliação da depressão e critérios de diagnóstico; o tratamento mais adequado e, não menos importante, as intervenções preventivas disponíveis.

Materiais e métodos

A presente revisão foi elaborada com base numa pesquisa bibliográfica realizada através dos motores de busca Medline, Pubmed, ScienceDirect, B-on e Medscape, com o auxílio do Serviço de Documentação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, tendo sido pesquisados artigos escritos em 2 idiomas (português e inglês). Usaram-se como palavras-chave, isoladas ou em combinação, *depression, elderly, geriatric, late-life* e em português usaram-se as seguintes: depressão, geriátrica, idoso. Foram seleccionados artigos publicados entre 2005 e 2013, que abordassem as características particulares da depressão no idoso. Foram consultados dados da Organização Mundial de Saúde e do Instituto Nacional de Estatística com vista a uma melhor compreensão do contexto mundial da depressão e dos dados demográficos portugueses. Usou-se ainda o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* por ser o sistema diagnóstico de perturbações mentais mais amplamente utilizado.

Etiologia e fatores de risco da depressão no idoso

A etiologia da depressão no idoso é multifatorial, envolvendo vários domínios como o biológico, psicológico e social.⁸ São vários os fatores que, interagindo entre si, levam ao surgimento da depressão: fatores genéticos, hormonais, alterações neurobiológicas, eventos stressantes de vida, entre outros.⁷

Alguns estudos com gêmeos idosos apontam para as causas relacionadas com a origem genética da depressão, contudo ainda não foram identificados marcadores genéticos para a depressão no idoso.^{9,11} As influências genéticas tendem a ser mais fortes nos casos em que o surgimento da depressão é de início precoce do que nos casos de início tardio.¹² A investigação sobre os genes que podem estar na origem desta patologia no idoso tem incidido sobre genes associados a um maior risco vascular, sobretudo o alelo E4 da apolipoproteína E (APOE4), o qual é um conhecido fator de risco para a doença de Alzheimer. No entanto, apesar de haver um aumento da frequência do APOE4 em idosos deprimidos, a maioria dos estudos verificou que o APOE4 não está relacionado com a depressão em idosos.^{7,11,13} A mutação C677T no gene que codifica a enzima metilenotetrahidrofolato redutase (MTHFR) também está associada a um maior risco vascular, tendo sido observada uma maior frequência desta mutação em idosos deprimidos do que em idosos saudáveis. Um outro estudo constatou que a frequência desta mutação na MTHFR não variou entre deprimidos e não deprimidos, mas que era mais comum entre os doentes com idade de início da depressão igual ou superior a 50 anos do que nos doentes com idade de início da depressão antes dos 50 anos.⁷ Tem havido um considerável interesse na ideia de que polimorfismos no gene transportador da serotonina podem interagir com acontecimentos da vida na génese da depressão. Contudo, os resultados até à data são inconclusivos.¹⁴

Foi colocada a hipótese de que determinadas alterações fisiológicas que acontecem no idoso podem colocá-lo em maior risco para desenvolver depressão, como a diminuição da acetilcolina, da dopamina e da norepinefrina e o aumento da monoamina oxidase.¹⁵

No que diz respeito às causas neuroquímicas, a hipoatividade da neurotransmissão serotoninérgica tem sido alvo de muitas pesquisas sobre a fisiopatologia da depressão em adultos jovens. Embora haja uma diminuição da atividade serotoninérgica ao longo da vida, essa diminuição é menos acentuada entre a idade adulta e a idade avançada.⁸

Causas endócrinas podem estar na origem da depressão no idoso, nomeadamente a hipersecreção do *corticotropin releasing factor*. Contudo, o CRF diminui com o envelhecimento normal.⁸

Depressão e comorbilidades médicas estão frequentemente presentes no idoso, nomeadamente patologias do foro cardíaco, diabetes *mellitus*, demências, neoplasias malignas, fraturas da bacia, diminuição da acuidade visual e auditiva, infeções e doença cerebrovascular.^{5,7-9,13,16} Por exemplo, a depressão *major* ocorre em cerca de um terço de todos os sobreviventes de AVC isquémico⁸ e em cerca de um quarto dos doentes com história de enfarte do miocárdio.⁹ A hipótese da depressão vascular foi formulada em 1997 e postula que a doença cerebrovascular pode predispor, precipitar ou perpetuar uma síndrome depressiva em idosos.¹⁸ Esta hipótese é apoiada pela confluência de depressão e fatores de risco vasculares.¹⁹

Frequentemente a depressão e demência estão presentes no mesmo indivíduo, pelo que o diagnóstico diferencial é muitas vezes um desafio. Ainda não está completamente esclarecido se a depressão é um fator de risco para a demência ou se é uma fase prodrómica desta patologia. A demência pode ser um fator de risco para a depressão devido às reações psicológicas e comportamentais que o doente experencia.^{7,13,20}

A ansiedade tipicamente precede a depressão, tanto em adultos jovens como nos idosos, podendo ser considerada como um fator de risco, acabando por agravar o curso da depressão bem como o seu tratamento.⁷ Foi demonstrado que perturbações do sono, nomeadamente a insónia, e a depressão são frequentemente coprevalentes em idosos.²¹ A insónia torna-se mais comum com a idade, tendo sido considerada como um sintoma de depressão. No entanto, estudos demonstraram que a insónia precede frequentemente o aparecimento da depressão. Nas pessoas idosas, a insónia é um fator de risco tanto para o início como para a persistência da depressão.⁷

Em relação à diabetes *mellitus*, esta tem sido investigada como um fator de risco na depressão, mas estudos mais recentes sugerem que a depressão pode ser um fator de risco para a diabetes *mellitus*.⁷

A incapacidade funcional secundária a diversas patologias é, talvez, a mais importante causa de sintomas depressivos no idoso.⁸ Uma explicação para este facto é a de que a incapacidade funcional pode levar a uma restrição das interações sociais e das atividades de lazer, ao isolamento e a um pior apoio social.¹¹ As experiências relacionadas com a doença, como as dificuldades em lidar com uma patologia crónica ou com a dor, podem despoletar uma reação depressiva.⁷ Para além disso, a coexistência de depressão e outras patologias médicas pode agravar o prognóstico destas últimas.²²

O aumento dos índices de obesidade tem suscitado interesse em investigar a sua relação com distúrbios mentais. Em uma meta-análise de 15 estudos longitudinais que examinaram a relação bidirecional entre a obesidade e a depressão, foi confirmada uma ligação recíproca, ou seja, a obesidade é um fator de risco para a depressão e a depressão é um fator de risco para a obesidade. Contudo, esta meta-análise não examinou os idosos separadamente.¹⁴

Determinadas deficiências nutricionais podem desempenhar um papel na origem da depressão. Verificou-se uma associação entre a deficiência de vitamina B12 e depressão no idoso, mesmo após o controlo de outros fatores de risco.⁷

Certos medicamentos podem estar na origem da depressão, como por exemplo, beta-bloqueantes, bloqueadores dos canais de cálcio, corticosteróides, entre outros.^{7,16}

Vários fatores psicológicos têm sido implicados na etiologia da depressão no idoso, como deterioração cognitiva,²² atributos de personalidade, neuroticismo e distorções cognitivas.^{8,9} Em relação ao neuroticismo, este tem sido consistentemente associado a sintomas depressivos no idoso em vários estudos com amostras da comunidade.⁸ A teoria das distorções cognitivas assenta na reação exagerada aos eventos da vida, interpretando-os incorretamente, por parte de indivíduos deprimidos.^{8,11} Um estudo recente verificou que uma auto-percepção de pior saúde e de maior solidão em idosos relacionou-se com mais depressão.⁶ Alguns processos de *coping* ineficazes têm sido associados à depressão no idoso, como é o caso da ruminação mental e do evitamento experiencial.⁷

Fatores sociais também têm sido propostos na origem da depressão no idoso, nomeadamente acontecimentos de vida stressantes, *status* socioeconómico e reduzido apoio social. Estes fatores não são específicos para o idoso, porém a contribuição relativa desses fatores parece variar ao longo do ciclo de vida.^{7,8,9} Um fator de risco considerável nesta faixa etária é a viuvez, tendo sido verificado que durante o primeiro ano de luto 10% a 20% dos cônjuges sobreviventes desenvolvem sintomas depressivos, que geralmente persistem se não forem tratados.⁹ Esta situação pode ser agravada pela falta de apoio familiar, carência de recursos materiais e isolamento social.¹⁷ Uma particularidade a ter em consideração é a de que a viuvez leva a maiores taxas de sintomas depressivos nos homens do que nas mulheres, pelo que se torna necessário uma observação mais atenta nos homens idosos recentemente viúvos, uma vez que estes apresentam elevado risco para o surgimento da depressão.²² Os conflitos

conjugais, a crítica familiar percebida pelo indivíduo, ter um cônjuge deprimido, a solidão e a rejeição pelos filhos¹⁵ podem ser fatores de risco para a depressão no idoso.⁷

