



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Faculdade de Ciências e Tecnologia

**DEPRESSÃO EM IDOSOS QUE
FREQUENTAM CENTROS DE DIA**

Ana Francisca Milheiro Santos Ribeiro Oliveira

Dissertação

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Trabalho sobre a Orientação de:

Mestre Isabel Ramalhinho

Doutor José Cabrita

2013



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

**DEPRESSÃO EM IDOSOS QUE
FREQUENTAM CENTROS DE DIA**

Ana Francisca Milheiro Santos Ribeiro Oliveira

Dissertação

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Trabalho sobre a Orientação de:

Mestre Isabel Ramalhinho

Doutor José Cabrita

2013

DEPRESSÃO EM IDOSOS QUE FREQUENTAM CENTROS DE DIA

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

(Ana Oliveira)

Copyright © Ana Oliveira

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.”

Resumo

A depressão classifica-se como sendo uma perturbação afectiva e é considerada um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. Afecta 121 milhões de pessoas e está em quarto lugar no ranking das principais causas de doença em todo o mundo. De etiologia complexa e multifactorial, a depressão provoca uma grande variedade de sintomas, muitos de natureza subjectiva, que diferem de indivíduo para indivíduo e que são facilmente atribuíveis a outras causas. Talvez por isso, apesar da sua alta prevalência, a depressão é frequentemente subdiagnosticada e subtratada.

A depressão pode atingir indivíduos de qualquer grupo etário mas os idosos são considerados um grupo de risco pois para além de já terem acumulado várias perdas ao longo da vida, sofrem frequentemente de depressões atípicas e de outras patologias o que dificulta o diagnóstico. Para além disso, os idosos são mais sensíveis a interações farmacológicas e aos efeitos adversos dos antidepressivos, o que pode dificultar a terapêutica.

Em Portugal tem havido um interesse crescente nesta temática devido à alta prevalência da depressão e ao envelhecimento da população.

Com esta investigação pretende-se caracterizar a população idosa utente dos centros de dia do concelho de Albufeira, estudar a influência de alguns fatores de risco para o desenvolvimento de depressão e analisar a sua terapêutica antidepressiva. Para isso realizou-se um estudo observacional, descritivo e com um desenho transversal.

Verificou-se suspeita de depressão em 66,7% dos inquiridos. Contudo 64,7% dos inquiridos que não tomavam antidepressivos apresentaram suspeita de depressão, o que indica que vários destes indivíduos podem estar subtratados. Verificou-se ainda que parece haver relação entre sintomatologia depressiva e o número de doenças crónicas, auto-perceção da saúde e da visão.

Palavras-chave: Depressão, Idoso, Centro de dia, Albufeira

Abstract

Depression is classified as a mental disorder and is considered one of the greatest public health problems in the world. It affects 121 million people and is fourth in the ranking of the leading causes of illness worldwide. Complex and multifactorial etiology, depression causes a variety of symptoms, many of the subjective nature, which differ from individual to individual and are readily attributable to other causes. Maybe that's why, despite its high prevalence, depression is often underdiagnosed and undertreated. Depression can affect individuals of any age group but the elderly are considered a risk group because, in addition to having already accumulated several losses throughout life, often suffer from atypical depression and other disorders which makes diagnosis difficult. In addition, the elderly are more sensitive to drug interactions and adverse effects of antidepressants which may hinder therapy.

In Portugal there has been a growing interest in this topic due to the high prevalence of depression and the aging of population.

With this research aims to characterize the elderly users of day care centers in the municipality of Albufeira, to study the influence of some risk factors for developing depression and analyze their antidepressant therapy. For that held an observational, descriptive and a cross-sectional design.

There is suspicion of depression in 66.7% of respondents. However 64.7% of respondents who were not taking antidepressants presented this suspicion, indicating that several of these individuals may be undertreated. It seems also that a relation between depressive symptomatology and the number of chronic diseases, the self-perception of health and vision.

Keywords: Depression, Elderly, Day care center, Albufeira

Agradecimentos

Agradeço à minha mãe pela fé que depositou em mim e agradeço ao meu pai por me encorajar a não ter medo de procurar mais longe.

Dedico ao André este trabalho por ser o meu maior apoiante, pelos bons conselhos e palavras meigas. Ter-te por perto tem sido o melhor presente que o destino me podia ter oferecido.

Aos meus amigos fiéis expresso a minha amizade e a promessa de que estarão sempre no meu coração, não interessa onde estejamos. À Luísa, ao Pedro, à Carina, à Ivone e ao Adão um muito obrigado por terem dado cor aos meus dias na Universidade do Algarve.

À Doutora Ester deixo um agradecimento por me ter ensinado o que significa ser farmacêutica e um melhor ser humano. Nunca esquecerei o tempo que passamos juntas.

Agradeço também a disponibilidade e a boa vontade das instituições que concordaram em participar neste estudo.

Por fim agradeço, à professora Isabel Ramalhinho e ao professor José Cabrita pela boa orientação e pelo apoio que me dispensaram para levar este trabalho a bom porto.

Índice

Índice.....	11
Índice de quadros.....	13
Índice de gráficos.....	14
Índice de tabelas.....	15
Índice de abreviaturas.....	16
I – A DEPRESSÃO E O SEU TRATAMENTO.....	18
1. Introdução.....	19
2. História da depressão.....	20
3. Conceito de depressão.....	22
4. Sinais e sintomas de depressão.....	23
5. Diagnóstico da depressão.....	25
6. Classificação da depressão.....	26
7. Fatores de risco da depressão.....	27
7.1. Fatores sócio-demográficos.....	27
7.2. Fatores psicossociais.....	28
7.3. Fatores biológicos.....	29
8. Prevenção das perturbações depressivas.....	31
9. Tratamento da depressão.....	34
9.1. Tratamento farmacológico.....	35
9.1.1. Antidepressivos tricíclicos (ADTs).....	37
9.1.2. Inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRSs).....	38
9.1.3. Inibidores da Monoamino-Oxidase (IMAO).....	40
9.1.4. Inibidores da recaptção da serotonina e da noradrenalina (ISRSN).....	42
9.2. Tratamento não farmacológico.....	43
9.3. Eletroconvulsioterapia (ECT).....	46
II – A DEPRESSÃO EM IDOSOS QUE FREQUENTAM CENTROS DE DIA.....	48
1. População idosa.....	49
1.1. Polimedicação no idoso.....	49
1.2. Adesão à terapêutica antidepressiva.....	51
2. A depressão no idoso.....	53

3. Objetivos da investigação.....	55
4. Metodologia.....	56
4.1. Desenho da investigação.....	56
4.2. População-alvo e amostra.....	56
4.3. As variáveis.....	56
4.4. Caracterização da amostra.....	57
4.5. Aspectos éticos.....	57
4.6. Recolha de dados.....	57
4.7. Instrumento de recolha de dados.....	57
4.8. Tratamento estatístico.....	59
5. Apresentação de resultados.....	61
6. Discussão de resultados.....	82
7. Conclusões.....	88
Bibliografia.....	89
Anexos.....	100

Índice de quadros

Quadro 1: Classificação dos sintomas da depressão.....	23
Quadro 2: Classificação dos sinais característicos da depressão.....	24
Quadro 3: ADTs comercializados em Portugal.....	38
Quadro 4: ISRSs comercializados em Portugal	40
Quadro 5: Fármacos e alimentos que podem interagir com IMAOs.....	41
Quadro 6: IMAOs-A comercializados em Portugal.....	42
Quadro 7: ISRSNs comercializados em Portugal.....	43
Quadro 8: Classificação consoante a pontuação obtida na EDG-15.....	59
Quadro 9: Terapia farmacológica antidepressiva utilizada por inquirido e a respetiva pontuação na EDG-15.....	80
Quadro 10: Interações farmacológicas encontradas na amostra.....	81

Índice de gráficos

Gráfico 1: Resultados da EDG-15, segundo o género.....	69
Gráfico 2: Resultados da EDG-15, segundo o número de doenças crónicas.....	70
Gráfico 3: Resultados da EDG-15, segundo a auto-classificação geral da saúde.....	71
Gráfico 4: Resultados da EDG, segundo a auto-classificação da visão.....	72
Gráfico 5: Resultados da EDG-15, segundo a auto-classificação da audição.....	73
Gráfico 6: Resultados da EDG-15, segundo a adesão à terapêutica.....	74
Gráfico 7: Resultados da EDG-15, segundo o índice de solidão.....	76
Gráfico 8: Resultados da EDG-15, tendo em conta o agregado familiar.....	77
Gráfico 9: Número de fármacos que constituem as terapêuticas farmacológicas seguidas pelos inquiridos.....	78

Índice de tabelas

Tabela 1: Género e respetivas frequências absolutas e percentagens.....	61
Tabela 2: Idade: média, quartis, moda, mínimo, máximo e desvio padrão.....	61
Tabela 3: Grupos etários e respetivas frequências absolutas e percentagens.....	62
Tabela 4: Escolaridade e respetivas frequências absolutas e percentagens.....	63
Tabela 5: Número de doenças crónicas e respetivas frequências absolutas e percentagens.....	64
Tabela 6: Frequência com que vai ao médico, frequências absolutas e percentagens.....	65
Tabela 7: Auxílio na toma da medicação, frequências absolutas e percentagens.....	66
Tabela 8: Agregado familiar, frequências absolutas e percentagens.....	67
Tabela 9: Pontuação na EDG-15, frequências absolutas e percentagens.....	68
Tabela 10: Adesão à terapêutica, frequências absolutas e percentagens.....	74
Tabela 11: Resultados da EDG-15, tendo em conta a toma de antidepressivos.....	79

Índice de Abreviaturas

ADTs – Antidepressivos Tricíclicos

CID – Classificação internacional de doenças

CID-10 – Classificação estatística internacional de doenças e de problemas relacionados com a saúde, 10ª revisão

ECT - Eletroconvulsioterapia

EDG – Escala de depressão geriátrica

EDG-15 – Escala de depressão geriátrica de 15 itens

IMAOs – Inibidores da monoamina-oxidase

ISRSs – Inibidores seletivos da recaptação de serotonina

ISRSNs – Inibidores seletivos da recaptação de serotonina e da noradrenalina

MEEM – Mini-exame do estado mental

OMS – Organização mundial de saúde

PRMs – Problemas Relacionados com Medicamentos

I – A DEPRESSÃO E O SEU TRATAMENTO

1. Introdução

A depressão é vista atualmente como um dos maiores problemas de saúde do mundo devido à sua alta morbidade e mortalidade.(1) Afeta 121 milhões de pessoas em todo o mundo, ocupando o quarto lugar entre as principais causas de doença. Se a sua incidência crescente persistir espera-se que até 2020 seja a segunda doença mais prevalente do mundo, ultrapassada apenas pela doença isquémica cardíaca.(2,3)

Em Portugal verificou-se através do 3º censo psiquiátrico, realizado em 2001, que a depressão era a segunda patologia mais frequente, causadora de 14,9% dos casos de consultas, internamentos e urgências, em instituições públicas e privadas.(4) Para além do sofrimento emocional que provoca, a depressão aumenta a vulnerabilidade a doenças físicas, encontra-se associada a uma pior aceitação e adesão aos tratamentos, diminui a qualidade de vida e o funcionamento dos pacientes com doenças crónicas, assim como os leva a recorrer mais aos serviços de saúde. É também a maior causa de incapacidade, sendo responsável por cerca de 12% do total de anos a viver com uma incapacidade. Por essa razão, o seu impacto social e económico é extremamente negativo, quer para os doentes, quer para as suas famílias e para a comunidade no geral. Para além dos custos gerados a longo prazo, verifica-se frequentemente uma quebra da produtividade no trabalho do doente deprimido e dos seus cuidadores. Assim, o investimento na saúde mental pode gerar grandes retornos em termos de prevenção de morte prematura e de incapacidade.(5) A depressão é também um dos fatores de risco mais significativos para o suicídio.(6)

Atualmente, os idosos têm uma grande importância na sociedade uma vez que é a classe mais representativa nos países ocidentais.(7) A depressão tem-se mostrado como a perturbação mental mais comum na comunidade idosa.(8) Cornélio citando Reynolds e Kupfer refere:

«A depressão na terceira idade tem graves consequências, incluindo o sofrimento dos doentes e dos prestadores de cuidados, a amplificação da incapacidade associada com perturbações do foro médico e cognitivas da terceira idade, o aumento dos custos com os cuidados de saúde e o aumento da taxa de mortalidade relacionada com o suicídio e doenças do foro médico.»(7)

2. História da depressão

A depressão está incluída numa antiga divisão egípcia das doenças mentais, que data dos 2600 anos A.C. e Hipócrates explicou-a pela primeira vez, através da teoria dos humores.(5) Segundo Hipócrates, a melancolia (designação utilizada para a depressão) devia-se a um excesso de bílis negra e o tratamento visava a sua eliminação através de alterações alimentares, ginástica, hidroterapia, medicamentos e ervas.(3)

Na Idade Média o misticismo e a religião substituíram a medicina racional na explicação das doenças. A melancolia passou a ser vista como um pecado e representava um afastamento de tudo o que era sagrado. No século V, Cassiano denominou a melancolia como demónio do meio-dia pois outros pecados podem assolar a noite mas a melancolia consumia dia e noite. O tratamento para esses casos sem esperança era colocar o melancólico a fazer trabalhos manuais e abandoná-lo, longe de todos.(3) Em 452 foi declarado no Concílio de Arles que o suicídio era inspirado pelo demónio e no Concílio de Orleans, em 533, determinaram-se penas eclesiásticas para o prevenir e castigar. Em 562 realizou-se o Concílio de Braga e os castigos a aplicar foram aumentados e em 693, no Concílio de Toledo foi determinado o castigo que se daria aos que se tinham tentado suicidar.(9) No século XIII a Inquisição multou ou aprisionou pessoas por sofrerem de melancolia.(3)

Depois da Idade Média, a melancolia, dependendo da cultura e da época, tanto foi glamourizada como estigmatizada. No século XVI o filósofo Marsilio Ficino defendia que a melancolia, presente em todos os homens, era a manifestação do anseio humano pelo grande e pelo eterno. Dizia que todo o génio é um melancólico. Já os pensadores ingleses continuaram, por um tempo, a acreditar que a melancolia provinha das relações com anjos maus ou das suas intromissões, porém as pessoas afligidas pelo mal não eram culpadas por essas intromissões.(3) Até o começo do século XVII, o debate sobre a melancolia continuou ligado à teoria dos quatro humores mas no final do século XVII e início do século XVIII, devido ao desenvolvimento científico, começa a haver uma mudança de mentalidade. René Descartes inaugura o racionalismo moderno e surge a convicção de que a razão humana é capaz de conhecer a origem, a causa e os efeitos das emoções e, pela vontade orientada pelo intelecto, é capaz de dominá-las. O reconhecimento da dicotomia entre corpo e mente vai provocar uma mudança

considerável nas perspetivas referentes à depressão: a mente, distinta do cérebro apresenta dúvidas e inconsistência mas não doença. A doença é um aspeto físico. São então formuladas questões que ainda hoje são discutidas: a mente influencia o corpo ou é o corpo que influencia a mente? A depressão é um desequilíbrio químico ou uma fraqueza humana?(3)

No século XVIII, Samuel Johnson criou o termo «depressão» para caracterizar «espíritos negativos» ou «inferiores».(5) Neste século, o trabalho duro foi considerado o melhor remédio para a depressão. Ainda hoje podem ser percebidas em alguns meios as ideologias desta época quando ouvimos frases como «a depressão é doença de quem não tem que fazer e o remédio é um tanque cheio de roupa suja para lavar.»(3) Já Esquirol voltou o seu interesse para a clínica e proclama que a psiquiatria deve ser entendida como uma medicina mental e deve buscar o seu entendimento na anatomia cerebral e não nos metafísicos (filósofos) ou nos moralistas (a Igreja).(10) O século XIX trouxe descobertas na biologia, na física, na química, na anatomia, na neurologia e na bioquímica, o que permitiu relacionar as doenças mentais com a patologia orgânica do cérebro. Este século também se caracterizou pelo grande número de manicómios construídos e ao grande número de internamentos realizados, pelo que foi designado por Pessotti como «o século dos manicómios».(3)

No século XX, os avanços ao nível da psicopatologia, farmacologia, anatomia, neurologia e genética possibilitaram um melhor conhecimento sobre esta doença. Emil Kraepelin, autor do *Compêndio de Psiquiatria* publicado em 1883, considerou que todas as doenças mentais tinham uma base bioquímica interna e separou a depressão em 3 categorias, da mais suave à mais grave. Adolf Meyer considerou o homem como um ser psicobiológico, sujeito a experiências e a ações sociais e biológicas que interferiam no seu desenvolvimento mental. Na década de 50 foram descobertos os antidepressivos o que representou um avanço importante no tratamento da depressão. Os mecanismos de ação destes fármacos baseiam-se nos neurotransmissores. Foram realizados vários estudos para se descobrir quais são os neurotransmissores que regulam as emoções mas ainda não existem pesquisas conclusivas.(3) Em 2001 foi publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o «Relatório Mundial da Saúde: Saúde Mental: nova conceção nova esperança», que alerta sobre o impacto negativo das perturbações mentais e sobre a importância da desmistificação de ideias pré-concebidas e de tabus relativos a estas doenças.(2)

3. Conceito de depressão

A depressão, também frequentemente denominada por perturbação depressiva ou ainda depressão unipolar, é uma doença mental caracterizada por uma sensação profunda e persistente de tristeza ou desespero.(11)

Messora, citando Gordilho apresenta a seguinte definição: «a depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, reconhecidamente de natureza multifatorial, envolvendo inúmeros aspetos de ordem biológica, psicológica e social.»(12)

Por sua vez Pereira, citando Lurie acrescenta: «A tristeza é diferente da depressão. A tristeza não implica desinteresse, enquanto a depressão muitas vezes implica. De facto, quando alguém está triste, muitas vezes está bastante interessado no que conduziu à tristeza. O mesmo se aplica ao pesar. Por muito doloroso que seja, o pesar, bem como o menos intenso luto, não implica depressão. Algumas pessoas pesarosas ou enlutadas podem desenvolver depressão, mas regra geral, isso não acontece. Para compreender a depressão é tão importante saber o que não o é, como o que é.»(13)

Segundo a OMS, depressão é uma desordem que implica uma sensação de tristeza, perda de interesse nas atividades diárias e diminuição da energia. Outros sintomas são a perda de confiança e auto-estima, ideias de morte e suicídio, diminuição da concentração e perturbações do sono e do apetite. Podem também estar presentes diversos sintomas somáticos. Embora os sentimentos depressivos sejam comuns, o diagnóstico da depressão só se faz quando os sintomas atingem um certo limiar e perduram por, pelo menos, duas semanas.(2) A sintomatologia depressiva é multifacetada e a forma como se manifesta é variável entre as pessoas o que dificulta o seu diagnóstico mas é essencial que se ultrapasse este problema para se proporcionar uma intervenção terapêutica mais rápida.(5)

4. Sinais e sintomas de depressão

A severidade, duração e frequência da sintomatologia da depressão varia muito, dependendo do doente, da sua cultura e do tipo de depressão.(14) No quadro 1 e no quadro 2, estão presentes os sinais e sintomas caraterísticos da depressão e respetivas classificações:

Quadro 1: Classificação dos sintomas da depressão.

