

A Depressão no Idoso nos Cuidados de Saúde Primários

Joana Pacheco Carreiro

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Endereço para correspondência:

E-mail: joana.pa.car@gmail.com

Índice

RESUMO	3
ABSTRACT	5
Introdução.....	7
Fisiopatologia	9
Classificação.....	9
Fatores de risco.....	13
Depressão e disfunção cognitiva	16
Diagnóstico.....	17
Terapêutica	24
Farmacoterapia	25
Terapia psicológica.....	30
Terapia electroconvulsiva.....	30
Monitorização.....	31
Prognóstico.....	31
Prevenção e Envelhecimento Ativo	32
Conclusão	33
Referências	34
Anexo 1 – GDS-15.....	40
Anexo 2 - PHQ-9	41
Anexo 3 – HAM-D	42
Anexo 4 – MADRS	44
Anexo 5 – CES-D	48
Anexo 6 – CSDD	49

RESUMO

Introdução: A depressão é a doença psiquiátrica mais prevalente no idoso e tem um impacto socioeconómico considerável. O médico de família tem a oportunidade de desempenhar um papel fulcral tanto no diagnóstico e tratamento do síndrome depressivo no idoso, como na sua prevenção, contudo, muitas vezes, a depressão nessa faixa etária é subdiagnosticada e subtratada.

Objetivo e Métodos: O objetivo deste artigo é apresentar uma revisão teórica sobre a depressão no idoso, sob a perspetiva da medicina geral e familiar. Neste sentido foi feita uma pesquisa na MEDLINE, com a interface da PubMed, com os termos depressão, idoso, cuidados de saúde primários, tendo obtido artigos de 2000 a 2012. Foi realizada uma seleção baseada no contributo para o conhecimento atual sobre o assunto e na data de publicação, dando-se preferência a artigos publicados nos últimos 5 anos, tendo sido, contudo, necessário recorrer a alguns artigos publicados anteriormente.

Resultados: Identificaram-se numerosos fatores de risco para a depressão no idoso que podem ser divididos em biológicos, sociais e espirituais. O diagnóstico de depressão nessa faixa etária pode ser dificultado devido aos sintomas atípicos muitas vezes apresentados, nomeadamente sintomas somáticos. Foram identificadas várias escalas para a deteção de depressão que podem auxiliar no diagnóstico. O diagnóstico, o tratamento e o seguimento de grande maioria do espectro de depressão nessa faixa etária pode ser feito pelo médico de família, sendo a prevenção um aspeto crucial na intervenção dos cuidados primários de saúde.

Conclusão: O médico de família encontra-se numa posição privilegiada em termos de inserção na comunidade para promover a prevenção da depressão no idoso, bem como para diagnosticar e tratar esta situação. Verifica-se a necessidade de estudos em Portugal sobre esta patologia, de modo a que se tenha uma perceção da realidade portuguesa. É também

importante que se valide algumas das escalas de deteção de depressão no idoso existentes, bem como elaborar normas para o diagnóstico, tratamento e prevenção da depressão nessa faixa etária.

Palavras-Chave: depressão, idoso, cuidados primários de saúde, médico de família

Abreviaturas: CID-10- classificação internacional de doenças, DSM-IV – manual de diagnóstico e estatística de perturbações mentais, DGS – direção geral de saúde, INE – instituto nacional de estatística; AVC – acidente vascular cerebral, GDS – escala geriátrica de depressão; ADT – antidepressivos tricíclicos; SSRI – inibidores seletivos da recaptção da serotonina; NSRI – inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina; ECT – terapia electroconvulsiva.

ABSTRACT

Introduction: Depression is the psychiatric pathology more prevalent in the elderly and has a socioeconomic impact to be considered. The family physician has the opportunity to have a central role in the diagnosis and treatment of the depressive syndrome as well as in its prevention, however, depression in the elderly is underdiagnosed and undertreated.

Objectives and Methods: The main goal of this article is to present a theoretic review about depression in the elderly, under the perspective of the primary care. To achieve this goal, a research in Medline was made, using the PubMed interface, with the terms depression, elderly and primary care, resulting in articles published between 2000 and 2012. The selection was made based on the their contribution for the knowledge about this theme and on their publication date, given preference to articles published in the last five years although it was sometimes necessary the use of older articles.

Results: A large number of risk factors for depression in the elderly was identified and they can be divided in biological, social and spiritual risk factors. The diagnosis of depression in the elderly can be difficult because of the atypical symptoms presents, namely the somatic symptoms. Several screening scales that can aid the diagnosis of depression were identified. The diagnosis, treatment and follow-up of most of the depressive spectrum can be made by the family doctor, and prevention is a crucial aspect in the intervention of the primary care physician.

Conclusion: The primary care physician is in a privileged position in the community to promote the prevention of depression in the elderly, as well to diagnose and treat this situation. There is a need of further studies in Portugal about this disease so that we can have a perception of the Portuguese reality in this matter. It is also important that some of the

screening scales are validated to be used in Portugal, as is the elaboration of diagnostic, treatment and prevention guidelines for depression for this particular age.

Key-words: depression, elderly, old age, primary care, family doctor.

Introdução

A depressão no idoso é a doença psiquiátrica mais comum nos utentes com mais que 65 anos e representa um grave problema de Saúde Pública, tanto pela sua prevalência e pelos custos associados ao excesso de utilização dos cuidados de saúde primários concomitante, mas também como fator de co-morbilidade.(1–4)

O número de idosos tem vindo a aumentar na sociedade portuguesa e nos países ocidentais, sendo que, de acordo com o instituto INE, estima-se que a população idosa represente 19,7% da população residente em Portugal e que o seu índice de dependência seja de 19,6%. (2,5)

A depressão pode ser definida como uma experiência emocionalmente dolorosa caracterizada por perda de interesse ou prazer nas atividades diárias suficientemente grave para afetar a função.(6) Contudo, a definição de depressão não é consensual, sendo que as classificações mais utilizadas são a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV).(7)

Em Portugal, segundo um relatório elaborado pelo grupo de trabalho sobre saúde mental no envelhecimento e pessoas idosas da DGS, em 2005 existiam mais de um milhão e meio de pessoas de 65 ou mais anos, pelo menos 60 mil pessoas portadoras de demência, e mais de 100 mil idosos com depressão, muitos dos quais mal diagnosticados e insuficientemente tratados.(8) Um estudo realizado em 2010, nos centros de saúde de Senhora da Hora, revelou que 42% dos idosos sofriam de depressão provável, sendo que as mulheres estão 3.8 vezes mais sujeitas a esta patologia.(7) Na Europa estima-se uma prevalência de depressão entre os 8.8% (Islândia) e 23.6% (Munique), sendo que na Alemanha a depressão tem uma prevalência de 9,7% nos idosos com mais de 75 anos que frequentam consultas nos cuidados primários de saúde.(9,10) Nos EUA cerca de 80% dos idosos com depressão recorrem ao centro de saúde para tratamento da mesma. A ocorrência de depressão está

associada a um aumento de frequência de consultas nos cuidados de saúde primários, como demonstra o aumento do número de consultas nos centros de saúde por depressão de 51% para 64% desde 1997 a 2002. Isto sugere que os médicos de família tenham cada vez mais a função e oportunidade de providenciar diagnóstico e tratamento neste tipo de situações, bem como de monitorizar os doentes após o tratamento uma vez que a depressão no idoso tem, muitas vezes, um carácter crónico ou recorrente, com 80% dos doentes a experienciar recorrência dos sintomas pelo menos uma vez.(11,12) É importante referir que o suicídio na população geriátrica é aproximadamente o dobro que nas restantes populações.(13)

A prestação de cuidados de saúde mental ao idoso deve ter por base as consultas no centro de saúde, sendo o médico de família o mais indicado para o seguimento continuado dos idosos, uma vez que consegue ter uma visão sistémica da situação, está ao corrente da situação familiar do doente e por estar a par dos recursos disponíveis na comunidade onde se insere. Assim, o médico de família, para além da deteção e avaliação da patologia psíquica do doente, bem como de doenças coexistentes, deverá fazer referenciação do mesmo para consulta de psiquiatria se necessário, ficando responsável, então, pelas consultas de seguimento e pela prevenção de recaídas.(8)

Esta revisão teórica tem como objetivo compilar a informação existente acerca da depressão no idoso, procurando evidenciar uma possível abordagem nos cuidados de saúde primários, nomeadamente a nível da prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão no idoso.