Os fatores socioeconômicos assumem um papel relevante na depressão no idoso, estando a deterioração da situação financeira entre os eventos adversos mais frequentes nos adultos mais velhos.^{7,16} Pensões de reforma insuficientes associadas a despesas acentuadas, geralmente devido à quantidade e custo de fármacos, são fatores que vulnerabilizam o idoso em relação à depressão.¹⁷

Seria de esperar que os idosos estivessem em maior risco para desenvolver depressão secundária a eventos adversos, no entanto há aspectos que atenuam esse risco: determinados eventos stressantes que levam à depressão no idoso são previsíveis, por exemplo a morte do cônjuge; algumas situações que podem levar à depressão ocorrem em idades mais jovens, como por exemplo o divórcio.⁸

Fatores sóciodemográficos como o gênero, idade, estado civil, nível de escolaridade e o local de residência (particularmente a institucionalização), bem como outros fatores que englobam as atividades de vida diária, a satisfação com a vida^{16,17} e o abuso de substâncias²³ influenciam a depressão. A depressão é mais comum em mulheres do que em homens e esta diferença persiste até à idade avançada.^{7-9,16,17} A idade influencia a depressão, na medida em que foi observado que quanto maior a idade, mais depressivos se encontram os idosos.¹⁷ Quanto ao estado civil, observou-se que são os divorciados e os viúvos que apresentam índices depressivos mais elevados, contrariamente aos casados.^{16,17} Um baixo nível de escolaridade e viver sozinho também parecem estar associados a um aumento de sintomas depressivos.¹⁶

A hospitalização parece ser também um fator de risco, tendo sido observada uma maior prevalência da depressão no idoso em ambiente hospitalar do que na comunidade.^{7,9} A institucionalização parece ser outro fator associado à depressão, aparentemente não tanto pela

institucionalização em si, mas sim pela qualidade do acompanhamento do idoso que é feito nas instituições e, ainda, pelos motivos que resultaram na institucionalização, como por exemplo, a morte do cônjuge e a perda de autonomia.^{6,17} Por outro lado, quando o idoso é institucionalizado abandona o seu lar, os seus horários e rotinas e acaba por sentir que perdeu o controlo do que se passa à sua volta, fatores que o tornam vulnerável, predispondo ao surgimento da depressão.¹⁷

Há uma relação negativa entre a depressão e as atividades de vida diária e a satisfação com a vida, ou seja, os idosos mais independentes nas atividades de vida diária e mais satisfeitos com a vida são os que apresentam menores índices depressivos. A perda de autonomia é um fator com grande impacto na qualidade de vida do idoso, podendo dificultar as interações sociais.¹⁷

Antecedentes pessoais de depressão atribuem ao idoso um risco substancial para desenvolver depressão no futuro. Aliás, apenas uma minoria dos idosos deprimidos apresenta o primeiro episódio de depressão depois dos 50 anos.¹⁵

A consciencialização sobre os fatores de risco de depressão em idosos é importante para o planeamento de possíveis estratégias preventivas e de tratamento.²⁴

Particularidades das manifestações clínicas no idoso deprimido

Há manifestações clínicas da depressão que são expressas independentemente da idade do doente, contudo há sintomas específicos manifestados pelo idoso deprimido que devem ser reconhecidos.^{16,25}

A principal característica da depressão *major* é a presença de humor deprimido ou perda de interesse em quase todas as atividades por um período de, pelo menos, duas semanas.¹⁰ No entanto, o idoso pode mostrar-se relutante em manifestar esta alteração do humor, por considerar o humor deprimido uma consequência inevitável do envelhecimento ou por sentir culpa associada a este sintoma,²⁴ apesar de o sentimento de culpa estar mais vezes presente nos adultos jovens. Assim torna-se útil colaborar com outros informantes, como os membros da família ou os cuidadores do idoso no sentido de esclarecer o quadro sintomático apresentado pelo idoso, não só quando este não corresponde ao quadro típico da depressão, mas também quando há défice cognitivo.^{23,25}

A ansiedade e os sintomas somáticos são mais facilmente admitidos pelos idosos e, portanto, estes podem ser as principais manifestações clínicas da depressão, ao invés do humor deprimido.²⁴ Os sintomas somáticos podem ser indicativos de depressão, especialmente nos casos em que são desproporcionais às patologias médicas subjacentes. Um dos sintomas somáticos mais frequentes é a dor, a qual também pode estar associada à osteoartrite, patologia frequente no idoso. Como tal, é sempre importante esclarecer qual a origem da dor, uma vez que uma dor de causa orgânica não tratada é um fator preditor de má resposta ao tratamento da depressão.²² Outros sintomas somáticos incluem anorexia, sintomas gastrointestinais, astenia e perturbações do sono.^{26,27} Também a perda ponderal pode fazer parte da clínica da depressão na idade avançada, sendo frequentemente uma manifestação de depressão nos idosos institucionalizados.²⁸

Quando há um aumento relativamente rápido do número e da gravidade das queixas físicas relacionadas temporalmente com eventos stressantes de vida, como por exemplo perdas significativas, isto deve alertar o clínico para a possibilidade de estar presente uma depressão subjacente.¹²

Em geral, quando há ausência de humor deprimido, a depressão geriátrica pode traduzir-se clinicamente por sintomas somáticos, agitação psicomotora, irritação,^{6,27} falta de motivação, isolamento social,¹⁹ avolição,²² apatia²⁴ e alterações cognitivas, como défice de memória e de atenção. No que concerne à diferença de géneros, a mulher idosa deprimida queixa-se mais frequentemente de distúrbios do apetite, ao passo que o homem idoso sofre mais de agitação.⁷

Outra particularidade é a menor probabilidade de haver história familiar de depressão nos indivíduos com depressão de início tardio, quando comparados com os de início precoce.²⁹

Os profissionais de saúde que contactam com os idosos devem estar familiarizados com as peculiaridades das manifestações clínicas da depressão nesta faixa etária, com vista a melhorar a sua deteção.²⁴

Escalas de avaliação e diagnóstico da depressão no idoso

Como já foi referido, a depressão no idoso é uma condição frequentemente subdiagnosticada. Tal facto prende-se com certas dificuldades que o clínico encontra no momento do diagnóstico, como a presença de sintomas somáticos e de comorbilidades médicas, as quais podem conduzir o médico e o próprio doente em busca de uma causa orgânica para explicar esses sintomas, não considerando muitas vezes o diagnóstico de depressão.²⁴ De referir ainda que as demências e os transtornos depressivos são muito prevalentes na população idosa, podendo estar sobrepostas, dificultando o diagnóstico.³⁰

Uma comunicação ineficaz entre o idoso e o médico, devido a défices auditivos e/ou cognitivos presentes no idoso e o estigma associado à doença mental podem limitar o auto-relato de sintomas depressivos, o que também dificulta o diagnóstico da depressão.³¹

As expectativas dos idosos sobre a gestão da depressão podem ter um impacto sobre o que os pacientes estão dispostos a contar aos médicos. Especificamente, alguns pacientes esperam que os seus médicos “descubram” a sua depressão sem terem de abordar diretamente as suas emoções, enquanto outros podem sentir que estão a ser bons pacientes ao não sobrecarregar o médico com o seu sofrimento emocional.³²

Os cuidados de saúde primários constituem um meio fulcral para a deteção precoce da depressão no idoso, uma vez que esta população é frequentemente acompanhada de forma regular pelo seu médico assistente.^{22,25} Infelizmente, os profissionais dos cuidados de saúde primários apenas detetam 40% a 50% da depressão entre os idosos, demonstrando uma maior dificuldade em detetar depressão entre idosos do que nas populações mais jovens.²²

Como em qualquer patologia, uma cuidadosa história clínica é o primeiro passo para um diagnóstico correto. Nesta psicopatologia, tentar compreender o porquê de um doente se sentir de uma certa forma pode aumentar ou diminuir o grau de suspeição de depressão.²⁵ A avaliação inicial deve explorar fatores stressantes, nomeadamente alterações no lar, perdas

recentes ou mortes, dificuldades financeiras, apoio social inexistente, patologias físicas e abuso de substâncias. Não se deve descurar tópicos possivelmente sensíveis para o doente, como ideação suicida, disfunção sexual ou conflitos familiares. Uma completa entrevista clínica deverá abordar a história da doença atual, antecedentes patológicos não esquecendo de questionar sobre os antecedentes psiquiátricos, hábitos medicamentosos, alergias, história familiar, história social, a realização de um exame do estado mental e uma avaliação do estado funcional.²³

Devem ser excluídas condições médicas que possam imitar sintomas da depressão, como a anemia, através de exames complementares de diagnóstico.³³ Assim, a avaliação geral do idoso deprimido em busca de alterações endócrinas, doenças metabólicas ou outras patologias é fundamental.³⁰