Sintomas da depressão			
Emocionais	Cognitivos	Físicos	Volitivos
Desalento ou tristeza	Baixa auto-estima	Perda de apetite	Perda da Motivação
Insatisfação	Pessimismo	Fadiga	Impulsos suicidas
Perda de interesses	Sentimentos de culpa	Sono perturbado	Desejo de se afastar da sociedade
Vontade de chorar	Ruminação de	Obstipação	
Irritabilidade	problemas	Perda da libido	
Vazio	Pensamentos suicidas	Dor	
Temores	Delírios e alucinações	Inquietação	
Sentimentos negativos	Dificuldades de concentração		
Preocupação	Memória fraca		
Desespero			
Sensação de falhar			
Solidão			
Inutilidade			

Adaptado de Vaz. (15)

Quadro 2: Classificação dos sinais característicos da depressão.

Sinais			
Aparência	Lentificação psicomotora	Agitação psicomotora	Comportamento bizarro ou inadequado
Posição encurvada	Fala lenta	Atividade motora	Gestos suicidas
Rosto triste	Movimentos lentos	contínua	Negativismo
Falta de cooperação	Diminuição dos gestos	Torcer as mãos	Negar-se a comer ou beber
Afastamento social	Andar lento e vacilante	Arranhar a pele	Ímpetos de agressividade
Hostilidade		Medir os passos	Cair para trás
Suspeitas		Sono agitado	
Confusão mental e falta de clareza	Mutismo (casos severos)	Segurar os outros	
Variação diurna de humor	Cessar da mastigação e de engolir (casos severos)		
Aparência descuidada			
Ulcerações ocasionais na pele por se arranhar	Diminuição ou cessação do piscar (casos severos)		
Choro ou lamento			
Alterações do peso			

Adaptado de Vaz. (15)

5. Diagnóstico da depressão

Apesar do impacto que tem, a depressão é frequentemente subdiagnosticada.(16) Isto acontece porque o diagnóstico da depressão é bastante complexo: vários sintomas de natureza subjetiva, que podem passar mais ou menos despercebidos ou ser atribuídos a acontecimentos de vida e a outras patologias.(17) Nos idosos o reconhecimento é ainda mais difícil pois estes sofrem frequentemente de depressões atípicas e é comum os familiares e profissionais de saúde atribuírem os sintomas ao processo de envelhecimento ou a outras comorbilidades pré-existentes. (18)

Segundo Stuart Hamilton citado por Fernando Ferreira, todos nós experimentamos a depressão, em algum momento da nossa vida. (19) Contudo, só se faz o seu diagnóstico quando os sintomas atingem um certo limiar. (2) Para auxiliar o diagnóstico, foram criadas várias escalas que visam identificar e quantificar a gravidade da depressão. (17)

Apesar de não haver nenhum exame laboratorial que permita diagnosticar a depressão, estes podem ser úteis pois podem ajudar a determinar se a depressão é causada por uma perturbação física. Em casos de difícil diagnóstico pode-se recorrer a um eletroencefalograma, feito durante o sono uma vez que problemas relacionados com o sono são um sinal dominante da depressão. O objetivo do eletroencefalograma é medir, depois do indivíduo adormecer, o tempo que demora até ser atingida a fase REM (Rapid Eyed Movement). Numa situação normal, isto demora cerca de 90 minutos mas num indivíduo com depressão pode demorar menos de 70 minutos. (20)

6. Classificação da depressão

A classificação dos estados depressivos é complexa mas é útil para estabelecer as medidas terapêuticas mais adequadas.(17)

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10) é a versão portuguesa da International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, da OMS. A história da Classificação Internacional de Doenças (CID) remonta a 1983.(21) Inicialmente visava abranger as causas de morte mas o seu uso foi posteriormente ampliado para se conhecer as causas de morbilidade.(22)

Segundo o CID, a depressão é considerada, desde 1992, como um distúrbio de humor.(5)

De acordo com a CID-10, numa depressão típica, os doentes sofrem de:

- 1) tristeza, redução da energia e da atividade, diminuição do interesse e do prazer e fadabilidade
- 2) pessimismo, diminuição da auto-estima, ideação suicida, atos suicidas, culpa, alterações de apetite e do sono, diminuição da atenção e da concentração, alterações da atividade psicomotora (lentificação ou agitação).

Dependendo do número e da severidade dos sintomas, um episódio depressivo pode ser classificado como ligeiro, moderado ou grave:

1. Leve: Manifestam-se dois sintomas do primeiro agrupamento e dois ou três do segundo agrupamento.
2. Moderado: Estão presentes dois sintomas do primeiro agrupamento e três ou quatro do segundo agrupamento.
3. Grave: Estão presentes três sintomas do primeiro agrupamento e quatro ou mais do segundo agrupamento.(23)

7. Fatores de risco da depressão

Ninguém está imune às perturbações depressivas, mas existem fatores de risco sócio-demográficos, biológicos e psicossociais que podem contribuir para o seu desenvolvimento.(15)

7.1. Fatores sócio-demográficos

As variáveis sócio-demográficas são algumas das que, à partida, condicionam bastante o risco de depressão, pelo que serão apresentados os fatores de risco sócio-demográficos mais evidentes.

O género é um fator de risco para a depressão amplamente estudado. Estudos realizados em diferentes culturas, faixas etárias e nações têm indicado que a prevalência da depressão em mulheres é o dobro da prevalência da depressão nos homens.(24) A prevalência da depressão ligeira em mulheres ronda os 5%-9% enquanto que nos homens é de cerca de 2%-3%. Para a depressão grave a prevalência é semelhante em ambos os géneros. Uma em cada cinco mulheres sofrem de depressão em algum momento da sua vida; a depressão é transversal a todas as faixas etárias mas é especialmente comum em mulheres com idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos.(25) Apesar da depressão estar fortemente correlacionada com o género feminino, vários autores têm posto em causa este pressuposto pois as mulheres têm mais tendência a expressarem os seus sentimentos e a sintomatologia clássica associada à depressão pode ser mais facilmente aplicada ao sexo feminino.(26) As mulheres queixam-se mais frequentemente de sintomas somáticos, fadiga, alterações do comportamento alimentar e dos hábitos de sono ao passo que os homens manifestam mais agitação psicomotora e ideação suicida.(24) Apesar disso, as mulheres são as que mais tentam suicidar-se registando-se contudo maiores taxas de suicídio nos homens.(27)

A idade é um fator de risco a ter em conta: a depressão pode manifestar-se em qualquer idade mas é nas idades mais avançadas que atinge índices de mortalidade e morbilidade mais elevadas pois apresenta-se através de formas incharacterísticas, passíveis de não serem diagnosticadas e tratadas.(18) Vários estudos têm encontrado uma associação positiva entre o aumento da idade e sintomatologia depressiva, contudo outros estudos

têm demonstrado que, após o ajustamento de outras variáveis, os efeitos da idade desaparecem. (15) O envelhecimento é um processo que é caracterizado por uma diminuição da vitalidade e pela degradação física e mental, o que favorece o desenvolvimento de doenças crónicas.(28) Indivíduos que sofrem de doenças crónicas têm uma probabilidade superior de desenvolver depressão, quando comparados a indivíduos sem doenças crónicas.(29) As múltiplas perdas que são típicas durante o envelhecimento também se relacionam com o desenvolvimento de depressão.(7)

O estado civil é também um fator de risco de depressão já que indivíduos divorciados, separados, viúvos ou solteiros mostram-se mais vulneráveis à depressão comparativamente com os casados ou com os unidos de fato.(5) No geral, ser casado está associado a menores índices de depressão, especialmente para os homens.(17) No caso das mulheres o efeito protetor do casamento é menos marcante, tendo-se já encontrado alguns estudos em que a ocorrência da depressão foi maior em mulheres casadas. (30)

Nas últimas décadas tem-se assistido a uma mudança drástica na estrutura das famílias e a um acentuado envelhecimento populacional. Estes fatores levaram a uma crescente necessidade de institucionalização dos idosos o que levou a que vários autores se tenham dedicado ao estudo dos efeitos deste fenómeno na qualidade de vida destas populações.(15) Segundo um estudo realizado com 14217 participantes, idosos que residam em lares ou abrigos têm risco aumentado de depressão (OR=1,5).(31)

Baixo estatuto sócio-económico é considerado um fator de risco para a depressão.(26,32), assim como viver em áreas urbanas e possuir baixa escolaridade.(5)

7.2. Fatores psicossociais

O temperamento é descrito como o conjunto de características fisiológicas e psicológicas que são inatas e que influenciam a maneira como o indivíduo reage às situações. O temperamento inclui o humor predominante da pessoa ao longo da vida levando a que uma pessoa possa ser descrita como irritável, exuberante, calma, depressiva, ansiosa ou sensível. (33) Consoante o seu temperamento, um indivíduo pode estar mais ou menos predisposto a desenvolver sintomatologia depressiva.(17)

Vários modelos que visam explicar a depressão defendem que certos indivíduos são mais vulneráveis à depressão devido a acontecimentos que decorreram durante a sua

vida. Experiências como maus-tratos, separação ou perda de um progenitor, violência doméstica e doença mental parental durante a infância são exemplos clássicos de acontecimentos de vida que podem deixar a pessoa mais vulnerável.(5)

A solidão é um dos fatores de risco mais citados por diversos autores.(15) Um estudo realizado com 14217 participantes relatou que a ausência de um confidente foi significativamente associada com a depressão, com um OR de 3,4.(31)

Uma história prévia de depressão é também referenciada como um fator de risco para a depressão no idoso.(15)

7.3. Fatores biológicos

A depressão é uma doença extremamente heterogênea. Já se encontraram alterações biológicas ao nível dos neurotransmissores, células do sistema imunitário, sistema endócrino e ao nível da própria morfologia do cérebro.(34) Contudo, ainda não foi possível encontrar um bom marcador biológico para esta doença.(34,35)

Acredita-se que o património genético de cada um tem um papel importante na vulnerabilidade relativa às perturbações depressivas(36), sucesso da terapêutica e desenvolvimento de reações adversas.(35) Observações feitas por psiquiatras europeus no século XIX sugeriam que a depressão se parecia «concentrar» em certas famílias.(37) Em 1966 foram publicados dois estudos distintos que encontraram maior frequência desta patologia em indivíduos que tinham ou tiveram familiares com depressão.(36,37) Outros estudos semelhantes foram posteriormente realizados e obtiveram-se resultados concordantes: determinou-se que o risco para depressão unipolar (quando só se verifica depressão como alteração do humor) aumenta três vezes para indivíduos com familiares diretos com esta doença.(36,37) Também se efetuaram estudos com gémeos para se determinar se a depressão tinha uma base genética. Lima, Sougey e Filho referiram que Bertelsen et al., Torgersen, McGuffin e Katz e Kendler et al. verificaram que a taxa de concordância para a depressão em gémeos monozigóticos é duas a três vezes maior do que nos dizigóticos, reforçando a ideia de que a genética influencia a predisposição para as desordens psíquicas.(36) Estudos com adotados também se mostraram relevantes pois permitiram separar a influência do ambiente da influência do património genético. Apesar do número limitado de investigações, a maioria destes estudos é consistente com a presença de uma componente genética na depressão.(36,37) Wender et al. realizou um

desses estudos em 1986, com uma amostra de 71 dinamarqueses adotados com transtornos de humor e encontraram uma prevalência 8 vezes maior de casos de depressão unipolar e 15 vezes maior de casos de suicídio nos pais biológicos desses indivíduos, quando comparados com os seus pais adotivos.(36) Os avanços ao nível da genética permitiram o estudo de vários genes candidatos, sem que contudo se tenham chegado a resultados definitivos.(36,37)

As doenças crónicas, incapacidades e deficiências têm-se demonstrado importantes fatores de risco para o desenvolvimento da depressão.(15) Por outro lado, a depressão leva a uma maior probabilidade de vir a desenvolver uma doença crónica no futuro(29), maior mortalidade(16), maior probabilidade de não se obedecer às recomendações médicas(5), aumento da perceção de sintomas(29), aumento dos custos(5) e encontra-se associada a uma pior qualidade de vida(5). À medida que um indivíduo envelhece, a probabilidade de vir a desenvolver uma doença crónica aumenta, razão pela qual a depressão nos idosos ser caracterizada pela comorbilidade.(29) Segundo um estudo realizado em 2009 com 1720 participantes em Florianópolis, quanto maior o número de doenças crónicas maior o risco de depressão.(38) Diferentes doenças crónicas têm sido associadas à sintomatologia depressiva:

- Cardiopatias(16,39,40)
- Diabetes(41–43)
- Cancro(16,44–47)
- Osteoporose(15)
- Obesidade(29)
- Distúrbios da tiróide(16)
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)(48)
- Fibromialgia(49,50)
- Acidente Vascular Cerebral (AVC)(16)
- Esclerose múltipla(51)

8. Prevenção das perturbações depressivas

Segundo Cornélio, a prevenção em saúde mental consiste num conjunto de medidas que visam apoiar o indivíduo a realizar o mais plenamente possível o seu potencial e a evitar e/ou a reduzir a incidência de problemas futuros de ordem emocional, sócio-afetiva e cognitiva. Implementar hábitos de vida saudáveis, evitar o isolamento social e os maus-tratos, promover a auto-estima, o apoio social e o acesso à informação são fatores importantes para prevenir problemas ao nível da saúde mental.(7)

O aumento da esperança média de vida cria oportunidades não apenas para que as pessoas vivam mais anos mas também para melhorar a sua qualidade de vida. A percepção que as pessoas têm do seu bem-estar é um dos aspetos subjetivos vinculados à qualidade de vida. O bem-estar subjetivo está associado a um envelhecimento mais saudável, é um indicador de saúde mental e também sinónimo de felicidade. Encontra-se associado negativamente com sintomas depressivos e doenças físicas.(52)

A felicidade é um fenómeno predominantemente subjetivo, estando subordinada mais a traços psicológicos e sócio culturais do que a fatores externamente determinados. A identificação desses fatores favorece o desenvolvimento de abordagens preventivas, com potenciais repercussões nas áreas social e ocupacional. Comparações feitas entre grandes amostras populacionais de diferentes países demonstram diferenças consideráveis nos níveis de felicidade. No geral, países mais ricos reportam maiores índices de felicidade quando comparados com países mais pobres. Um grande estudo realizado em países da União Europeia entre 1973 e 1998 demonstrou que, ano após ano, cidadãos dinamarqueses tinham cinco vezes maior probabilidade de se declararem «muito satisfeitos» com as suas vidas quando comparados com cidadãos italianos ou franceses e doze vezes mais quando comparados com cidadãos portugueses. Contudo, vários países da América Latina têm índices de felicidade comparáveis aos do Japão e da Austrália, apesar de serem mais pobres. A literatura aponta que tanto para nações como para indivíduos, uma vez ultrapassado um limiar de subsistência com dignidade (incluindo comida, água e saneamento básico) o aumento do poder aquisitivo não se correlaciona com um incremento significativo nos níveis de felicidade. Em 2006 Kahneman *et al.* demonstraram que pessoas com poder aquisitivo acima da média não

são mais felizes do que a população geral pois esses indivíduos são mais tensos e não destinam mais tempo a atividades prazerosas. Embora vários dados indiquem que as mulheres são mais predispostas a transtornos ansiosos e depressivos, o género não é um fator preditor da felicidade: Inglehart (1990) entrevistou mais de 150 mil pessoas ao longo de 16 países e foi observado índices equivalentes de satisfação com a vida entre os dois géneros.(53)

Um fator que está moderadamente associado a maiores índices de felicidade é comprometimento com a fé, seja por meio da religiosidade, seja por meio da espiritualidade. A religiosidade pressupõe um sistema organizado de crenças e práticas ritualísticas ao passo que a espiritualidade consiste numa busca pelo significado da vida e pelo estabelecimento de uma relação com o sagrado, sem necessariamente recorrer a práticas religiosas ou à integração numa comunidade. As pesquisas indicam que as pessoas que se descrevem como religiosas ou espiritualistas tendem a reportar maiores índices de felicidade e parecem lidar melhor com eventos adversos tais como o desemprego, doenças ou luto.(53)

Os índices de felicidade costumam ser relativamente estáveis ao longo da vida de cada indivíduo e são menos dependentes de eventos externos do que se imagina pois mesmo eventos dramáticos ou extraordinários tais como sofrer uma lesão medular que causa tetraplegia ou vencer um prémio de loteria, não influenciam significativamente os níveis de felicidade reportados a longo prazo, como demonstraram Brickman *et al.* num artigo de 1978 que se tornou histórico. Segundo este trabalho, as pessoas reagem de forma intensa a eventos bons ou maus, mas tendem a adaptar-se a estes rapidamente, voltando a um nível de felicidade relativamente estável e semelhante ao que era previamente.(53,54)