Fisiopatologia

Durante o estado de depressão foi identificado um hipometabolismo a nível das estruturas dorsais neocorticais e um hipermetabolismo das estruturas límbicas frontais. Há um aumento da vulnerabilidade para a depressão quando existe um compromisso do circuito subcortical frontal, mais especificamente dos circuitos estriado-pálido-tálamo-corticais, da amígdala e do hipocampo devido à neurodegenerescência associada ao envelhecimento ou a alterações imunológicas, endócrinas, inflamatórias e ateroscleróticas associadas a doença. A hereditariedade também pode ser um fator a contabilizar, bem como adversidades a nível psicológico e emocional.(14,15)

Classificação

Depressão Major

De acordo com a DSM-IV (Tabela 1) e o ICD-10 para que o diagnóstico de depressão major possa ser realizado, é necessária a presença durante, pelo menos, duas semanas, de humor depressivo e/ou perda de interesse ou prazer na maioria das atividades de vida diária associado à presença de quatro dos seguintes sintomas: insónia/hipersónia, perda/ganho involuntário de peso, fadiga, perda de energia, dificuldade de concentração, sentimentos de culpa excessiva ou falta de valor, agitação/ inibição psicomotora.(16,17)

Se não existirem comorbilidades associadas, os sintomas de depressão major no idoso, não diferem em muito dos sintomas experienciados por doentes de meia-idade. Contudo, há diferenças subtis associadas a idades mais avançadas, como o aumento da frequência de melancolia, ou seja pouca interatividade e sintomas de atraso/agitação psicomotora. Associados a esses sintomas, pode existir hipercortisolemia, aumento da gordura abdominal, diminuição da densidade mineral óssea, aumento do risco de diabetes mellitus tipo 2 e

hipertensão arterial. É comum existir um agravamento da dificuldade de concentração nos idosos sem demência que padecem de depressão major, bem como uma diminuição da capacidade de processamento mental e da capacidade executiva que podem melhorar, na maioria das vezes não completamente, após remissão da depressão. (14,15)

Depressão Minor

É de notar que a maioria dos adultos idosos com sintomas clinicamente significativos não têm critérios de diagnóstico suficientes para depressão major ou distímia.(18,19)

Apesar da prevalência de formas de depressão major parecer diminuir com o avanço da idade, a incidência de formas de depressão não major e clinicamente relevantes aumenta com o avançar da idade, sendo esse aumento abrupto a partir do 80 anos. Os doentes desse grupo não se enquadram nos critérios de diagnóstico de depressão major porque os sintomas depressivos existem em menor quantidade ou durante menos tempo, podendo estes enquadrar-se então nos critérios de depressão minor (Tabela 1).(11)

Há que ter em conta que, de acordo com vários estudos, esta forma de doença acarreta para os doentes um impacto similar que a depressão major, incluindo uma degradação da saúde e do *outcome* social, incapacidade funcional, um aumento do risco de suicídio, aumento do uso dos cuidados de saúde e do custo do tratamento e mesmo um risco acrescido para desenvolver depressão major no futuro, sendo que cerca de 25% dos idosos deprimidos desenvolvem depressão major num prazo de 2 anos. (14,19,20)

Distímia

A distímia é um síndrome depressivo leve a moderado que se define como tendo duração mínima de dois anos. (Tabela 1). (14)

Depressão psicótica

É diagnosticada em doentes com depressão major que apresentam concomitantemente alucinações ou delírios, sendo mais frequentes os delírios de culpa, de ciúme, hipocondríacos e persecutórios. A depressão psicótica ocorre em 20-45% dos doentes idosos deprimidos hospitalizados e 3,6% dos idosos deprimidos na comunidade. Alguns doentes com depressão psicótica têm alterações cognitivas importantes que contribuem para o desenvolvimento de alterações do humor, uma condição a que se deu o nome de pseudodemência.(14,15)

Depressão vascular

A doença vascular cerebral pode predispor, precipitar e perpetuar algumas síndromes depressivas nos idosos. Esta afirmação baseia-se na comorbilidade entre sintomas depressivos e fatores de risco e lesões cerebrovasculares, bem como na reação causal aparente entre um acidente vascular cerebral e depressão.(14) A hipótese de depressão vascular defende que lesões vasculares cerebrais interferem na área pré-frontal ou nas suas vias moduladoras, resultando numa sintomatologia distinta para a depressão nos idosos, nomeadamente apatia, lentificação motora e uma maior incapacidade cognitiva.(21) A depressão vascular acarreta um maior défice cognitivo, nomeadamente a nível da fluência verbal e na nomeação de objetos que a depressão em doentes sem doença vascular. Uma das perspetivas de prevenção para este subtipo de depressão é o uso de fármacos utilizados na prevenção da doença cerebrovascular.(14)

Tabela 1 – Critérios de diagnóstico da DSM-IV para distúrbios do humor(16)

Depressão major
<p>Presença, durante um período superior a duas semanas, de 5 ou mais dos seguintes sintomas, representando uma alteração do funcionamento anterior. Um dos dois primeiros sintomas tem que estar obrigatoriamente presente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Humor depressivo durante a maior parte do dia ○ Diminuição do interesse e prazer em relação a todas ou quase todas as atividades ○ Perda ou ganho de peso não intencional ou perda ou aumento de apetite ○ Insónia ou hipersónia ○ Agitação ou inibição psicomotora ○ Fadiga ou perda de energia ○ Sentimentos exagerados de desvalorização ou culpa excessiva que podem ser delirantes ○ Diminuição da capacidade de se concentrar e pensar ou indecisão ○ Pensamentos recorrentes acerca de morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio <p>Os sintomas não podem ser substâncias, luto ou doença explicados por consumo de concomitante</p>
Depressão Menor
<p>Pelo menos dois sintomas da lista anterior têm que estar presentes, na maior parte do tempo, num período de duas semanas causando <i>distress</i> ou incapacidade funcional não resultando consumo de substâncias, luto ou doença concomitante.</p> <p>Este diagnóstico não pode ser feito em doentes com história prévia de depressão major, distímia, distúrbio maníaco-depressivo ou doenças psicóticas</p>
Distímia
<p>Humor deprimido na maioria dos dias durante mais de 2 anos acompanhado por outros dois sintomas depressão major.</p> <p>Não pode ter ocorrido um episódio de depressão major nos primeiros 2 anos de doença</p>
Distúrbio de ajustamento com humor deprimido
<p>Indivíduos que desenvolvem humor deprimido, sentimento de desesperança e choro fácil 3 meses após a ocorrência do fator de <i>stress</i>.</p> <p>Esta síndrome resulta em grande <i>distress</i> ou incapacidade e durar até 6 meses após retirada do fator de <i>stress</i>, sendo que o luto não é considerado.</p>

Fatores de risco

A literatura existente sobre os fatores de risco para a depressão no idoso é muito extensa e, por vezes, contraditória. Os fatores de risco para a depressão no idoso podem ser divididos em três categorias principais: biológicos, psicossociais e espirituais.(6)

Entre os **fatores de risco biológico**, a suscetibilidade genética, não parece ser tão importante para o desenvolvimento de depressão no idoso como o é nos jovens. Contudo, a hipótese de depressão vascular, pode direcionar a procura de polimorfismos genéticos e mutações que expliquem as lesões vasculares específicas do sistema nervoso central, vistas em maior número em idosos com depressão do que nos saudáveis.(6,14,21)

A história pessoal de depressão anterior é um fator de risco a considerar, bem como a idade superior a 75 anos.(6,11,22)

Estudos recentes têm reportado a associação entre depressão e alterações estruturais no cérebro, como um hipocampo com menor volume e mudanças morfológicas a nível do córtex pré-frontal e orbitofrontal. A associação entre lesão cerebral traumática e depressão também foi documentada.(19)

São ainda considerados como possíveis fatores biológicos a disfunção endócrina (especialmente quando envolve o eixo hipotálamo-hipófise-SR), a ativação do sistema imunológico por inflamação, os défices de ácido fólico, de vitamina B₁₂, a hiperhomocisteína e o tabagismo, bem como defeitos cognitivos ligeiros.(6,19)

Há inúmeros estudos que exploram a associação de depressão e doenças crónicas, bem como a sua relação com alguns fármacos.(6)

Estima-se que mais de 80% dos idosos têm uma ou mais doenças crónicas e que 25% destes irão desenvolver mais de quatro doenças crónicas.(11) Doentes com doença crónica, no geral, apresentam uma maior taxa de depressão que indivíduos saudáveis. (23) Idosos com

múltiplas comorbilidades podem ser particularmente vulneráveis ao impacto debilitante da depressão.(24)

A doença física, especialmente doença crónica, causa, muitas vezes, incapacidade funcional e conseqüentemente dependência. A forte associação entre depressão e incapacidade funcional pode advir de uma reação causal recíproca entre as mesmas, sendo que cada uma delas pode precipitar ou prolongar a outra.(10)

Assim, é esperado que ocorra depressão em maior escala em doentes com enfarte do miocárdio recente, cirurgia de *bypass* coronário, AVC, diabetes, infetados por VIH bem como naqueles que sofrem de demência, doença de Parkinson, insuficiência renal ou cancro. Há que ter em atenção que a depressão pode ser um fator etiológico para o aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas como doença cardiovascular, diabetes e AVC.(23)

Existe também uma associação entre a depressão e a dor, demonstrado pelos resultados de um estudo em que 28% dos inquiridos que apresentavam um sintoma depressivo tinha dor crónica e 43% dos inquiridos com depressão major tinham queixas de dor crónica. (25,26) Uma das hipóteses para esta relação é que cada uma delas aumenta o risco de aparecimento e a gravidade da outra. Outra hipótese será a de que depressão crónica ou episódios repetidos de depressão poderão duplicar o risco para o desenvolvimento de dor mas que a presença de dor não aumenta o risco de depressão por si só. A dor e a depressão estão associadas à idade geriátrica e têm ambas um efeito negativo na capacidade física, tanto em separado como em combinação. A presença de dor está associada a maiores níveis de ideação suicida e distúrbios do sono.(19,25,26)

A prescrição de benzodiazepinas e fármacos anti-hipertensores também está associada ao desenvolvimento de sintomas depressivos, pelo que a sua prescrição deve ser cuidada e os doentes acompanhados.(6)