A utilização prudente de uma das várias escalas de avaliação da depressão pode auxiliar na detecção de um transtorno depressivo, particularmente quando os sintomas são subtis e, em alguns casos, pode auxiliar na monitorização da resposta ao tratamento. As escalas de avaliação não fazem o diagnóstico da depressão, apenas sugerem a presença ou ausência de indicadores de suspeição, tendo a vantagem de serem relativamente rápidas de aplicar. Consoante os resultados obtidos poder-se-á prosseguir para a aplicação de ferramentas de diagnóstico.³⁴

Várias ferramentas estão disponíveis para facilitar a detecção da depressão. A forma mais simples é perguntar ao idoso “sente-se frequentemente triste ou deprimido?”²²

Um método rápido de rastreio é o *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2), o qual consiste em apenas duas perguntas sobre a presença e a frequência de humor e anedonia nas duas semanas anteriores. Foi demonstrado que o PHQ-2 tem uma sensibilidade de 80% e uma especificidade de 78%.²³

Quando o PHQ-2 é positivo, recorre-se ao *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) para confirmar esse resultado, apesar de este último poder ser utilizado por si próprio como método de diagnóstico ou para monitorizar a resposta ao tratamento.³³

O PHQ-9 deriva dos critérios de diagnóstico da depressão *major* presentes no DSM-IV, tendo sido validado não apenas como método de rastreio, mas também como método de diagnóstico,³⁵ como forma de mensurar a gravidade da depressão³⁴ e ainda auxilia na monitorização da resposta ao tratamento.²³ Trata-se de uma escala que pode ser auto-aplicada ou aplicada por um clínico, cujas duas primeiras perguntas correspondem ao PHQ-2. É necessária a presença de um dos sintomas questionados nas duas primeiras perguntas para se poder fazer o diagnóstico de depressão *major*.²⁵

Cada um dos nove itens da PHQ-9 é pontuado como 0 (nunca), 1 (vários dias), 2 (mais de metade dos dias), ou 3 (quase todos os dias).³⁵ Nos casos em que há uma pontuação igual ou superior a 3 nas primeiras duas perguntas, dever-se-á continuar o PHQ-9, questionando as sete perguntas seguintes.²⁵ Enquanto método de rastreio, uma pontuação igual ou superior a 10 tem uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 88% para depressão *major* na população geral. É feito o diagnóstico de depressão *major* se estiverem presentes cinco ou mais dos nove sintomas em mais de metade dos dias nas últimas duas semanas e se um desses sintomas for humor deprimido ou anedonia.³⁵

A escala de avaliação mais utilizada na população idosa pelos clínicos e investigadores na psiquiatria geriátrica é a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), a qual é o único instrumento especificamente criado para a população idosa, desenvolvida em 1983 por J.A. Yesavage *et al.*, permanecendo inalterada desde então. Tem a vantagem de ser relativamente simples e rápida e, tal como o PHQ-9, pode ser auto ou hetero-aplicada. Consiste em 30 questões sobre sentimentos e comportamentos na última semana, com respostas

dicotomizadas (sim/não). Há derivações da EDG original, que foram diminuindo o número de itens para 15, 10 e até 5.^{23,34}

Uma característica da EDG é que esta não avalia os sintomas somáticos da depressão, para não aumentar a pontuação total por, inadvertidamente, atribuir os sintomas de patologias médicas à depressão. Um risco desta abordagem é que a escala pode subestimar casos de depressão ao excluir sistematicamente os sintomas de depressão que são somáticos,³⁶ por isso os sintomas somáticos devem ser tidos em consideração antes que um resultado baixo nesta escala seja interpretado como ausência de depressão.¹²

Verificou-se uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 95% para a EDG de 30 itens.³⁷ Em relação à versão mais breve da EDG, a EDG de 15 itens, verificou-se uma sensibilidade de 71,8% e especificidade de 78,2% para um *cut-point* igual ou superior a 5.³⁸

A *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) é outra escala de avaliação, desenhada para estudos epidemiológicos na população geral, incluindo idosos.³⁹ É utilizada para avaliar o nível atual de sintomas depressivos na população geral, sendo composta por 20 afirmações que abrangem o humor, sintomas somáticos, funcionamento motor e problemas de relacionamento interpessoal, cada uma das quais deve ser respondida de acordo com a frequência de ocorrência na última semana.^{40,41} À semelhança da EDG, também existem variantes mais curtas da CES-D, compostas por 10 e 5 itens.^{34,41}

A *Hamilton Depression Scale* (HAM-D) é uma escala de avaliação que, embora não seja específica para a população idosa, é utilizada para avaliar a gravidade da sintomatologia depressiva e a resposta ao tratamento. Esta escala apresenta vários itens atribuídos a queixas somáticas, que podem gerar confusão devido às múltiplas patologias crônicas frequentemente presentes no idoso.^{23,30,34} Esta escala é mais utilizada no contexto de investigação psiquiátrica do que na prática clínica, devido à sua extensão e à necessidade de ser aplicada por um clínico com a devida formação.²³

A *Beck Depression Inventory* (BDI) é uma escala composta por 21 itens, especialmente útil para avaliar características psicológicas da depressão,¹² que foi concebida para mensurar a gravidade da depressão existente, não para rastrear nem para diagnosticar, embora seja muitas vezes usada para estes fins.³⁴ A BDI-II resulta de uma revisão da original, omite itens relativos à perda ponderal, imagem corporal, hipocondria e dificuldade em trabalhar, no sentido de conseguir uma correspondência entre a avaliação de sintomas e os critérios de diagnóstico do DSM-IV.⁴¹

A aplicação dos métodos de rastreio acima descritos pode ser algo limitada nos doentes com demência ou défice cognitivo significativo. Nestes casos, a *Cornell Scale for Depression in Dementia* é uma alternativa viável.^{31,34}

Quando se obtém um resultado positivo pelos métodos de rastreio, o diagnóstico deve ser confirmado através dos critérios do DSM.³³

Entre os sistemas de diagnóstico disponíveis não existem critérios de diagnóstico de transtornos depressivos específicos para idosos.¹⁶ Apesar da depressão geriátrica ter manifestações clínicas distintas, o diagnóstico da depressão nesta faixa etária geralmente corresponde aos critérios de diagnóstico para a população geral do DSM, o qual é o sistema de diagnóstico mais amplamente utilizado.¹⁹

Segundo o DSM-V, o diagnóstico de transtorno depressivo *major* é feito na presença de 5 ou mais dos seguintes sintomas: humor deprimido durante a maior parte do dia; interesse ou prazer diminuídos em todas ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia; perda ou ganho ponderal significativo na ausência de regime alimentar que o justifique ou aumento ou diminuição do apetite; insónia ou hipersónia; agitação ou inibição psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização ou de culpa excessiva ou inadequada; diminuição da capacidade de concentração ou de pensar ou indecisão;

pensamentos recorrentes sobre a morte (não apenas o medo de morrer), ideação suicida recorrente com ou sem um plano específico e tentativa de suicídio.

Estes 5 ou mais sintomas têm de ter uma duração de 2 semanas, devem representar uma alteração do funcionamento anterior e pelo menos um deles deve corresponder a humor deprimido ou perda de interesse ou de prazer em quase todas as atividades. Para além disso, devem estar presentes quase todos os dias, à exceção das alterações do peso e da ideação suicida.

Se para além dos critérios supramencionados, os sintomas causarem sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e se o episódio não for atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra patologia médica, então estamos perante um episódio de depressão *major*.

Esta classificação contempla sintomas somáticos, mas com a ressalva de que os clínicos devem excluí-los quando estes são claramente atribuíveis a outra patologia médica. Outro aspeto importante a apontar é a distinção entre a normal reação a perdas significativas e um episódio de depressão *major*. Por um lado é necessário ter o cuidado de não interpretar a reação normal a perdas significativas como um episódio de depressão *major*, por outro lado o clínico não deverá deixar passar despercebido um diagnóstico de depressão por atribuir os sintomas apresentados pelo indivíduo a uma reação dita normal.¹⁰

Uma diferença entre os critérios do DSM-IV e do DSM-V é que neste último foi removido o critério de exclusão respeitante ao luto, alteração esta relevante para o diagnóstico da depressão em pessoas mais velhas, uma vez que o luto é uma situação mais comumente experienciada na idade avançada.¹⁴

Intervenções terapêuticas na depressão geriátrica

A depressão na população idosa é tratável com intervenções psicossociais e farmacológicas adequadas. Os medicamentos antidepressivos ou a psicoterapia são recomendados como tratamentos de primeira linha para a depressão em idosos²² e a sua combinação é especialmente recomendada nos doentes com depressões graves e recorrentes.²⁵ A atividade física também se tem mostrado útil e a eletroconvulsoterapia (ECT) continua a ser uma opção de tratamento para idosos com depressão grave, psicótica ou resistente ao tratamento.²²