Em 2002 foi feita uma pesquisa com 222 estudantes da Universidade de Illinois e recorreu-se a diferentes escalas de felicidade para comparar os 10% mais felizes com a média e com o grupo de pessoas mais infelizes dentro da amostra considerada. Verificou-se que os indivíduos mais felizes eram muito sociáveis e relataram relacionamentos românticos e interpessoais mais fortalecidos. Eram também mais extrovertidos, mais afáveis, tinham menores índices de neuroticismo e tiveram pontuações mais baixas em várias escalas de psicopatologia. Quando comparados com os grupos de pessoas menos felizes, os mais felizes não se exercitavam

significativamente mais, não se envolviam significativamente mais em atividades religiosas ou tinham experienciado mais eventos positivos. Os autores concluíram que isoladamente, nenhuma das variáveis testadas foi suficiente para a felicidade mas que ter boas relações sociais foi necessário.(55)

Em 2006 Cloninger sugere que as pessoas podem desenvolver o seu caráter e a sua felicidade e demonstrou que altos níveis de autodirecionamento, cooperatividade e autotranscendência correlacionam-se com uma maior frequência de emoções positivas e uma menor frequência de emoções negativas.(56)

Nas faixas etárias mais elevadas, deve-se ter em conta que o medo de envelhecer e as patologias associadas provocam pensamentos negativos como os de se sentirem inúteis ou aposentados e desencadeiam ideias de desvalorização. A discriminação para com os idosos deve-se aos valores típicos de uma sociedade que enaltece a juventude e subvaloriza o saber adquirido com a experiência de vida. Zenevick citando Berger e Maillox refere que os idosos não querem ser discriminados pela sociedade e querem ser aceites como seres humanos, com as suas necessidades e as suas possibilidades e ter os seus direitos assegurados. Segundo os autores, ao envelhecer de forma saudável, o ser humano apresenta não somente um bom estado de saúde física e mental, mas também se sente seguro respeitado, independente, reconhecido e integrado na sociedade.(57)

Doentes cujas vidas tenham sofrido severas ruturas por recorrência da depressão, ou seja, dois ou três episódios depressivos num período de cinco anos podem beneficiar de tratamento profilático, a fim de evitar recaídas. A profilaxia pode ser feita recorrendo a fármacos antidepressivos e a terapias psicológicas.(17) A educação do doente, o tratamento utilizado ou os grupos de auto-ajuda são uma mais valia para ajudar a reconhecer precocemente e enfrentar as perturbações depressivas, permitindo assim que o indivíduo participe ativamente no seu tratamento.(11)

9. Tratamento da Depressão

Devido à sua etiologia complexa, o tratamento da depressão deve ser personalizado e por isso, incluir uma dimensão biológica, social e psicológica. O sucesso da terapia antidepressiva encontra-se dependente da personalidade do doente, sendo essencial a sua participação ativa na escolha da terapêutica pelo que este deve ser informado pelo terapeuta das várias opções disponíveis. É por isso comum a recorrência a variadas associações de terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas.(58) Fatores como o tipo de depressão(59), severidade da depressão(58), preferências do doente(60), efeitos adversos(59), comorbilidades(60), toma de outros medicamentos(59), risco de suicídio(58), custo(59) e resposta à terapêutica antidepressora em situações anteriores(60) devem ser considerados nesta escolha.

Os objetivos da terapêutica antidepressiva devem visar a eliminação ou a redução dos sintomas, assegurar a adesão à terapêutica escolhida, minimização de efeitos adversos, restaurar o normal funcionamento da pessoa e prevenir futuros episódios depressivos.(61)

O tratamento da depressão pode durar vários anos e estar sujeito a recaídas e recorrências. Consideram-se várias fases que devem ser cuidadosamente pensadas durante o planeamento de uma intervenção:

- Fase aguda: esta fase dura entre 6 a 12 semanas e pretende-se diminuir ou,idealmente, eliminar a sintomatologia depressiva.
- Fase de continuação: considera-se o período compreendido entre 4 a 6 meses que seguem desde o início da fase aguda e têm como objetivo manter a melhoria obtida, evitando recaídas. No final da fase de continuação, o doente é considerado recuperado do episódio depressivo.
- Fase de manutenção: período que se segue após 6 meses desde o início da fase aguda; o objetivo desta fase é evitar que ocorra um novo episódio depressivo (recorrência).(59)

Quando um indivíduo não responde à estratégia terapêutica inicialmente estipulada, deve-se pesquisar por eventuais situações que tenham passado despercebidas,

nomeadamente o abuso de álcool e drogas, sintomas psicóticos ou problemas médicos. É também importante que seja tido em conta a adesão à terapêutica e que se proceda à determinação dos níveis sanguíneos de antidepressivos. Depois de se levar em conta todos estes parâmetros, é estipulada uma nova estratégia terapêutica.(6) Por último, a segurança do indivíduo deprimido deve ser considerada prioritária, pelo que a hospitalização, voluntária ou involuntária, deve ser levada a cabo, caso esta segurança esteja potencialmente comprometida.(20)

9.1. Tratamento farmacológico

O termo «antidepressivo» abrange uma extensa variedade de moléculas que tem a capacidade de melhorar o profundo estado de tristeza que caracteriza as doenças depressivas. (62)

Ao longo dos séculos recorreram-se a substâncias como os barbitúricos, o ópio, o álcool, as anfetaminas e o hidrato de cloral para tratar a depressão.(63) Contudo, estas substâncias traziam várias complicações e por isso, até à primeira metade do século XX, a eletroconvulsoterapia (ECT), era a terapêutica de eleição na depressão.(64) Nos anos 50 deu-se uma revolução na terapêutica da depressão, com a introdução de dois dos principais grupos de antidepressivos usados atualmente, os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os inibidores da monoamina-oxidase (IMAOs).(63) A sua descoberta foi feita de forma acidental quando em 1952 se desenvolveu a iproniazida, para tratar a tuberculose e se verificou que os doentes tratados com este medicamento ficavam mais bem-dispostos e otimistas.(64) Paralelamente, em 1958, surgiu a imipramina, o primeiro antidepressivo tricíclico.(65)

O desenvolvimento destes dois fármacos iniciou uma nova era na terapêutica antidepressiva pois remeteu a ECT, para casos específicos, substituindo-a como terapia de eleição.(63)

Embora eficazes, estes antidepressivos apresentavam efeitos adversos indesejáveis devido à inespecificidade da sua ação. Na tentativa de se preservar a eficácia antidepressiva e diminuir os efeitos adversos, foram introduzidos nos anos 70, os antidepressivos atípicos ou de segunda geração (maprotilina, nomifensina, trazodona, mianserina, entre outros). Contudo estes não trouxeram a anunciada revolução na terapia antidepressiva, quer em termos de eficácia quer em termos de segurança. Só nos

anos 80, com a introdução dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRSs) é que se deu a esperada revolução, o que abriu caminho para a introdução de novas classes de antidepressivos.(63) Atualmente dispomos de um vasto arsenal terapêutico para tratar as desordens depressivas.

Os vários agentes antidepressivos diferem pouco no que toca à eficácia mas apresentam diferentes mecanismos de ação, potencial para interações, risco de toxicidade e efeitos adversos.(66) Por essa razão, a escolha de um antidepressivo deve levar em conta vários fatores:

- Possíveis efeitos adversos: a escolha pode ser feita no sentido de evitar efeitos adversos indesejáveis ou com o objetivo de tirar partido de um efeito adverso (por exemplo um doente que sofra de insónias poderá beneficiar com a toma de um antidepressivo que provoca sedação).(67)
- Custo.(68)
- Outras comorbilidades: certos antidepressivos podem causar problemas ou ajudar a tratar comorbilidades pré-existentes; este é um fator que deve ser cuidadosamente considerado na população idosa, uma vez que a presença de outras doenças é bastante comum.(67)
- Experiência do médico no manejo de um determinado antidepressivo.(69)
- Resultados obtidos com parentes do doente.(67,69)
- Possíveis interações com outros medicamentos ou alimentos.(67)
- Em caso de gravidez ou aleitamento deve-se procurar uma alternativa segura para estas situações.(67)
- Toxicidade em caso de sobredosagem.(70)
- Características do doente em questão, tais como o género, idade e o subtipo de depressão (por exemplo indivíduos com depressões atípicas parecem responder melhor aos IMAOs do que aos ADTs).(66)

Considerando estes fatores, não é plausível defender a superioridade de um antidepressivo sobre os outros, nem quanto à eficácia, nem quanto à tolerabilidade. Diferentes antidepressivos podem ser preferíveis para um dado doente, consoante a situação clínica. É essencial que o médico conheça tanto o doente que irá tratar quanto o perfil de efeitos adversos e de possíveis interações medicamentosas dos antidepressivos para poder escolher o mais adequado.(70)

9.1.1. Antidepressivos Tricíclicos (ADTs)

Pensa-se que os ADTs inibem a recaptação neuronal por um mecanismo de inibição competitiva, uma vez que a sua conformação é parecida com a da noradrenalina. (71) Os ADTs atuam na recaptação da noradrenalina, serotonina e dopamina, aumentando a duração da sua ação nos neurónios pós- sinápticos. Contudo os ADTs também atuam nos recetores colinérgicos, adrenérgicos e histaminérgicos, o que provoca os seus principais efeitos adversos. Alguns dos principais efeitos adversos são: mucosas secas, visão enevoada, retenção urinária, prisão de ventre, alterações do sono, tonturas, delírio, hipotensão, disfunção sexual, ganho de peso, sedação, entre outros.(72) Também podem ocorrer tonturas, náuseas, diarreia, insónia e agitação em caso de retirada abrupta dos ADTs.(73) A sua utilização atualmente não se encontra reservada ao tratamento da depressão e estende-se a patologias como ataques de pânico, desordens alimentares, dores crónicas, transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade, hiperatividade com deficit de atenção, profilaxia da enxaqueca e enurese.(74)

A toma destes fármacos deve ser iniciada com pequenas doses e a partir daí, aumenta-se progressivamente a dose se estes forem bem tolerados.(17) Apesar de só se sentir completamente os benefícios da medicação ao fim de aproximadamente 4 semanas, os efeitos adversos podem ser precoces. Este aparecimento precoce de efeitos adversos pode conduzir ao abandono da terapêutica; para os evitar pode-se recorrer ao fracionamento da dose diária. Nos idosos, devido a alterações físicas e metabólicas características da idade, são mais suscetíveis a efeitos adversos e o tratamento só atinge o seu efeito ótimo ao fim de 6 semanas.(69) Após este período de adaptação, é muitas vezes possível dar-se a dose total à noite, permitindo melhoras ao nível do sono e da adesão à terapêutica.(17) A retirada dos ADTs deve ser lenta e gradual a fim de evitar os sintomas caraterísticos da retirada abrupta do fármaco.(69)

Relativamente ao risco de overdose em caso de tentativa de suicídio, os antidepressivos tricíclicos têm um índice terapêutico baixo, contudo o seu acesso não é difícil na medida em que são baratos e podem ser prescritos para outras patologias.(74)

Os sintomas de uma intoxicação provocada por ADTs são predominantemente anticolinérgicos (boca seca com sabor azedo ou metálico, dor epigástrica, midríase, constipação, lentificação do esvaziamento gástrico e dos movimentos intestinais, taquicardia, visão turva, retenção urinária, fraqueza e fadiga) e cardiovasculares

(hipotensão, arritmias, taquicardia, fibrilação, bloqueio atrioventricular e intraventricular, taquicardia sinusal, prolongamento dos intervalos PR, QRS e QTc). A sudorese também é um sintoma comum porém, o mecanismo que o desencadeia permanece desconhecido.(74)

O uso de ADTs em idosos pode ser seguro e eficaz desde que seja feita uma monitorização adequada.(70)

No quadro 3 encontram-se os ADTs atualmente comercializados em Portugal:

Quadro 3: ADTs comercializados em Portugal.(75)

Antidepressivos Tricíclicos
Amitriptilina
Clomipramina
Dosulepina
Maprotilina
Nortriptilina
Trazodona
Trimipramina
Imipramina

9.1.2. Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRSs)

Os ISRSs são o resultado de uma pesquisa racional para encontrar medicamentos tão eficazes como os antidepressivos tricíclicos mas com menos problemas de tolerabilidade e segurança.(72) Para além de poderem ser usados no tratamento da depressão, os ISRSs podem ser utilizados em perturbações do comportamento alimentar e em ansiedade generalizada.(76) A fluoxetina tem inclusivamente sido largamente utilizada nos EUA para melhorar o humor e a auto-confiança de pessoas sem uma perturbação psiquiátrica formal.(17)

Por inibirem a recaptação da serotonina de forma seletiva, apresentam pouca afinidade para recetores adrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos, os seus efeitos adversos mais comuns resultam do próprio bloqueio da recaptação da serotonina: vômitos,

náuseas, insônia, diarreia, ansiedade, agitação, acatisia, tremor, cefaleias e disfunção sexual.(70)

Os ISRSs são considerados por muitos autores como a primeira escolha terapêutica no tratamento da depressão no idoso devido ao seu perfil mais vantajoso de efeitos colaterais. Contudo não são isentos de riscos:

- A diminuição de apetite que pode ocorrer pode ter consequências indesejáveis para indivíduos debilitados;
- Foram descritos efeitos extrapiramidais como parkinsonismo, reações distônicas e acatisia, além de piora em doentes com Parkinson ou que estejam a usar neurolépticos;
- Os sintomas de descontinuação dos ISRSs, mais evidentes com a paroxetina, incluem alterações de humor, de apetite e de sono;
- Foi relatado, após introdução de ISRSs em idosos, hiponatremia por síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética;
- Podem ocorrer efeitos cardiovasculares associados à utilização da fluoxetina: síncope, bradicardia, arritmias e hipotensão ortostática.(70)

Os ISRSs podem também provocar um aumento preocupante dos níveis de serotonina e provocar um síndrome serotoninérgico.(77) Normalmente este ocorre quando há uma associação de substâncias que aumentam os níveis de serotonina. Alimentos com tiramina ou triptofano, ISRSs, ADTs, simpaticomiméticos, triptanos, derivados ergotamínicos e hipericão são exemplos de substâncias que podem desencadear um síndrome serotoninérgico.(78)

Ainda assim, os ISRSs são mais seguros do que os ADTs em caso de overdose, na medida em que apresentam um maior índice terapêutico. A ingestão de uma dose 30 vezes superior à dose terapêutica pode produzir sintomas ligeiros ou até nem produzir sintomas de intoxicação.(74) Em 2011, foram reportados ao centro de venenos dos EUA 46587 casos de ingestão de inibidores seletivos da recaptção da serotonina mas apenas 2 desses casos foram fatais.(79)

Os sintomas mais comuns na sobredosagem com ISRSs são:

- Anormalidades cardíacas(79)

- Depressão do sistema nervoso central(79)
- Convulsões(79)
- Síndrome serotoninérgica que pode incluir uma grande variedade de sintomas tais como ansiedade, agitação, confusão mental, hipomania, alucinações, tremores, hipertonia, hiperreflexia, incoordenação, febre , sudorese, náusea, vômitos, diarreia, hipertensão, convulsões, rabdomiólise, coagulação intravascular disseminado e coma.(78)

Os ISRSs podem ser administrados na dose recomendada depois de um ou poucos dias de uso de menor dose. A duração do tratamento deve ser igual à dos ADTs mas, ao passo que alguns fármacos têm de ser retirados de forma gradual, outros podem ser suspensos de uma só vez (p.e. a fluoxetina).(69)

Entre os ISRSs existentes, o citalopram e a sertralina são os mais vantajosos pois são os que têm menor potencial para interações medicamentosas, meia-vida mais curta e foram os mais estudados.(70)

No quadro 4 encontram-se os ISRSs comercializados em Portugal:

Quadro 4: ISRSs comercializados em Portugal.(75)

Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
Citalopram
Escitalopram
Fluoxetina
Fluvoxamina
Paroxetina
Sertralina

9.1.3. Inibidores da Monoamino-Oxidase (IMAOs)

Os IMAOs promovem o aumento da concentração de neurotransmissores na fenda sináptica por inibição da enzima responsável pela sua degradação, a monoamina oxidase.(80) Os IMAOs podem ser classificados como inibidores reversíveis ou irreversíveis da monoamina oxidase e como não seletivos ou seletivos para a isoforma A.(70)

Existem 2 tipos de MAO conhecidas, a MAO-A e a MAO-B. A MAO-A desamina preferencialmente a noradrenalina e a serotonina e é expressa preferencialmente em neurónios noradrenérgicos. Já a MAO-B metaboliza preferencialmente a feniltilamina e é expressa em neurónios serotoninérgicos e histaminérgicos. A dopamina e a tiramina são metabolizadas por ambas as isoformas.(81)

Para além da sua acção antidepressiva, os IMAOs são eficazes em estados fóbicos e na ansiedade.(17)

Os IMAOs podem causar vários efeitos adversos e podem causar interações potencialmente perigosas com fármacos simpaticomiméticos e alimentos com tiramina. Estas interações podem produzir dores de cabeça, palpitações e, raramente, uma crise hipertensiva que conduz a um AVC ou morte súbita.(17)

Quadro 5: Fármacos e alimentos que podem interagir com IMAOs.

