



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

EUNICE DAS NEVES SALGADO CRISÓSTOMO

***Depressão em Idade Geriátrica:
- Subdiagnóstico em Cuidados de Saúde Primária***

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO
DR. ANTÓNIO VIDAL VIEIRA

ABRIL 2016

Agradecimentos

Dedico este espaço àqueles que deram a sua contribuição para que esta dissertação fosse realizada e a todos eles deixo o meu agradecimento.

Ào Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo, agradeço por se ter disponibilizado para me orientar na construção deste trabalho, por ser atento, esclarecedor nos momentos de dúvida e pela sua exigência tão notável. A sua presença ao longo deste tempo será sem dúvida um pilar essencial ao meu futuro desenvolvimento profissional e pessoal.

Ao Dr. António Vidal Vieira por ter iniciado em mim a curiosidade sobre a importância dos Cuidados de Saúde Primários e que me levou a querer fazer este trabalho. Obrigada pela disponibilidade e pelo seu exemplo de ensino.

Aos médicos, enfermeiros e restante equipa da Unidade de Cuidados de Saúde Primários de Mira, pela total colaboração e cooperação com as necessidades logísticas do projecto, particularmente ao Dr. Carlos Almeida, à Dr. Madalena Santos, ao Dr. Nuno, ao Dr. Hugo Paiva e à Dr. Mariline Ribeiro pela sua presença e apoio ao longo de todo o processo de trabalho em Mira.

Ao Dr. Manuel Campos Coroa, à Eng.^a Lea Velez, ao Dr. Miguel Carvalho e à Professora Doutora Joana Crisóstomo pelo incansável auxílio, esclarecimento e colaboração directa no desenvolvimento deste trabalho. O apoio que me disponibilizaram foi determinante para a realização de todo o trabalho.

Aos meus Pais e ao meu Irmão, sem os quais jamais teria tido a oportunidade de estudar medicina.

Aos restantes familiares e amigos que estiveram sempre do meu lado. O vosso tempo e paciência comigo foi inigualável.

RESUMO

Background: A depressão no idoso, como síndrome depressivo em indivíduos com mais de 65 anos de idade, assume, actualmente, um carácter de premência mundial. Uma vez que os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são a porta de entrada para os cuidados de saúde e que a maioria dos indivíduos com queixas depressivas recorrem em primeira instância aos CSP, torna-se fundamental a criação de métodos auxiliares para correcto diagnóstico e de meios facilitadores de rastreio desta patologia pelos médicos de Medicina Geral e Familiar.

Objectivos: Desenvolver um protocolo adequado à utilização nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal para rastreio de depressão em utentes com mais de 65 anos e testar a aplicabilidade desse mesmo protocolo num projecto-piloto em utentes com mais de 65 anos da UCSP Mira determinando: a prevalência de depressão em idade geriátrica (independente da gravidade) na UCSP Mira, a proporção de utentes com diagnóstico prévio de depressão, determinar as características sociodemográficas, bem como a terapêutica neurofarmacológica e co-morbilidades dos utentes em estudo.

Métodos: Foi desenvolvido um protocolo conciso, de fácil e rápida aplicação nos Cuidados de Saúde Primários para o rastreio precoce de Depressão em indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos. O estudo-piloto realizado foi um estudo observacional e transversal. Após Consentimento informado, foram efectuados 116 inquéritos a utentes com idade igual ou superior a 65 anos da UCSP Mira. Os inquéritos consistiram numa caracterização sociodemográfica dos utentes inquiridos, seguida da aplicação da GDS 30 (Geriatric Depression Scale).

Resultados: A aplicação da GDS-30 na amostra do projecto piloto foi demonstrada e indicou uma prevalência de 48% de perturbações depressivas em contraposição à registada com diagnóstico prévio (13,3%). Foi encontrada uma associação positiva entre a existência de co-

morbilidades e a prevalência de perturbação depressiva assim como uma elevada percentagem de indivíduos sob terapêutica neurofarmacológica na população inquirida.

Conclusões: Os resultados obtidos encontram-se de acordo com as previsões iniciais de subdiagnóstico de depressão geriátrica e provou-se que o protocolo desenvolvido é aplicável. No entanto, as correlações entre as características demográficas e os resultados da GDS 30 não tinham significado estatístico, tornando-se imprescindível o alargamento da base de estudo. Pretende-se que a metodologia desenvolvida seja integrada num plano de medidas alargado de identificação precoce de patologia depressiva com vista à diminuição do subdiagnóstico de depressão em idade geriátrica.

Palavras-chave: Envelhecimento; Depressão; Geriatric Depression Scale; Cuidados de Saúde Primários.

ÍNDICE

Índice de Figuras	v
Índice de Tabelas	vi
Lista de Abreviaturas	vii
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJECTIVOS	6
3. MATERIAIS E MÉTODOS	7
4. RESULTADOS	11
5. DISCUSSÃO	21
5.1 Considerações gerais	21
5.2 Prevalência e subdiagnóstico de depressão	22
5.3 Terapêutica psicofarmacológica	24
5.4 Co-morbilidades médicas	25
6. CONCLUSÃO	26
Bibliografia	28
Anexos	31

Índice de Figuras

Figura 1.1 - Evolução das 10 principais causas de DALY's no Mundo, 1990-2020	2
Figura 1.2 - Carga global das doenças associadas ao Programa Nacional para a Saúde Mental, em YLD, Portugal (2010)	3
Figura 4.1 - Prevalência de depressão ligeira, grave ou ausente (GDS 30), UCSP Mira (2016)	11
Figura 4.2 - Proporção de utentes com e sem diagnóstico prévio de depressão relacionada com a proporção de utentes com ou sem depressão (GDS 30), UCSP Mira (2016)	12
Figura 4.3 - Distribuição de patologia depressiva (GDS 30) em função do género, UCSP Mira (2016)	12
Figura 4.4 - Distribuição de patologia depressiva pela GDS 30 em função de se vive sozinho (A) e do tipo de residência (B), UCSP Mira (2016)	13
Figura 4.5 - Distribuição de patologia depressiva (GDS 30) em função do estado civil (A) e do grau de escolaridade (B), UCSP Mira (2016)	14
Figura 4.6 - Presença de comorbilidades na amostra: Pelo menos uma (A), Mais do que uma (B), Mais do que duas (C), UCSP Mira (2016)	17
Figura 4.7 - Número de utentes por patologia ou conjunto de patologias, UCSP Mira (2016)	17
Figura 4.8 - Percentagem de participantes usaram psicofármacos nos 12 meses anteriores à entrevista: (A) com perturbação depressiva (GDS 30) e (B) sem perturbação depressiva (GDS 30), UCSP Mira (2016)	18
Figura 4.9 - Distribuição do consumo de psicofármacos por classes em participantes: (A) com perturbação depressiva (GDS 30) e (B) sem perturbação depressiva (GDS 30), UCSP Mira (2016)	29

Índice de Tabelas

Tabela 4.1 - Variáveis sociodemográficas da amostra populacional da UCSP Mira (2016)...	10
Tabela 4.2 - Distribuição da presença ou ausência de patologia depressiva (GDS 30) em função da idade em categorias, UCSP Mira (2016)	14
Tabela 4.3 - Correlação das variáveis demográficas com perturbações depressivas (GDS 30), UCSP Mira (2016)	15
Tabela 4.4 - Variáveis estatísticas de correlação das variáveis demográficas com perturbações depressivas (GDS 30), UCSP Mira (2016)	16
Tabela 4.5 - Comparação do consumo de psicofármacos com o diagnóstico prévio de depressão e com o diagnóstico de perturbação depressiva pela GDS 30, UCSP Mira (2016)	20

Lista de Abreviaturas

INE - Instituto Nacional de Estatística

DSM V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - 5.^a edição)

OMS - Organização Mundial de Saúde

DALY's - Disability Adjusted Life Years Lost (anos perdidos de vida saudável)

YLD - Years Lived with Disability (Anos vividos com incapacidade)

GDS 30 - Geriatric Depression Scale (Escala Geriátrica de Depressão de 30 itens)

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EUA - Estados Unidos da América

VPP - Valor Preditivo Positivo

INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, a grande longevidade das populações acarreta com ela a problemática do envelhecimento e as relações deste com a qualidade de vida e com a morte¹. Deste modo, o envelhecimento como fenómeno multifactorial assume-se com um importante impacto mundial².

Na União Europeia, este fenómeno tem consequências previsíveis pela sua tradução na diminuição do número de pessoas em idade activa e no crescendo de pessoas em idade geriátrica no total da população³.

No caso particular de Portugal, de acordo com o INE, a população com mais de 65 anos entre 2001 e 2011 aumentou de 16,4% para 19,1%. Como esperado para a restante União Europeia, ocorre associadamente um fenómeno de duplo envelhecimento com um índice de envelhecimento de 129, isto é, por cada 100 cidadãos com menos de 15 anos existem 129 cidadãos com mais de 65 anos⁴. Em adição a este fenómeno, a esperança média de vida à nascença em Portugal continua a aumentar sendo de 79,20 anos em 2010 em contraposição a 77,69 anos em 2004⁵.