Quanto a **fatores psicossociais**, salientam-se os eventos de vida marcantes como morte de conjuge ou outro ente querido, a transição entre vida ativa de trabalho e a reforma, prestação de cuidados a 3ª pessoa e a dependência associada a declínio funcional, doença crónica e falta de rede de apoio social.(6,11,21) Para além destes, o abuso de álcool e o baixo nível de educação, também representam fatores a ter em conta.(11) Há que ter em atenção que esses fatores podem ser mitigados por fatores pessoais ou ambientais. (10)

Fatores sociodemográficos como o género, o estado civil, a classe social e a escolaridade estão associados a depressão, havendo maior incidência no género feminino, em solteiros e viúvos, em classes sociais mais baixas e baixa escolaridade.(11,27)

Há estudos que associaram a depressão em adultos jovens com a existência de neuroticismo e a depressão com início tardio com um aumento dos níveis de *stress*. À depressão em adultos jovens, associa-se principalmente ao neuroticismo, enquanto a prevalência de doença física e não fatores psicológicos ou neuroticismo predispõem para depressão com início tardio em adultos previamente saudáveis. (19)

Em contraponto aos fatores de risco está descrita a existência de fatores protetores onde se destaca uma boa rede de apoio social, atividades sociais, como voluntariado e atividade física, bem como religião e espiritualidade.(11) A prática ou crença religiosa está associada a menores taxas de depressão, tanto a nível individual como a nível de grupos numerosos de adultos idosos, o que leva a que o *coping* religioso seja visto como um importante mecanismo para contrariar o efeito de um certo número de fatores para depressão.(6)

Depressão e disfunção cognitiva

A associação de disfunção cognitiva e depressão nos idosos deve ser estudada mais aprofundadamente, pois dessa associação pode advir um aumento da taxa de consequências adversas para a saúde física, para o estado funcional e na mortalidade.(19) Apesar da falta de concentração ser um sintoma chave da depressão no idoso, a presença de défice cognitivo é heterogénea.(19)

A depressão no idoso encontra-se associada a uma deficiência em vários domínios da função cognitiva. Hoje em dia, verifica-se uma atenção crescente para a importância da relação entre depressão e função executiva que engloba domínios cognitivos como planeamento, organização, sequenciação e iniciação/preservação.(28)

A disfunção cognitiva associada, presumivelmente, à disfunção cerebral pode contribuir para a ocorrência de depressão, o que sugere um processo patogénico comum, como doença cerebrovascular de pequenos vasos, ou uma mediação pelas consequências psicossociais da diminuição da performance cognitiva. (14,28)

Noutra perspetiva, os sintomas depressivos podem preceder a degradação dos défices cognitivos, o que associa o papel da depressão como um marcador inicial de doença cerebral ou como um estado mental e psicológico que afeta a performance cognitiva ao longo do tempo.(28,29)

Estudos no campo da neuropsiquiatria apoiam a primeira hipótese: disfunções cognitivas e executivas têm um papel importante no desenvolvimento da depressão geriátrica. Os mecanismos sugeridos incluem a rutura do circuito estriado-pálido-tálamo-cortical e hipermetabolismo pré-frontal. Muitos estudos apoiam a hipótese de que os sintomas depressivos aumentam a probabilidade de existência de défice cognitivo, especialmente defeitos de memória, o que a longo prazo pode levar a demência.(28,29)

A depressão pode ser uma consequência de deficiência cognitiva, presumivelmente com base em doença estrutural do cérebro, potencialmente anormalidades frontoestriadas causadas por doenças vascular ou outras doenças associadas a idade. A depressão pode interagir com doenças de matéria branca e contribuir para a disfunção executiva, com a depressão representando uma vulnerabilidade ou um cofator necessário.(28)

Os médicos de família devem ter em atenção que idosos deprimidos têm maior risco de disfunção funcional, bem como de um possível declínio em alguns aspetos da função executiva, com um subsequente declínio e mesmo deterioração cognitiva em larga escala.(28)

Diagnóstico

As manifestações clínicas da depressão no idoso podem ser diferentes das que se observam nos restantes grupos etários.(22) A presença de doença concomitante, especialmente doença que resulta em dor e em disfunção cognitiva, bem como a polimedicação podem mascarar os sintomas de depressão levando, muitas vezes a um subdiagnóstico de depressão nos idosos.(19) Os sintomas de depressão são muitas vezes atribuídos ao processo natural de envelhecimento, luto, doença física ou demência, perdendo-se importantes oportunidades de iniciar tratamento para o que é um problema tratável.(11) Há estudos que defendem que a depressão geriátrica em cuidados de saúde primária é subdiagnosticada e subtratada. (11,30)

Queixas subjetivas de memória podem ser um sintoma-chave na depressão no idoso e pode requerer um diagnóstico diferencial com demência, sendo que dentro das manifestações iniciais mais comuns na demência estão sintomas classicamente depressivos.(22)

Os idosos nem sempre se enquadram no quadro clínico clássico de depressão, podendo haver menos queixas acerca de sentimentos de tristeza do que nos adultos mais jovens. Os médicos de clínica geral devem estar alertados para essa possibilidade e procurar outros

indicadores de depressão como anedonia, desmotivação, sintomas físicos inexplicáveis, falta de energia e/ou fadiga. (11)

Há que ter em atenção, contudo, que sintomas somáticos como fadiga, anorexia e perda de peso que são considerados sintomas depressivos típicos em indivíduos jovens e fisicamente saudáveis, são também predominantes em patologias físicas comuns em idosos. Ainda assim, doentes idosos somatizam frequentemente ou expressam “*distress*” psicológico sob a forma de sintomas somáticos não explicados, sendo que muitos doentes focam-se seletivamente nos sintomas somáticos da sua doença de humor, desvalorizando sentimentos de tristeza ou isolamento.(31,32)

A probabilidade de coexistência de uma doença do humor aumenta com o número de sintomas somáticos reportados por um doente.(31)

Há estudos que demonstram que é a depressão major e não distúrbios somatoformes que são responsável pela maioria da somatização nos utentes dos cuidados primários de saúde. Apenas 25-30% dos utentes dos cuidados de saúde primários apresentam somente sintomas afetivos ou cognitivos para a depressão.(31)

Os fatores que preconizam a predominância de sintomas físicos incluem ansiedade, tendência para experienciar sintomas viscerais de forma particularmente intensa (amplificação somatosensorial) e dificuldade em identificar e comunicar *distress* emocional (alexitimia), bem como fatores culturais, sendo que foi reportado que no sul da Ásia, os sintomas físicos são mais comuns que o humor deprimido.(22,31)

A avaliação inicial tem o objetivo de estabelecer o diagnóstico, identificar outras patologias psiquiátricas e/ou patologias orgânicas gerais relevantes e delinear um plano global de modo a que se possa determinar o tratamento. A avaliação inicial inclui uma história de doença atual e um exame mental, incluindo o Mini Mental State Exam, de modo a que se possa determinar o início e a evolução do quadro, a sua gravidade e o impacto funcional,

classificando o quadro em ligeiro, moderado ou severo. É importante que se identifique possíveis fatores de *stress* psicossocial como perda de parente próximo, maus tratos, conflitos familiares, dificuldade económica, entre outros.(6,33) Para tal, pode-se recorrer à utilização dos instrumentos de avaliação e intervenção na família, nomeadamente o apgar familiar de Smilkstein, círculo de Thrower, genograma e psicofigura de Mitchell, ecomapa e escala de Graffar.(34–37) O segundo passo será apurar a história psiquiátrica do doente, procurando identificar episódios depressivos anteriores e a existência de e ideação suicida, bem como resposta a tratamentos anteriores, sendo ainda importante pesquisar a ocorrência de sintomas sugestivos de outras perturbações psiquiátricas. É ainda necessário, apurar a história médica geral e fazer uma breve revisão por sistemas para identificar patologias que se associam a sintomas depressivos ou que têm que ser tidas em conta aquando a prescrição farmacológica para o tratamento do síndrome depressivo e a história ocupacional, social e familiar (incluindo perturbações do humor e suicídio). Por último, será necessário rever a medicação habitual do doente, avaliar o consumo de álcool e hipnóticos.(6,33)

O exame físico e o exame neurológico são essenciais, devendo ser pesquisado lateralização, tremor, alterações no tónus muscular e diminuição dos reflexos. Os testes laboratoriais recomendados incluem hemograma com leucograma, bioquímica, incluindo glicose em jejum, transaminases, creatininémia, estudo das hormonas tiroideias, níveis de vitamina B₁₂ e ácido fólico (se normais, analisar homocisteína e ácido metilmalónico), bem como um electrocardiograma, rx-tórax e sumária de urina. Deve ser realizada uma TAC se existirem anormalidades a nível do exame neurológico ou se há suspeita de depressão de origem vascular.(6,21)

De modo a ultrapassar os obstáculos de diagnóstico, foram criadas escalas para avaliação da depressão no idoso. Neste momento, nenhuma escala está ainda validada em Portugal.(7)

A escolha de uma escala recai principalmente no tempo disponível, no tipo de doente, contexto clínico e na pessoa que vai administrar o teste. Para poder fazer parte da prática clínica tem que ser breve e de fácil administração.(33,38)

Um teste de *screening* com um único item é a forma mais simples destes testes. Uma simples questão como “Sente-se deprimido com regularidade?”, à qual a resposta pode ser “sim” ou “não” tem uma sensibilidade de 60% e uma especificidade de 90%. (11)

Geriatric depression scale (GDS) – 15 (Anexo 1)