Interações com IMAOs	
Fármacos	Alimentos
ISRSs	Queijo
Anfetaminas	Vinho tinto
L-Dopa	Cerveja
Fenfluramina	Aves (caça)
Anestésicos locais	Peixe fumado
Efedrina	

Adaptado de Barraclough.(17)

Os efeitos adversos mais comuns dos IMAOs são: boca seca, náusea, diarreia, obstipação, dor de cabeça, sonolência, insónia e tonturas.(82) Outros efeitos adversos menos comuns incluem palpitações, alterações da pressão sanguínea, desmaios e acidente vascular cerebral.(83)

Devido a estes problemas ao nível da segurança dos IMAOs, estes fármacos são frequentemente reservados para os casos em que os outros antidepressivos não resultam.(82)

Uma overdose com IMAOs não seletivos inclui sintomas como agitação, alucinações, hiperreflexia, febre e convulsões. Tanto pode ocorrer hipotensão como hipertensão.(81)

Contudo, o desenvolvimento dos IMAO-A, reversíveis e seletivos, ofereceu uma opção mais segura, com resposta pressórica mínima a alimentos com tiramina, minimizando assim a necessidade de restrições dietéticas.(81) É também mais segura em caso de overdose, quando comparada com ADTs.(84)

Vários estudos têm apontado para a eficácia da moclobemida em idosos deprimidos quando comparados com placebo e com outros antidepressivos, com boa tolerabilidade.(70)

Em Portugal, os IMAOs irreversíveis não chegaram sequer a ser introduzidos no mercado. Com o desenvolvimento dos IMAOs-A foram introduzidos 2 representantes desta classe de antidepressivos no mercado português.(85)

Quadro 6: IMAOs-A comercializados em Portugal.(75)

IMAOs comercializados em Portugal
Moclobemida
Pirlindol

9.1.4. Inibidores da Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina (ISRSNs)

Os ISRSNs foram desenvolvidos com o objetivo de oferecerem uma opção mais segura em caso de overdose, quando comparados com os ATC e os IMAO. Desde a sua introdução em 1994, que a utilização da venlafaxina, o princípio ativo representante dos ISRSNs, foi aumentando progressivamente. Os ISRSNs podem ser usados em outras desordens tais como desordens de pânico, desordens obsessivo-compulsivas, hiperatividade, tricotilomania, dor crónica e fibromialgia.(74)

Os ISRSNs inibem a recaptação da serotonina, noradrenalina e dopamina (fracamente), tal como os ADTs mas teoricamente não bloqueiam os recetores colinérgicos, histaminérgicos e adrenérgicos α -1. Apesar disso, apresentam efeitos colaterais característicos de acção anticolinérgica, tais como boca seca e obstipação. Os ISRSNs alteram também a sensibilidade dos recetores β -adrenérgicos após dose única, ao contrário de outras classes de antidepressivos, podendo resultar num início de acção mais rápido.(72)

Os efeitos colaterais mais frequentemente associados à utilização dos ISRSNs são náuseas, sonolência, tonturas, boca seca, sudorese, insónia e constipação. Alguns doentes apresentam elevação transitória da pressão arterial, dose-dependente, o que implica a monitorização da pressão arterial durante o tratamento.(80) Foram também descritos casos de hiponatremia e síndrome serotoninérgica com o uso de venlafaxina.(70,80) Já a duloxetina por seu turno, pode piorar problemas ao nível do fígado.(86)

Os ISRSNs são desaconselhados quando há risco de suicídio. Segundo um estudo que considerou 538 casos de overdose com antidepressivos, a venlafaxina tem uma maior probabilidade de provocar síndrome serotoninérgica quando comparada com os ATCs.(87) As doses capazes de desencadear toxicidade variam consoante o ISRSN em questão.(74)

Vários estudos sugerem que a venlafaxina é eficaz e bem tolerada na população idosa.(70) A dose deve ser ajustada em casos de comprometimento hepático ou de comprometimento renal.(72)

A interrupção abrupta do tratamento com ISRSNs pode provocar uma síndrome de descontinuação caracterizada por tonturas, diarreia, urgência em urinar, ansiedade e sintomas semelhantes aos da gripe (dores musculares, calafrios e cansaço).(86)

Quadro 7: ISRSNs comercializados em Portugal.(75)

Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina
Duloxetina
Milnaciprano
Venlafaxina

9.2. Tratamento não farmacológico

Alguns estudos têm sugerido que a associação da terapia farmacológica com terapias não farmacológicas é vantajosa. Segundo Reynolds et al., a associação de nortriptina e de psicoterapia interpessoal foi a estratégia terapêutica mais eficiente para prevenir ou retardar uma recorrência. Wilson et al. verificou que os indivíduos que foram tratados

com terapia cognitivo comportamental e o tratamento usual, apresentavam menos sintomas depressivos do que os indivíduos que receberam apenas o tratamento usual.(88)

Vários autores indicam que a associação da farmacologia com a psicoterapia permite obter uma intervenção mais efetiva.(58,89) Para além desta intervenção mais efetiva, segundo defensores da psicoterapia, este tipo de intervenções conferem ganhos permanentes, que persistem à descontinuação das sessões e reduzem o risco de recidivas.(90)

Na população idosa, a psicoterapia oferece várias vantagens(88):

- Muitos idosos preferem abordagens não farmacológicas;
- Não há risco de interações farmacológicas;
- Não há risco de reações adversas.

Pode-se recorrer a várias abordagens da psicoterapia, tais como a terapia cognitivo comportamental, psicoterapia interpessoal, psicoterapia de solução de problemas, entre outras.(91)

A atividade física também pode ter utilidade no tratamento da depressão. Por atividade física entende-se qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta num gasto energético maior do que os níveis de repouso. Já o exercício físico consiste numa atividade física planeada, estruturada e repetitiva que tem como objetivo final ou intermediário, aumentar ou manter a saúde e a aptidão física.(1) Para além dos benefícios fisiológicos a que o exercício físico está associado, também existem benefícios psicológicos tais como redução da ansiedade, da depressão e uma melhoria no humor.(92,93) São necessários mais estudos para demonstrar que estes efeitos são extensíveis à população idosa.(94) Contudo, já foram publicados alguns artigos que apontam nessa direção:

- Blumenthal et al.(95) randomizaram os idosos em 3 grupos: exercício físico, terapia farmacológica ou uma combinação de ambos. Verificou-se que o exercício é eficiente como terapia antidepressiva, mesmo quando é utilizado isoladamente. Babyak et al.(96) verificaram ainda em outro estudo que recorreu a essa mesma amostra randomizada, que o grupo que apenas praticou exercício físico apresentou menos recaídas que os restantes grupos.

- Mather et al.(97) submeteram 86 idosos a aulas de ginástica coletiva ou a reuniões e palestras com psicólogos por 12 semanas e verificaram que em ambos os grupos houve redução dos níveis de depressão, mas esta redução foi mais significativa para os idosos inseridos no grupo que participou em aulas de ginástica.

Apesar dos avanços da medicina convencional, tem havido um crescimento exponencial no interesse e no uso de medicinas complementares e alternativas, principalmente em países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento as medicinas não convencionais também são um elemento significativo no tratamento.(98)

No tratamento da depressão, diversas medicinas complementares têm-se mostrado úteis.(11) Considera-se que a medicina complementar consiste numa prática com fins terapêuticos, que é usada juntamente com a medicina convencional.(99)

Em 2007 foi publicado um estudo sobre a eficácia do tratamento homeopático na depressão que recorreu a 15 participantes brasileiros com idades compreendidas entre os 23 e os 70 anos. Cada doente recebeu um medicamento homeopático individualizado para o seu caso clínico. Dos 15 participantes tratados, 14 apresentaram resposta terapêutica após uma média de sete semanas de tratamento. Estes resultados sugerem que a homeopatia pode ser uma alternativa terapêutica no tratamento da depressão. Contudo, mais estudos são necessários para corroborar estas conclusões.(100) Os estudos sobre a eficácia da homeopatia escasseiam por várias razões:

- Dificuldade em se desenvolver redes de tratamento homeopático que permitam estudos com um grande número de doentes;
- Falta de investigadores em homeopatia;
- Ausência de financiamento adequado para apoiar estudos de boa qualidade;
- Desafios próprios à metodologia homeopática, como a individualização do medicamento.(101)

A terapia assistida por animais é também um bom exemplo de uma medicina complementar. Esta terapia utiliza animais e os seus treinadores para conseguir atingir objetivos específicos físicos, sociais, cognitivos e emocionais com os doentes.(11) O conceito de terapia assistida por animais foi primeiramente mencionado pelo psicoterapeuta infantil Boris Levinson, que chegou a utilizar o seu cão nas suas

consultas.(102) Segundo um estudo efetuado com animais de quinta, esta terapia revelou-se promissora, especialmente em indivíduos depressivos na medida em que reduziu a depressão e a ansiedade e aumentou a auto-eficácia (convicção de uma pessoa na sua própria capacidade de realizar uma determinada tarefa). Os efeitos benéficos eram maiores em participantes que executaram tarefas mais complexas.(103)

A terapia lumínica consiste na exposição a uma luz artificial que mimetiza a luz natural e é muito útil para controlar a perturbação afetiva sazonal. A terapia lumínica também pode ser útil em outros tipos de depressão e desordens do sono.(104)

9.3. Eletroconvulsioterapia (ECT)

A ECT é um procedimento através do qual correntes elétricas são passadas através do cérebro, provocando ocasionalmente uma breve convulsão, o que leva a mudanças na química do cérebro que podem reverter rapidamente os sintomas de algumas doenças mentais.(105)

A ECT foi criada em 1938 por Cerletti e Bini e vem sendo usada na prática clínica desde então. É um dos tratamentos mais antigos na terapia das doenças depressivas, apesar da sua utilização continuar a ser muito controversa, devido a períodos de utilização abusiva em instituições psiquiátricas, falta de informação e a apresentações desfavoráveis pelos meios de comunicação.(33) Contudo, a ECT é segura desde que seja feita em ambiente hospitalar ou numa clínica, com pessoal treinado e recorrendo a anestesia geral.(58) Geralmente, são feitas 5 a 7 sessões de tratamento.(20)

Bastante eficiente, esta intervenção é indicada para idosos com depressão severa associada, ou não, à demência, risco de interações medicamentosas, risco de suicídio, grávidas com depressão grave, casos de depressão resistente à terapia farmacológica ou casos em que, por qualquer razão, não se pode recorrer à terapia farmacológica.(33)

A ECT não apresenta contra-indicações absolutas, sendo que as contra-indicações relativas incluem a presença de tumor intracraniano com aumento da pressão intracerebral, função miocárdia instável e nível de risco da American Society of Anesthesiology correspondente a 4 ou 5.(106)

Desde que foi introduzida, a voltagem utilizada foi progressivamente sendo reduzida, o que contribuiu para a redução dos efeitos adversos. Mesmo assim, existem efeitos

adversos associados a este procedimento que ainda se podem verificar: confusão por um curto período de tempo, dor de cabeça, alterações na PA, perda de memória, náuseas, taquicardia ou outros problemas cardíacos.(107)

II- A depressão em idosos que frequentam centros de dia

1. População Idosa

Em Portugal tem-se verificado um envelhecimento populacional crescente.(7) Segundo as Estatísticas Demográficas de 2012, manteve-se a tendência de envelhecimento demográfico, resultante da redução do peso relativo da população jovem (de 14,9% em 2011 para 14,8% em 2012) e da população em idade ativa (de 66,0% em 2011 para 65,8% em 2012) e ainda do aumento da proporção de pessoas idosas (de 19,0% em 2011 para 19,4% em 2012). Este comportamento reflete a descida continuada da natalidade, o aumento da longevidade e, mais recentemente, o crescimento dos fluxos emigratórios.(108) Com a ocorrência destas alterações na sociedade portuguesa, tornou-se necessário conceber novas formas de intervenção e ajustar as respostas sociais já existentes à nova realidade, nomeadamente com uma maior dinamização do apoio social, desenvolvimento de estruturas de convívio, combate ao isolamento e à exclusão social no idoso.(15)

Envelhecer é um processo comum a todos os seres vivos, que evoca um desenvolvimento contínuo embora mais marcado na última fase da vida e que culmina com a morte. Para além de doenças crónicas que ao longo deste processo podem ocorrer, também se verificam alterações a nível psicológico, físico e social que conduzem a doenças específicas da idade.(7) Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crónicas são frequentemente encontradas entre os idosos. Assim, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crónicas.(109) As doenças crónicas implicam muitas vezes mudanças no estilo de vida e uma redução na capacidade de autonomia e do autocuidado, o que pode desencadear sentimentos de sofrimento.(110) Consequentemente, na gestão da terapêutica do idoso devem ser tidos em conta alguns fatores:

1.1. Polimedicação no idoso

O envelhecimento gradual da população e o aumento da esperança de vida, implicam uma maior incidência e prevalência de doenças crónicas, fazendo dos idosos os

principais consumidores de cuidados de saúde. Para além disso, existem mais fármacos disponíveis o que resulta em guidelines que evoluem no sentido da polimedicação.(111)

Não existe consenso no conceito de polimedicação. Alguns autores definem-na como minor (entre dois e quatro medicamentos) ou major (mais de quatro medicamentos), outros sempre que se usem mais medicamentos do que o indicado. Há também autores que consideram a presença de polimedicação quando se usam dois ou mais medicamentos para tratar a mesma patologia.(112)

A polimedicação está associada ao risco de reações adversas, erros de medicação e hospitalizações.(113) Vários estudos indicam que o risco de interação entre fármacos aumenta exponencialmente com o número dos mesmos: estima-se que a probabilidade de ocorrer interações com 2 fármacos é de 6%, 50% para 5 fármacos e quase 100% para 8 ou mais fármacos. Assim, um regime terapêutico progressivamente mais complexo, prolongado e repetitivo potencia o aparecimento de vários problemas farmacológicos, tais como erros de dosagem, não cumprimento do regime terapêutico e contra indicações.(111)

Quando a polimedicação ocorre em idosos torna-se especialmente preocupante pois, com o passar dos anos ocorre uma diminuição da massa muscular, da água corporal, do metabolismo hepático e um aumento da gordura corporal.(112) Pode também haver o comprometimento dos mecanismos homeostáticos e da capacidade de filtração e de excreção. Como consequência destas alterações fisiológicas, verificam-se dificuldades de eliminação e de metabolização de drogas, o que leva à acumulação de substâncias tóxicas no organismo.(114)

Segundo Langford et al, um utente deve ser avaliado pelo médico quando apresenta mais de 3 das seguintes situações:

- Utilizar 5 ou mais medicamentos por dia;
- Administração de 12 ou mais doses diárias;
- Utilização de medicamentos com uma janela terapêutica estreita;
- Possuir 4 ou mais alterações, no último ano, das instruções de uso dos medicamentos;
- Estar a fazer tratamento farmacológico para 3 ou mais problemas de saúde.(114)

O problema da polimedicação pode ser atenuado se se investir na educação do doente, envolvendo-o no planeamento da terapêutica. É também essencial simplificar o regime terapêutico através da eliminação da duplicação da terapêutica, diminuição da frequência de administrações e revisões regulares do regime terapêutico.(115)

Tendo em conta os cuidados acrescidos que a terapêutica dos idosos requer, têm sido criados vários instrumentos para avaliar o uso de medicação inadequada no idoso.(116) Os dois critérios de consenso utilizados de forma mais universal são os critérios de Beers e os critérios canadianos.(112)

Os critérios de Beers são constituídos por dois quadros de medicamentos, um quadro que inclui 48 substâncias ou classes que são de evitar no doente idoso e o outro quadro tem 20 situações clínicas e os medicamentos a evitar na sua presença. Ambos classificam em ligeiro ou elevado o grau de inadequação das diferentes substâncias e as respetivas preocupações terapêuticas.(116) Apesar de serem indubitavelmente uma ferramenta útil para os profissionais de saúde, os critérios de Beers não englobam questões como interações medicamentosas no idoso.(112)

Já nos critérios canadianos, definem-se três tipos de práticas inadequadas na prescrição de medicação para pessoas idosas:

- Prescrição de medicamentos geralmente contra-indicados nos idosos devido a um risco/benefício inaceitável (utilizando os critérios de Beers);
- Prescrição que pode causar interações medicamentosas;
- Prescrição que pode causar interações de medicamentos com certas doenças.(112)

Nesta faixa etária, a escolha de medicação antidepressiva deve ser cuidadosamente considerada uma vez que o idoso portador de transtorno depressivo é candidato a uso continuado do medicamento. Há que ter em conta vários fatores já referidos para promover a aceitabilidade e desta forma não comprometer o sucesso da terapêutica.(117)

1.2. Adesão à terapêutica antidepressiva

As doenças crónicas requerem mudanças no estilo de vida assim como um acompanhamento adequado da evolução do quadro clínico, evitando-se dessa forma o seu agravamento. Existem atualmente um número elevado de doentes com patologias

crônicas que recorrem repetidas vezes aos serviços de saúde, podendo ter como causa, o seguimento inadequado da prescrição terapêutica.(118)

Segundo Leite e Vasconcellos citando Jordan et al., a não-adesão, em algum grau, é universal e encontra-se relacionada com diversos fatores relativos ao profissional de saúde, ao tratamento, à patologia e ao próprio doente. Este é um fato preocupante pois da adesão à terapêutica depende o sucesso da terapêutica proposta, quer esta vise a cura de uma doença, o controle de uma doença crônica ou a prevenção de uma patologia. O conceito de adesão à terapêutica varia conforme o autor mas, de forma geral, é compreendido como a utilização de medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% do seu total, tendo em conta horários, doses e tempo de tratamento.(119)

A não adesão é um fenómeno que afeta cerca de 50% dos idosos dos países desenvolvidos e contribui significativamente para o aumento de hospitalizações, internamentos em lares, diminuição da qualidade de vida e conseqüente aumento da morbidade e mortalidade.(120)

DiMatteo et al. verificaram que a presença de doença depressiva é um fator de risco para a não adesão à terapêutica.(121) A não adesão ao tratamento antidepressivo é comum: cerca de 1/3 dos doentes depressivos interrompem o tratamento no 1º mês e aproximadamente 45% não ultrapassam o 3º mês de tratamento.(122)

Na tentativa de identificar os fatores preditivos da adesão ao tratamento antidepressivo, foram realizados alguns estudos:

- Cramer (1998) verificou que participantes mais velhos aderiram menos ao tratamento antidepressivo. (122)
- Manber e cols (2003) verificaram, mediante a aplicação do Questionário de Percepção de doentes sobre depressão, que a forma como indivíduos com depressão percebiam a doença depressiva, podia ser útil na predição da preferência por determinada opção de tratamento, de aderência e de resposta ao tratamento. (122)
- DiMateo et al. (2000) verificaram que, entre os fatores relativos à própria doença, culpa exagerada, pobre motivação e prejuízos cognitivos foram relacionados à baixa adesão de doentes deprimidos.(122)

2. A depressão no idoso

Apesar da depressão afetar indivíduos de todas as faixas etárias, é nas idades mais avançadas que a depressão atinge índices mais altos de morbidade e de mortalidade, pelo que ser idoso é considerado um fator de risco para a depressão.(18)

Em Portugal verifica-se uma elevada prevalência da depressão na população idosa, que por sua vez é cada vez mais numerosa. Segundo um estudo realizado no Algarve com idosos reformados, encontrou-se uma prevalência de depressão em 72% deles. Outro estudo realizado no norte de Portugal encontrou uma prevalência de depressão de 25% numa população idosa.(18)

É frequente que as pessoas que rodeiam e convivem habitualmente com os idosos associem à idade avançada a melancolia e a tristeza devido a perdas afetivas, económicas, sociais e doenças crónicas, não valorizando as suas queixas.(18) Mas, ao contrário do que se pensa, a depressão não faz parte do processo natural de envelhecimento.(43)

Segundo Zimmerman, «o velho é aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação coma sociedade. É a mesma pessoa que sempre foi. Se foi um batalhador, vai continuar batalhando; se foi uma pessoa alegre, vai continuar alegrando; se foi insatisfeita, vai continuar insatisfeita; se foi ranzinha vai continuar ranzinha.