A depressão é uma patologia pertencente ao grupo das perturbações do humor, potencialmente crónica, de apresentação plural e gravidade variável. Caracterizada por episódios renitentes ou recorrentes de humor deprimido, irritado ou ausência de emoções, a depressão afecta significativamente a capacidade funcional do indivíduo pelas alterações somáticas e cognitivas que lhes estão associadas. Segundo o DSM V, esta patologia, em todas as suas classificações de gravidade, inclui-se no conjunto das perturbações depressivas (depressão grave, ligeira e moderada; distímia; perturbação depressiva induzida por substâncias/fármacos e perturbação depressiva devido a outra condição médica) distinguidas essencialmente pela sua data de início, duração ou etiologia presumida⁶.

A sua importância prende-se pela sua elevada prevalência, atingindo 350 milhões de pessoas em todo o mundo⁷. Em Portugal, em 2005, 862301 portugueses sofriam, ou já teriam sofrido de depressão⁸; em 2013 as perturbações psiquiátricas afectavam mais de um quinto da população, e destas, 7,9% correspondiam às perturbações depressivas⁹.

Constituindo actualmente a terceira cauda de doença¹² e sendo responsável por uma morbilidade e custo social crescentes¹⁰, foi estimado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no projecto Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors que, em 2020, os episódios de depressão grave constituirão a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis¹¹ - DALY's (Disability Adjusted Life Years Lost) (Figura 1.1); Estima-se também que passem a ser a primeira a nível mundial em 2030¹².

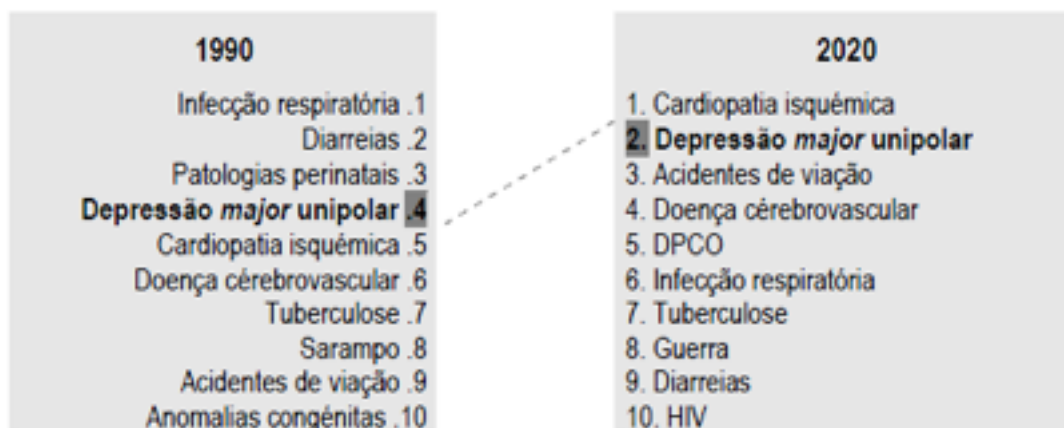
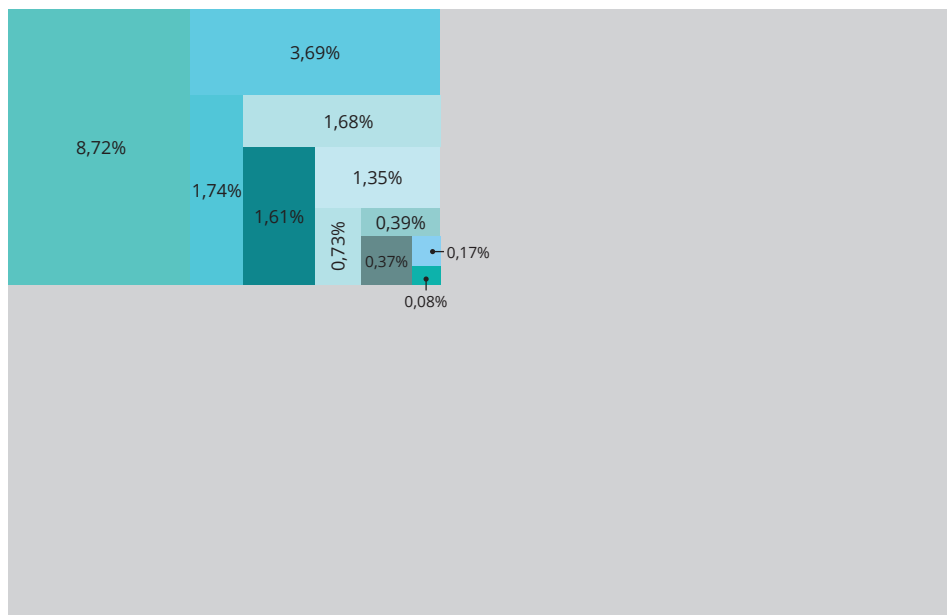


Figura 1.1 - Evolução das 10 principais causas de DALY's no Mundo, 1990-2020

Numa demonstração clara do seu estatuto de doença crónica e da sobrecarga que lhe está inerente, em Portugal as doenças mentais contribuem para 22,55% da carga global nos anos vividos em incapacidade (YLD) e, dentro destas, as perturbações depressivas foram responsáveis por 125.776 anos vividos com incapacidade na população portuguesa em 2010¹³ (Figura 1.2).



Perturbações depressivas
 Perturbações da ansiedade
 Lesões autoprovocadas intensionalmente (suicídio)
 Perturbações pela utilização de substâncias
 Perturbações induzidas pelo álcool
 Esquizofrenia
 Perturbações bipolares
 Perturbação globais do desenvolvimento
 Perturbações do comportamento alimentar
 Perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção
 Outra perturbações mentais e do comportamento
 Deficiência intelectual

Figura 1.2 - Carga global das doenças associadas ao Programa Nacional para a Saúde Mental, em YLD, Portugal (2010)

Apesar da prevalência de depressão grave em idade geriátrica ser inferior à verificada em outras faixas etárias, nomeadamente em relação à encontrada nos adultos jovens, torna-se cada vez mais emergente o seu diagnóstico, não só pela sua correlação com o desenvolvimento de doenças médicas^{14,16}, mas também pela a afecção funcional relativa à patologia depressiva e pelo efeito da mesma no prolongar de tempos de recobro¹⁵.

Dado que a semiologia depressiva no idoso pode ser consideravelmente diferente da encontrada nas restantes faixas etárias¹⁷, foram criados instrumentos específicos para auxiliar no diagnóstico de depressão no idoso. A Escala Geriátrica de Depressão (GDS 30 - Geriatric Depression Scale), traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa em 1988¹⁸, é a única

escala criada para as especificidades da população idosa. No entanto, e apesar de aumentar a confiança ao fazer o diagnóstico¹⁹, os seus resultados apenas sugerem a ausência ou presença de indicadores de suspeita em comparação a populações consideradas normais, não fornecendo diagnósticos definitivos.

A principal estrutura de um sistema de saúde são os Cuidados de Saúde Primários. Estes são responsáveis pela maior parte do volume assistencial e pela resolução de 80 a 85% dos problemas de saúde, através da sua acção em todas as faixas etárias, proximidade à população e integrarem todas as modalidades de intervenção em saúde.²⁰ Nos EUA, 50 a 60% dos utentes com queixas depressivas escolheram os CSP para local de tratamento²¹. No entanto, a depressão, é frequentemente subdiagnosticada e subtratada, nos CSP. Para tal contribuem factores como a patologia em si, os doente, os médicos, as organizações de saúde, a cultura e a sociedade²².

Posto isto, este projecto de investigação propõe desenvolver um processo de apoio ao rastreio precoce de depressão em utentes com mais de 65 anos aplicável nos Cuidados de Saúde Primários, utilizando para isso a GDS 30.

Adicionalmente e através de um projecto-piloto, pretende-se determinar a prevalência da depressão nos utentes com mais de 65 anos de idade, da UCSP Mira, compará-la com a prevalência efectiva da mesma Unidade, caracterizando sociodemograficamente a população e analisando a terapêutica e as co-morbilidades associadas à mesma. Após aplicado o protocolo à população referida pretende-se exemplificar não só a aplicabilidade do projecto como também observar os resultados do estudo como havendo subdiagnóstico ou não desta patologia na população geriátrica.

Os resultados deste estudo poderão ainda ser utilizados para definir os aspectos sociodemográficos, terapêuticos e das comorbilidades a ter mais em conta, na vigilância e

diagnóstico de Depressão na população idosa da Unidade, de forma a minorar o subdiagnóstico na mesma.

OBJECTIVOS

Este projecto visa cumprir dois objectivos principais:

- Desenvolver um protocolo aplicável nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal para diagnóstico precoce de depressão em utentes em idade geriátrica;
- Aplicar o protocolo num projecto-piloto permitindo determinar:
 - o a prevalência da depressão nos utentes com mais de 65 anos da UCSP Mira;
 - o a proporção de utentes com mais de 65 anos com diagnóstico prévio de depressão;
 - o as características sociodemográficas dos doentes com mais de 65 anos com critérios de depressão (GDS 30);
 - o a terapêutica e as co-morbidades mais frequentes nos doentes com mais de 65 anos com critérios de depressão;
 - o a aplicabilidade do projecto desenvolvido.