É a escala mais utilizada no *screening* da depressão geriátrica, desenhada para minimizar o impacto dos sintomas somáticos associados à idade e doença. Consiste num questionário de 15 itens com respostas sim/não, sendo especialmente vantajosa para idosos com alterações cognitivas ou baixo grau de escolaridade, pois pode ser autoadministrada ou administrada por um profissional de saúde.(39,40) Há que ter em atenção que esta escala pode apresentar limitações após um acidente vascular cerebral ou em doentes com demência associada a depressão.(38)

A GDS tem uma sensibilidade entre 84% e 100% e uma especificidade que varia entre os 72% a 95%. Geralmente um resultado maior ou igual a 5 é clinicamente relevante e tem 92% de sensibilidade e 81% de especificidade para depressão major.(41,42)

Para além de uma ferramenta de *screening*, também pode ser útil para a monitorização da depressão no idoso, especialmente nos cuidados primários de saúde. (39,43)

Contudo, como não corresponde aos critérios de depressão da DSM-IV, não pode ser utilizado para diagnóstico, o que significa que serão necessárias avaliações adicionais para estabelecer um diagnóstico caso haja um resultado positivo nesse teste de *screening*.(42)

Paciente Health Questionnaire (PHQ) – 9 (Anexo 2)

PHQ-9 (anexo I) é um teste autoadministrado, baseado no PRIME-MD, com nove questões, específicas para a depressão. Foi o primeiro deste género a ser elaborado para a utilização nos cuidados primários de saúde. Este questionário está validado para populações mais jovens, mas há estudos que relatam a eficácia deste teste quando comparado com o GDS, sendo especialmente vantajoso para o uso em idosos nos cuidados primários por ser substancialmente mais curto que as outras ferramentas de *screening*.(42)

O PHQ-9 pergunta com que frequência, nas duas últimas semanas (“nenhuma vez”, “alguns dias”, “mais de metade dos dias”, “quase todos os dias”), os inquiridos experienciaram cada um dos nove sintomas de depressão.(44) Assim sendo, os resultados podem variar entre 0 e 27, sendo que um resultado igual ou superior a 10 tem 88% de sensibilidade e 88% de especificidade para depressão major.

Como é um teste que reflete os critérios de depressão da DSM-IV pode ser utilizado como ferramenta diagnóstica tanto para depressão major como para minor. Neste caso, a depressão major é diagnosticada se 5 ou mais sintomas dos 9 perguntados estiverem presentes em mais de metade dos dias das duas semanas anteriores, sendo que um destes sintomas teria que ser obrigatoriamente humor deprimido ou anedonia. A depressão minor é diagnosticada se 2-4 sintomas estiverem presentes pelo menos em mais de metade dos dias das duas semanas anteriores, sendo um destes sintomas humor deprimido ou anedonia (42)

A severidade da depressão também pode ser avaliada com este teste, sendo que um resultado de 0-4 significaria uma depressão mínima, 5-9 ligeira, 10-14 moderada, 15-19, moderadamente severa e maior ou igual a 20 significaria a existência de uma depressão severa. (kroenke)

Devido à sua brevidade e utilidade no diagnóstico de depressão baseado no DSM-IV, o PHQ-9 representa uma alternativa razoável à GDS, particularmente em situações em que a referência para psiquiatria não seja possível ou desejada pelo doente. (42)

Patient Health Questionnaire (PHQ) -2

O PHQ-2 é uma versão abreviada do PHQ-9, constituído pelas duas primeiras perguntas do PHQ-9.(45) É especialmente importante para os cuidados primários de saúde dado que testes mais curtos para *screening* serão mais apropriados nesse contexto. Apesar de nos jovens ter uma sensibilidade de 83% e uma especificidade de 92%, a especificidade nos idosos é significativamente mais baixa, entre 35 a 58% considerando uma resposta ou mais positivas, sendo a sensibilidade situada entre 79% e 94%.(42)

As questões, referentes às duas semanas anteriores à administração do teste são:

1. Sente menos interesse ou prazer ao realizar atividades que anteriormente lhe davam prazer ou despertavam interesse?
2. Tem tido sentimentos de tristeza, depressão ou desesperança?

Se a resposta a estas questões for positiva, apenas quatro perguntas de follow-up referentes a distúrbios do sono, mudança de apetite, baixa autoestima e anedonia são necessárias para confirmar o diagnóstico de depressão. Se o doente responder de forma positiva a duas dessas quatro questões, a especificidade aumenta para 94%. (46) Mesmo sem estas perguntas de follow-up, se houver uma resposta positiva a uma ou às duas questões, pode-se considerar como um teste de *screening* positivo, tão efetivo como a GDS e a HAM-D, devendo o doente ser sujeito a uma avaliação mais cuidada.(47)

Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) (Anexo 3)

A HAM-D foi desenvolvida inicialmente como uma escala para avaliar o *outcome*, contudo é utilizada, atualmente, como uma ferramenta de *screening*. Consiste numa entrevista semi-estruturada, inicialmente constituída por 17 questões, que requer treino para a administrar e demora cerca de 20-30 minutos a completar.

Há que ter em atenção que esta escala pode subestimar a depressão na população idosa devido à natureza muitas vezes atípica dos sintomas nestes casos.(38)

Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS-S) (Anexo 4)

É constituído por 9 questões e cada questão pode ser pontuada até 6 pontos, sendo o total máximo 54 pontos. Dois níveis de *cut-off* podem ser utilizados para depressão minor (13 pontos) e major (20 pontos). Requer treino para administra-la e tem como duração cerca de 20 minutos. Foi desenvolvida como uma medida de mudança em estudos sobre o tratamento de depressão. (48)

Centre for epidemiological Studies – depression scale (CES-D) (Anexo 5)

É um teste autoadministrado com a duração de 5 minutos. Consiste em 20 itens, podendo ser cotada de 0 a 60. A partir de um resultado de 16 considera-se depressão minor e a partir de 23 considera-se que existe depressão significativa.(38)

Cornell Scale of Depression in Dementia (CSDD) (Anexo 6)

É um teste com duração superior (20 minutos com o cuidador e 10 minutos com o doente), constituído por 19 itens. A grande diferença entre esta e as outras escalas de depressão prende-se como o método de administração e não tanto com a análise de sintomas que diferem entre depressão e depressão associada a demência. Cada questão é cotada de 0, 1

ou 2 (ausente, moderado/intermitente/ severo). Um *score* de 8 ou mais sugere a presença de sintomas depressivos significativos. É a melhor escala para avaliar o humor na presença de deficiência cognitiva.(38)

Terapêutica

O primeiro passo no tratamento de um síndrome depressivo é a prevenção do suicídio, sendo necessário questionar o doente sobre possíveis ideações suicidas e sobre a existência de plano para o suicídio. A avaliação do risco de suicídio deve incluir, ainda, a identificação de sintomas psiquiátricos específicos, tais como sintomas psicóticos, ansiedade grave e uso de substâncias, bem como estados orgânicos associados ao aumento da probabilidade de efetivação do suicídio; A história pessoal e familiar de comportamentos suicidários e de patologia psiquiátrica deve ser contabilizada, assim como fatores de *stress* psicossociais e fatores potencialmente protetores como o apoio familiar.(6,33)

O tratamento para a depressão geriátrica pode englobar farmacoterapia, psicoterapia e terapia electroconvulsiva.(49)

De acordo com a norma 034/012 da DGS, a estratégia terapêutica para a depressão major engloba três fases. A primeira fase, fase aguda, tem uma duração de 6-12 semanas, podendo incluir farmacoterapia e outras intervenções biológicas e psicológicas e tem como objetivo a redução de, pelo menos, 75% da intensidade dos sintomas, ou seja, induzir a remissão. A segunda, fase de continuação, tem como objetivo a prevenção de recaídas, ou seja, manter o doente assintomático por mais 4 a 9 meses, considerando-se, então, o episódio depressivo totalmente resolvido. A terceira, fase de manutenção pode englobar um maior período de tempo e tem como objetivo prevenir a ocorrência de um novo episódio depressivo, ou seja, prevenir recorrências.(33)

Para o tratamento da depressão reativa no idoso, a psicoterapia isolada ou em combinação com um antidepressivo é recomendada.(14) Uma combinação de terapias psicoterapêuticas e agentes farmacológicos é mais eficaz em formas de depressão moderada a severa que qualquer dos tratamentos isoladamente.(21)

Nos casos de depressão com sintomas psicóticos, o tratamento combinado entre um antidepressivo e um antipsicótico é geralmente recomendado como primeira linha, sendo que após remissão, o tratamento deverá continuar com o antipsicótico por mais 6 meses.(14,33)

Farmacoterapia (Tabela 2)

A escolha do fármaco a utilizar depende da gravidade e cronicidade dos sintomas, da existência de comorbidades médicas ou psiquiátricas e da terapia concomitante, da segurança dos antidepressivos, da resposta prévia a antidepressivos, dos recursos terapêuticos disponíveis, de crenças culturais e da preferência do doente.(6,21,33)

Como tal, antes de iniciar a farmacoterapia, deverá rever-se os dados da história clínica e exame físico, nomeadamente a tensão arterial (ortostatismo e em decúbito), bem como fazer uma avaliação da função hepática e renal, já que os antidepressivos na sua maioria são metabolizados no fígado e excretados pelo rim. Se no ECG houver bloqueio do ramo esquerdo, bloqueio bifascicular, bloqueio de 2º grau, prolongamento QT ou fibrilhação auricular é recomendado que se oriente o doente para uma consulta de cardiologia antes de iniciar a farmacoterapia.(6)