O tratamento tem como objetivos a remissão completa e a prevenção de recorrência dos sintomas depressivos, culminando numa melhoria da qualidade de vida do doente.¹⁸ Infelizmente, a depressão no idoso é subtratada, possivelmente pelo receio por parte dos clínicos em relação aos efeitos secundários dos fármacos antidepressivos.²⁵ Embora as taxas de resposta e de remissão à farmacoterapia e à ECT sejam comparáveis às observadas na depressão em adultos jovens, as taxas de recidiva são maiores, ressaltando o desafio não só para alcançar, mas também para manter o bem-estar.¹⁸

Um componente fulcral na gestão da depressão é garantir uma boa adesão terapêutica e, para tal, o clínico deverá tentar encontrar possíveis obstáculos, como por exemplo, défices cognitivos, gravidade da patologia percebida pelo idoso, custos sociais relacionados com o sentir-se estigmatizado por procurar tratamento para a depressão e possíveis incapacidades associadas.⁴²

A depressão pode ser tratada tanto nos cuidados de saúde primários como no âmbito da especialidade psiquiátrica. Aliás, a depressão é uma das patologias mais comumente tratadas nos cuidados de saúde primários.²² Os cuidados de saúde primários parecem ocupar uma posição estratégica para a avaliação e tratamento da depressão na terceira idade, pois muitos idosos preferem ser tratados neste contexto, onde o seu médico assistente tem em

conta não só a depressão, mas também todas as possíveis comorbilidades médicas muitas vezes presentes nesta faixa etária.^{22,32} Neste sentido tem sido demonstrado que o tratamento da depressão em idosos nos cuidados de saúde primários é eficaz quando se recorre a um modelo de assistência colaborativo, em que o médico dos cuidados primários é apoiado por um profissional de saúde mental na otimização e monitorização do tratamento quer seja farmacológico, psicoterapêutico ou uma combinação de ambos.⁴³

Os modelos de cuidados colaborativos têm vindo a adquirir uma crescente relevância nos últimos anos. Estes consistem numa relação estreita entre os médicos dos cuidados de saúde primários, os seus utentes e os especialistas em saúde mental, com vista a um melhor tratamento da depressão. Estes modelos podem duplicar a eficácia do tratamento habitual da depressão. A resposta ao tratamento é monitorizada através de escalas de avaliação da depressão e os tratamentos são ajustados sistematicamente nos doentes cuja resposta ao tratamento está aquém do esperado.²²

O tratamento da depressão no idoso deve seguir uma abordagem “*stepped care*”, ou seja, deve ser iniciado através de intervenções relativamente simples e ir progredindo para abordagens mais complexas nos casos em que não se verifica uma melhoria. Assim, uma primeira abordagem deve consistir em alterações dos hábitos de vida, como a prática regular de exercício físico, a participação em atividades de lazer e em eventos sociais.²² É já ponto assente que uma alimentação saudável e uma caminhada diária de pelo menos 30 minutos trazem benefícios para a saúde. O exercício físico é benéfico não só pelo prazer de o praticar, mas também porque permite muitas vezes melhorar as interações sociais.²⁵ Caso estas medidas não resultem em uma melhoria do humor depressivo do doente, então partir-se-á para outras intervenções terapêuticas, como fármacos antidepressivos e psicoterapia.²²

Quando o tratamento da depressão é iniciado, muitas vezes são oferecidos medicamentos antidepressivos em primeiro lugar.⁴³ Em geral, o tratamento farmacológico é apenas parcialmente bem-sucedido, verificando-se uma melhoria em cerca de 50% dos doentes com monoterapia antidepressiva. Este valor pode ser mais bem compreendido à luz de vários fatores preditores de uma difícil resolução da depressão, como a presença de ansiedade, sintomas psicóticos, insônia, baixa auto-estima e comorbilidades médicas. De salientar que uma resposta parcial ao tratamento apresenta o risco de depressão crônica recidivante, de baixa adesão a outros tratamentos para comorbilidades médicas e de suicídio.¹⁸ Felizmente, há estratégias para conseguir-se uma melhor resposta terapêutica, que serão discutidas posteriormente.

Apesar de a maioria dos fármacos antidepressivos usados na população adulta em geral poderem ser utilizados no idoso, há que ter em atenção as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas na idade avançada,¹⁵ bem como a polimedicação e a insuficiência renal ou hepática que são situações frequentemente presentes nesta população, tornando as interações medicamentosas e os efeitos secundários mais prováveis.²⁸ De um modo geral, as doses máximas recomendadas são menores que em pessoas mais jovens.⁴⁴

Deve iniciar-se a terapêutica farmacológica em baixas doses, para minimizar os efeitos secundários.²⁵ O objetivo deve ser o de aumentar a dose regularmente de forma a ser bem tolerada a intervalos de uma a duas semanas, a fim de se chegar a uma dose terapêutica média mais rapidamente.³¹ Se não houver nenhuma melhoria significativa após 2 a 4 semanas, dever-se-á aumentar a dose até que haja uma melhoria clínica, ou os efeitos secundários sejam intoleráveis, ou a dose máxima sugerida seja atingida. Assim, é importante agendar visitas de acompanhamento regulares para monitorizar a resposta ao tratamento e avaliar a eventual presença de efeitos secundários. Também é importante, em cada visita, pesquisar se há

agravamento da depressão, o surgimento de agitação ou de ansiedade, bem como avaliar o risco de suicídio, especialmente nas fases iniciais do tratamento.³¹

Quanto à duração do tratamento, nos idosos que apresentam um primeiro episódio de depressão *major*, o tratamento deve continuar um ano após a remissão. Se o paciente teve dois episódios de depressão *major* ao longo da sua vida, deve continuar-se o antidepressivo com a mesma dose usada para atingir a remissão por, no mínimo, 3 anos. Para os pacientes que tiveram 3 ou mais episódios de depressão ou cujo episódio foi particularmente grave ou apresentam ideação suicida significativa, o tratamento de manutenção pode continuar por tempo indeterminado.¹⁹ O objetivo do tratamento de manutenção é prevenir a recorrência, a qual surge entre 50% a 90% dos casos num período de 2 a 3 anos.¹⁸

O tratamento farmacológico de primeira linha consiste nos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) e nos inibidores seletivos da recaptção da serotonina e da noradrenalina (ISRSN).^{19,45} Os antidepressivos tricíclicos, bupropiona e mirtazapina são opções alternativas.¹⁹ Apesar de os antidepressivos tricíclicos possuírem uma eficácia semelhante aos ISRS, estes últimos são os mais usados no tratamento da depressão geriátrica, nomeadamente citalopram, escitalopram e sertralina, devido ao seu melhor perfil de tolerância e de segurança.^{25,28,31} De entre os ISRS, o citalopram e a sertralina têm menor potencial de interação medicamentosa.³⁰ A fluoxetina é pouco usada em idosos devido à sua longa semi-vida e efeitos secundários prolongados³¹ e também a paroxetina é menos usada porque é o ISRS com mais efeitos anticolinérgicos.¹⁹ Complicações associadas ao uso dos ISRS são a disfunção sexual, hiponatremia, o risco aumentado de quedas, fraturas, alterações gastrointestinais e perturbações do sono, bem como a síndrome da serotonina.^{25,28,31}

De entre os ISRSN, a venlafaxina é a preferida,⁴⁵ tendo já sido recomendada como uma alternativa aos ISRS quer como um tratamento de primeira linha para a depressão no idoso, quer como um fármaco de escolha nos casos em que não há resposta aos ISRS.⁴⁶

Estudos têm demonstrado que a duloxetina leva a uma melhoria da depressão, sendo segura e bem tolerada em idosos com depressão *major* recorrente.¹⁹

Os antidepressivos tricíclicos já não são considerados agentes de primeira linha na população idosa, dado o seu potencial de efeitos secundários, incluindo hipotensão postural, que pode originar quedas e fraturas, distúrbios da condução cardíaca e efeitos anticolinérgicos. Estes últimos podem incluir delírio, retenção urinária, xerostomia e obstipação. Entre os antidepressivos tricíclicos, a nortriptilina é o preferido,¹⁹ por ser o menos anticolinérgico.³¹ Nos idosos deprimidos com ideação suicida não se deve prescrever antidepressivos tricíclicos, pela sua maior probabilidade de *overdose* letal.^{28,31} A ECT é uma opção nestes casos de ideação suicida, principalmente se esta for grave ou recorrente.²⁸

A depressão resistente ao tratamento afeta até um terço dos doentes mais velhos. Antes de rotular um episódio de depressão como resistente ao tratamento é importante garantir que o diagnóstico está correto, que o doente recebeu um antidepressivo na dosagem e duração adequadas e que o doente está a cumprir a terapêutica corretamente.¹⁸ Dever-se-á também pesquisar condições psiquiátricas ou médicas concomitantes ou fatores stressantes psicossociais.¹⁹ Se após estes passos, não se encontrar uma causa explicativa para a persistência dos sintomas depressivos, então sugere-se uma associação entre antidepressivos ou alterar o fármaco dentro ou entre as classes de antidepressivos disponíveis, evitando assim o aumento da polimedicação e potenciais efeitos colaterais e custos de medicação. As estratégias de associação de fármacos são preferidas quando a resposta parcial já foi obtida.¹⁸ Nos casos em que há alguma resposta ao tratamento farmacológico, mas não há remissão também se poderá aumentar a dose do fármaco instituído.²⁵