Sempre digo que o velho é um mais: tem mais experiência, mais vivência, mais anos de vida, mais doenças crónicas, mais perdas, sofre mais preconceitos e tem mais tempo disponível. No momento em que utiliza mais sua experiência, a vivência adquirida ao longo da sua vida, aprende a conviver com as suas doenças crónicas e próprias da sua idade; elabora suas perdas não esquecendo os seus ganhos, dribla preconceitos e aprende a utilizar o seu tempo. Ele continuará curtindo a vida, gozando as coisas boas e sendo feliz. Fazer planos para amanhã é viver.» (123)

Ou seja, apesar do idoso estar sujeito a várias alterações físicas, sociais e psicológicas e a inúmeras perdas, a depressão não é um dado adquirido e deve haver uma preocupação,

não só com o aumento da longevidade do idoso, mas também com a sua qualidade de vida. (13)

Martins indica que nas faixas etárias mais avançadas, a depressão assume formas incharacterísticas, muitas vezes difíceis de diagnosticar e conseqüentemente, de tratar. A principal dificuldade que se coloca aos profissionais de saúde é o diagnóstico correto deste quadro clínico, que em muitos casos, está associado ao fato da maioria dos idosos negar a sua depressão e não procurar ajuda.(18) Nos idosos institucionalizados, as taxas de prevalência da depressão são três a cinco vezes maiores do que na comunidade e é frequentemente subdiagnosticada e subtratada. Existem provas de que a depressão vai continuar a ser frequentemente não diagnosticada e não tratada, sobretudo em instituições que não possuam uma equipa de técnicos com conhecimentos e qualificações para identificar os pacientes em risco.(43) Pereira citando Zimerman refere que as instituições de terceira idade são um mal necessário, para dar resposta aos problemas com que o envelhecimento da população se depara.(13)

Um número substancial de estudos faz referência aos fatores de risco mais significativos para o desenvolvimento da depressão em idosos tais como o sexo, estado civil, institucionalização, escolaridade, estatuto-sócio-económico, acontecimentos de vida, isolamento sócioafetivo, história prévia de depressão, doenças crónicas, entre outros.(43)

3. Objetivos da Investigação

O objetivo principal deste trabalho de investigação é proceder ao estudo da depressão e do tratamento farmacológico administrado a idosos que frequentam centros de dia pertencentes ao concelho de Albufeira.

A fundamentação teórica apresentada anteriormente sugere que a prevalência de depressão em idosos inseridos em instituições é elevada e que a depressão se encontra frequentemente sub-diagnosticada e sub-tratada.

Tendo em conta o objetivo central desta investigação, formularam-se os seguintes objetivos específicos:

- 1) Avaliar a frequência da depressão em idosos que frequentam centros de dia no concelho de Albufeira.
- 2) Relacionar a frequência da depressão com o género, número de doenças crónicas, auto-perceção da saúde, solidão e adesão à terapêutica.
- 3) Caracterizar a terapêutica farmacológica antidepressiva da amostra.

4. Metodologia

4.1. Desenho da investigação

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal.

4.2. População-alvo e amostra

A população deste trabalho de investigação é constituída pelos idosos com mais de 60 anos que frequentam um dos centros de dia existentes no concelho de Albufeira:

- Centro Comunitário de Paderne;
- Lar Nossa Senhora da Visitação da Fundação António Silva Leal;
- Casa de Repouso Nossa Senhora da Guia;
- Lar de Idosos Roseiral da Santa Casa da Misericórdia;
- A.H.S.A.

Por razões logísticas, só foi possível entrevistar os idosos pertencentes à A.H.S.A., ao centro paroquial de Paderne e ao lar Nossa Senhora da Visitação. No total foram inquiridos 40 idosos, que foram sujeitos aos seguintes critérios de exclusão:

- Idade inferior a 60 anos
- Reprovação no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

4.3. As variáveis

Neste estudo consideram-se as seguintes variáveis:

Variáveis sócio-demográficas: idade, género, grau de escolaridade e agregado familiar.

Variáveis relacionadas com os cuidados de saúde: frequência de consultas médicas, apoio na administração da medicação.

Variáveis relacionadas com o estado de saúde: classificação da saúde geral, classificação da visão, classificação da audição, índice de solidão, terapêutica instituída, adesão à terapêutica .

4.4. Caraterização da amostra

Foram entrevistados 40 utentes de centro de dia, dos quais 28 eram mulheres e 12 eram homens. Desses 40 participantes, 2 desistiram e 14 não obtiveram pontuação suficiente no MEEM para prosseguir com o questionário. No total, passaram 24 participantes no MEEM, 8 homens e 16 mulheres.

4.5. Aspetos éticos

Os aspetos éticos deste estudo foram respeitados uma vez que foram enviados às instituições citadas os respetivos pedidos de autorização e foram dadas aos participantes garantias de confidencialidade e anonimato das informações recolhidas.

4.6. Recolha de dados

Para proceder à recolha de dados através de questionário, recorreu-se à entrevista estruturada, devido à potencial presença de analfabetismo e incapacidade motora e visual nos entrevistados. O entrevistador deslocou-se aos centros de dia que aceitaram participar no estudo e realizou as entrevistas aos participantes de forma individualizada, numa sala dispensada pelo centro de dia. O período de recolha de dados ocorreu entre 20/02/2013 a 22/04/2013.

4.7. Instrumento de recolha de dados

Foi construído e aplicado um questionário constituído por perguntas abertas e fechadas que pode ser consultado no Anexo I. As questões colocadas tiveram como objetivo permitir caraterizar os indivíduos entrevistados de forma a responder aos objetivos propostos.

Para caraterizar os participantes em relação ao número de doenças crónicas foi-lhes perguntado diretamente se sofriam de diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade, doença respiratória, cancro, doença reumática ou outra patologia.

Para avaliar a relação entre depressão e auto-perceção da saúde foi-lhes pedido que classificassem a sua visão, audição e saúde de forma geral em: muito má, má, nem boa nem má, boa ou em muito boa.

Um dos objetivos centrais desta investigação era a caraterização da terapêutica antidepressiva, razão pela qual se fez um levantamento de toda a medicação feita pelos

participantes. Perguntou-se também com que frequência é que o participante costuma ir ao médico para perceber se os idosos deprimidos são mais acompanhados do que os idosos não deprimidos.

Com o objetivo de avaliar a adesão à terapêutica, foi perguntado se os participantes tomavam sempre os seus medicamentos à hora correta.

A avaliação do índice de solidão foi feita inquirindo-se a frequência com que a pessoa se sentia só: nunca, raramente, às vezes, muitas vezes ou sempre.

Foram ainda utilizadas as seguintes escalas:

Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

O MEEM foi elaborado em 1975 por Folstein et al.(124) Foi denominado “mini” porque se concentra apenas nos aspetos cognitivos da função mental e exclui humor e funções mentais anormais.(125) O MEEM é amplamente utilizado em todo o mundo devido à sua simplicidade, rápida aplicação e por ser passível de reaplicação.(126) Demora apenas 5 a 10 minutos para ser aplicado.(125)

Como instrumento clínico, pode ser usado na identificação de perdas cognitivas, no seguimento evolutivo de doenças e na monitorização da resposta ao tratamento administrado. Como instrumento de pesquisa, tem sido largamente administrado em estudos epidemiológicos populacionais, fazendo parte integrante de várias ferramentas neuropsicológicas, tais como as do CERAT (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease) e do CAMDEX (Cambridge Mental Disorders of Elderly Examination).(124,127)

A pontuação obtida no MEEM pode variar entre 0 pontos (que indicam o maior grau de comprometimento cognitivo) e 30 pontos (corresponde à melhor capacidade cognitiva).(128) Examina orientação temporal e espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação e linguagem.(124,126)

Inicialmente, sugeriu-se uma pontuação de 23 como ponto de corte para a despistagem de alterações cognitivas. Contudo, vários estudos demonstraram que a escolaridade era um fator que influenciava de forma significativa a pontuação obtida no Mini Mental Test pelo que se deviam considerar diferentes pontos de corte, consoante a escolaridade. Depois da realização de um inquérito com mais de 18 000 participantes nos EUA,

considera-se deficit cognitivo em analfabetos com um total de 15 pontos ou menos, 1 a 11 anos de escolaridade com 22 pontos ou menos e escolaridade superior a 11 anos com o ponto de corte de 27 pontos.(128)

Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (EDG-15)

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para a deteção da depressão em idosos.(129,130) Diversos estudos demonstraram que ela oferece medidas válidas e confiáveis. Criada em 1983 por Yesavage, a escala original possui 30 itens e foi desenvolvida especialmente para o rastreamento de transtornos de humor em idosos, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas. Entre as suas vantagens destacam-se a pequena variação nas possibilidades de resposta, ser composta por perguntas fáceis de serem entendidas e a possibilidade de poder ser auto-aplicada ou aplicada por um entrevistador treinado.(131) Em 1986 foi elaborada uma versão curta da escala original, composta pelos 15 itens que se correlacionaram mais fortemente com o diagnóstico de depressão.(131) Tanto a versão longa como a curta desta escala estão validadas internacionalmente.(132) A versão curta da EDG é constituída por 15 perguntas que podem ser respondidas afirmativamente ou negativamente.(132) Os pontos de corte são indicados no quadro 8:

Quadro 8: Classificação consoante a pontuação obtida na EDG-15.(133)

Pontuação obtida na EDG-15	Classificação
Menos de 5 pontos	Sem depressão
Entre 5 e 10 pontos	Depressão leve
Acima de 10 pontos	Depressão grave

4.8 Tratamento estatístico

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences versão 21. Devido ao baixo número de inquiridos, não foram aplicados testes estatísticos para estudar a associação estatística entre as variáveis e será feita apenas análise descritiva dos dados.

Para analisar a variável quantitativa idade foram determinadas as medidas de tendência central e de dispersão (média, moda, mediana, primeiro quartil, terceiro quartil, mínima, máxima e desvio padrão).

Para analisar as variáveis qualitativas procedeu-se à determinação das frequências absolutas e frequências relativas.

5. Apresentação de Resultados

Tal como se pode constatar pela análise da tabela 1, a nossa amostra é maioritariamente constituída por indivíduos do género feminino (66,7%).

Tabela 1: Género e respetivas frequências absolutas e frequências relativas.

Género	N (%)
Feminino	16 (66,7%)
Masculino	8 (33,3%)
Total	24 (100%)

Tabela 2: Idade: média, quartis, moda, mínimo, máximo e desvio padrão.

	Descrição da variável idade
Média	77,29
Primeiro Quartil	73,25
Mediana	79,50
Terceiro Quartil	83,50
Moda	80
Mínima	61
Máxima	88
Desvio padrão	7,937
Total de inquiridos	24

Relativamente à idade, verificou-se que a média da nossa amostra é de 77,29 anos com um desvio padrão de 7,937 e com uma moda correspondente a 80 anos.

A nossa amostra foi também organizada em 3 grupos etários, tal como se pode ver através da tabela 3:

Tabela 3: Grupos etários e respetivas frequências absolutas e frequências relativas.

Grupos etários	N (%)
60-69 anos	4 (16,7%)
70-79 anos	8 (33,3%)
Mais de 79 anos	12 (50%)
Total	24 (100%)

A tabela 3 permite-nos verificar que 83,3% da nossa amostra tem mais de 69 anos, 33,3% tem entre 70 a 79 anos e 50% tem mais de 79 anos. Apenas 16,7% tem menos de 70 anos.

Quanto ao nível de escolaridade, agrupou-se a nossa amostra em 3 grupos: analfabetismo, instrução primária e ensino secundário. Nenhum dos participantes frequentou o ensino superior.

Tabela 4: Escolaridade e respetivas frequências absolutas e frequências relativas.

Nível de escolaridade	N (%)
Analfabetismo	3 (14,3%)
Instrução Primária	18 (71,4%)
Ensino Secundário	3 (14,3%)
Total	24 (100%)

Quanto à escolaridade, constatou-se que predominava a instrução primária (71,4% da amostra considerada). O analfabetismo e o ensino secundário correspondem ambos a 14,3% da amostra.

Fez-se um levantamento do número de doenças crônicas de cada inquirido e organizou-se a amostra em três grupos distintos baseados no número de doenças crônicas:

Tabela 5: Número de doenças crônicas e respectivas frequências absolutas e frequências relativas.

Número de doenças crônicas	N (%)
0-2	4 (16,7%)
3-5	14 (58,3%)
Mais de 5	6 (25%)
Total	24 (100%)

Através da visualização da tabela 5, podemos observar que 83,3% da nossa amostra tem pelo menos 3 doenças crônicas.

Tabela 6: Frequência com que vai ao médico, frequências absolutas e frequências relativas.

Frequência com que vai ao médico	N (%)
De 3 em 3 meses ou menos	13 (54,16%)
Anualmente	7 (29,17%)
Só quando precisa	4 (16,67%)
Total	24 (100%)

Através da análise da tabela 6, podemos verificar que a maioria dos inquiridos vai ao médico regularmente. Apenas 16,67% afirmam ir ao médico apenas em caso de necessidade.

Foi perguntado aos participantes deste estudo se recebiam apoio na administração da sua medicação. Os resultados encontram-se na tabela 7:

Tabela 7: Apoio na administração da medicação, frequências absolutas e percentagens.

Apoio na administração da medicação	N (%)
Não	16 (69,57%)
Sim	7 (30,43%)
Total	23 (100%)

Em relação ao apoio na administração da medicação, consideram-se 23 indivíduos em vez de 24 uma vez que um dos inquiridos não fazia qualquer tipo de medicação. Verificou-se através da tabela 7, que uma percentagem significativa dos inquiridos (69,57%) não tem qualquer auxílio para tomar a medicação. Apenas 30,43% relataram receber apoio na administração da medicação.

Perguntou-se aos participantes com quem viviam e organizaram-se os inquiridos em três grupos baseados no número de elementos que faziam parte do seu agregado familiar. Os resultados encontram-se na tabela 8:

Tabela 8: Agregado familiar, frequências absolutas e frequências relativas.

Número de elementos do agregado familiar	N (%)
1	14 (58,33%)
2-3	8 (33,33%)
Mais de 3	2 (8,34%)
Total	24 (100%)

A tabela 8 mostra-nos que uma percentagem significativa dos inquiridos (58,33%) vive sozinho. Dos inquiridos, 33,33% tem um agregado familiar constituído por um ou dois elementos e apenas 8,34% tem um agregado familiar com mais de três elementos.

Depois de se aplicar a EDG-15, organizaram-se os participantes em três grupos, tendo em conta a pontuação obtida. Os resultados encontram-se na tabela 9:

Tabela 9: Pontuação na EDG-15, frequências absolutas e percentagens.

Pontuação na EDG-15	Classificação	Frequências absolutas	Percentagens
Menos de 5	Sem suspeita de depressão	8	33,3%
Entre 5 e 10	Suspeita de depressão ligeira	9	37,5%
Mais de 10	Suspeita de depressão grave	7	29,2%
Total		24	100%

Através da visualização da tabela 9 podemos constatar que foi encontrada suspeita de depressão em 66,7% dos inquiridos e 33,3% dos inquiridos não apresentou suspeita de depressão.

Com o objetivo da análise da relação do género com a sintomatologia depressiva, calculou-se a percentagem de indivíduos sem suspeita de depressão, com suspeita de depressão ligeira e com suspeita de depressão grave nos indivíduos do género masculino e nos indivíduos do género feminino. Os resultados encontram-se no gráfico 1:

Influência do género nos resultados da EDG-15.

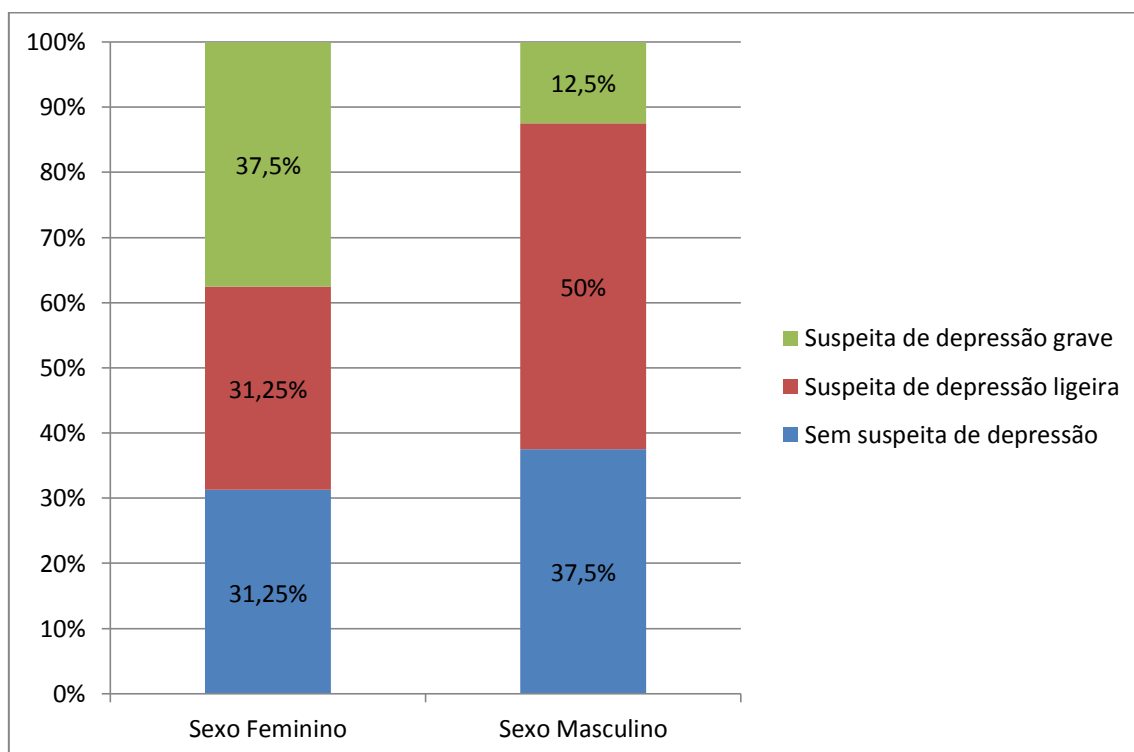


Gráfico 1: Resultados da EDG-15, segundo o género.