Aquando da prescrição de medicação antidepressiva é importante transmitir ao doente que os efeitos secundários normalmente surgem no início do tratamento, antes do efeito terapêutico, sendo que as náuseas e as cefaleias têm tendência a parar durante a primeira semana de tratamento enquanto que os efeitos colinérgicos, como a disfunção sexual, podem persistir. É, ainda, importante referir que o tratamento pode implicar ajustes das doses iniciais

ou a introdução de um novo fármaco e que o tratamento dever-se-á prolongar por 9-12 meses após resposta terapêutica adequada, sendo que um tratamento mais prolongado evita recidiva da depressão major.(33)

Os princípios bioquímicos do tratamento de depressão major englobam a manipulação de múltiplos neurotransmissores e dos seus recetores, focando-se principalmente na noradrenalina e na serotonina (5-hidroxitriptamina). Os antidepressivos tricíclicos (ADT) afetam a recaptção de serotonina e de noradrenalina, enquanto que os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (SSRI) têm uma ação específica de bloqueio da recaptção da serotonina, tendo pouco ou nenhum efeito na noradrenalina. Os novos antidepressivos (Inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina – NSRI) afetam a neurotransmissão tanto da serotonina como da noradrenalina.(6)

Os antidepressivos são tão eficazes nos indivíduos idosos como na população mais jovem e constituem a primeira linha de tratamento da depressão moderada a severa, sendo que a prescrição inicial é feita com um único antidepressivo (14,33)

Os SSRI são o tratamento de primeira linha na depressão major no idoso, seguidos pelos NSRI e pelo bupoprion e mirtazapina.(21,33) O tratamento com SSRI deve ser iniciado com doses mais baixas que as utilizadas em adultos jovens, aumentando progressivamente a dose até atingir a dose terapêutica.(6,14,21) Apesar de os ADT e os SSRI serem igualmente eficazes no tratamento da depressão major, é recomendado que não sejam utilizados, como tratamento de primeira linha, os antidepressivos tricíclicos se o doente tiver mais que 55 anos ou se se tratar de um primeiro episódio.(6,33) Esta preferência deve-se aos efeitos secundários marcados dos ADT, particularmente de aminas terciárias como a amitriptilina, que incluem hipotensão postural, ganho de peso, sintomas anticolinérgicos (boca seca, obstipação, retenção urinária, confusão) e alterações da condutividade cardíaca. (6,22)

Deste modo, ADT devem ser evitados em doentes com história de aumento da pressão intraocular, glaucoma de ângulo fechado, retenção urinária ou em idosos com dificuldades cognitivas, bem como em doentes com história de enfarte do miocárdio recente e síndrome congénita do intervalo QT prolongado devido a maior risco de prolongamento do intervalo QT corrigido e de “Torsades de Pointes”. Doses de ADT superiores a 100 mg / dia estão associadas a aumento do risco de morte súbita cardíaca.(33)

Apesar de serem os mais frequentemente prescritos, os SSRI, especialmente a fluoxetina, fluvoxamina e paroxetina têm efeitos secundários, como sintomas gastrointestinais (náuseas, diarreia, hemorragia), perda de peso, tremor, perda de equilíbrio, disfunção sexual, cefaleias, insónia, agitação psicomotora e estimulação excessiva e ainda secreção inapropriada de vasopressina, especialmente em doentes muito idosos, o que pode condicionar hiponatrémia. Há ainda que ter em conta a possibilidade de interação com varfarina, cimetidina, quinolonas, via citocromo p450.(6,15,22) Como há o risco de hemorragia gastrointestinal, deve considerar-se adicionar um fármaco gastroprotetor nos idosos que estejam medicados com anti-inflamatórios não esteroides e tomar especial precaução quando forem utilizados com antiagregantes plaquetários.(33)

No idoso, os novos antidepressivos parecem ter menos efeitos adversos que os restantes antidepressivos.(21) Os efeitos mais comuns dos NSRI são náuseas e vômitos, disfunção sexual, agitação psicomotora, sintomas relacionados com a descontinuação e efeitos adversos relacionados com a ativação noradrenérgica (aumento da frequência cardíaca, dilatação pupilar, boca seca, sudação excessiva e obstipação). Contudo, a venlafaxina pode estar associada a um agravamento da hipertensão arterial, devendo por isso ser evitada se antecedentes de hipertensão prévia e, quando prescrita, deve ser feita uma monitorização da tensão arterial.(6,33)

Tal como acontece com os SSRI estes efeitos atenuam-se com a continuação do tratamento. (33)

A mirtazapina pode ser utilizada pelo seu efeito sedante, sendo útil se a insónia é um sintoma predominante e ainda se existirem queixas de anorexia ou perda de peso.(6)

As benzodiazepinas poderão ser associadas aos antidepressivos para controlo temporário da ansiedade e da insónia, enquanto não se evidencia resposta à terapêutica antidepressiva. Contudo, a prescrição a longo prazo de benzodiazepinas pode ser um fator de risco para sedação, quedas, fraturas da anca, bem como outros acidentes.(11)

O bupropion pode ser útil em doentes com atraso psicomotor ou em doentes que estejam pouco motivados, frágeis ou fatigados e que tenham um risco elevado para quedas. Entre os efeitos secundários mais comuns encontra-se tremor, sintomas gastrointestinais, alucinações visuais. Não deve ser utilizado se existir história prévia de convulsões.(6)(33) A trazodona tem sido utilizada para tratar depressão agitada, devido ao seu efeito sedante, estando, contudo, associada a hipotensão postural e priapismo.(6,33)

No caso de o doente ser portador de hipertensão arterial não controlada, não deverão ser considerados como primeira linha o bupropiom e os NSRI, tais como a venlafaxina e a duloxetina.(33)

Alguns antidepressivos, particularmente a paroxetina, a mirtazapina e a amitriptilina, podem estar associados a um aumento de peso. Pelo contrário, a fluoxetina parece estar associada a perda de peso.(33)

Como existe uma elevada probabilidade de recaída, a duração recomendada para a fase de continuação num primeiro episódio depressivo isolado não deve ser inferior a 6 meses. Se houver história prévia de dois episódios de depressão, o tratamento não deve ser inferior a 2 anos após remissão.(6,33)

Tabela 2 - Farmacoterapia da depressão no idoso - perfil de prescrição, dosagem, efeitos adversos e contra-indicações

Grupo de Fármaco/ Fármaco	Perfil de prescrição	Dosagem média (mg/dia)(50,51)		Efeitos adversos / Contra – Indicações(CI)
SSRI	1ª linha. Iniciar com doses mais baixas	Fluoxetina	20	Sintomas Gastrointestinais Perda de peso (fluoxetina) Tremor, perda de equilíbrio Disfunção sexual Cefaleias, insónias, agitação psicomotora Secreção inapropriada de vasopressina (hiponatremia)
		Citalopram	20-40	
		Escitalopram	10-20	
		Sertralina	50-150	
NSRI	2ª linha	Venlafaxina	75 -225	Náuseas, vômitos Disfunção sexual Agitação psicomotora, Ativação noradrenérgica: aumento da frequência cardíaca, dilatação pupilar, boca seca, sudção excessiva, obstipação CI: Hipertensão (venlafaxina e duloxetina). Se prescrita - monitorização da tensão arterial
		Duloxetina	60	
ADT	Mesma eficácia que os SSRI mas não é recomendado o seu uso como 1ª linha devido aos efeitos secundários	Amitriptilina	30-75	Hipotensão postural, Ganho de peso (amitriptilina) Sintomas anticolinérgicos alterações de condutividade cardíaca Risco de morte súbita (> 100mg/dia) CI: História de aumento de pressão intraocular Glaucoma de angulo fechado Retenção urinária em idosos com dificuldades cognitivas História de EAM recente Síndrome congénita do intervalo QT
		Nortriptilina	30-50 (doses divididas)	
Mirtazapina	Útil se insónia é sintoma predominante e se queixas de anorexia e perda de peso	15-45 (única ou 2 tomas por dia)		Ganho de peso
Benzodiazepinas	Controlo temporário de ansiedade e insónia (associar a antidepressivo)	Alprazolam	0,75(em 3 tomas)	Se prescrição a longo prazo: Fator de risco para sedação, quedas, fraturas de anca.
		Lorazepam	2-6	
Bupropiom	Útil em doentes com agitação psicomotora ou em doentes frágeis, pouco motivados, fatigados ou com risco elevado para quedas	200 (100 mg 2 id)		Tremor Sintomas gastrointestinais Alucinações visuais CI: história prévia de convulsões; Hipertensão arterial
Trazodona	Depressão agitada (efeito sedante)	100		Hipotensão postural Priapismo

Terapia psicológica

Intervenções psicoterapêuticas podem ser benéficas isoladamente ou em associação com intervenção farmacológica no tratamento da depressão geriátrica.(6) Psicoterapia de suporte deve ser oferecida pelo profissional de saúde e se esta for insuficiente o doente deverá ser referenciado para um profissional de saúde mental indicado. Em doentes idosos sem alterações cognitivas e com uma depressão leve a moderada foi demonstrado que formas de psicoterapia mais estruturada como terapia cognitivo-comportamental e terapia interpessoal são tão eficazes como a terapia farmacológica.(21) A terapia interpessoal tem como objetivo expor e tentar corrigir o negativismo que contribui na manutenção do estado depressivo, focando-se especialmente no pensamento negativo envolvido nas interações interpessoais.(6)