Se se iniciou a terapêutica com um ISRS, poder-se-á considerar a alteração para venlafaxina ou bupropiona. Se o paciente recebeu inicialmente um antidepressivo tricíclico ou

bupropiona, alterar para um ISRS ou venlafaxina seria apropriado. Se a venlafaxina foi a primeira opção, a alteração para um SSRI é recomendada.¹⁹

Outra opção na depressão resistente ao tratamento é a combinação de antidepressivos e antipsicóticos atípicos (aripirazol e olanzapina).¹⁸ O uso de antipsicóticos atípicos coloca problemas particulares nos idosos, dado o risco de sintomas extrapiramidais e quedas, bem como sedação, aumento ponderal, dislipidemia e diabetes. Os antipsicóticos atípicos estão associados a maior risco de morte, em grande parte devido a eventos cerebrovasculares, em doentes idosos com demência.³¹

A ECT é uma importante intervenção terapêutica, devido à sua eficácia, segurança, e resposta clínica mais rápida,¹⁹ estando já estabelecida como particularmente eficaz na depressão no idoso.¹⁸ As taxas de resposta e de remissão da depressão não tratada na idade avançada são de até 90% e 70%, respetivamente, e para a depressão resistente ao tratamento farmacológico são de 70% e 50%.⁴⁷ É uma boa opção nos casos em que há necessidade de uma melhoria rápida e consistente (na desnutrição grave devido à recusa alimentar), nos casos em que há persistência de sintomatologia depressiva grave após várias associações de antidepressivos e nos que não toleram bem os antidepressivos.¹⁹ Habitualmente são feitas sessões semanais, depois quinzenais e posteriormente mensais por, no mínimo, seis meses.³⁰ Há algumas complicações associadas ao uso da ECT, nomeadamente instabilidade cardiovascular, delírio, quedas e défice de memória.¹⁹ Para minorar o risco de recidiva após ECT, sugere-se o uso de antidepressivos durante ou após o tratamento com ECT ou uma combinação de antidepressivos e estabilizadores do humor.¹⁸

Dada a propensão para vários efeitos secundários da terapêutica farmacológica antidepressiva nos idosos, a psicoterapia pode representar uma alternativa mais segura, sendo preferida à farmacoterapia em cerca de metade dos doentes idosos.¹⁹ Adicionalmente, fatores

muitas vezes presentes no idoso como o luto e o isolamento social tornam as intervenções psicológicas mais relevantes.⁴⁴

A maioria das diretrizes defende a vantagem adicional de apoiar a medicação antidepressiva com intervenções psicossociais, se bem que estas podem ser por si só uma estratégia de tratamento inicial alternativa aos antidepressivos na depressão leve a moderada.^{18,19} A combinação de fármacos e psicoterapia parece ser mais eficaz do que qualquer um sozinho na prevenção da depressão *major* recorrente, especialmente quando um fator stressante psicossocial específico foi identificado.¹⁹

Infelizmente a psicoterapia não está largamente disponível no contexto dos cuidados de saúde primários e o encaminhamento para serviços especializados em saúde mental frequentemente não é levado até ao fim pelos adultos mais velhos.⁴³

As psicoterapias mais comumente prescritas são desenvolvidas a partir da terapia cognitiva, que se concentra em crenças disfuncionais e inclui a terapia cognitivo-comportamental (CBT), a terapia de resolução de problemas (PST) e a ativação comportamental.¹⁸ A CBT, a PST e a terapia interpessoal (IPT) são métodos que se mostraram eficazes no tratamento da depressão geriátrica,²⁵ sendo consideradas intervenções psicossociais de primeira linha.¹⁸

A CBT é a que apresenta maior suporte empírico para o tratamento da depressão geriátrica¹⁹ e consiste na substituição de distorções negativas de acontecimentos de vida por respostas mais positivas e racionais.^{28,48} O terapeuta ensina os doentes a reconhecer e a modificar esses pensamentos e comportamentos negativos, a fim de reduzir os sintomas depressivos.⁴⁹

A PST ensina aos doentes ferramentas para melhorar a sua capacidade de lidar com problemas específicos do quotidiano, ao invés de desenvolver competências genéricas. Os doentes identificam os problemas, debatem diferentes maneiras de os resolver, criam e

implementam planos de ação, com o objetivo de alcançar a melhor solução possível.⁵⁰ De certa forma, o objetivo da PST é ajudar os doentes a recuperar o controlo das suas vidas.⁴⁰

A IPT explora, na fase inicial do tratamento, os sintomas depressivos e oferece psico-educação sobre a depressão. Nas fases posteriores, os problemas são identificados e compreendidos no contexto interpessoal, tentando estabelecer-se uma relação entre os sintomas depressivos e eventos interpessoais recentes. Há quatro focos de tratamento possíveis: luto complicado, conflitos interpessoais, transição de papéis e défice interpessoal. Um desses focos é escolhido e a natureza desse evento interpessoal específico é explorado e as emoções que o acompanham são esclarecidas. Assim, dependendo do problema de cada paciente, o tratamento pode concentrar-se em facilitar o processo de luto, incentivar e facilitar a transição de papéis, explorar conflitos interpessoais e na melhoria das competências interpessoais. Pensa-se que uma vez que o doente ganhou o domínio sobre um determinado problema esse efeito vai generalizar-se para outras possíveis áreas problemáticas. Durante as últimas sessões, a terapia é avaliada e é dada atenção à prevenção de recidivas.^{43,50} A aplicação da IPT parece ser ideal na terceira idade, uma vez que é nesta fase da vida que é mais provável que os quatro focos de tratamentos possíveis surjam.^{12,47}

Uma área ausente na literatura sobre psicoterapia na depressão geriátrica é o papel que os défices cognitivos têm no que diz respeito à resposta à psicoterapia.⁵⁰

Tratamentos relativamente recentes da depressão incluem a estimulação magnética transcraniana repetitiva, a estimulação cerebral profunda, a estimulação do nervo vago e a terapia magnética convulsiva.¹⁸

Prognóstico da depressão no idoso

A depressão *major* é tipicamente uma doença crônica em que a probabilidade de sofrer apenas um único episódio ao longo da vida é baixa. Um total de 85% das pessoas que têm um episódio depressivo terá, pelo menos, mais um episódio durante o seu tempo de vida.⁵¹

Apesar de a resposta ao tratamento inicial ser semelhante tanto na depressão em adultos jovens como na depressão em idosos, neste grupo etário a resposta ao tratamento parece ter uma trajetória longitudinal mais adversa do que a depressão nos grupos etários mais jovens. O efeito da idade no prognóstico pode ser explicado em grande parte por fatores como episódios anteriores de depressão e comorbilidades médicas.⁵¹

Os estudos disponíveis na comunidade e no contexto da medicina geral sugerem que o prognóstico da depressão nos idosos é pobre em 20% a 50% das pessoas atingidas, independentemente da duração do acompanhamento. Em comparação com os adultos entre os 18 e os 64 anos de idade, nos quais cerca de 76% recuperam no período de 1 ano, isto sugere que o prognóstico se deteriora com a idade.⁵²

Em comparação com doentes deprimidos mais jovens, os doentes deprimidos mais velhos parecem ter um maior risco de episódios recorrentes.⁵² De acordo com estudos baseados em amostras de idosos deprimidos, o risco de recorrência da depressão é de pelo menos 50% durante os primeiros dois anos após o tratamento.⁵¹

A identificação de doentes com depressão em alto risco de um mau resultado pode ajudar a melhorar o tratamento e, portanto, o prognóstico.⁵³ Alguns dos fatores que estão associados a um mau resultado no decurso da depressão são a presença de história familiar de depressão,⁵³ a institucionalização,⁵¹ as comorbilidades médicas e as limitações funcionais, sendo que estas três últimas condições são mais prevalentes em idosos.⁵² Uma revisão sistemática sobre o prognóstico de depressão na idade avançada encontrou um pior resultado

em doentes internados. Uma possível explicação para este achado é a maior prevalência de limitações funcionais em doentes internados.⁵³

Certas condições específicas, tais como artrite, problemas dermatológicos e a presença de défices cognitivos podem estar relacionados com um pior resultado da depressão.⁵¹ Em estudos com idosos no contexto da comunidade foram encontradas associações significativas entre um mau resultado no decurso da depressão e idade mais avançada, a presença de patologias crónicas, a presença de limitações funcionais e um maior nível de depressão inicial.⁵²