MATERIAIS E MÉTODOS

Definiram-se padrões de metodologia que, exceptuando a abordagem aos participantes (específica na população em estudo), os restantes materiais e métodos testados - tipo de estudo, participantes, critérios de inclusão, amostragem, instrumento de recolha de dados, processo de recolha de dados e tratamento dos dados - poderão ser aplicáveis como metodologia geral em qualquer UCSP pelo médico assistente.

Tipo de Estudo: De modo a determinar condições de saúde e doenças numa população ou populações num determinado lugar e tempo o estudo pretendeu-se que fosse um Estudo Observacional e Transversal²³;

Participantes: Todos os participantes deste estudo-piloto apresentavam uma idade igual ou superior a 65 anos e foram recrutados na UCSP Mira;

Critérios de Inclusão:

1. Ser utente inscrito na UCSP Mira;
2. Ter idade igual ou superior a 65 anos aquando do início do estudo.

Critérios de Exclusão:

1. Utentes com idade igual ou superior a 65 anos que não aceitaram participar no estudo;
2. Utentes com diagnóstico de demência.

Importa referir a relevância deste último critério de exclusão, não só pela possível incapacidade própria da semiologia da demência mas também, e em particular no idoso, pela sobreposição da sintomatologia.

Amostragem: Os participantes foram abordados na sala de espera da UCSP Mira e convidados a participar no estudo. A amostra para este estudo foi não aleatória, de conveniência.

Tendo em conta uma prevalência esperada de 8 a 16%²⁴, uma precisão absoluta 95%, um erro de 5%, e, antecipando uma taxa de não resposta de 20%, calculou-se uma amostra compreendida entre os 110 a 196 participantes. Esta amostra foi encontrada numa população de 3647 idosos usando a fórmula para cálculo de tamanho da amostra estimada numa população finita²⁵.

Instrumento de recolha de dados: Os dados foram colhidos através de um questionário que após o consentimento informado do participante foi aplicado e preenchido pela investigadora. O questionário incluiu questões sociodemográficas e a escala GDS 30²⁶ (Anexo 1) na forma validada para a população portuguesa.

A GDS 30 é uma escala composta por trinta questões sobre comportamentos e sentimentos, relativas ao momento ou tempo próximo à aplicação da mesma, que requerem respostas dicotómicas de sim ou não. Importa ainda referir que os itens presentes neste instrumento de avaliação não são os critérios de depressão grave do DSM V, mas sim um conjunto de questões que os investigadores e seus criadores definiram como estando mais relacionados com a depressão geriátrica, baseando-se na experiência clínica²⁷. Ao contrário de outras escalas de depressão, a GDS 30, além de apresentar uma especificidade de 95% e sensibilidade de 84%²⁸, não engloba questões que poderão identificar falsos negativos, como por exemplo questões relacionadas com queixas somáticas pelo seu carácter ambíguo. Finalmente, a escolha da GDS com 30 itens e não a de 15 itens prende-se essencialmente com dois motivos: a maior especificidade e sensibilidade da versão com 30 itens, traduzindo-se na maior eficácia

de diagnóstico de depressão ligeira e; a frequência de recurso à mesma, por clínicos e investigadores, como instrumento auxiliar e diagnóstico de depressão²⁹.

Processo de Recolha de Dados: Os participantes do estudo foram abordados presencialmente na unidade de saúde entre 5 de Março de 2016 e 9 de Abril de 2016. Após explicação sumária do estudo e apresentação da investigadora, os utentes foram convidados a participar mediante Consentimento Informado (Anexo 2).

Tratamento dos Dados: Os dados recolhidos foram tratados com recurso ao software SPSS® statistics 19 através de uma análise quantitativa, de forma a estimar a prevalência da Depressão na Amostra, de acordo com a classificação da GDS 30.

Os valores da prevalência da amostra foram comparados com os valores da prevalência registados na unidade, obtidos através da consulta de registos clínicos.

As variáveis quantitativas (variáveis sociodemográficas) foram descritas através das medidas descritivas: média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. As variáveis qualitativas foram descritas com recurso a frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS

Características da amostra: Foram abordadas 152 pessoas. Destas, 34 não aprovaram Consentimento Informado, 1 não se encontrava inscrita na UCSP Mira e 1 tinha diagnóstico prévio de demência, pelo que estes dois resultados foram excluídos.

Obteve-se um total de 116 participantes, isto é, 116 inquéritos válidos. A média de idades dos participantes foi de $74,2 \pm 6,1$ anos (média + desvio padrão) com uma certa preponderância da faixa etária abaixo dos 73 anos (mediana=73). A Tabela 1 apresenta, em síntese, as características sociodemográficas principais de todos os elementos que participaram no estudo.

Tabela 4.1 - Variáveis sociodemográficas da amostra populacional da UCSP Mira (2016)

Género	Estado Civil	Grau de Escolaridade
Masculino: 51,7%	Solteiro(a): 6,9%	Analfabeto(a): 6,0%
Feminino: 48,3%	Junto(a) de Facto: 1,7%	1º Ciclo: 77,6%
	Casado(a): 71,6%	2º Ciclo: 6,0%
	Viúvo(a): 15,5%	3º Ciclo: 3,4%
	Divorciado(a): 4,3%	Ensino Secundário: 2,6%
		Ensino Superior: 4,3%
Tipo de Residência	Vive Sozinho(a)	Diagnóstico de Doença Crónica
Casa Própria: 98,3%	Sim: 26,7%	Sim: 62,9%
Casa de Familiares: 1,7%	Não: 73,3%	Não: 37,1%
Lar de Idosos: 0%		

Prevalência de depressão: A aplicação da escala GDS 30 permitiu observar que 56 dos 116 pacientes foram diagnosticados com alguma forma de depressão (prevalência global de 48,3%) dos quais 37,1% apresentavam critérios para o diagnóstico de perturbação depressiva ligeira e 11,2% dos pacientes apresentavam depressão grave.

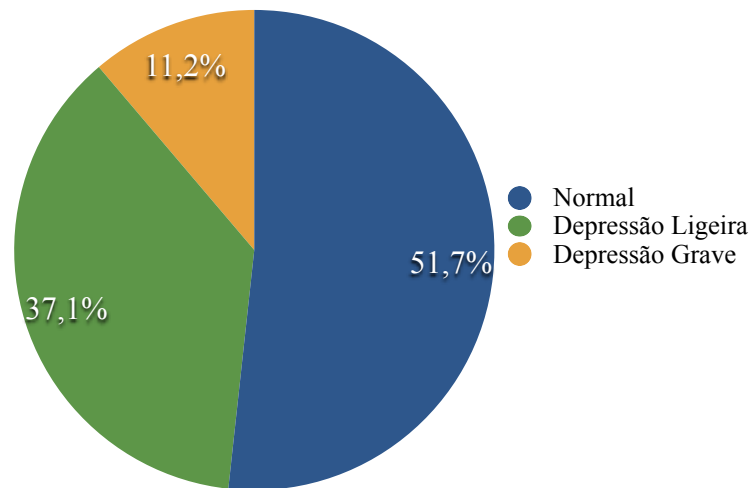


Figura 4.1 - Prevalência de depressão ligeira, grave ou ausente (GDS 30), UCSP Mira (2016)

Apenas 16% dos pacientes estavam diagnosticados previamente com depressão. Deste modo, quando comparados os pacientes com critérios de diagnóstico positivo segundo a DGS 30 e o seu diagnóstico prévio de patologia depressiva (Figura 4.2), 50% dos pacientes previamente diagnosticados com depressão foram considerados normais pela escala GDS 30. Dos 98 pacientes que não tinham diagnóstico prévio de depressão 52% classificados como não depressivos pela escala GDS 30 e 48% corresponderam aos critérios para patologia depressiva pela escala GDS 30.

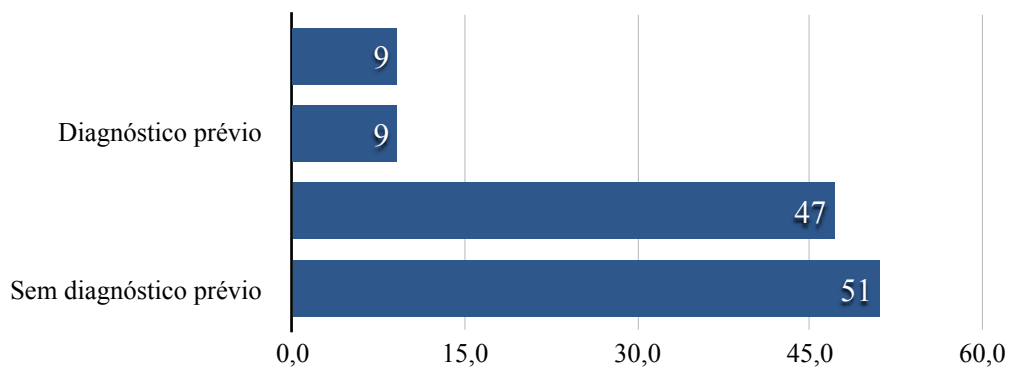


Figura 4.2 - Proporção de utentes com e sem diagnóstico prévio de depressão relacionada com a proporção de utentes com ou sem depressão (GDS 30), UCSP Mira (2016)

Analisando a distribuição das perturbações depressivas em função do género, em número absoluto, existem mais homens com pontuação GDS 30 para perturbações depressivas do que mulheres, 51,8% e 48,2% respectivamente (Figura 4.3). No entanto, não existe relação estatisticamente significativa entre o género e a prevalência de perturbações depressivas de qualquer tipo ($\chi^2, p=0,990$) (Tabela 4.4).