Terapia electroconvulsiva

A terapia electroconvulsiva continua a ser o tratamento de escolha em casos severos de depressão psicótica em idosos, em doentes com depressão grave associada a risco de suicídio, em doentes que corram risco de vida por malnutrição, em doentes que não toleram os efeitos secundários dos antidepressivos ou nos casos em que a farmacoterapia tenha falhado.(14,21) Deve ser considerada como opção de tratamento em qualquer passo do processo terapêutico se houver um agravamento do quadro clínico. No caso específico da depressão psicótica, a ECT pode ser considerada primeira escolha ou pode ser utilizada caso o tratamento farmacológico não surta resultados.(14) A ECT, para além de ser segura, tem altas taxas de remissão da depressão (80 a 90%). Pode ter como efeito secundário a perda de memória, muitas vezes transitória.(21)

Monitorização

O médico de família, para além da deteção e avaliação da patologia psíquica do doente, bem como de doenças coexistentes, deverá fazer referenciação do mesmo para consulta de psiquiatria se tal for necessário, ficando, então, responsável pelas consultas de seguimento e pela prevenção de recaídas.(8) A consulta para avaliação da eficácia da terapêutica deve ser no máximo passadas 8 semanas do início do tratamento, uma vez que se deve avaliar a resposta inicial à terapêutica: se pelas 4-8 semanas após o início do tratamento não se tiver observado uma redução de, pelo menos, 50% da intensidade dos sintomas (melhoria moderada), deve proceder-se a uma reavaliação clínica do doente, com o objetivo de reconsiderar o diagnóstico, avaliar efeitos adversos, complicações médicas, comorbilidades, fatores psicossociais, confirmar a adesão à medicação e, em ultima instância, deve ser considerada a mudança de antidepressivo para um outro com mecanismo de ação diferente. Durante a fase aguda do tratamento deve manter-se a uma monitorização clínica regular para avaliar a resposta à farmacoterapia, a ocorrência de efeitos adversos e a segurança do doente, nomeadamente nos doentes medicados com inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina em que é necessário que sejam cuidadosamente monitorizados relativamente à tensão arterial elevada e que a hipertensão pré-existente seja controlada antes do início do tratamento.(6,33)

Prognóstico

O tratamento da depressão no idoso é tão eficaz como no jovem. Contudo há que ter em atenção que os idosos têm maior taxa de recorrência, principalmente quando têm comorbilidades associadas. Os idosos que possuem uma fraca rede de apoio social demoram mais tempo a atingir a remissão.(14,15)

A depressão, se não for tratada, pode ser um fator de risco para doença cardiovascular e está associada a um aumento de mortalidade por doença coronária e enfarte do miocárdio.(19)

Prevenção e Envelhecimento Ativo

Em termos de prevenção primária, considera-se a hipótese que uma saúde mental positiva pode ser melhorada se as pessoas acreditarem que são capazes de atingir os seus objetivos. Como tal, notou-se uma melhoria nos sintomas depressivos, ansiedade dor e insónia em idosos com comorbilidades e em risco para o desenvolvimento de depressão que receberam treinos de relaxamento, reestruturamento cognitivo, comunicação, terapia comportamental para insónia, nutrição e exercício.(14,15) Estes resultados vêm de encontro com o conceito de envelhecimento ativo, adotado pela Organização Mundial de Saúde que nos remete para manutenção da motivação na vida laboral e social do idoso, mantendo a sua participação, dignidade e auto realização, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Assim, o envelhecimento ativo pode atrasar o surgimento de depressão e demência no idoso. Como tal, será importante desenvolver estratégias integrando a comunidade, nomeadamente em termos de reforço das redes sociais de suporte, atividades sociais, nomeadamente voluntariado e atividade física e melhoria da qualidade de vida.(11,14,52)

Outras estratégias de prevenção incluem a prevenção da depressão vascular, o que engloba um controlo da hipertensão, hiperlipidémia e níveis séricos de vitamina B₁₂ e ácido fólico, o uso de antidepressivos em doentes que apresentam comorbilidades que predis põem ao desenvolvimento de depressão, educação da população idosa sobre opções de tratamento e redução do estigma da depressão de modo a aumentar a procura de ajuda e a adesão terapêutica.(14)

Conclusão

A depressão no idoso é um problema de saúde pública, tanto pela sua prevalência e custos elevados, como pela sua associação a comorbilidades, sendo que a sua prevalência de aumenta com o desenvolvimento de doenças médicas, nomeadamente cancro, enfarte e distúrbios neurológicos.

Os médicos de família são muitas vezes o primeiro contacto médico de idosos com sintomas depressivos, e como tal, têm a oportunidade de desempenhar um papel fulcral, no diagnóstico, tratamento e monitorização da depressão no idoso. A depressão no idoso pode ser subdiagnosticada pela atipia dos sintomas apresentados, havendo uma predominância de sintomas somáticos. Esta barreira pode ser ultrapassada utilizando instrumentos de *screening*. A escala geriátrica de depressão foi criada especificamente para o diagnóstico de depressão no idoso, mas outras escalas como o PHQ-9 têm demonstrado boa sensibilidade e especificidade.

Para o tratamento de depressão a psicoterapia e a farmacoterapia são os métodos mais utilizados. Numa depressão leve, a psicoterapia isolada pode ser eficaz, mas numa depressão moderada a severa, a combinação dos dois métodos será a opção mais eficaz. A farmacoterapia deverá ser iniciada com um único fármaco, preferencialmente um SSRI, devendo-se prolongar por mais tempo que nos adultos jovens.

A prevenção da depressão no idoso tem como base a melhoria da qualidade de vida dos mesmos, com ênfase para um reforço da rede social e familiar e da promoção da atividades como exercício físico ou voluntariado.

Durante a realização deste trabalho, foi evidente que há necessidade de estudos em Portugal sobre a depressão no idoso, de modo a que se tenha uma perceção da realidade portuguesa. É também importante que se validem escalas de deteção de depressão existentes e que se elabore normas de orientação clínica para o diagnóstico, tratamento e prevenção da depressão nessa faixa etária.

Referências

1. Corrigan PW, Swantek S, Watson AC, Kleinlein P. When Do Older Adults Seek Primary Care Services for Depression? *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2003;191:619–22.
2. Almeida L, Quintão S. Depressão e Ideação Suicida em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados. *Acta Médica Portuguesa*. 2012;25:350–8.
3. Menchetti M, Cevenini N, De Ronchi D, Quartesan R, Berardi D. Depression and frequent attendance in elderly primary care patients. *General hospital psychiatry*. 2006;(28):119–24.
4. Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo J, Van der Mast RC, Beekman ATF, Westendorp RGJ. Natural history of depression in the oldest old: Population-based prospective study. *The British Journal of Psychiatry*. 2006;(188):65–9.
5. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011 - Resultados pré-definitivos [Acedido a 20 de Março de 2013]. Disponível em <http://www.ine.pt>
6. Lawhorne L. Depression in the Older Adult. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2005;(32):777–92.
7. Sousa M, Nunes A, Guimarães A. Depressão em idosos: prevalência e factores associados. *Rev Port Clin Geral*. 2010;384–91.
8. Portugal. Direção Geral da Saúde. *Psiquiatria e Saúde Mental das Pessoas Idosas: Recomendações*. Lisboa: DGS 2005
9. Copeland JRM, Beekman ATF, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R, et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World psychiatry*. 2004;3(1):45–9.
10. Weyerer S, Sandra E-G, Köhler L, Jessen F, Maier W, Fuchs A, et al. Prevalence and risk factors factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *Journal of affective disorders*. 2008;(111):153–63.

11. Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatric Clinics of North America*. 2011;34:469–87.
12. McMahon EM, Buszewicz M, Griffin M, Beecham J, Bonin E-M, Rost F, et al. Chronic and recurrent depression in primary care: socio-demographic features, morbidity, and costs. *International journal of family medicine*. 2012;2012:316409.
13. Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Preventing chronic disease*. 2008 Jan;5(1):A22.
14. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005;365(9475):1961–70.
15. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2003 Mar;58(3):249–65.
16. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. 2000.
17. World Health Organization. *International Classification of Diseases - 10*. Geneva: WHO; 1992
18. Zimmerman M, Martinez JH, Dalrymple K, Chelminski I, Young D. Should criteria be specified for depressive disorder not otherwise specified? *Journal of affective disorders*. Elsevier; 2012 16;1–5.
19. Heok KE, Ho R. The many faces of geriatric depression. *Current opinion in psychiatry*. 2008;21(6):540–5.
20. Grabovich A, Lu N, Tang W, Tu X, Lyness JM. Outcomes of Subsyndromal Depression in Older Primary Care Patients. *The American journal of Geriatric psychiatry*. 2010;18(3):227–35.
21. Lapid MI, Rummans TA. Evaluation and Management of Geriatric Depression in Primary Care. *Mayo Clinic Proceedings*. 2003;(78):1423–9.