Alguns estudos demonstraram que existe uma menor probabilidade de remissão da depressão em doentes com idade avançada sob terapêutica farmacológica ou sob ECT. Em teoria, o tratamento de manutenção com fármacos ou CBT poderia prevenir cerca de 50% das incapacidades adaptadas aos anos de vida, se se assumir uma adesão ao tratamento de 60%. Infelizmente, apenas uma pequena proporção dos doentes estão dispostos a seguir um tratamento com duração superior a um ano. Assim, o prognóstico e tratamento da depressão na idade avançada continuam a ser motivos de preocupação, apesar de existirem evidências de que estes terão melhorado.⁵¹

Prevenção da depressão no idoso

A depressão é uma das principais causas de incapacidade e sofrimento para milhões de adultos mais velhos. Assim percebe-se que a prevenção da depressão na idade avançada seja uma área de investigação prioritária, apesar de ser relativamente recente.⁵⁴

A prevenção da depressão no idoso é importante por várias razões: em primeiro lugar, os episódios depressivos na população idosa são prevalentes e incapacitantes; em segundo lugar, a depressão está associada a uma elevada mortalidade após certos eventos patológicos, como o enfarte do miocárdio e o acidente vascular cerebral e é o principal fator de risco para o suicídio na idade avançada; em terceiro lugar, os tratamentos disponíveis possuem uma eficácia de apenas cerca de 50% na remissão da depressão e na manutenção da qualidade de vida; em quarto lugar, a presença de sintomas depressivos mais leves ou subsindrômicos aumentam o risco de desenvolver a doença clínica completa, mas podem ser mais facilmente reversíveis ou modificáveis do que o estado clínico avançado; finalmente, a prevenção da depressão nos idosos podem apresentar um bom custo-benefício.⁵⁵ Do ponto de vista de saúde pública, a prevenção de depressão tem potencial para ser considerada um meio atrativo de gerar ganhos de saúde e reduzir os custos futuros.⁵⁶

A prevenção da depressão em idosos tem como objetivos reduzir a sua incidência, prevenir episódios recorrentes de depressão e a proteção contra possíveis complicações médicas e psicossociais da depressão.⁵⁵ Uma meta-análise de ensaios clínicos randomizados sobre intervenções preventivas mostrou que a incidência de depressão pode ser reduzida em 30%.⁵⁶

A eficiência de intervenções para prevenir a depressão engloba tanto o impacto da intervenção como o esforço necessário para implementá-la. O impacto é refletido na proporção de casos que seriam evitados se os efeitos adversos do fator de risco alvo fossem completamente bloqueados. O esforço é refletido pelo número de pessoas que precisariam

receber uma intervenção de prevenção da depressão para evitar um novo caso de depressão (número necessário para tratar ou NNT).⁵⁵

A maioria dos médicos está familiarizada com a classificação das intervenções preventivas em três categorias: prevenção primária, que visa impedir nova doença incidente; prevenção secundária, com o objetivo de detetar a doença precocemente e impedir a sua progressão; prevenção terciária, a fim de impedir ou limitar o impacto da doença. Este é um esquema baseado no estado da doença em questão, mas outro quadro construído em torno da população-alvo seria mais útil.⁵⁴ Este quadro à volta da população-alvo é constituído por três tipos de intervenções para prevenir, neste contexto, transtornos mentais: prevenção universal, que consiste na promoção e prevenção da saúde mental a nível universal, por exemplo através do ensino geral sobre a saúde ou campanhas através dos órgãos de comunicação social, visando idosos saudáveis, independentemente do seu *status* de risco, com o objetivo de melhorar a saúde mental e promover o envelhecimento ativo; prevenção seletiva, dirigida a segmentos da população idosa com maior risco de desenvolver um transtorno depressivo, porque foram expostas a determinados fatores de risco (luto, deficiência física ou funcional, isolamento social, comorbilidades médicas), mas que ainda não sofrem de depressão; finalmente, a prevenção indicada, voltada para as pessoas com sintomas subclínicos de depressão, ou seja, sintomas que possivelmente prenunciam o início de um transtorno mental, mas que não preenchem os critérios de diagnóstico do DSM.^{40,54,57}

A prevenção universal da depressão baseada em evidências é atualmente inexistente.⁵⁸ Os requisitos do tamanho da amostra para estudos de prevenção universal são substancialmente maiores do que as amostras geralmente observadas em estudos de prevenção seletiva e indicada e, conseqüentemente, este tipo de investigação de grande escala sobre a prevenção da depressão tem sido muito difícil de implementar. Contudo, relativamente há pouco tempo o *National Institute of Mental Health* financiou o estudo

VITAL-DEP, que engloba a prevenção universal da depressão. O VITAL-DEP é um estudo complementar sobre a eficácia da vitamina D e de óleos de peixe na prevenção do cancro, doenças cardiovasculares e de síndrome depressivo clínico.⁵⁵

Assim, embora a prevenção universal seja um conceito atrativo, as dificuldades associadas à sua investigação fazem com que os exemplos de prevenção da depressão mais proeminentes na literatura envolvam tanto os modelos de prevenção seletiva como os de prevenção indicada.⁵⁴

A prevenção indicada da depressão é a estratégia preferida.⁵⁸ Tem como objetivo reduzir a ocorrência de novos casos ou retardar o surgimento da depressão. Além disso, a prevenção indicada pode reduzir a gravidade dos sintomas e o tempo de permanência no estado subclínico.⁴⁰ Ainda assim, porque a prevenção indicada requer a aplicação de um instrumento de triagem no sentido de detetar depressão subclínica, a prevenção seletiva pode vir a ser uma boa ou até melhor alternativa.⁵⁸

Schoevers *et al.* estimaram que o fator de risco onde as intervenções preventivas teriam o maior impacto e menor esforço é a presença de sintomas depressivos subclínicos.⁵⁸ Ou seja, as intervenções preventivas podem ter mais impacto em idosos com sintomas subliminares (prevenção indicada) do que em pacientes sem esses sintomas, mesmo que eles possam ter outros fatores de risco (prevenção seletiva).⁵⁵

Estudos de prevenção indicada em populações deprimidas subclínicamente demonstraram resultados promissores, com uma redução na incidência da depressão de cerca de 25%.⁴⁰ Ensaios clínicos randomizados sobre a prevenção seletiva e a prevenção indicada da depressão com amostras de adultos jovens e de adultos mais velhos mostram que a incidência da depressão pode ser reduzida entre 20 a 25% ao longo de um a dois anos através do uso de intervenções psicoeducacionais destinadas a aumentar os fatores de proteção.⁵⁵

Intervenções preventivas seletivas e estratégias de prevenção indicada, se implementadas nos cuidados de saúde primários e no contexto de especialidades médicas podem reduzir, de uma forma rentável, pela metade a incidência de depressão *major*. No entanto, há ainda um percurso a ser trilhado para demonstrar a sustentabilidade a longo prazo de tais estratégias de prevenção.⁵⁴

Atualmente, por razões éticas e razões de custo-benefício, as medidas preventivas destinadas a reduzir a incidência da depressão visam indivíduos com alto risco *a priori*, através da exposição a múltiplos fatores de risco. Além disso, por razões práticas, as pessoas em risco devem ser facilmente identificáveis nos cuidados de saúde primários.⁵⁸ Assim, os esforços de prevenção são dirigidos às pessoas idosas que apresentam sintomas depressivos, apresentam comprometimento funcional e possuem uma pequena rede social, em particular as mulheres, bem como as pessoas que alcançaram apenas um baixo nível de escolaridade ou que sofrem de doenças crônicas.⁵⁶ Outras associações estatisticamente significativas entre indicadores de risco e incidência de depressão e que, portanto, são interessantes do ponto de vista da prevenção, dizem respeito aos seguintes fatores de risco: antecedentes pessoais de depressão, perda recente do cônjuge, distúrbios do sono e perturbação de ansiedade generalizada.^{56,58} Foi inclusive identificado um grupo em risco muito elevado para o surgimento de depressão, o qual é constituído pelos indivíduos que estiveram sujeitos a uma combinação de riscos, nomeadamente depressão subsindrómica, comprometimento do *status* funcional e antecedentes pessoais de depressão *major* ou *minor*.⁵⁹

São várias as intervenções preventivas que podem ser empregues atualmente. Um exemplo são as intervenções psicoterapêuticas, as quais podem ser preferíveis por questões de segurança, das quais faz parte a PST, a qual tem sido utilizada em estudos de prevenção de depressão com sucesso.⁵⁵ Adicionalmente intervenções que se concentram em lidar com a

incapacidade funcional ou que promovem o aumento da atividade física ou exercício podem ser úteis enquanto medidas preventivas.⁵⁹