Tal como se pode ver pelo gráfico 1, a percentagem de inquiridos do sexo masculino sem suspeita de depressão e inquiridos do sexo feminino sem suspeita de depressão não difere de forma relevante. Contudo a depressão ligeira mostrou-se mais prevalente nos homens ao passo que a depressão grave mostrou-se mais prevalente nas mulheres.

Agrupou-se a nossa amostra em 3 grupos, tendo em conta o número de doenças crónicas: indivíduos com 0 a 2 doenças crónicas, 3 a 5 doenças crónicas e indivíduos com mais de 5 doenças crónicas. Para analisar a relação entre o número de doenças crónicas e a presença de sintomatologia depressiva, calculou-se a percentagem de indivíduos sem suspeita de depressão, com suspeita de depressão ligeira e com suspeita de depressão grave nos três grupos considerados. Os resultados encontram-se no gráfico 2:

Influência do número de doenças crónicas nos resultados da EDG-15.

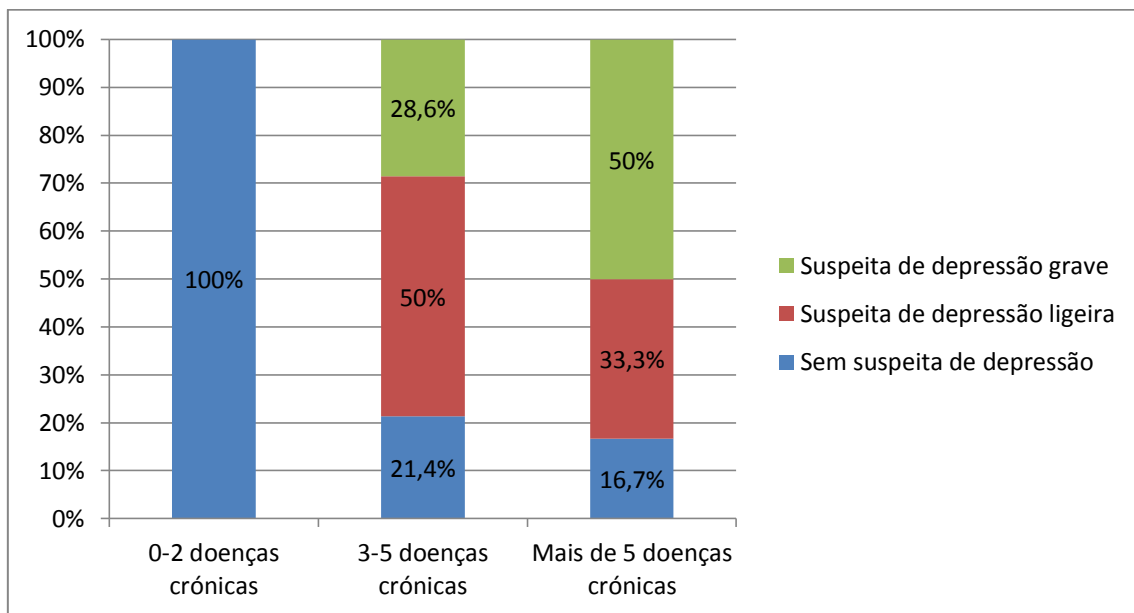


Gráfico 2: Resultados da EDG-15, segundo o número de doenças crónicas.

Através do gráfico 2, podemos constatar que em nenhum dos indivíduos entrevistados com menos de 3 doenças crónicas se encontrou suspeita de depressão. Dos indivíduos com 3 a 5 doenças crónicas, 50% apresentaram suspeita de depressão ligeira. Por sua vez, dos indivíduos com mais de 5 doenças crónicas, 50% apresentou suspeita de depressão grave. Note-se que à medida que o número de doenças crónicas aumenta, diminui a percentagem de indivíduos sem suspeita de depressão e aumenta a gravidade da depressão suspeita.

Para avaliar a relação entre a auto-percepção geral da saúde e a presença e gravidade da sintomatologia depressiva, foi pedido aos participantes que classificassem a sua saúde geral como má, nem boa nem má ou como boa. Tendo em conta as respostas dadas pelos inquiridos, organizou-se a amostra em 3 grupos e calculou-se a percentagem de indivíduos sem suspeita de depressão, com suspeita de depressão ligeira e com suspeita de depressão grave nos três grupos considerados. Os resultados encontram-se no gráfico 3:

Influência da auto-classificação geral da saúde nos resultados da EDG-15.

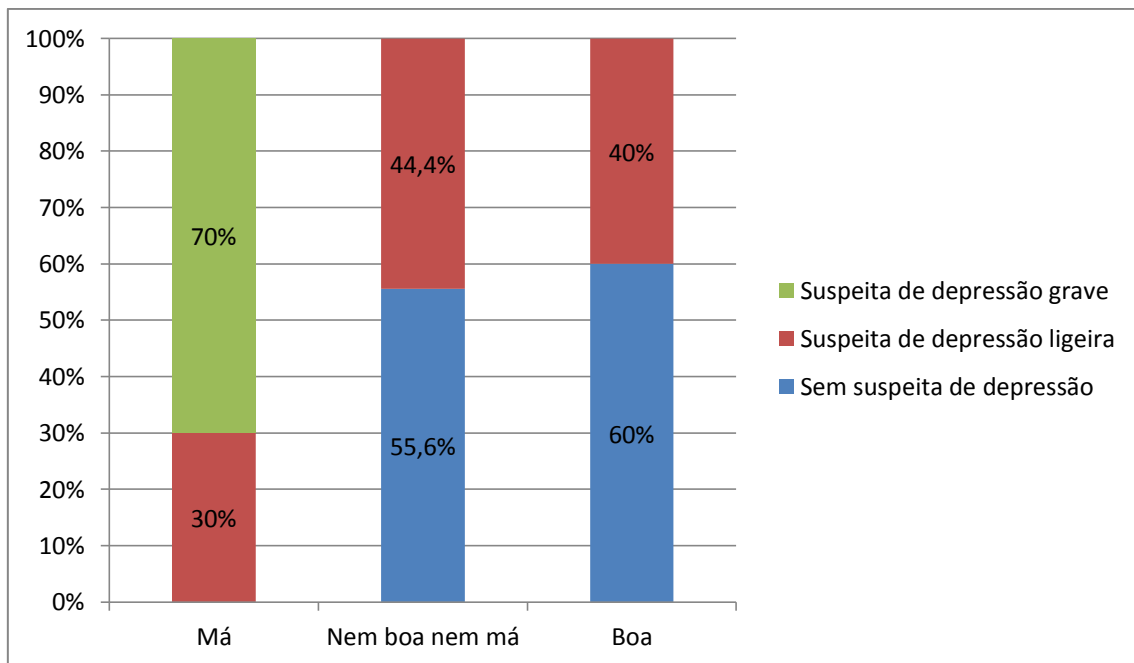


Gráfico 3: Resultados da EDG-15, segundo a auto-classificação geral da saúde.

A partir da visualização do gráfico 3, podemos constatar que todos os indivíduos que classificaram a sua saúde como má apresentaram suspeita de depressão. Verificou-se que 60% dos indivíduos que classificaram a sua saúde como boa não apresentaram suspeita de depressão e 55,6% dos indivíduos que classificaram a sua saúde como nem boa nem má não apresentaram suspeita de depressão.

Com o objetivo de se proceder ao estudo da relação entre a auto-percepção da visão e a presença e gravidade da sintomatologia depressiva, foi pedido aos participantes que classificassem a sua visão como má, nem boa nem má ou como boa. Tendo em conta as respostas dadas pelos inquiridos, organizou-se a amostra em 3 grupos e calculou-se a percentagem de indivíduos sem suspeita de depressão, com suspeita de depressão ligeira e com suspeita de depressão grave nos três grupos considerados. Os resultados encontram-se no gráfico 4:

Influência da auto-classificação da visão nos resultados da EDG-15.

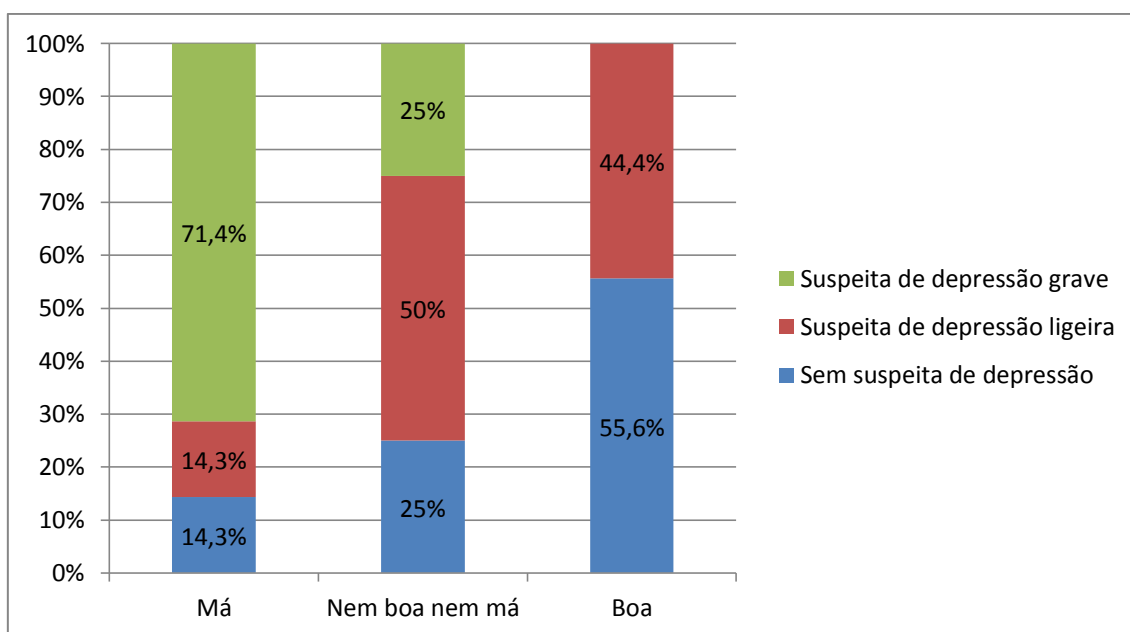


Gráfico 4: Resultados da EDG-15, segundo a auto-classificação da visão.

O gráfico 4 permite-nos verificar que 55,6% dos indivíduos que classificaram a sua visão como boa não apresentaram suspeita de depressão. Em nenhum dos indivíduos que classificaram a sua visão como boa se encontrou suspeita de depressão grave. Já 71,4% dos indivíduos que classificaram a sua visão como má apresentaram suspeita de depressão grave. Metade dos indivíduos que classificaram a sua visão como nem boa nem má apresentaram suspeita de depressão ligeira. Note-se que, tal como verificamos para a percepção da saúde geral, quanto melhor a percepção da visão menor a suspeita de sintomatologia depressiva na amostra em estudo.

Para fazer a análise da relação entre a auto-perceção da audição e a presença e gravidade da sintomatologia depressiva, foi pedido aos participantes que classificassem a sua audição como má, nem boa nem má ou como boa. Tendo em conta as respostas dadas pelos inquiridos, organizou-se a amostra em 3 grupos e calculou-se a percentagem de indivíduos sem suspeita de depressão, com suspeita de depressão ligeira e com suspeita de depressão grave nos três grupos considerados. Os resultados encontram-se no gráfico 5:

Influência da auto-classificação da audição nos resultados da EDG-15.

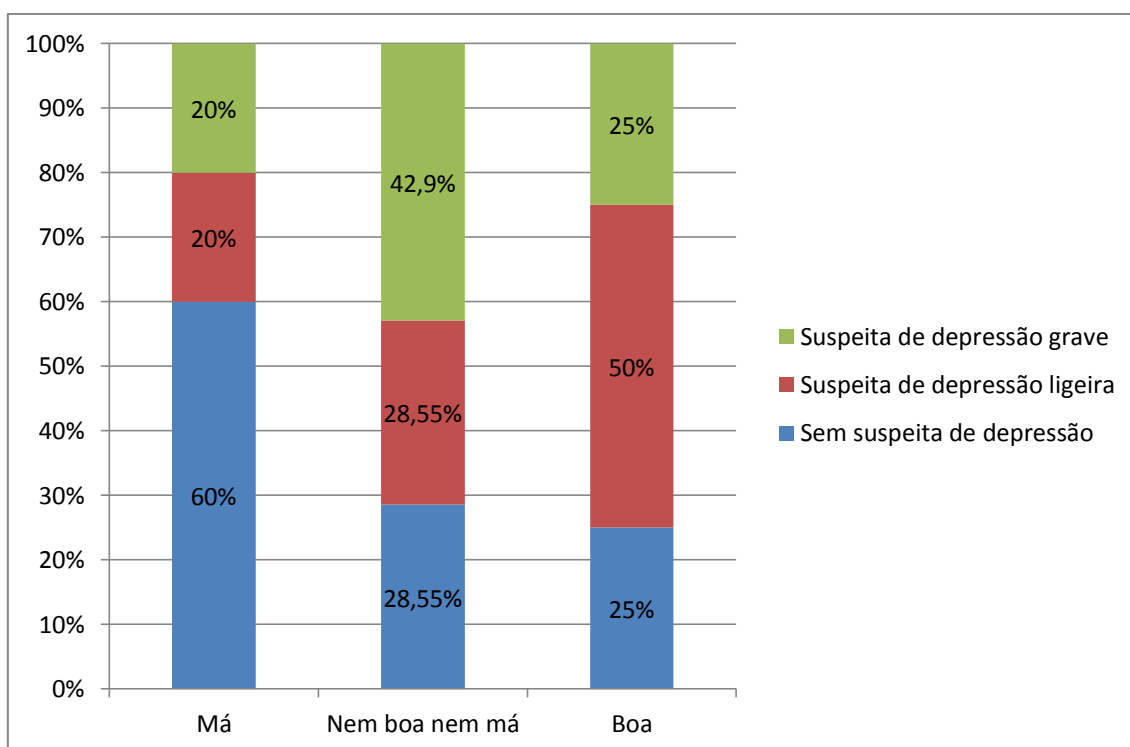


Gráfico 5: Resultados da EDG-15, segundo a auto-classificação da audição.

Através da observação do gráfico 5, verificamos que dos 60% dos inquiridos que classificaram a sua audição como má não se lhes detetou suspeita de depressão. Observou-se que 50% dos inquiridos que classificaram a sua audição como boa apresentavam suspeita de depressão ligeira. Aparentemente, não se verifica nenhuma relação entre a suspeita de depressão e audição, nesta amostra.

Foi perguntado aos inquiridos se tomavam a medicação corretamente; as respostas encontram-se na tabela 10:

Tabela 10: Adesão à terapêutica, frequências absolutas e frequências relativas.

Adesão à terapêutica	N (%)
Sim	18 (78,26%)
Não	5 (21,74%)
Total	23 (100%)

Em relação à adesão à terapêutica, consideram-se apenas 23 inquiridos em vez de 24 pois um deles não faz qualquer tipo de medicação. Através da visualização da tabela 10 podemos ver que uma percentagem significativa diz ser aderente (78,26%). Apenas 21,74% admitem não ser aderentes à terapêutica.

Com o objetivo de se analisar a relação entre a adesão à terapêutica e a presença e gravidade da sintomatologia depressiva, calculou-se a percentagem de indivíduos sem suspeita de depressão, com suspeita de depressão ligeira e com suspeita de depressão grave nos indivíduos que dizem ser não aderentes e nos indivíduos que dizem ser aderentes. Os resultados encontram-se no gráfico 6:

Influência da adesão à terapêutica nos resultados da EDG-15.

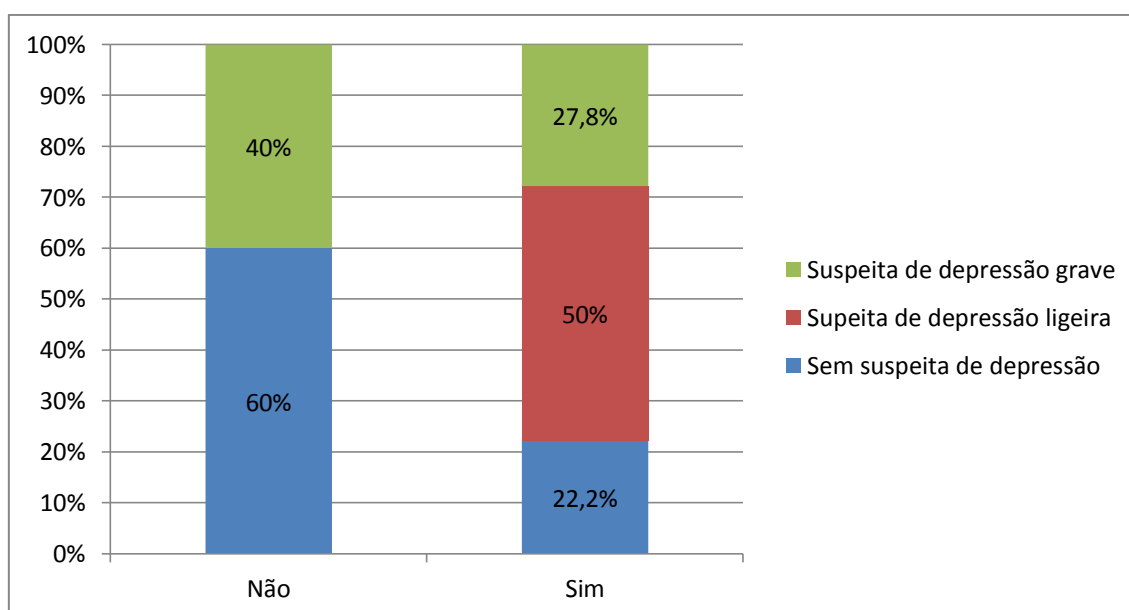


Gráfico 6: Resultados da EDG-15, segundo a adesão à terapêutica.