22. Chew-Graham C, Burroughs H. Depression in the elderly. *The Practitioner*. 2004;248:406–17.
23. Harpole LH, Williams JW, Olsen MK, Stechuchak KM, Oddone E, Callahan CM, et al. Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. *The Journal of General Hospital Psychiatry*. 2005;27:4–12.
24. Noël P, Williams J. Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. *The Annals of Family ...* 2004;555–62.
25. Iliffe S, Kharicha K, Carmaciu C, Harari D, Swift C, Gerhard G, et al. The relationship between pain intensity and severity and depression in older people: exploratory study. *BMC Family Practice*. 2009;(10):54–60.
26. Have T Ten, Katz IR, Durai NB, Krahn DD, Llorente MD, Kirchner JE, et al. Effect of Depression Treatment on Depressive Symptoms in Older Adulthood: The Moderating Role of Pain. *The American Geriatrics Society*. 2007;55:202–11.
27. Reynolds CF, Cuijpers P, Patel V, Cohen A, Dias A, Chowdhary N, et al. Early Intervention to Reduce the Global Health and Economic Burden of Major Depression in Older Adults. *Annual Review Public Health*. 2012;(33):123–35.
28. Cui X, Lyness JM, Tu X, King D a, Caine ED. Does depression precede or follow executive dysfunction? Outcomes in older primary care patients. *The American journal of psychiatry*. 2007 Aug;164(8):1221–8.
29. Boyle LL, Porsteinsson AP, Cui X, King D a, Lyness JM. Depression predicts cognitive disorders in older primary care patients. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010 Jan;71(1):74–9.
30. Volkens AC, Nuyen J, Verhaak PFM, Schellevis FG. The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. *Journal of affective disorders*. 2004;(82):259–63.

31. Drayer RA, Mulsant BH, Lenze EJ, Rollman BL, Dew MA, Kelleher K, et al. Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005;(20):973–82.
32. Wijeratne C, Hickie I, Davenport T. Is there an independent somatic symptom dimension in older people? *Journal of Psychosomatic Reseach*. 2006;(61):197–204.
33. Portugal. Direcção Geral da Saúde. *Terapêutica farmacológica da depressão major e da sua recorrencia no adulto*. Lisboa:DGS; 2012
34. Marau J. O Desenho Infantil e o Círculo Familiar de Thrower em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral*. 2007;(23):319–25.
35. Pereira MG. Importância da Avaliação Familiar na Doença. *A Família em Medicina Geral e Familiar*. 2011. p. 63–76.
36. Georgina F, Sousa M, Erdmann AL. Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Rev Pesq Saúde*. 2010;11(1):60–3.
37. Agostinho M. Ecomapa. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23:327–30.
38. Burns a. Rating scales in old age psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*. 2002 1;180(2):161–7.
39. Scogin F, Shah A. Screening Older Adults for Depression in Primary Care Settings. *Health Psychology*. 2006;25(6):675–7.
40. Weintraub D, Oehlberg K. Test characteristics of the 15-item geriatric depression scale and Hamilton depression rating scale in Parkinson disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(2):169–75.
41. De Waal MWM, Van der Weele GM, Van der Mast RC, Assendelft WJJ, Gussekloo J. The influence of the administration method on scores of the 15-item Geriatric Depression Scale in old age. *Psychiatry research*. Elsevier Ireland Ltd; 2012 30;197(3):280–4.

42. Phelan E, Williams B, Meeker K, Bonn K, Frederick J, LoGerfo J, et al. A study of the diagnostic accuracy of the PHQ-9 in primary care elderly. *BMC Family Practice*. 2010;11:63–71.
43. Bech P. Rating scales in depression: limitations and pitfalls. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2006;207–15.
44. Bauer AM, Chan Y-F, Huang H, Vannoy S, Unützer J. Characteristics, Management, and Depression Outcomes of Primary Care Patients Who Endorse Thoughts of Death or Suicide on the PHQ-9. *Journal of general internal medicine*. 2012;
45. Sheeran T, Reilly CF, Raue PJ, Weinberger MI, Pomerantz J, Bruce ML. The PHQ-2 on OASIS-C: A new resource for identifying geriatric depression among home health patients. *Home Health Nurse*. 2010;28(2):92–104.
46. Anderson, M J Ellen, Michalak, Erin E, Lam RW. Depression in primary care: Tools for screening, diagnosis, and measuring response to treatment. *BCM J*., 2002;Vol. 44(No. 8):415–9.
47. Elsayy B, Higgins KE. The geriatric assessment. *American family physician*. 2011 Jan 1;83(1):48–56.
48. Magnil M, Gunnarsson R, Björkelund C. Using patient-centred consultation when screening for depression in elderly patients: a comparative pilot study. *Scandinavian journal of primary health care*. 2011 Mar;29(1):51–6.
49. Unützer J. Diagnosis and Treatment of Older Adults with Depression in Primary Care. *Society of Biological Psychiatry*. 2002;52:285–92.
50. Infarmed. *Prontuário Terapêutico*. Infarmed, Lisboa; 2011. p. 106–43.
51. Wiese BS. Geriatric depression: The use of antidepressants in the elderly. *BCM J*., 2011;7:341–7.
52. Maurício I. O envelhecimento activo/depressão em pessoas idosas: que intervenção nos cuidados de saúde primários em Portugal? 2010;55–65.

53. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of geriatric depression scale. *J Psychiatric Res.* 1983;17:37–49.
54. Kroenke K, RL S, Williams J. The PHQ-9 - Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16:606–13.
55. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry.* 1960;23:56–62.
56. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry.* 1979;134:382–9.
57. Radloff L. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement.* 1977;(1):385–401.
58. Alexopoulos G, Abrams R, RC Y, Shamoian C. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psych.* 1988;(23):271–84.

Anexo 1 – GDS-15 (53)

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a sua vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo mau lhe possa acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se desamparado (a) com frequência? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que existe muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Avaliação:

Total > 5 = suspeita de depressão

Anexo 2 - PHQ-9 (54)

Durante as últimas duas semanas com que frequência se sentiu incomodado por qualquer um dos problemas abaixo	Nenhuma vez	Vários dias	Mais de metade dos dias	Quase todos os dias
1. Falta de interesse ou prazer em atividades	0	1	2	3
2. Sentimentos de tristeza, depressão, falta de perspectiva	0	1	2	3
3. Alterações dos padrões de sono	0	1	2	3
4. Falta de energia/cansaço extremo	0	1	2	3
5. Diminuição ou aumento do apetite	0	1	2	3
6. Sentimentos de baixa autoestima	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas (ler o jornal, ver televisão)	0	1	2	3
8. Lentidão no movimento ou fala ao ponto de as outras pessoas repararem ou o oposto – estar tão agitado ou irrequieto que fica a andar de um lado para o outro mais do que o costume	0	1	2	3
9. Pensamentos sobre auto mutilação ou suicídio (estaria melhor morto)	0	1	2	3
TOTAL				

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

Nenhuma dificuldade __ Alguma dificuldade __ Muita dificuldade __ Extrema dificuldade __

Anexo 3 – HAM-D (55)

1) Humor depressivo (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0- Ausente

1- sentimentos relatados somente se perguntados

2- sentimentos relatados espontaneamente, com palavras

3- comunica os sentimentos não com palavras, mas com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro

4- o paciente comunica quase que exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal como na comunicação não-verbal

2) Sentimentos de culpa:

0- ausente

1- auto-recriminação, acha que decepcionou outras pessoas

2- idéias de culpa ou rumações de erros ou ações pecaminosas (más) no passado

3- paciente acha que a doença atual é uma punição (castigo). Delírio de culpa

4- ouve vozes que o acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

3) Suicídio:

0- ausente

1- acha que não vale a pena viver

2- deseja estar morto ou pensa em uma possível morte para si

3- idéias ou atitudes suicidas

4- tentativas de suicídio

4) Insónia inicial:

0- sem dificuldades para iniciar o sono

1- queixa de dificuldade ocasional para iniciar o sono, ou seja, mais que meia hora

2- queixa de dificuldade para iniciar o sono todas as noites

5) Insónia intermediária:

0- sem dificuldade

1- queixa de agitação e perturbação durante a noite

2- acorda durante a noite – qualquer saída da cama (exceto por motivos de necessidade fisiológica)

6) Insónia tardia:

0- sem dificuldade

1- acorda durante a madrugada, mas volta a dormir

2- não consegue voltar a dormir se levantar da cama durante a noite

7) Trabalho e atividades:

0- sem dificuldades

1- pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionados a atividades, trabalho ou passatempos

2- perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho, quer relatado diretamente pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão ou vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou outras atividades)

3- Diminuição no tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, o paciente ocupa-se por menos de três horas por dia em

atividades (trabalho hospitalar ou passatempos) com exceção das tarefas rotineiras da enfermaria

4- parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, sem atividades, com exceção das tarefas rotineiras da enfermaria, ou se não consegue realizá-las sem ajuda

8) Lentificação do pensamento e da fala, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora):

0- pensamentos e fala normais;

1- lentificação discreta à entrevista

2-lentificação óbvia durante à entrevista

3-entrevista difícil

4-estupor completo

9) Agitação:

0-nenhuma

1-inquietação

2-mexe as mãos, cabelos etc.