Também o ensino de estratégias com vista a melhorar a qualidade do sono, uma vez que este é um conhecido fator de risco para a depressão, pode diminuir a reatividade afetiva e aumentar a flexibilidade cognitiva. Um exemplo é a terapia comportamental breve para a insónia (BBTI), a qual parece particularmente promissora porque foi demonstrado que a sua aplicação melhora a qualidade do sono e reduz os sintomas de depressão e ansiedade.⁵⁵ Estas abordagens têm a vantagem de serem seguras e, à partida, passíveis de serem aplicadas por profissionais no contexto dos cuidados de saúde primários. Para além disso, poderiam ser mais facilmente aceites pelas pessoas idosas do que o uso de medicação antidepressiva antes da depressão *major* ser diagnosticável.⁵⁵ Aliás, observou-se uma redução da incidência da depressão em cerca de 30% através do recurso a intervenções psicoterapêuticas destinadas a pessoas com sintomas depressivos subclínicos.⁵⁸

Recursos psicológicos individuais, como o reforço da auto-estima e do domínio, são recursos importantes para a saúde mental na idade avançada que podem prevenir o aparecimento de problemas de saúde mental, tais como sintomas depressivos.⁵⁷ Outra opção consiste no recurso a instrumentos de auto-ajuda, como biblioterapia, que fornecem instruções sobre como gerir o humor.⁵⁸

O apoio familiar reveste-se de um peso considerável no decurso da depressão geriátrica. Um maior apoio familiar está associado a menor institucionalização e menor mortalidade na depressão no idoso. Assim, a prevenção da depressão geriátrica passa também por um forte apoio familiar.²² Um fator promotor significativo de saúde mental entre idosos é a rede social e o apoio social percebido pelas pessoas idosas, os quais funcionam como que uma espécie de “amortecedores” contra o desenvolvimento de sintomas depressivos em adultos mais velhos, mesmo em face de acontecimentos da vida adversos. Desta forma, o

incremento das interações e da participação em atividades sociais parece diminuir o risco de surgimento da depressão. Outro fator de proteção contra o surgimento da depressão é um estado físico e cognitivo saudável.^{23,57}

Exemplos de programas de prevenção dirigidos a pessoas que perderam os seus cônjuges incluem grupos de auto-ajuda formados por “companheiros de sofrimento”. Estes grupos permitem trocas emocionais e de apoio, fornecem cursos específicos sobre as competências necessárias para lidar com a vida de solteiro e, ainda, programas "viúva-a-viúva", em que as mulheres que perderam o seu cônjuge no passado visitam as mulheres recentemente viúvas no sentido de as apoiar emocionalmente. Estes programas mostraram resultados promissores em termos de adaptação pós-luto e em relação ao funcionamento social, contudo a evidência de eficácia na redução do aparecimento da depressão é limitada.⁵⁸

No âmbito da prevenção secundária há estudos que indicam que os antidepressivos e a psicoterapia, isoladamente ou em combinação, reduzem o risco de recidiva e de recorrência da depressão em doentes idosos.⁹

Coloca-se a hipótese de usar medicamentos antidepressivos na depressão subclínica de forma a prevenir o surgimento de depressão *major*. Sabe-se que a depressão *major* que se desenvolve durante o tratamento com interferão-alfa é um exemplo ilustrativo de uma desordem altamente iatrogénica que ocorre em cerca de 25% a 30% das pessoas dentro de poucos meses após o início do tratamento. Uma lição aprendida neste contexto é que o uso profilático de antidepressivos pode realmente ser útil para a prevenção da depressão.⁵⁴ No entanto apesar de os antidepressivos serem a intervenção mais utilizada para o tratamento dos casos prevalentes de depressão *major*, a sua utilização na depressão subclínica não é geralmente aconselhada, devido a possíveis efeitos adversos, tais como hiponatremia e maior risco de quedas em adultos mais velhos.⁵⁵

Dado o seu baixo custo, o perfil de segurança desejável e aceitabilidade geral, a utilização de nutracêuticos, também pode ser considerada como uma abordagem para prevenir a depressão na idade avançada. Neste contexto, o estudo VITAL-DEP poderá estar prestes a dar um importante contributo nesta área.⁵⁵

Conclusão

O envelhecimento populacional é um problema com tendência a piorar, o que acarreta uma maior preocupação em implementar estratégias que promovam a saúde e o bem-estar deste grupo etário. Neste trabalho discutiu-se a depressão no idoso, por esta ser uma patologia que embora menos prevalente do que no adulto jovem, está associada a consequências adversas no idoso, das quais se destaca a maior mortalidade. Mas também a sua associação a um pior resultado de outras patologias médicas, frequentemente presentes no idoso, sublinha a importância de uma deteção precoce e tratamento adequado da depressão no idoso.

A etiologia da depressão ainda não está completamente esclarecida, mas são já conhecidos vários fatores de risco biológicos e psicossociais para esta patologia na população idosa. Os profissionais de saúde devem estar a par destes fatores de risco, com vista a intervirem atempadamente no desenvolvimento da depressão.

Infelizmente a depressão no idoso é subdiagnosticada, especialmente nos cuidados de saúde primários, apesar de ser neste contexto que os idosos deprimidos são frequentemente tratados. Uma explicação para este problema é a clínica vulgarmente atípica, que muitas vezes consiste mais em sintomas somáticos do que propriamente humor deprimido, mas também a presença de comorbilidades médicas dificulta o diagnóstico. A deteção precoce da depressão no idoso pode ser melhorada se o clínico tiver conhecimento das particularidades das manifestações clínicas da depressão neste grupo etário. O contexto ideal para esta deteção precoce é nos cuidados de saúde primários, porque a maioria da população idosa é seguida regularmente pelos seus médicos assistentes e, portanto, estes podem ter em conta não só a depressão, como as outras patologias crónicas eventualmente presentes.

As escalas de avaliação da depressão são ferramentas que podem auxiliar na deteção de um transtorno depressivo, embora não façam o seu diagnóstico, à exceção do PHQ-9 que pode ser utilizado para esse fim. Das escalas aqui apresentadas, só a EDG foi desenvolvida

especificamente para a população idosa. Esta apresenta uma característica que poderia ser considerada desvantajosa face à clínica da depressão geriátrica, que pode consistir mais em sintomas somáticos do que em sintomas afetivos: não avalia os sintomas somáticos da depressão. Daqui se depreende que esta escala pode subestimar casos de depressão, por isso recomenda-se que o clínico tenha em consideração os sintomas somáticos antes de interpretar um resultado baixo como ausência de depressão.

Consoante os resultados obtidos pelas escalas de avaliação, aplicar-se-á ferramentas de diagnóstico ou não. Não existem critérios de diagnóstico específicos para o idoso, pelo que os critérios de diagnóstico usados são os que constam do DSM-V, comuns às populações mais jovens e mais velhas. Esta classificação contempla sintomas somáticos, mas com a ressalva de que os clínicos devem excluí-los quando estes são claramente atribuíveis a outra patologia médica.

Como já foi referido, a depressão geriátrica é frequentemente tratada nos cuidados de saúde primários. Neste sentido os modelos de cuidados colaborativos, que podem duplicar a eficácia do tratamento habitual da depressão, têm vindo a adquirir uma crescente relevância nos últimos anos. Nestes modelos colaborativos o médico dos cuidados primários é apoiado por um profissional de saúde mental na otimização e monitorização do tratamento.

As intervenções terapêuticas na depressão no idoso não diferem muito das utilizadas nos adultos jovens, contudo há algumas particularidades a salientar como as doses iniciais de antidepressivos mais baixas de forma a minimizar o risco de efeitos secundários. Atualmente, os antidepressivos tricíclicos já não considerados como agentes de primeira linha mas sim os ISRS. Outras opções incluem a ECT, que apresenta altas taxas de resposta e remissão, bem como a psicoterapia, nomeadamente a CBT, que é a que apresenta maior suporte empírico para o tratamento da depressão geriátrica.

Atualmente as medidas preventivas destinadas a reduzir a incidência da depressão visam indivíduos com alto risco *a priori*, através da exposição a múltiplos fatores de risco. Geralmente, estas medidas preventivas passam por intervenções psicoterapêuticas e instrumentos de auto-ajuda. Os estudos sobre a prevenção da depressão após a terapêutica com interferão-alfa vieram demonstrar que o uso profilático de antidepressivos pode realmente ser útil para a prevenção da depressão. Contudo, a sua utilização na depressão subclínica não é atualmente recomendada devido aos seus efeitos secundários. A utilização de nutracêuticos, também pode ser considerada como uma abordagem para prevenir a depressão na idade avançada. Neste contexto, o estudo VITAL-DEP poderá estar prestes a dar um importante contributo nesta área.

A investigação sobre a prevenção da depressão no idoso é uma área relativamente recente, pelo que se aguardam mais estudos sobre esta temática. Compreende-se a sua importância não só à luz dos dados demográficos, mas em face do risco de recorrência da depressão, sendo a prevenção considerada como um meio atrativo de gerar ganhos de saúde e reduzir os custos futuros.