Apenas 22,2% dos participantes que dizem ser aderentes não apresentaram suspeita de depressão. Uma percentagem significativa (60%) dos não aderentes não apresentaram suspeitas de depressão. Nenhum dos participantes que apresentou suspeita de depressão leve disse não ser aderente à terapêutica. Tendo em conta os dados referentes a esta amostra, não parece haver relação entre a adesão à terapêutica e a suspeita de depressão.

Foi pedido aos participantes que relatassem a frequência com que se sentiam sós, com o objetivo de se fazer o estudo da relação entre sintomatologia depressiva e a solidão. As respostas variaram entre nunca, às vezes e muitas vezes. Tendo em conta as respostas dadas pelos inquiridos, organizou-se a amostra em 3 grupos e calculou-se a percentagem de indivíduos sem suspeita de depressão, com suspeita de depressão ligeira e com suspeita de depressão grave nos três grupos considerados. Os resultados relativos a esta questão encontram-se no gráfico 7.

Influência do índice de solidão nos resultados da EDG-15.

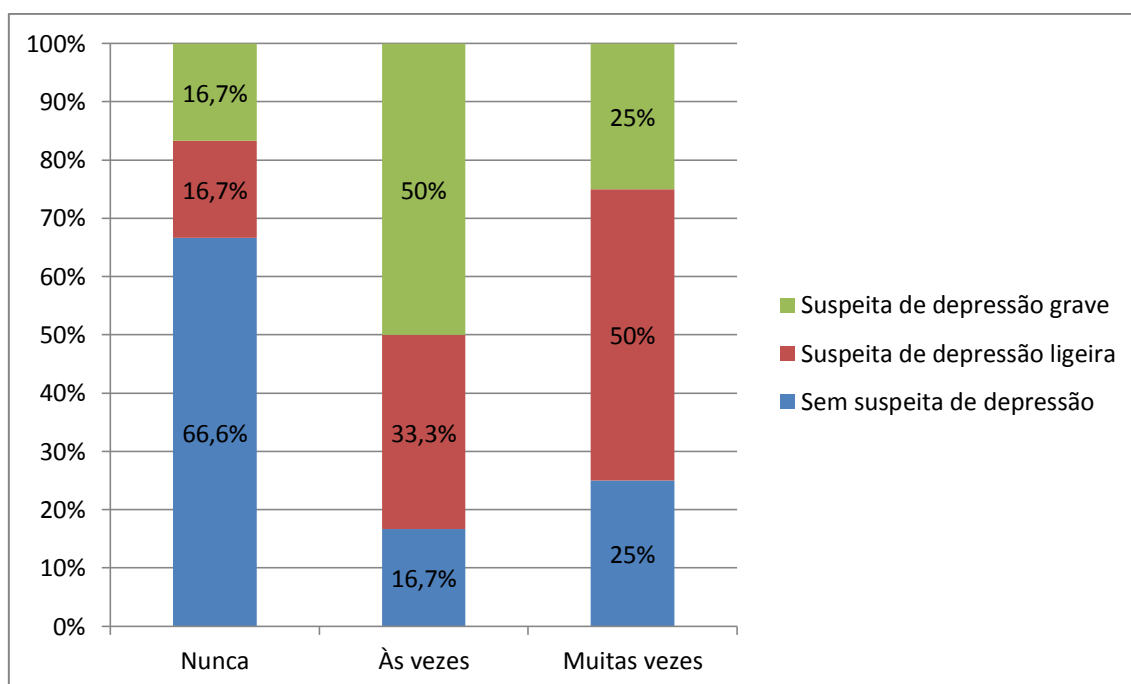


Gráfico 7: Resultados da EDG-15, segundo o índice de solidão.

Através do gráfico 7, podemos verificar que 66,6% dos inquiridos que afirmam nunca se sentir sós não apresentaram suspeita de depressão. Dos inquiridos que relataram sentir-se sós às vezes, 50% têm suspeita de depressão grave, 33,3% têm suspeita de depressão ligeira e 16,7% não apresentam suspeita de depressão. Entre os indivíduos que afirmam sentir-se sós muitas vezes, 50% tem depressão ligeira, 25% tem depressão grave e 25% não apresentou suspeita de depressão. Nos indivíduos que afirmam nunca se sentirem sós, as percentagens de suspeita de depressão grave e depressão ligeira são muito menores.

Os participantes foram inquiridos sobre a constituição do seu agregado familiar para se proceder à análise da relação entre sintomatologia depressiva e o número de elementos do agregado familiar. Tendo em conta as respostas dadas pelos inquiridos, organizou-se a amostra em 3 grupos e calculou-se a percentagem de indivíduos sem suspeita de depressão, com suspeita de depressão ligeira e com suspeita de depressão grave nos três grupos considerados. Os resultados relativos a esta questão encontram-se no gráfico 8:

Influência do agregado familiar nos resultados da EDG-15.

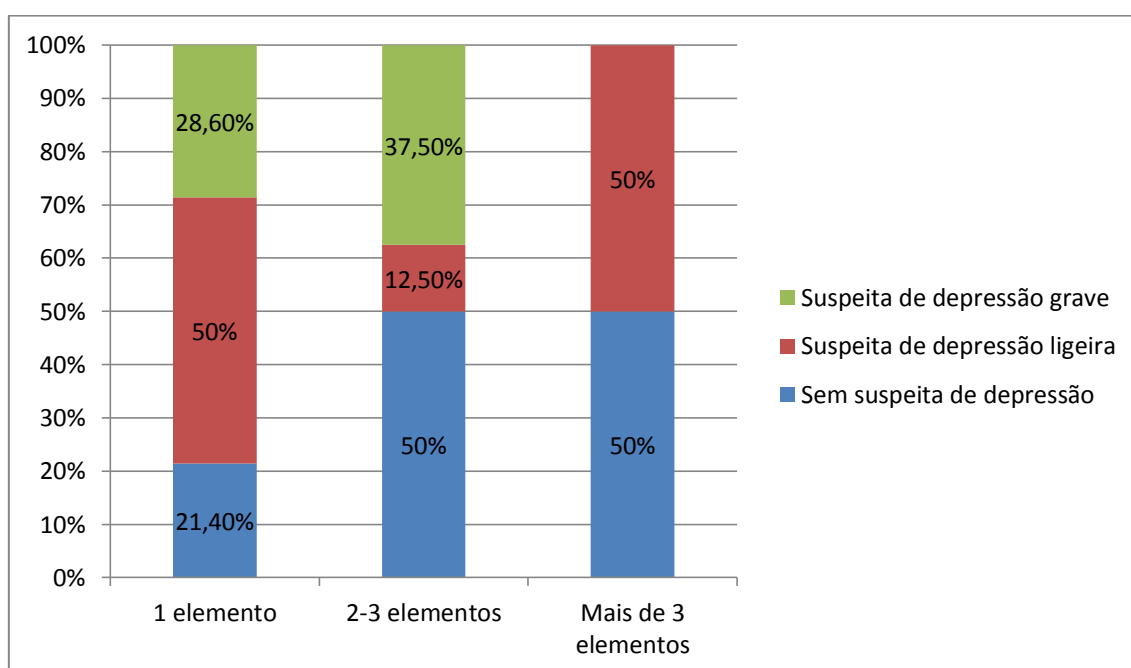


Gráfico 8: Resultados da EDG-15, tendo em conta o agregado familiar.

O gráfico 8 mostra-nos que entre os participantes que vivem sozinhos, 78,6% apresentou suspeita de depressão. 50% dos participantes que vivem com outras pessoas não apresentaram suspeita de depressão e nenhum dos participantes que tem um agregado familiar com mais de 3 elementos apresentou suspeita de depressão grave.

Análise da terapêutica farmacológica antidepressiva

Para proceder à análise da terapêutica farmacológica antidepressiva analisou-se a medicação dos participantes.

Número de fármacos tomados pelos participantes.

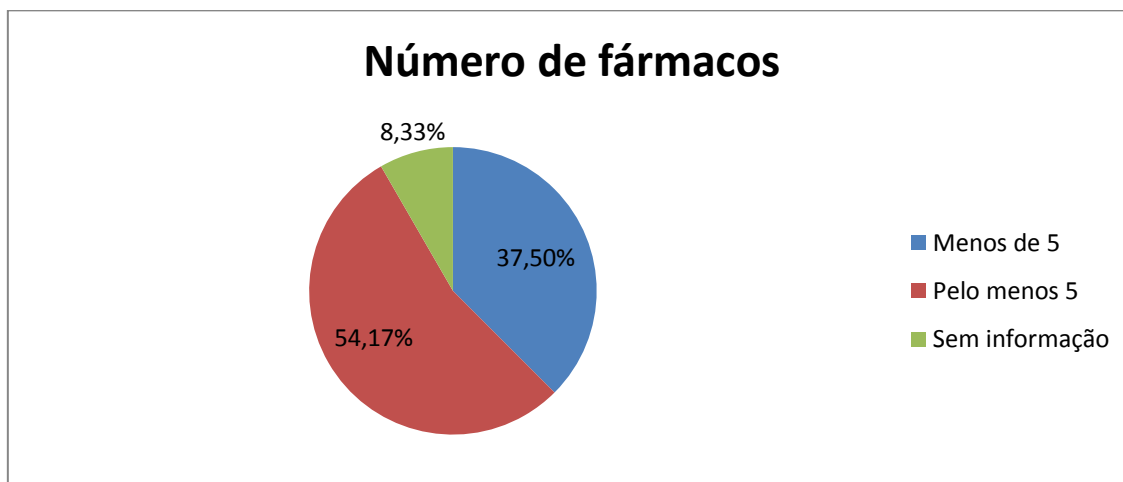


Gráfico 9: Número de fármacos que constituem as terapêuticas farmacológicas seguidas pelos inquiridos.

Através da visualização do gráfico 9 podemos verificar que uma percentagem significativa da nossa amostra (54,17%) pode ser incluída na classificação de polimedicação major (toma de pelo menos 5 medicamentos em simultâneo).

Tabela 11: Resultados da EDG-15, tendo em conta a toma de antidepressivos.

EDG	Toma de antidepressivos		
	Não	Sim	Sem dados
	N (%)	N (%)	N (%)
Sem suspeita de depressão	6 (35,3%)	1 (20%)	50% (1)
Depressão ligeira	6 (35,3%)	2 (40%)	50% (1)
Depressão grave	5 (29,4%)	2 (40%)	0% (0)
Total	17 (100%)	5 (100%)	100% (2)

Tal como se pode ver na tabela 11, 64,7% dos inquiridos que não tomavam antidepressivos apresentaram suspeita de depressão grave ou ligeira. Entre esses 64,7% inquiridos, apenas um recorria a outro tipo de tratamento (terapia com choques); os restantes não relataram estar a fazer qualquer tipo de tratamento antidepressivo, quando inquiridos. Dois dos indivíduos entrevistados não se recordavam do nome da medicação que faziam e o centro de dia onde se encontravam inseridos também não tinha essa informação. Contudo, note-se que estes indivíduos também não relataram estar a fazer qualquer tipo de tratamento antidepressivo. Entre os inquiridos, identificaram-se cinco indivíduos medicados com antidepressivos, um em que não se encontrou suspeita de depressão, dois em que se verificou suspeita de depressão ligeira e dois em que se constatou suspeita de depressão grave.

Dos indivíduos que estavam a tomar antidepressivos, apenas um deles não apresentou sintomatologia depressiva detetada pela EDG-15, tal como se pode ver pelo quadro 9.

Quadro 9: Terapia farmacológica antidepressiva utilizada por inquirido e a respetiva classificação na EDG-15.

Terapia antidepressiva	Total de inquiridos	Pontuação na EDG-15
Mianserina	1	Depressão grave
Sertralina	1	Sem suspeita de depressão
Sertralina e Mianserina	1	Depressão ligeira
Venlafaxina	1	Depressão grave
Sertralina e Mirtazapina	1	Depressão ligeira

Ao se procurar possíveis interações com os antidepressivos, verificou-se que 2 dos participantes inquiridos tomavam fármacos que podiam provocar interações com a terapia antidepressiva. As interações referidas encontram-se no quadro 10:

Quadro 10: Interações farmacológicas encontradas na amostra.

Total de fármacos consumidos pelo inquirido	Associação farmacológica com risco de interação	Gravidade da interação	Consequências da interação
10	Mianserina-Sertralina	Moderada	A sertralina pode diminuir o metabolismo da mianserina, aumentando os seus níveis séricos e o risco de efeitos adversos, tais como síndrome serotoninérgico.
	Propranolol-Sertralina	Leve	A sertralina pode inibir o metabolismo hepático do propranolol, aumentando o risco de bradicardia e hipotensão.
7	Sertralina-Paracetamol+Tramadol	Moderada	A sertralina e o tramadol têm efeitos serotoninérgicos aditivos, pelo que há risco de síndrome serotoninérgico.
	Sertralina-Aceclofenac	Leve	A sertralina e o aceclofenac podem ter efeitos aditivos de inibição de agregação plaquetária, aumentando o risco de hemorragias GI.

No total foram encontradas 4 interações, duas de gravidade moderada e duas de gravidade leve. Nos dois participantes em que se encontraram as interações verificou-se que estes representavam casos de polimedicação major.

6. Discussão de Resultados

Antes de se distinguirem os resultados obtidos é essencial ter em conta algumas limitações deste estudo:

- O questionário não pode ser aplicado em indivíduos com prejuízo ao nível das capacidades cognitivas, o que exclui uma percentagem significativa de idosos que frequentam centros de dia em Albufeira.
- A amostra recolhida não é representativa da população estudada pois não foi possível proceder-se à recolha de dados em dois centros de dia pertencentes ao concelho de Albufeira.
- Os questionários foram administrados por um entrevistador. A vantagem deste método é que permite incluir indivíduos analfabetos e permite tirar dúvidas em relação às perguntas incluídas no questionário. Contudo a presença de um entrevistador é um viés a ter em conta pois a sua presença pode influenciar as respostas dadas na entrevista sem que este perceba.
- A impossibilidade de se saber ao certo qual era a terapêutica instituída por alguns inquiridos que não sabiam a designação da sua medicação.

Foi encontrada suspeita de depressão em 66,7% da amostra considerada: 37,5% corresponde a suspeita de depressão ligeira e 29,2% corresponde a depressão grave. Num estudo semelhante realizado em Bragança com idosos institucionalizados foi encontrada uma prevalência de depressão de 46,7%, da qual 33,3% dos inquiridos apresentaram depressão ligeira e 13,4% apresentaram depressão grave.(15) Em outro estudo realizado com idosos que frequentavam o centro de dia da Cedofeita, foi encontrada uma prevalência de depressão em 59,4% dos inquiridos, da qual 56,3% apresentaram depressão ligeira e 3,1% apresentaram depressão grave.(7) Tal como nos estudos referidos, a prevalência de depressão encontrada na nossa amostra foi relevante (66,7%). Note-se que a prevalência encontrada é superior à encontrada nos outros dois estudos. Os estudos epidemiológicos encontram consistentemente grandes variações nas taxas de prevalência da depressão e são várias as explicações que se podem atribuir a este fato:

- diferenças culturais (expressas através de diferentes contextos educativos, redes de apoio social, capacidades económicas e práticas religiosas),
- variações no acesso e na qualidade dos serviços médicos disponíveis para as pessoas idosas,
- diferenças étnicas na vulnerabilidade à depressão,
- diferentes níveis de exposição a eventos stressantes ou traumáticos pela comunidade,
- variações metodológicas tais como um número limitado de participantes,
- utilização de métodos de diagnóstico de depressão distintos.(15)

Note-se que a amostra considerada inclui um número reduzido de participantes pelo que a prevalência da depressão encontrada não é representativa da nossa população-alvo.

Apesar da nossa amostra ser pequena, permitiu-nos constatar que estão presentes vários fatores de risco importantes para a institucionalização tais como baixa escolaridade(134), ter idade igual ou superior a 70 anos(135), sexo feminino(134), morar sozinho(135) e presença de doenças crónicas(15). Relativamente à idade, a nossa amostra apresenta uma moda de 80 anos, uma média de 77,29% e 83,3% tem idade igual ou superior a 70 anos o que poderá indicar a importância da idade como fator de risco para a institucionalização. Entre os inquiridos, 71,4% tem instrução primária e 14,3% são analfabetos, o que nos indica que a baixa escolaridade também poderá ter um peso importante como fator de risco para a institucionalização. O mesmo se pode dizer em relação aos outros fatores de risco: uma percentagem significativa dos participantes deste estudo são do sexo feminino (66,7%), vivem sozinhos (58,3%) e têm pelo menos 3 doenças crónicas (83,3%). Verificou-se que a maioria dos participantes deste estudo reúnem vários dos fatores de risco referidos para a institucionalização.

Segundo a literatura, pertencer ao sexo feminino é um fator de risco para a depressão.(24,26) Contudo os nossos resultados não são concordantes com a bibliografia encontrada uma vez que a percentagem de inquiridos do sexo masculino com suspeita de depressão e a percentagem de inquiridos do sexo feminino com suspeita de depressão não diferem. Zunzunegui et al. referem que as mulheres idosas podem ter uma maior prevalência de sintomatologia depressiva uma vez que também têm uma maior prevalência dos fatores de risco sociais e de saúde, tais como níveis mais baixos de educação e comorbilidades.(136) Segundo um estudo com uma

amostra de 14217 idosos com mais de 75 anos, pertencer ao sexo feminino não se encontrou associado a um risco aumentado de depressão, após ajuste das variáveis de confundimento.(31) É possível que a nossa amostra inclua elementos do sexo feminino e do sexo masculino com um grau semelhante de exposição a fatores de risco importantes para a depressão, tais como isolamento social e a presença de doenças crónicas. Outro aspeto a ter em conta é que a depressão ligeira se mostrou mais prevalente em homens ao passo que a depressão grave se mostrou mais prevalente em mulheres. Não foi encontrada nenhuma fonte bibliográfica que indicasse que a depressão ligeira é mais prevalente em homens. É provável que estes resultados se devam ao pequeno número de inquiridos e que não sejam realmente representativos da nossa população-alvo.