3-movimenta-se bastante, não consegue permanecer sentado durante a entrevista

4-retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10) Ansiedade psíquica:

0-sem dificuldade

1-tensão e irritabilidade subjetivas

2-preocupa-se com trivialidades

3-atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala

4-paciente expressa medo sem ser perguntado

11) Ansiedade - somática:

0-ausente

1-duvidoso ou trivial: sintomas menores, relatados quando questionados

2-leve: paciente descreve espontaneamente os sintomas, que não são acentuados ou incapacitantes

3-moderado: mais do que 2 sintomas e com maior frequência. São acompanhados de estresse subjetivo e prejudicam o funcionamento normal

4-grave: numerosos sintomas, persistentes e incapacitantes na maior parte do tempo, ou ataques de pânico quase diariamente

12) Sintomas gastrointestinais – somáticos:

0-nenhum

1-perda de apetite, mas come sem necessidade de insistência

2-dificuldade para comer se não insistirem

13) Sintomas somáticos gerais:

0-nenhum

1-peso em membros, costas ou cabeça; dor nas costas, na cabeça ou nos músculos. Perda de energia e fatigabilidade

2-qualquer sintoma bem caracterizado e nítido

14) Sintomas Genitais – (como perda de libido, distúrbios menstruais):

0-ausentes

1-leves ou raros: perda de libido, desempenho sexual prejudicado

2-óbvio e graves: perda completa do interesse sexual

15) Hipocondria:

0-ausente

1-auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2-preocupação com a saúde

3-queixas frequentes, pedidos de ajuda etc.

4-delírios hipocondríacos

16) Perda de Peso (desde o início da doença ou da última avaliação)

0-sem perda de peso ou perda de peso NÃO causada pela doença atual

1-perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo

2-perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais

17) Perda de Peso (desde o início da doença ou da última avaliação)

0-sem perda de peso ou perda de peso NÃO causada pela doença atual

1-perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo

2-perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais

Anexo 4 – MADRS (56)

A avaliação deve basear-se numa entrevista clínica que se inicie com perguntas genéricas sobre sintomas acompanhada por questões mais detalhadas que permitam a avaliação precisa da gravidade. O avaliador deve decidir se a avaliação se situa em graus definidos da escala (0, 2, 4, 6) ou entre eles (1, 3, 5).

1. Tristeza Aparente

Desânimo, tristeza e desespero refletidos na fala, expressão facial a postura.

Avaliar a severidade e a incapacidade de se alegrar

0. Nenhuma tristeza
2. Parece abatido, mas alegra-se sem dificuldades.
4. Parece triste e infeliz a maior parte do tempo.
6. Parece muito triste durante todo o tempo. Extremamente desanimado.

2. Tristeza Relatada

Relatos de humor depressivo, inclui abatimento, desânimo ou sentimento de desamparo e desesperança.

Avaliar intensidade, duração e grau com que se relata porque o humor é influenciado pelos acontecimentos.

- 0- Tristeza ocasional compatível com as circunstâncias.
- 2- Triste e abatido, mas se alegra sem dificuldades.
- 4- Sentimentos predominantes de tristeza ou melancolia. O humor é ainda influenciado por circunstâncias externas.
- 6- Tristeza, infelicidade ou desânimo contínuos e invariáveis.

3. Tensão Interior

Representando sentimentos de desconforto indefinido, inquietação, agitação interior, tensão mental crescente chegando até pânico, pavor ou angústia.

Avaliar de acordo com intensidade, frequência.

0- Tranquilo, apenas tensão interior fugaz.

2- Sentimentos ocasionais de inquietação e desconforto indefinido.

4- Sentimentos contínuos de tensão interna ou pânico intermitente que o doente só consegue dominar com alguma dificuldade.

6- Apreensão ou angústia persistente. Pânico incontrolável.

4. Insónia

Representando a experiência de redução de duração ou profundidade do sono comparadas com o padrão normal próprio do indivíduo quando está bem.

0- Dorme normalmente

2- Leve dificuldade para adormecer ou sono discretamente reduzido, leve ou interrompido.

4- Sono reduzido ou interrompido por, pelo menos, duas horas.

6- Menos de duas ou três horas de sono.

5. Diminuição Do Apetite

Representando o sentimento de perda de apetite quando comparado ao seu normal. Avaliar perda da vontade de comer ou necessidade de forçar-se a comer.

0- Apetite normal ou aumentado.

2- Apetite levemente diminuído.

4- Sem apetite.

6- É necessário ser sempre persuadido para comer.

6. Dificuldades de Concentração

Representando dificuldades em concluir ou organizar os pensamentos chegando à falta de concentração incapacitante.

Avaliar de acordo com a intensidade, a frequência e o grau de incapacidade resultante.

0- Sem dificuldade para se concentrar.

2- Dificuldades ocasionais em concluir ou organizar os pensamentos.

4- Dificuldade para se concentrar e sustentar o pensamento, que reduzem a capacidade para ler ou manter uma conversa.

6- Incapaz de ler ou conversar, a não ser com grande dificuldade.

7. Lassidão

Representando a dificuldade ou a lentidão para iniciar e realizar atividades rotineiras.

0 - Dificilmente apresenta qualquer dificuldade para iniciar atividades. Sem preguiça.

2 - Dificuldade para iniciar atividades.

4 – Dificuldade para iniciar atividades rotineiras simples, que são realizadas à custa de esforço.

6 - Lassidão completa. Incapaz de fazer qualquer coisa sem ajuda.

8. Incapacidade de Sentir

Representando a experiência subjetiva de interesse reduzido pelo ambiente ou por atividades que são normalmente prazerosas. A capacidade de reagir com emoção apropriada às circunstâncias ou às pessoas está reduzida.

0 - Interesse normal pelo ambiente e pelas outras pessoas.

2 - Capacidade reduzida de apreciar interesses rotineiros.

4 - Perda de interesse pelo ambiente. Perda de sentimentos pelos amigos e conhecidos.

6 - A experiência de estar emocionalmente paralisado, incapaz de sentir raiva, pesar ou prazer e uma falta de sentimentos completa ou mesmo dolorosa em relação a parentes próximos ou amigos.

9. Pensamentos Pessimistas

Representando pensamentos de culpa, inferioridade, auto-reprovação, pecado, remorso e ruína.

0- Sem pensamentos pessimistas.

2 - Ideias flutuantes de falha, auto-reprovação ou auto-depreciação.

4 - Auto-acusações persistentes ou idéias definidas, mas ainda racionais de culpa ou pecado.

Progressivamente pessimista sobre o futuro.

6 - Delírios de ruína, remorso ou pecado irremediável. Auto-acusações que são absurdas e inabaláveis.

10. Pensamentos Suicidas

Representando o sentimento de que não vale a pena viver, que uma morte natural seria bem-vinda, pensamentos suicidas e preparativos para suicídio.

Tentativas de suicídio por si só não devem influenciar a avaliação.

0 - Aprecia a vida ou a aceita como ela é.

2 - Enfastiado de viver. Pensamentos suicidas transitórios

4 - Provavelmente seria melhor morrer. Pensamentos suicidas são frequentes e o suicídio é considerado com uma solução possível, mas sem planos ou intenções específicas.

6 - Planos explícitos para o suicídio quando houver uma oportunidade. Providência para o suicídio.

Anexo 5 – CES-D (57)

	Raramente/ (menos que 1 dia)	Às vezes (1- 2 dias)	Ocasionalmen te (3-4 dias)	A maior parte do tempo (5-7 dias)
Na última semana	0	1	2	3
1) Fiquei incomodado por coisas que normalmente não me incomodam	0	1	2	3
2) Não me apetecia comer; não tinha apetite	0	1	2	3
3) Senti que não conseguia deixar de estar triste, mesmo com a ajuda da minha família e amigos	0	1	2	3
4) Senti que eu era tão bom como as outras pessoas	0	1	2	3
5) Tive dificuldades em me concentrar naquilo que estava a fazer	0	1	2	3
6) Senti-me deprimido	0	1	2	3
7) Senti que tudo o que fiz foi com muito esforço	0	1	2	3
8) Senti-me esperançoso em relação ao futuro	0	1	2	3
9) Pensei que a minha vida foi um fracasso	0	1	2	3
10) Senti medo	0	1	2	3
11) O meu sono não foi tranquilo	0	1	2	3
12) Estive feliz	0	1	2	3
13) Falei menos que o habitual	0	1	2	3
14) Senti-me sozinho	0	1	2	3
15) Senti que as pessoas foram antipáticas	0	1	2	3
16) Aproveitei a vida	0	1	2	3
17) Tive momentos de choro	0	1	2	3
18) Senti-me triste	0	1	2	3
19) Senti que as pessoas não gostavam de mim	0	1	2	3
20) Tive dificuldades em começar alguma coisa	0	1	2	3

A pontuação é dada pela soma de todos os itens, com a inversão da pontuação dos itens 4, 8, 12, 16

Anexo 6 – CSDD (58)

Este teste deve ser baseado nos sinais e sintomas ocorrentes na semana anterior à entrevista. Não deve ser dado valor se os sintomas resultarem de disfunção física ou doença.

Pontuação (se maior que 12 – depressão provável)

a – impossível de avaliar; 0- ausente; 1 – ligeiro a intermitente; 2- severo

A) Sintomas relacionados com o humor

1. Ansiedade: expressão ansiosa, ruminação, preocupação
2. Tristeza: expressão triste, choro fácil
3. Falta de reação a acontecimentos recentes
4. Irritabilidade: volátil,

B) Alterações de comportamento

5. Agitação
6. Lentificação: movimentos, discurso e reações lentificadas
7. Queixas físicas (se apenas gastrointestinais – 0)
8. Perda de interesse: menor envolvimento em atividade habituais

C) Sinais físicos

9. Perda de apetite
10. Perda de peso
11. Falta de energia

D. Funções cíclicas

12. Variação diurnal do humor: sintomas piores durante a manhã
13. Insónia inicial
14. Sono fragmentado
15. Insónia terminal

E. Distúrbios de ideação

16. Ideação suicida
17. Baixa auto-estima
18. Pessimismo
19. Ilusões de pobreza, doença