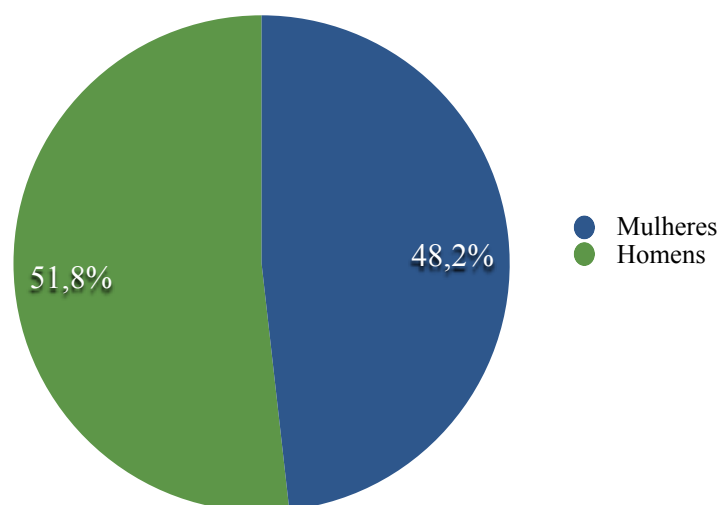


Figura 4.3 - Distribuição de patologia depressiva (GDS 30) em função do género, UCSP Mira (2016)

Perante as variáveis tipo de residência ou se vive sozinho(a), apenas 25,0% dos pacientes com diagnóstico de depressão pela GDS 30 viviam sozinhos e a grande maioria (98,2%) tinha casa própria. Novamente, por não haver significado estatístico (χ^2 , $p=0,685$ e $p=0,961$) (Tabela 4.4) nada leva a concluir que haja relação entre ter casa própria e viver acompanhado como factores influenciadores de patologia depressiva (Figura 4.4).

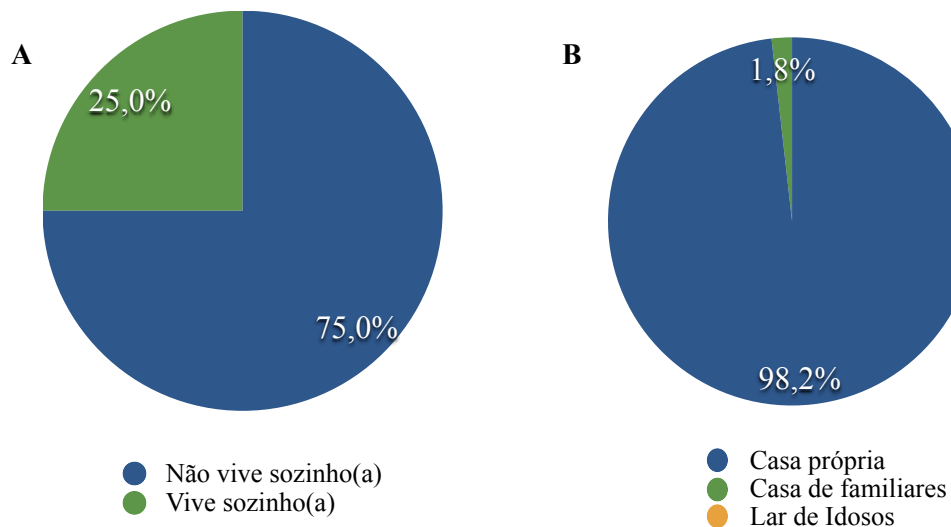


Figura 4.4 - Distribuição de patologia depressiva pela GDS 30 em função de se vive sozinho (A) e do tipo de residência (B), UCSP Mira (2016)

Nas variações dos resultados da GDS 30 detectadas em função da idade regista-se um aumento das pontuações GDS, compatíveis com depressão ligeira e grave, da faixa etária entre os 65 e os 74 anos para a faixa etária seguinte (75-80), com uma diminuição abrupta desta última para os participantes com idade igual ou superior a 85 anos (Tabela 4.2).

Tabela 4.2 - Distribuição da presença ou ausência de patologia depressiva (GDS 30) em função da idade em categorias, UCSP Mira (2016)

Categorias da GDS 30	Idade em Categorias			Total (n)
	65-74	75-84	85-100	
Depressão Ligeira	23	19	1	43
Depressão Grave	5	8	0	13
Total de Perturbações Depressivas	28	27	1	56
Ausência de Perturbações Depressivas	37	18	5	60

Regista-se uma diminuição das pontuações GDS 30 compatíveis com depressão ligeira ou grave, nos utentes solteiros, em união de facto e divorciados (Figura 4.5 - A). Em relação à escolaridade, e com o resultado de correlação mais próximo de se obter significado estatístico (Tabela 4.4), a baixa instrução (< 9 anos) parece estar associada a mais casos de pontuações GDS 30 compatíveis com perturbação depressiva (Figura 4.5 - B).

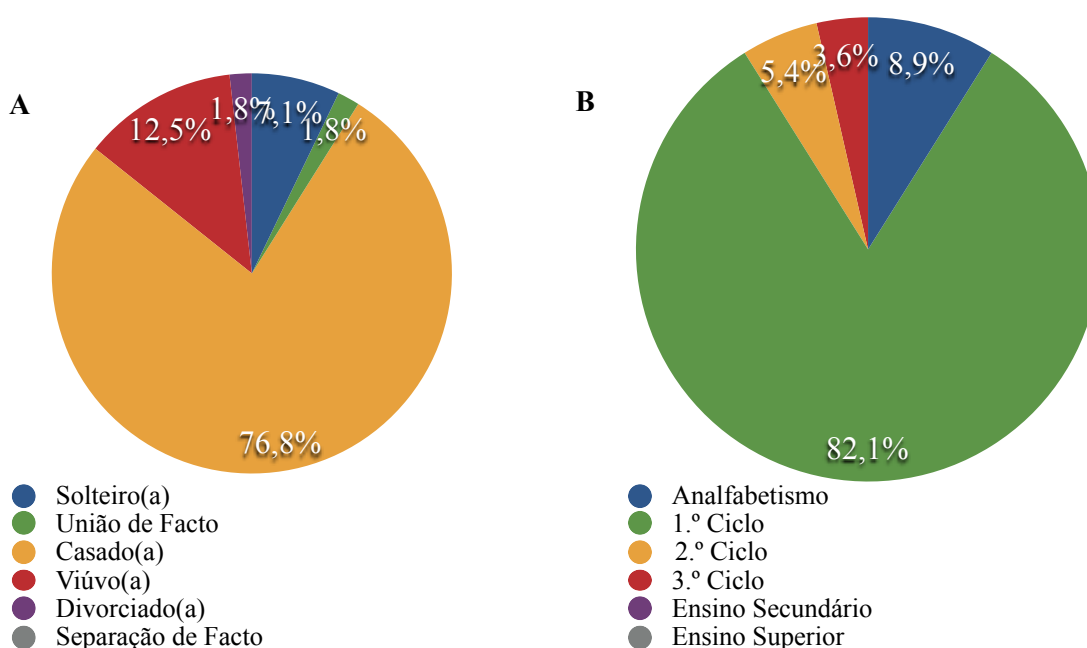


Figura 4.5 - Distribuição de patologia depressiva (GDS 30) em função do estado civil(A) e do grau de escolaridade (B), UCSP Mira (2016)

Na procura de perceber a existência ou não de correlação entre as variáveis demográficas e as pontuações da GDS 30 correspondentes a patologia depressiva, os dados foram agrupados numa tabela de contingência e realizou-se o teste Chi-quadrado com as seguintes variáveis: género, estado civil, grau de escolaridade, tipo de residência e se vive sozinho(a) (Tabela 4.3).

Tabela 4.3 - Correlação das variáveis demográficas com perturbações depressivas (GDS 30), UCSP Mira (2016)

Variável	Categorias	OR
Género	Masculino	1,000
	Feminino	1,005
		0,990
Estado Civil	Solteiro(a)/Viúvo(a)/Divorciado(a)/Separação de Facto	1,000
	Casado(a)/União de Facto	0,589
Grau de Escolaridade	Analfabetismo	0,333
	1º ciclo	0,797
	2º/3º ciclo	1,000
	Ensino Secundário/Ensino Superior	-
Tipo de Residência	Casa própria	1,073
	Casa de familiares	1,000
Vive Sozinho	Não	0,843
	Sim	1,000

Em nenhuma das variáveis em estudo foi encontrada uma relação estatisticamente significativa, sendo que a variável onde se obteve valores de χ^2 e p mais próximos de o conseguir foi o grau de escolaridade (Tabela 4.4).