Referências

1. Instituto Nacional de Estatística - Portugal (2012) Censos 2011: Resultados Definitivos: XV recenseamento geral da população: V recenseamento geral da habitação. Instituto Nacional de Estatística – Publicações online.
2. Instituto Nacional de Estatística - Portugal (2009) Projeções de população residente em Portugal 2008-2060. Instituto Nacional de Estatística – Publicações online.
3. Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis* 2008; 5 (1).http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07_0150.htm. [acedido a 5 de Janeiro de 2014].
4. World Federation for Mental Health, Depression: A Global Crisis. http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012_wmhday_english.pdf [acedido a 21 de Dezembro de 2013].
5. Huang, C. *et al.* Chronic diseases and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature. *Ageing Res. Rev.* 9, 131-141 (2010).
6. Almeida, L., Quintão, S. Depressão e Ideação Suicida em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados. *Acta Med. Port.* 25 (6), 350–358 (2012).
7. Fiske, A., Wetherell, J. L. & Gatz, M. Depression in older adults. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 5, 363–389 (2009).
8. Blazer, D. G. & Hybels, C. F. Origins of depression in later life. *Psychol. Med.* 35, 1241–1252 (2005).
9. Alexopoulos, G. S. Depression in the elderly. *Lancet* 365, 1961–1970 (2005).
10. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
11. Blazer, D. G. Depression in late life: Review and commentary. *Focus* VII, 118–136 (2009).

12. Spar, J.E., La Rue, Asenath. Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica. 1ª edição, Lisboa, Climepsi Editores, 2005.
13. Laks, J. & Engelhardt, E. Peculiarities of geriatric psychiatry: a focus on aging and depression. *CNS Neurosci. Ther.* 16, 374–379 (2010).
14. Byrne, G. J. & Pachana, N. A. Anxiety and depression in the elderly: do we know any more? *Curr. Opin. Psychiatry* 23, 504–509 (2010).
15. Stanton, L. & Kohn, R. Depression and the aging brain. *Med. Health. R. I.* 95, 210–211 (2012).
16. Sözeri-Varma, G. Depression in the elderly: clinical features and risk factors. *Aging Dis.* 3, 465-471 (2012).
17. Drago, S., Martins, R. A depressão no idoso. *Millenium* 43, 79-94 (2012).
18. Andreescu, C. & Reynolds, C. F. Late-life depression: evidence-based treatment and promising new directions for research and clinical practice. *Psychiatr. Clin. North Am.* 34, 335–355 (2011).
19. Kotbi, N., Mahgoub, N. & Odom, A. Depression in older adults: How to treat its distinct clinical manifestations. *Curr. Psychiatr.* 9, 39–46 (2010).
20. Tsopelas, C. *et al.* Neuropathological correlates of late-life depression in older people. *Br. J. Psychiatry* 198, 109–114 (2011).
21. Campos Costa, I., Nogueira Carvalho, H. & Fernandes, L. Aging, circadian rhythms and depressive disorders: a review. *Am. J. Neurodegener. Dis.* 2, 228–246 (2013).
22. Park, M. & Unützer, J. Geriatric depression in primary care. *Psychiatr. Clin. North Am.* 34, 469–487 (2011).
23. Glover, J. & Srinivasan, S. Assessment of the person with late-life depression. *Psychiatr. Clin. North Am.* 36, 545–560 (2013).

24. Shahpesandy, H. Different manifestation of depressive disorder in the elderly. *Neuro Endocrinol. Lett.* 26, 691–695 (2005).
25. Kastenschmidt, E. K. & Kennedy, G. J. Depression and Anxiety in Late Life : Diagnostic Insights and Therapeutic Options. *Mt. Sinai J. Med.* 78, 527–545 (2011).
26. Dennis, M., Kadri, A. & Coffey, J. Depression in older people in the general hospital: a systematic review of screening instruments. *Age Ageing* 41, 148–154 (2012).
27. Hegeman, J. M., Kok, R. M., van der Mast, R. C. & Giltay, E. J. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 200, 275–281 (2012).
28. Spoelhof, G. D., Davis, G. L. & Licari, A. Clinical vignettes in geriatric depression. *Am. Fam. Physician* 84, 1149–1154 (2011).
29. Gallagher, D. *et al.* Late life depression: a comparison of risk factors and symptoms according to age of onset in community dwelling older adults. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 25, 981–987 (2010).
30. Paradela, E. Depressão em idosos. *Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto* 10, 31–40 (2011).
31. Wiese, B. S. Geriatric depression :The use of antidepressants in the elderly. *B. C. Med. J.* 53, 341–347 (2011).
32. Wittink, M. N., Givens, J. L., Knott, K. A., Coyne, J. C. & Barg, F. K. Negotiating depression treatment with older adults: Primary care providers’ perspectives. *J Ment Heal.* 20, 429–437 (2011).
33. Maurer, D. M. Screening for depression. *Am. Fam. Physician* 85, 139–144 (2012).
34. Roman, M. W. & Callen, B. L. Screening instruments for older adult depressive disorders: updating the evidence-based toolbox. *Issues Ment. Health Nurs.* 29, 924–941 (2008).

35. Phelan, E. *et al.* A study of the diagnostic accuracy of the PHQ-9 in primary care elderly. *BMC Fam. Pract.* 11, 63 (2010).
36. Marc, L. G., Raue, P. J. & Bruce, M. L. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 16, 914–921 (2008).
37. Yesavage, J. a *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiatr. Res.* 17, 37–49 (1983).
38. Steffens, D. C. A multiplicity of approaches to characterize geriatric depression and its outcomes. *Curr. Opin. Psychiatry* 22, 522–526 (2009).
39. Simões, M. R. Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *RIDEP* 34, 9–33 (2012).
40. van't Veer-Tazelaar, P. J. *et al.* Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch. Gen. Psychiatry* 66, 297–304 (2009).
41. Smarr, K. L. & Keefer, A. L. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Arthritis Care Res.* 63, S454–66 (2011).
42. Raue, P. J. & Sirey, J. A. Designing personalized treatment engagement interventions for depressed older adults. *Psychiatr. Clin. North Am.* 34, 489–500 (2011).
43. Van Schaik, D. *et al.* Interpersonal psychotherapy (IPT) for late-life depression in general practice: uptake and satisfaction by patients, therapists and physicians. *BMC Fam. Pract.* 8, 52 (2007).

44. Serfaty, M. A., Haworth, D. & Buszewicz, M. Clinical Effectiveness of Individual Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Older People in Primary Care. *Arch Gen Psychiatry* 66, 1332–1340 (2009).
45. Alexopoulos, G. S. Pharmacotherapy for late-life depression. *J Clin Psychiatry* 72, e04 (2011).
46. Mukai, Y. & Tampi, R. R. Treatment of depression in the elderly: a review of the recent literature on the efficacy of single versus dual-action antidepressants. *Clin. Ther.* 31, 945–961 (2009).
47. Alexopoulos, G. S. & Kelly, R. E. Research advances in geriatric depression. *World Psychiatry* 8, 140–149 (2009).
48. Hofmann, S. *et al.* The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cogn. Ther Res* 36, 427–440 (2012).
49. Snowden, M., Steinman, L. & Frederick, J. Treating depression in older adults: challenges to implementing the recommendations of an expert panel. *Prev. Chronic Dis.* 5, A26 (2008).
50. Kiosses, D. N., Leon, A. C. & Areán, P. A. Psychosocial interventions for late-life major depression: evidence-based treatments, predictors of treatment outcomes, and moderators of treatment effects. *Psychiatr. Clin. North Am.* 34, 337–401 (2011).
51. Mitchell, A. J. & Izquierdo de Santiago, A. Prognosis of depression in the elderly in comparison with adult age. Is there a significant clinical difference?. *Actas Esp. Psiquiatr.* 37, 289–296 (2009).
52. Licht-Strunk, E. *et al.* The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Fam. Pract.* 24, 168–180 (2007).
53. Licht-Strunk, E. *et al.* Outcome of depression in later life in primary care : longitudinal cohort study with three years ' follow-up. *BMJ* 338, a3079 (2009).

54. Okereke, O. I. *et al.* Depression in Late-Life: A Focus on Prevention. *Focus* XI, 22–31 (2013).
55. Reynolds 3rd, C. F. *et al.* Early Intervention to Reduce the Global Health and Economic Burden of Major Depression in Older Adults. *Annu. Rev. Public Health* 33, 123–135 (2012).
56. Smit, F. *et al.* Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression: an epidemiological approach. *Arch. Gen. Psychiatry* 63, 290–296 (2006).
57. Forsman, A. K., Nordmyr, J. & Wahlbeck, K. Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promot. Int.* 26, 85–107 (2011).
58. Schoevers, R. *et al.* Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin? *Am. J. Psychiatry* 163, 1611–1621 (2006).
59. Lyness, J. M. *et al.* Risks for depression onset in primary care elderly patients: potential targets for preventive interventions. *Am. J. Psychiatry* 166, 1375–1383 (2009).