Tabela 4.4 - Variáveis estatísticas de correlação das variáveis demográficas com perturbações depressivas (GDS 30), UCSP Mira (2016)

Variável	X	DF	p
Sexo	0,000	1	0,990
Estado Civil	1,550	1	0,213
Grau de Escolaridade	9,294	3	0,026
Tipo de Residência	0,002	1	0,961
Vive Sozinho	0,164	1	0,685

Em relação às co-morbilidades, e apesar de apenas 73 em 116 doente ter afirmado ter doença crónica, 94,0% tinham pelo menos uma co-morbilidade associada e 81,0% tinham mais do que duas co-morbilidades (Figura 4.6).

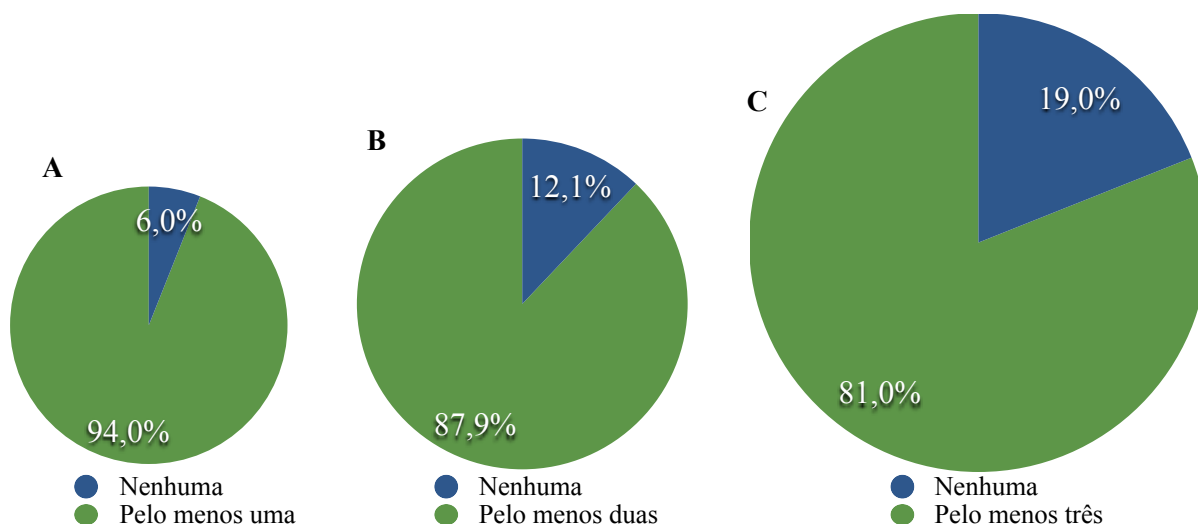


Figura 4.6 - Presentça de comorbilidades na amostra: Pelo menos uma(A), Mais do que uma (B), Mais do que duas (C), UCSP Mira (2016)

Mais pormenorizadamente, dentro das comorbilidades encontradas, a patologia ou grupo de patologias mais frequentes, foram a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus* e a dislipidemia (Figura 4.7). As menos frequentes foram incluídas no grupo de outras patologias, correspondendo aquelas com n menor que 3, onde se incluem a síndrome do canal cárpico, a nefrolitíase, a epilepsia, entre outras.

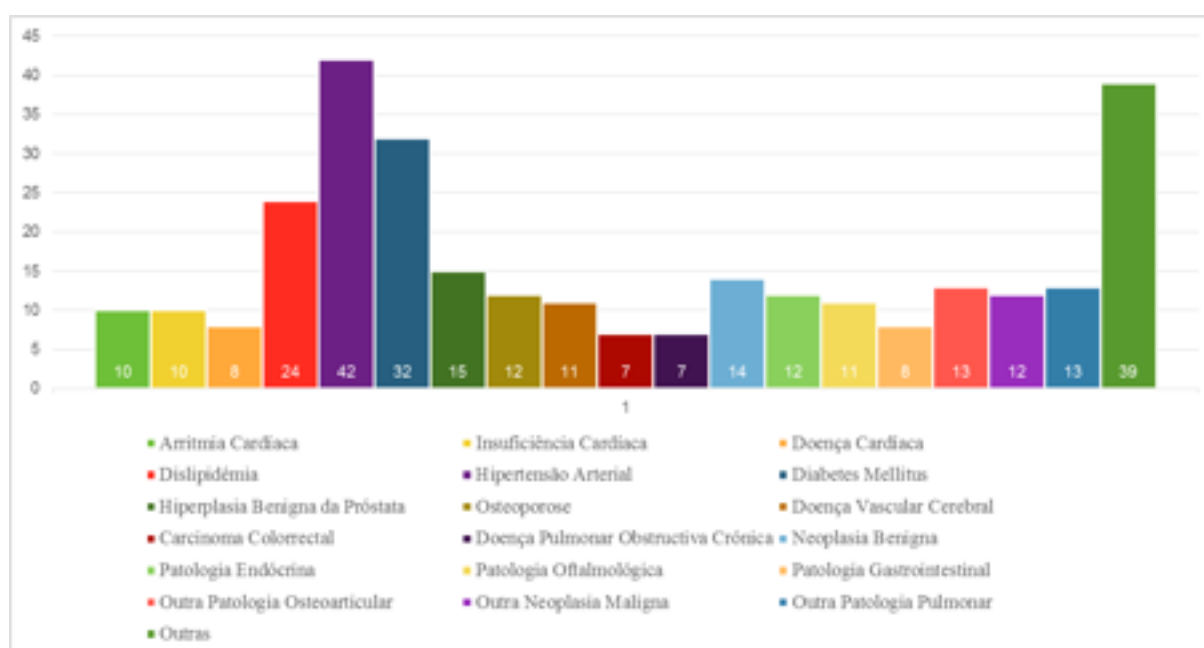


Figura 4.7 - Número de utentes por patologia ou conjunto de patologias, UCSP Mira (2016)

Os dados sobre a terapêutica de farmacológica na amostra tornaram evidente um elevado número de comentes medicados com psicofármacos (40,5%) em que cerca de 51,8% dos pacientes com depressão pela GDS 30 tomavam pelo menos um e cerca de 30,0% dos considerados sem evidência de patologia depressiva também teriam terapêutica psicofarmacológica prescrita nos 12 meses anteriores. (Figura 4.8).

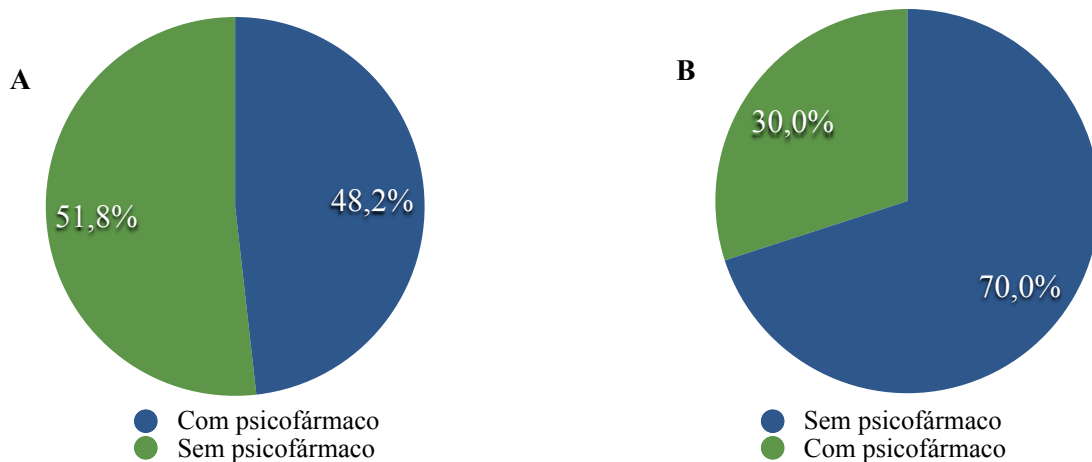


Figura 4.8 - Percentagem de participantes usaram psicofármacos nos 12 meses anteriores à entrevista: (A) com perturbação depressiva (GDS 30) e (B) sem perturbação depressiva (GDS 30), UCSP Mira (2016)

Sendo a classe farmacológica mais utilizada, não foi encontrada diferença significativa no consumo de sedativos-hipnóticos nos participantes com ou sem diagnóstico de depressão pela GDS 30 (31,6% e 31,3%, respectivamente). Há ainda evidência de elevada prevalência no uso de anticonvulsivantes (13,2%) e de antidepressivos (11,8%) nas pessoas com diagnóstico de depressão pela GDS 30 (Figura 4.9 - A) e, de igual modo, nos pacientes sem diagnóstico de depressão (12,5% e 11,6%) (Figura 4.9 - B).

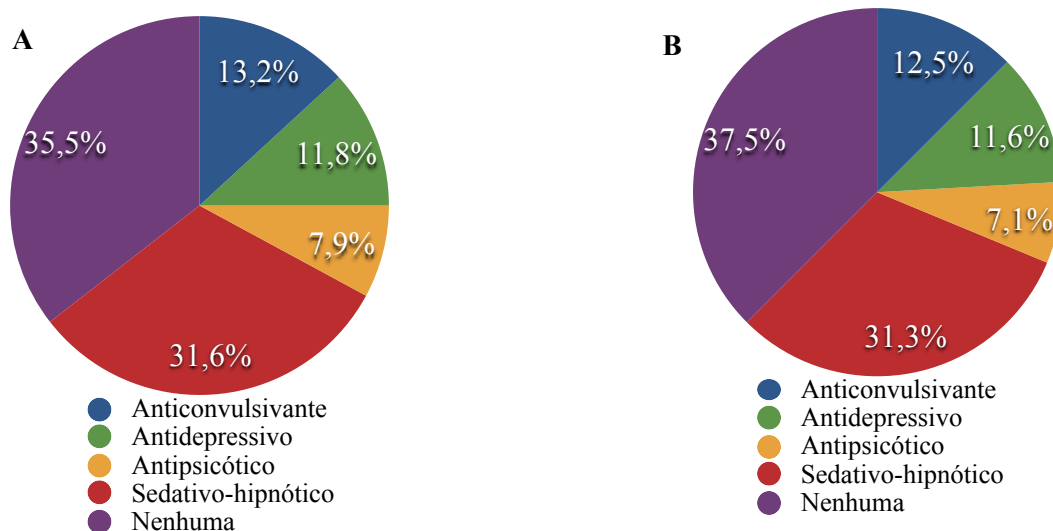


Figura 4.9 - Distribuição do consumo de psicofármacos por classes em participantes: (A) com perturbação depressiva (GDS 30) e (B) sem perturbação depressiva (GDS 30), UCSP Mira (2016)

Finalmente, relacionando o diagnóstico pela GDS 30, o diagnóstico prévio e a terapêutica com psicofármacos, das 98 pessoas sem diagnóstico prévio de depressão, a maioria não tinha qualquer classe prescrita (68,4%). Das que tinham diagnóstico prévio e que tomavam psicofármacos, 50% não foram diagnosticadas com depressão pela GDS 30. Neste último caso, as classes de psicofarmacológicas mais utilizadas foram os anticonvulsivantes e os sedativos-hipnóticos, em contraposição aos restantes 50% (inquiridos com diagnóstico prévio, com tratamento psicofarmacológico mas com diagnóstico de depressão pela GDS 30) onde a classe mais encontrada foi a dos sedativos-hipnóticos (Tabela 4.5)

Tabela 4.5 - Comparação do consumo de psicofármacos com o diagnóstico prévio de depressão e com o diagnóstico de perturbação depressiva pela GDS 30, UCSP Mira (2016)

	Com diagnóstico de depressão prévio	Sem diagnóstico de depressão prévio
População geral (N = 116)	(N = 18)	(N = 98)
Antidepressivos	55,6	4,1
Anticonvulsivantes	22,2	10,2
Antipsicóticos	33,3	2,0
Sedativo-Hipnótico	50,0	23,5
Nenhum	11,1	68,4
Sem diagnóstico de depressão (GDS 30)	(N = 9)	(N = 51)
Antidepressivos	0,4	2,0
Anticonvulsivantes	22,2	3,9
Antipsicóticos	11,1	2,0
Sedativo-Hipnótico	22,2	17,6
Nenhum	22,2	78,4
Com diagnóstico de depressão (GDS 30)	(N = 9)	(N= 47)
Antidepressivos	66,7	6,4
Anticonvulsivantes	22,2	17,0
Antipsicóticos	55,6	2,1
Sedativo-Hipnótico	77,8	29,8
Nenhum	0,0	57,4

DISCUSSÃO

Considerações Gerais

O presente estudo aplicou um protocolo de rastreio de perturbações depressivas em Cuidados de Saúde Primários a uma amostra populacional da UCSP Mira. A amostra utilizada de 116 participantes permite a obtenção de relevância estatística para a população em estudo. Tendo sido inquiridas mais de 150 pessoas e cerca de 30 terem recusado qualquer abordagem, importa perceber algumas das razões para um valor da amostragem próximo do limite inferior necessário. Para além da entrevista ser condicionada pela afluência ao centro de saúde, o tempo de duração realização (em média 7 minutos) estima-se que seja superior ao necessário caso a GDS 30 fosse aplicada durante a consulta, principalmente no que diz respeito às questões sobre as variáveis sociodemográficas (que já se encontram na base de dados).

A amostra utilizada, por ser de conveniência e assim ser formada por elementos reunidos simplesmente por estarem disponíveis no local²³, tem estatisticamente muitas restrições. Ainda assim, são extensivamente utilizadas na área da saúde e constituem muitas vezes a única forma viável de estudar determinado problema. Deste modo, a validação externa e as pretensas inferências extensíveis a toda a população ficam condicionadas (apesar da amostra cumprir os requisitos do cálculo amostral) por não terem sido encontrados valores de correlação com significado estatístico.

Por outro lado, os resultados encontrados têm significado na população de onde a amostra proveio. Assim, a existência de co-morbilidades está positivamente associada a uma maior prevalência de perturbações depressivas. Através da análise directa dos dados, observa-se que

o nível de escolaridade elevado parece diminuir a prevalência de perturbações depressivas, enquanto o aumento em relação à idade parece ocorrer o oposto.

A amostra estudada fazia parte duma população rural e os participantes foram caracterizados como maioritariamente do sexo masculino, casados, com o 1º Ciclo do ensino básico completo, a viver em casa própria, acompanhados e com diagnóstico de doença crónica. Desta forma, em termos sociais e demográficos, os resultados foram compatíveis com o expectável em Portugal segundo os Censos 2011.⁴ O facto de o número de homens inquiridos ter sido superior ao de mulheres, parece ter influenciado a maior prevalência de depressão encontrada neste género. O viés associado a esta correlação contradiz a informação reportada em literatura recente, onde a percentagem de utilização dos serviços devido a perturbações psiquiátricas é muito superior nas mulheres¹³. Se por um lado, esses resultados surgem como contrários à esperada prevalência superior de diagnóstico de depressão no sexo feminino¹³, por outro lado, tornam-se congruentes com a igual prevalência da patologia depressiva no idoso nos diferentes sexos¹⁵.

Prevalência e subdiagnóstico de depressão

Em relação à prevalência de perturbações depressivas de 48,3% obtida através da escala GDS na UCSP Mira, e da sua diferença em relação à literatura, 8-16%²⁴, e à prevalência encontrada nas estatísticas gerais da UCSP, 13,3%, importa identificar alguns dos motivos fundamentais para estes valores diferenciais.

Primeiro, no que diz respeito ao subdiagnóstico, é relevante salientar os vieses de diagnóstico possíveis na UCSP pela não atribuição de códigos utilizados na plataforma informática de um utente já diagnosticado, bem como pela incessante necessidade de actualização dos registos

clínicos do doente e que é maioritariamente influenciada pela utilização dos CSP por parte do utente. O médico, por sua vez, tem tendência a dedicar maior atenção às queixas somáticas e a assumir o humor depressivo e a tristeza como parte natural da idade ou como reactivas à percepção das co-morbilidades presentes¹⁵, que são, como demonstrado neste estudo, uma realidade do idoso. A atribuição das manifestações da patologia depressiva ao processo normal de envelhecimento pela família e, principalmente pelo doente, é também comum³⁰.

Acrescem-se outros factores que impedem uma detecção precoce de Depressão nos CSP (mas não só), incluindo os baixos recursos económicos, a falha no reconhecimento da sintomatologia diferencial no doente idoso e a falta de tempo durante o momento da consulta para uma avaliação pormenorizada³¹.

Provavelmente, o factor mais determinante no subdiagnóstico na depressão em idade geriátrica relaciona-se com a sua apresentação clínica muito diferente da do jovem, sendo menos comum a associação a sentimentos de falhanço, medo ou tristeza e mais associado à perda de apetite e à perda de interesse sexual. Do mesmo modo, a mesma doença pode manifestar-se por queixas somáticas, como dores, cansaço ou fraqueza, bem como em perturbações de irritabilidade ou isolamento¹⁵.

Em Portugal, no entanto, o número de utentes registados nos CSP com perturbações mentais tem vindo a aumentar, quer pelo aumento e melhoria da acessibilidade aos serviços não-especializados, quer pelo maior reconhecimento da necessidade de ajuda relacionada com as Perturbações Depressivas. Dentro das patologias psiquiátricas registados nos CSP, as perturbações depressivas são as mais frequentes, atingindo o maior número na Região Centro, região à qual pertence a UCSP onde o estudo-piloto foi desenvolvido¹³.

De outra forma, a prevalência de Perturbações Depressivas obtida através da escala GDS 30 poderá estar condicionada por três indicadores fundamentais e que podem levar à ocorrência de falsos positivos: os que advém directamente da própria GDS 30 (VPP de 50%)²⁶, os causados pela possível interferência de patologia demencial não diagnosticada nos participantes em estudo e, finalmente, os referentes à ansiedade e revolta geradas pelo actual contexto socioeconómico e geopolítico levando a uma inflação das respostas.

No entanto, na perspectiva de um teste de rastreio, é conhecida a maior importância de um reduzido número de falsos negativos que um número aumentado de falsos positivos, motivo pelo qual se utiliza a GDS 30. Após demonstrada a sua aplicabilidade, os seus resultados deverão ser interpretados como bons elementos de inferência diagnóstica, nunca alheados do seguimento numa consulta por especialista em Psiquiatria e de uma colheita de história clínica e exame físicos cuidados.

Uma vez que a idade é o principal factor de risco em quase todas as demências, que actualmente existe uma alta prevalência de demência e um crescimento previsível da mesma (35.6 milhões de pessoas com demência em 2010, sendo que os números duplicarão de 20 em 20 anos, para 65.7 milhões em 2030 e 115.4 milhões em 2050)³² e que há sobreposição de sintomatologia com a depressão (como problemas de concentração, dificuldade em realizar decisões e pensamento confuso), é provavelmente um importante critério de viés³³.

Terapêutica psicofarmacológica

Dos participantes sem diagnóstico prévio de depressão, a maioria não tinha psicofármacos como medicação habitual, no entanto, a classe farmacológica mais frequentemente encontrada, mesmo nos participantes com diagnóstico prévio de depressão, foi a dos

sedativos-hipnóticos, seguida dos anticonvulsivantes e só depois dos antidepressivos. Apesar de alguns dos fármacos encontrados possuírem um efeito variável consoante a dose e de ser reconhecida a sub-representação da população idosa em estudos de investigação com antidepressivos³⁴, esta classe de psicofármacos, em conjunto com a psicoterapia é considerada como parte do tratamento essencial da patologia depressiva.³⁵ Este é, portanto, um tema em discussão actual e que, provavelmente, requererá uma constante formação dos clínicos nas unidades de CSP, no sentido de evitar erros de prescrição, quer abusiva ou subterapêutica.

Co-morbilidades médicas

A prevalência de co-morbilidades foi muito elevada nos utentes inquiridos: co-morbilidade única (94,0%) e de pelo menos 3 co-morbilidades (81,0%). A relevância destes resultados resume-se ao importante ciclo de causa-efeito entre as co-morbilidades e as perturbações depressivas no doente idoso. Isto é, por um lado a incapacidade funcional e a sintomatologia associada à depressão exacerbam o prognóstico da patologia médica associada³⁶ e, por outro lado, a elevada prevalência de co-morbilidades médicas significativas piora consideravelmente o prognóstico da depressão³⁷, para além de aumentar a susceptibilidade causada pela medicação múltipla e pelas interacções medicamentosas. Há ainda que referir a conhecida predisposição ou precipitação de incapacidade cognitiva quando há associação a patologia cérebro-vascular, onde idosos sem patologia depressiva sem estigmas vasculares apresentam menor défice cognitivo quando comparados a idosos com depressão vascular¹⁴.

Deste modo, entende-se a necessidade de adopção quer de medidas que incluam a diminuição de factores de risco cardiovascular (controlo da HTA, por exemplo), quer medidas que proporcionem redução dos sintomas de Depressão, tais como técnicas de relaxamento, nutrição, reestruturação cognitiva e exercício ou físico^{14, 38 e 4}

CONCLUSÃO

As diferentes manifestações da depressão no idoso, a atribuição das mesmas a processos naturais da idade avançada e a dificuldade do seu diagnóstico diferencial, entre outros factores, determinam o frequente subdiagnóstico da depressão na população geriátrica³⁰. O diagnóstico de patologia depressiva deve, por isso, ser assente numa avaliação exaustiva da história clínica e exame físico do doente. Apesar de não serem amplamente utilizadas na prática clínica, as ferramentas de avaliação psicométrica revelam-se úteis como auxiliares na identificação precoce de pacientes com depressão, como demonstrado neste estudo. A GDS 30 destaca-se por ter sido criada especificamente para população geriátrica²⁶.

Os Cuidados de Saúde Primários são essenciais para uma abordagem precoce, não só como oportunidade de primeira linha que representam pela sua acessibilidade e no ponto de vista do tratamento das perturbações mais comuns, como também pela grande percentagem da sua utilização por parte dos utentes com queixas emocionais ou psiquiátricas³⁹.

O Estudo-piloto desenvolvido demonstrou a aplicabilidade de um protocolo criado para o auxílio no diagnóstico precoce da Depressão em participantes com idade igual ou superior a 65 anos, tendo sido encontrada uma prevalência de depressão ligeira a moderada e de depressão grave muito superior à encontrada na literatura e àquela registada na UCSP, de acordo com as previsões iniciais de subdiagnóstico de depressão em idade geriátrica.

Foram encontradas relações entre as características demográficas estudadas e a expressão da depressão pela GDS 30 sem, no entanto, poderem ser determinados efeitos significativamente correlacionáveis.

A problemática da prescrição psicofarmacológica, principalmente nos Cuidados de Saúde Primários, requer especial atenção por três motivos essenciais: o primeiro, referente ao subdiagnóstico e ao conseqüente subtratamento com antidepressivos, que constituem actualmente o tratamento primário da depressão moderada e severa em idosos³⁵; o segundo, pela menor resposta aos antidepressivos ou seja, pela necessidade de mais tempo para responder ao tratamento farmacológico⁴⁰ e o terceiro, a possível iatrogenia/efeitos adversos da medicação.

O reconhecido aumento da prevalência de depressão no idoso, com o desenvolvimento de doenças médicas e o simultâneo impacto de múltiplas patologias e da múltipla terapêutica farmacológica do idoso no agravamento do prognóstico da depressão, tornam esta relação num importante e relevante foco de estudo futuro.

Finalmente, o presente projecto de investigação foi desenvolvido no intuito de se tornar parte integrante num plano de medidas que permitam a identificação precoce de patologia depressiva. Será necessário ainda implementar, paralelamente, um programa de formações específicas dos médicos nos CSP, tendo em vista a sensibilização, tanto para os pequenos sinais e sintomas iniciais no idoso, como para as terapêuticas mais eficazes, assim como uma melhor articulação com a referenciação hospitalar dos utentes que demonstrarem critérios diagnósticos de depressão.

Bibliografia

1. Ermida J G. (2014). Geriatria e Gerontologia: esboço histórico. In, M. T. Veríssimo (Coords.) Geriatria Fundamental. Lidel. ISBN: 978-989-752-056-3.
2. Ferreira A. (2014). Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In, M. T. Veríssimo (Coords.) Geriatria Fundamental. Lidel. ISBN: 978-989-752-056-3.
3. European Commission. European social statistics - 2013 edition. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013: 242. ISBN 978-92-79-27034-5.
4. INE (Instituto Nacional de Estatística) (2011a). Censos 2011. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
5. INE (Instituto Nacional de Estatística) (2011b, de 29 de Dezembro). Indicadores Sociais 2010. In Destaque. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
6. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013. xlv, p. 947.
7. World Federation for Mental Health., Depression: A Global Crisis, World Mental Health Day.: World Federation for Mental Health, 2012.
8. INSA e INE. Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006 [Internet]. Instituto Nacional de Estatística IP, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge IP, editors. Instituto Nacional de Estatística, IP; 2009 [cited 2012 Nov 13]. Available from: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf.
9. Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Vol. 1). Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.
10. Wang PS, Simon G, Kessler RC. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. International Journal of Methods in Psychiatric Research [Internet]. 2003;12(1):22–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12830307>.
11. Mathers C, Fat DM, Boerma GT, World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. 2008 p. 146.
12. Gusmão, R.M., Xavier, M., Heitor, M.J., Bento, A. & Caldas de Almeida J.M. (2005). O Peso das Perturbações depressivas: aspetos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. Ata Médica Portuguesa. (18): 129-46.
13. Direcção-Geral da Saúde (2014). PORTUGAL - Saúde Mental em Números 2014. Lisboa.

14. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *The Lancet* [Internet]. 4AD Jun 10;365(9475):1961–70. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605666652>).
15. Ellison JM, Kyomen HH, Harper DG. Depression in later life: an overview with treatment recommendations. *The Psychiatric clinics of North America*. 2012;35(1):203-29.
16. Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis*. 2008 Jan;5(1):A22.
17. Clara J G. (2014). Para que serve a Geriatria?. In, M. T. Veríssimo (Coords.) *Geriatria Fundamental*. Lidel. ISBN: 978-989-752-056-3.
18. Veríssimo MT. *Avaliação Diagnóstica dos Síndromes Demenciais - Escala da Depressão Geriátrica*. Porto: Universidade do Porto; 1988.
19. Farrell C. Poststroke depression in elderly patients. *Dimens Crit Care Nurs*. 2004 Nov-Dec;23(6):264- 9.
20. Ramos V. (2012). *Os Cuidados de Saúde Primários nas Unidades Locais*. Ministério da Saúde - Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Available from: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/6-ulsecsp_2012.09.30.pdf).
21. Gusmão R. Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento [Internet]. Universidade Nova; 2005 [cited 2012 Nov 13]. Available from: <http://baes.ua.pt/handle/10849/195>).
22. Rajji TK, Mulsant BH, Lotrich FE, Lokker C, Reynolds CF. Use of antidepressants in late-life depression. *Drugs & aging* [Internet]. 2008 Jan;25(10):841–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22244025>).
23. Porta M, Greenland S, Last J. *A dictionary of Epidemiology*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2008.
24. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* [Internet]. 2003 Mar;58(3):249–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12634292>).
25. Available from: <http://sampsizem.sourceforge.net/iface/index.htm>).
26. Yesavage, J A.; Brink, T.L.; Rose, T.L.; Lum, O.; Huang, V.; Adey, M. . L. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49.
27. Farrell C. Poststroke depression in elderly patients. *Dimens Crit Care Nurs*. 2004 Nov-Dec;23(6):264- 9.); (Roman MW, Callen BL. Screening instruments for older adult depressive disorders: updating the evidence-based toolbox. *Issues Ment Health Nurs*. 2008 Sep;29(9):924-41.
28. Roman MW, Callen BL. Screening instruments for older adult depressive disorders: updating the evidence-based toolbox. *Issues Ment Health Nurs*. 2008 Sep;29(9):924-41.

29. Edwards M. Assessing for depression and mood disturbance in later life. *Br J Community Nurs.* 2004 Nov;9(11):492-4.
30. Veríssimo MT. Avaliação multidimensional do idoso. In: Firmino H, editor. *Psicogeriatría. Coimbra: Psiquiatria Clínica; 2006.*
31. Iliffe S, Robinson L, Brayne C, Goodman C, Rait G, Manthorpe J, et al. Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure. *International journal of geriatric psychiatry.* 2009;24(9):895-901.
32. World Alzheimer Report 2009 Alzheimer's Disease International, 2009.
33. Thorpe L. Depression vs. Dementia: How Do We Assess? *The Canadian Review of Alzheimer's Disease and Other Dementias.* 2009(September):17-21.
34. Giron MS, Fastbom J, Winblad B. Clinical trials of potential antidepressants: to what extent are the elderly represented: a review. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005 Mar;20(3): 201-17.),
35. Beyer JL. Managing depression in geriatric populations. *Ann Clin Psychiatry.* 2007 Oct-Dec;19(4):221-38.
36. Robinson, RG. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biol Psychiatry.* 2003;54:376.
37. Hybels C, Blazer D, Steffens D. (2005) Predictors of partial remission in older patients treated for major depression: the role of comorbid dysthymia. *Am J Geriatr Psychiatry;* 13:713-721
38. Martins R A. (2014). *Actividade física e envelhecimento.* In, M. T. Veríssimo (Coords.) *Geriatría Fundamental.* Lidel. ISBN: 978-989-752-056-3.
39. European Commission (2010). Eurobarometers. Mental Health. Eurobarometer 73.2. Special Eurobarometer 345. Acedido em julho de 2013. Disponível em http://ec.europa.eu/health/mental_health/eurobarometers/
40. Walsh BT, Sysko R. Placebo control groups in trials of major depressive disorder among older patients. *J Clin Psychopharmacol.* 2005 Aug;25(4 Suppl 1):S29-33.)

Anexos

Anexo 1 - Escala de Depressão Geriátrica (GDS 30)

Geriatric Depression Scale (GDS)

Yesavage e tal (1983) "Development and validation of geriatric depression scale" J. Psychiatric Res. 17:37-49

1.* Está satisfeito(a) com a sua vida?	S	N
2.* Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	S	N
3.* Sente a sua vida vazia?	S	N
4.* Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5. Tem esperança no futuro?	S	N
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	S	N
7.* Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	S	N
8.* Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
9.* Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
10.*Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	S	N
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?	S	N
12.*Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	S	N
14.* Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	S	N
15.*Pensa que é bom estar vivo(a)?	S	N
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	S	N
17.*Sente-se inútil?	S	N
18. Preocupa-se muito com o passado?	S	N
19. Acha a vida interessante?	S	N
20. É difícil para si começar novas actividades?	S	N
21. *Sente-se cheio(a) de energia?	S	N
22. *Sente que a sua situação é desesperada?	S	N
23. *Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor que a sua?	S	N
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	S	N
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	S	N
26. Tem dificuldade em se concentrar?	S	N
27. Gosta de se levantar de manhã?	S	N
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	S	N
29. Tem facilidade em tomar decisões?	S	N
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	S	N

Pontuação da GDS de 30 itens:

1 ponto para as respostas **Sim** nas questões: 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28

1 ponto para as respostas **Não** nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30

0-10 = ausência de depressão

11-20 = depressão ligeira

21-30 = depressão grave

Anexo 2 - Consentimento Informado

Código

Número do consentimento informado | _ | | _ | | _ | | _ |

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

O estudo “*Depressão em Idade Geriátrica e o sub-diagnóstico em Cuidados de Saúde Primários*” tem como objectivo estimar a prevalência de depressão em utentes da UCSP Mira com idade igual ou superior a 65 anos e compará-la com a identificada pelos médicos de família desta unidade.

Trata-se de um estudo observacional, realizado por uma estudante do 6º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, no âmbito do Trabalho Final de Estágio Programado e Orientado na área curricular de Geriatria do Mestrado Integrado em Medicina. Está a ser convidado a participar neste estudo por ter idade igual ou superior a 65 anos e estar inscrito na UCSP Mira. No total serão entrevistados pelo menos 110 utentes.

Se concordar participar, ser-lhe-á pedido pelos investigadores que responda a um questionário que demorará 10 minutos a preencher.

Se concordar participar é livre de desistir em qualquer altura, sem que para isso necessite dar qualquer justificação. A decisão de desistir do estudo ou a decisão de não participar, não irão afectar a prestação de cuidados de saúde que habitualmente recebe.

Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, serão utilizados apenas para fins estatísticos, no âmbito do estudo referido anteriormente. De forma a garantir a confidencialidade e anonimato este consentimento informado será separado do questionário original e arquivado em envelope selado.

Agradeço, desde já, a sua colaboração.

Pela investigadora:

Assinatura: _____ Data: |_|/|_|/|_|_|_|

Declaro ter lido, ou ter sido lido, e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela(s) pessoa(s) que acima assina(m). Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para a investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo(a) investigador(a).

Nome: _____

Médico de Família: _____

Assinatura: _____ Data: |_|/|_|/|_|_|_|

Anexo 3 - Normas para a elaboração do 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, Coimbra 2012

5. Projeto de Investigação

O projeto de Investigação deve ser elaborado em estrito acordo com as normas de candidatura a uma entidade financiadora credenciada, identificada pelo proponente e seu orientador. Estas normas devem constituir anexo à Tese.

5.1. Página de Título

- Título
- Nome completo dos autores
- Afiliação
- Endereço de correio eletrónico

5.2. Formato/secções do texto

- Respeite as instruções da entidade financiadora que elegeu como referência.

5.3. Título

- O objetivo do título é descrever o conteúdo do artigo, com o mínimo de palavras possível
- O título é um elemento chave para publicitar o conteúdo
- Poderá ser útil só escolher o título quando o trabalho estiver praticamente concluído
- Preciso – deve conter palavras-chave que descrevam o trabalho
- Conciso
- Informativo
- Evite títulos com mais de 10 palavras
- Não use abreviaturas e acrónimos
- Não use sublinhado ou itálico
- Não use fórmulas químicas
- Não use nomes comerciais
- Por convenção tipográfica, omite-se o ponto final

5.4. Resumo/Abstract

- Não é uma introdução ao projeto, mas sim um sumário sucinto da sua totalidade

- É uma das partes mais importantes do projeto, e em muitos casos será a única parte que será lida, juntamente com o título. Quase sempre será com base nele que o leitor decidirá se lê ou não o texto todo.

- Algumas sugestões
 - Declare os objetivos principais – o que pretende fazer e porquê
 - Descreva os métodos de forma breve – como o pretende fazer
 - Que resultados espera
 - Use a voz ativa
 - Escreva no futuro – refere-se a trabalho que se propõe fazer
 - Use preferencialmente frases curtas
 - Escreva para se expressar, não para impressionar
- Na sua estrutura, respeite estritamente as instruções da entidade financiadora que elegeu como referência.

5.5. Palavras-chave/Keywords

- Inclua palavras-chave que identifiquem o conteúdo do artigo
- Use 5 a 10
- Use preferencialmente o Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine EUA <http://www.nlm.nih.gov/mesh>
- Coloque-as depois do Resumo/Abstract

5.6. Restantes secções

Respeite estritamente as instruções da entidade financiadora que elegeu como referência

5.7. Referências bibliográficas

Respeite estritamente as instruções da entidade financiadora que elegeu como referência

5.8. Orçamento previsto para execução do projeto

Respeite estritamente as instruções da entidade financiadora que elegeu como referência. O critério na solicitação de financiamento e sobretudo a sua fundamentação são critérios essenciais na apreciação de um projeto científico. Todos os custos devem ser justificados, dentro do máximo de financiamento disponibilizável pela entidade em causa para o tipo de projeto em causa e suficientes para executar adequadamente as tarefas elencadas.