Nos participantes abrangidos por este estudo, o número de doenças crónicas mostrou-se um fator importante: à medida que o número de doenças crónicas aumentou, também aumentou a prevalência e a gravidade da depressão suspeita. Para os inquiridos com menos de 3 doenças crónicas, não se encontrou suspeita de depressão. Por outro lado, entre os indivíduos com 3 a 5 doenças crónicas, 50% apresentaram suspeita de depressão ligeira e 28,6% apresentaram suspeita de depressão grave. Para os indivíduos com mais de 5 doenças crónicas, 33,3% apresentaram suspeita de depressão ligeira e 50% apresentaram suspeita de depressão grave. Segundo a bibliografia encontrada, as doenças crónicas desempenham um papel importante como fator de risco para o aparecimento de depressão: um estudo realizado com 1720 participantes determinou que a razão de prevalências da depressão na presença de uma doença crónica era de 1,44, mesmo após ajuste das variáveis controle. Já a razão de prevalências de depressão na presença de duas ou mais doenças crónicas foi de 2,25.(38)

Relativamente à perceção da própria saúde, verificou-se que quanto pior era, mais frequente era a suspeita de depressão, o que é concordante com a bibliografia encontrada. Num estudo com 1903 chineses com idade igual ou superior a 60 anos, foi encontrada uma correlação significativa e positiva entre a perceção da saúde como má e depressão.(137) O mesmo se verificou para a visão, o que também é concordante com a bibliografia encontrada: segundo um estudo realizado com participantes com idade igual ou superior a 65 anos, foi encontrada relação entre depressão e limitações visuais com um OR de 2,11.(138) Já para a perceção da audição, não se verificou o mesmo. Apesar de alguns estudos indicarem que a perda de audição pode aumentar o risco de

depressão(139), não foi encontrada relação entre a auto-classificação da audição e suspeita de depressão. Provavelmente os dados relativos à auto-classificação da audição neste estudo não são concordantes com a bibliografia porque a amostra é muito pequena.

Um estudo com 14217 participantes relatou que a ausência de um confidente foi significativamente associada com a depressão, com um OR de 3,4 e que o isolamento social é um fator de risco importante.(31) Os nossos dados parecem ser coerentes com este estudo, uma vez que nos inquiridos que afirmam nunca se sentirem sós, as percentagens de depressão encontradas são bastante inferiores quando comparadas com os inquiridos que afirmam sentir-se sós às vezes ou muitas vezes.

Verificou-se que 59,57% dos inquiridos não tem qualquer auxílio na toma da medicação. Este fato pode ser negativo para a adesão à terapêutica visto que alguns dos inquiridos não sabem o nome da medicação que fazem nem a razão para estarem a tomar certos medicamentos. Apesar disso, 78,26% dos inquiridos que tomam medicamentos dizem ser aderentes. Note-se contudo que não foi feita nenhuma tentativa de confirmar a adesão ou a não adesão à terapêutica.

Verificou-se que 83,33% dos inquiridos vão ao médico com frequência. Contudo, foi encontrada uma percentagem significativa de idosos subdiagnosticados. As razões para isto acontecer poderão estar relacionadas com dificuldades ao nível do diagnóstico da depressão ou com limitações de tempo por consulta.

A percentagem de aderentes sem suspeita de depressão (22,2%) é menor que a percentagem de não aderentes sem suspeita de depressão (60%). Estes dados não são concordantes com a bibliografia encontrada: DiMatteo referiu que doentes deprimidos, quando comparado com doentes não deprimidos, têm um risco 3 vezes maior de não seguir as recomendações fornecidas pelo médico.(121) A razão para não se ter encontrado uma correlação pode estar relacionada com o pequeno tamanho da nossa amostra mas também com o fato de que não se averiguou se o inquirido realmente era aderente ou não. Neste estudo apenas se perguntou se o indivíduo tomava a medicação corretamente (tendo em conta posologias e horários). Isto compromete a fiabilidade dos resultados obtidos uma vez que tal como já foi referido, as pessoas têm tendência a tentar dar uma imagem positiva de si próprios e podem portanto dizer que são aderentes quando não o são. Outro fator a ter em conta e que já foi referido é que o tamanho da amostra considerada não é representativo da população considerada. Santos M. e

Almeida A. referem que para promover o autocuidado nos idosos, é importante abordar a problemática na adesão ao regime terapêutico, uma vez que os idosos consomem uma quantidade desproporcionalmente superior de fármacos que, conjuntamente com as alterações fisiológicas e uso de vários prescritores, potenciam o risco de reações adversas, condicionando a sua adesão.(111) O farmacêutico, integrado numa equipa multidisciplinar, pode assumir especial importância na promoção da adesão terapêutica.

Em relação ao agregado familiar, verificou-se que uma percentagem significativa dos inquiridos (58,33%) vive sozinho. Entre os inquiridos que vivem sozinhos, 78,6% apresentou suspeita de depressão (50% apresentaram suspeita de depressão ligeira e 28,60% apresentaram suspeita de depressão grave). Estes resultados parecem indicar que a presença/ausência de mais do que um elemento no agregado familiar se correlaciona negativamente com a prevalência de depressão. Contudo, segundo um estudo com 14217 idosos com mais de 75 anos, viver sozinho não foi associado a um aumento do risco de desenvolver depressão. O isolamento social foi mais importante do que viver sozinho per se.(31)

Relativamente à caracterização da terapêutica farmacológica antidepressiva, apesar da nossa amostra ser pequena, os resultados parecem indicar que a depressão se encontra sub-diagnosticada e sub-tratada nos idosos, o que é concordante com a bibliografia encontrada. Segundo Martins (2008), é nas idades mais avançadas que a depressão atinge os mais elevados índices de morbilidade e de mortalidade, na medida em que assume formas incaracterísticas, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, conseqüentemente, de tratar.(18) Vários estudos têm demonstrado que comparativamente aos adultos mais jovens, os mais velhos com perturbações mentais têm menor probabilidade de receber cuidados especiais de saúde mental e raramente de especialistas. Uma das razões é que os adultos mais velhos têm maior tendência para alexitimia (a incapacidade dos doentes verbalizarem ou fantasiarem as experiências afetivas) e somatização, o que pode mascarar a doença. Além disso, o reconhecimento da depressão é muitas vezes dificultado por comorbilidades somáticas.(15) Tendo em conta que o idoso se encontra vulnerável a desordens depressivas e considerando as dificuldades ao nível do diagnóstico da depressão, a colaboração de profissionais qualificados na deteção desta patologia deve ser considerada uma mais valia.

Verificou-se também a existência de associações medicamentosas entre antidepressivos e outros fármacos em 2 idosos que participaram no estudo. Em ambas as situações estamos perante casos de polimedicação maior, tal como uma percentagem significativa da nossa amostra (54,2%), pelo que o risco de interações é elevado. Vários estudos mencionam que o risco de interação entre fármacos aumenta exponencialmente com o número dos mesmos. Estima-se que a probabilidade de interações medicamentosas seja de 6% para 2 fármacos, 50% para 5 fármacos e quase 100% para 8 ou mais fármacos.(111) Como já foi referido, nos idosos a polimedicação é frequente, pelo que a existência de possíveis interações medicamentosas era esperada.

Mais uma vez, o farmacêutico pode desempenhar um papel essencial na gestão da terapêutica do idoso institucionalizado, colaborando com outros profissionais de saúde de forma a resolver e evitar Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRMs) e dessa forma proporcionar melhorias ao nível da qualidade de vida.

7. Conclusões

Tendo em conta a alta prevalência da depressão na população idosa e o envelhecimento crescente da população, a realização destes estudos são fundamentais para que seja possível prevenir a depressão nestas faixas etárias e desta forma, contribuir para uma melhoria ao nível da qualidade de vida. São necessários mais estudos para se investigar melhor os fatores de risco e como realizar uma terapêutica antidepressiva mais eficiente.

Neste trabalho de investigação não foram efetuados testes de hipóteses que nos permitam realmente confirmar correlações entre os fatores de risco estudados mas para investigações futuras, recomenda-se o estudo dos seguintes fatores de risco: doenças crónicas, auto-perceção da saúde e solidão.

Note-se também que a análise da amostra sugeriu que a depressão é frequentemente sub-diagnosticada e sub-tratada. São também necessários mais estudos para avaliar a dimensão e as razões deste problema. Parece-nos importante sensibilizar os vários profissionais de saúde para a importância da sua intervenção. A depressão no idoso é um problema de saúde pública desafiante que requer a participação de uma equipa multidisciplinar que una esforços em prol do doente depressivo. O médico tem um papel essencial na medida que a ele lhe cabe fazer o diagnóstico o mais precocemente possível. O farmacêutico por sua vez é uma mais valia na gestão da terapêutica no idoso que se encontra frequentemente polimedicado e tem muitas vezes dificuldades com a toma da medicação. O seu auxílio é portanto necessário para evitar PRM's e promover a adesão à terapêutica. Os psicólogos também poderão desempenhar um papel importante pois a associação da terapia farmacológica com a psicoterapia já tem oferecido resultados bastante satisfatórios.

Verificou-se que os centros de dia são encarados de forma positiva pela maioria dos participantes deste estudo pois são vistos como um local de convívio. É portanto de salientar o potencial que estas instituições têm para combater a depressão no idoso e a importância de se apostar num eficiente envolvimento com a terapêutica do idoso e em atividades que estimulem os seus utentes.

Bibliografia

1. Moraes H, Laks J, Deslandes A, Ferreira C, Pompeu FAMS, Ribeiro P. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos : revisão sistemática. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul*. 2007;29(1):70–9.
2. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Climepsi Editores; 2002 p. 209.
3. Gonçalves CAV, Machado AL. Depressão, o Mal do Século: De que Século? *Rev Enferm UERJ*. Jun 2007;15(2):298–304.
4. Bento A, Carreira M, Heitor MJ. Censo psiquiátrico de 2001. Síntese dos resultados preliminares. *Saúde em Números*. 2001; 16(1):12.
5. Monteiro IS. Depressão - Por que é que uns deprimem e outros não? Lisboa: Climepsi Editores; 2012.
6. Taylor RB, David AK, Fields SA, Phillips DM, Schergrrr JE. *Family Medicine - Principles and Practice*. 6a edição. New York: Springer; 2002.
7. Cornélio O. Depressão nos idosos que frequentam o centro de dia de Cedofeita [Tese de Licenciatura]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2009.
8. Almeida MLCMS. Ansiedade, Depressão, Ideação Suicida, Coping em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados [Tese de Mestrado]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2011.
9. Bacelar F, Bento A. O Suicídio da Antiguidade à Actualidade. *Fórum Sociológico*. 1993;2:9–18.
10. Cordás T. Depressão, da bile negra aos neurotransmissores: uma introdução histórica. *Rev Psiq Clin*. 2002;32(6):343.
11. Annussek G, Cushman SB, Rowland B, Woodward A, Swain L, Wurges JL. *Manual de Medicinas Complementares*. Barcelona: Oceano; 2005.
12. Messora LB. Perfil dos idosos em instituições asilares de três municípios do sul de minas gerais [Tese de Pós-Graduação]. Alfenas: Universidade Federal de Alfenas; 2006.
13. Pereira LPT. Solidão e Depressão no Idoso Institucionalizado, A Intervenção da Animação Sociocultural [Tese de Mestrado]. Chaves: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2010.
14. Depression. Rock Ville: National Institute of Mental Health; 2011.

15. Vaz SFA. A Depressão no Idoso Institucionalizado [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto; 2009.
16. Teng CT, Humes EC, Demetrio F. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clínica*. Jun 2005;32(3):149–59.
17. Barraclough J, Gill D. Bases da Psiquiatria Moderna. 2a edição. Lisboa: Climepsi Editores; 1997.
18. Martins RM. A Depressão no Idoso. *Rev Milen*. Abr 2008;34:119–23.
19. Ferreira FAGS. As Actividades Ocupacionais, o Isolamento e a Depressão no Idoso Institucionalizado [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2011.
20. Acker DB, Alexander JK, Aliff T, Arnold M, Barthlen GM, Brazy PC, et al. Manual Merck de informação médica. Barcelona: Oceano; 2008.
21. Administração Central do Sistema de Saúde Português. Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10) [Internet]. 29 Jan 2010 [atualizado a 21 Jul 2011; citado a 27 Jul 2013]. Disponível em: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Classifica%C3%A7%C3%A3o_Estat%C3%ADstica_Internacional_de_Do%C3%A7as_e_de_Problemas_Relacionados_%C3%A0_Sa%C3%BAde,_10%C2%AA_Revis%C3%A3o_\(CID-10\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Classifica%C3%A7%C3%A3o_Estat%C3%ADstica_Internacional_de_Do%C3%A7as_e_de_Problemas_Relacionados_%C3%A0_Sa%C3%BAde,_10%C2%AA_Revis%C3%A3o_(CID-10))
22. Nubila HBV Di, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*. Jun 2008;11(2):324–35.
23. Matos EG De, Matos TMG De, Matos GMG De. Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. *Estud Psicol*. Abr/Jun 2006;23(2):173–9.
24. Oliveira MRM. Depressão e o Género: semelhanças e diferenças [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto; 2010.
25. Depression in women: Understanding the gender gap [Internet]. Mayo Clinic; 19 Jan 2013 [citado a 17 Mai 2013]. Disponível em: <http://www.mayoclinic.com/health/depression/MH00035>
26. Cruz PMFA. A depressão no feminino [Tese de Mestrado]. Braga: Universidade do Minho; 2009.
27. Male depression: Understanding the issues [Internet]. Mayo Clinic; 15 Mai 2013 [citado a 18 Mai 2013]. Disponível em: <http://www.mayoclinic.com/print/male-depression/MC00041/METHOD=print>
28. Lopes RF, Argimon IIL. O desempenho de idosos com depressão no Teste Wisconsin de Classificação de Cartas. *Kairós*. 2008;11(1):185–202.

29. Stanners M, Barton C. Essencial Notes in Psychiatry [Internet] Rijeka: In Tech; 2012. Capítulo 26, Depression in the Context of Chronic and Multiple Chronic Illnesses. [citado a 15 Mai 2013]. Disponível em: <http://www.intechopen.com/books/essential-notes-in-psychiatry/depression-in-the-context-of-chronic-and-multiple-chronic-illnesses>
30. Bernardo PCLG. A depressão no Sul do Distrito de Castelo Branco: Relação com variáveis sociodemográficas [Tese de Mestrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2008.
31. Osborn DPJ, Fletcher A, Smeeth L, Stiriling S, Jones D, Nunes M. Factors associated with depression in a representative sample of 14 217 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Int J Geriatr Psychiatry*. 13 Jun 2003;18(7):623–30.
32. Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Anseau M. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *Am J Epidemiol*. 15 Jan 2003;157(2):98–112.
33. Sociedade Portuguesa de Enfermagem e de Saúde Mental. *Saúde Mental e Equilíbrio Social*. Porto: Maia; 2008.
34. Benton C, Wiltshire T. *Psychiatric Disorders - Trends and Developments* [Internet].Rijeka: InTech; 2011. Capítulo 9, Biological Alterations in Depression. [citado a 23 Jan 2014] Disponível em: http://nzaher710.free.fr/site/epicure/mw/Psychiatric_Disorders_-_Trends_and_Developments.pdf#page=235
35. Licinio J, Wong M-L. The pharmacogenomics of depression. *Pharmacogenomics J*. 30 Out 2001;1:175–7.
36. Lima IVM, Sougey EB, Filho HPV. Genética dos transtornos afetivos. *Rev Psiquiatr Clínica*. 2004;31(1):34–9.
37. Lafer B, Filho HPV. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. *Rev Bras Psiquiatr*. Mai 1999;21:12–7.
38. Boing A, Melo G. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev Saude Publica*. Ago 2012;46(4).
39. Bush D, Ziegelstein R, Patel U. Novel Strategies in Ischemic Heart Disease [Internet]. Rijeka: In Tech; 2005. Capítulo 19, Post-myocardial infarction depression. [citado a 23 Jan 2014]. Disponível em: <http://accindia.org/admin/pdf/b756a0bdfbba376689958c368cb7e983.pdf>
40. Cardoso G, Trancas B, Luengo A, Reis D. Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com relevância clínica [8]. *Rev Port Cardiol*. 2008;27(1):91–109.

41. Fráguas R, Soares SM da SR. Depressão e diabetes mellitus. *Rev Psiquiatr Clínica*. 2009;36(3):93–9.
42. Moreira R, Papelbaum M, Appolinario JC, Matos AG, Coutinho WF, Meirelles RMR, et al. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. *Arq Bras Endocrinol Metab*. Feb 2003;47(1):19–29.
43. Vaz S, Gaspar N. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Rev Enferm Ref*. Jun 2011;4, Série 3:49–58.
44. Pires MCG. Cancro da Mama, Depressão e Depressividade [Tese de Mestrado]. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2005.
45. Gomes JCV. Inteligência Emocional , Qualidade de Vida e seus Correlatos em Doentes Oncológicos em Quimioterapia [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2011.
46. Trancas B, Cardoso G, Luengo A, Vieira C, Reis D. Depressão no doente oncológico Considerações Diagnósticas e Terapêuticas. *Acta Med Port*. 2010;23(6):1101–12.
47. Botino SMB, Fráguas R, Gattaz WF. Depressão e câncer. *Rev Psiquiatr*. 2009;36(3):109–15.
48. Malbergier A, Schoffel AC. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Rev Bras Psiquiatr*. Set 2001;23(3):160–7.
49. Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de Depressão e a sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome de Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*. 2005;45(2):47–54.
50. Aguiar RW. Qualidade de vida e mecanismos de defesa em pacientes femininas com fibromialgia com ou sem depressão [Tese de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
51. Mendes MF, Tilbery CP, Balsimelli S, Moreira MA, Barão-cruz AM. Depressão na esclerose múltipla forma remitente-recorrente. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3-A):591–5.
52. Guedea MTD, Albuquerque FJB, Tróccoli BT, Noriega JAV, Seabra MAB. Relação do Bem-Estar Subjetivo , Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2000;19(2):301–8.
53. Ferraz RB, Tavares H, Zilberman ML. Felicidade: uma revisão. *Rev Psiquiatr Clínica*. 2007;34(5):234–42.
54. Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol*. Jan 2000;55(1):34–43.
55. Diener E, Seligman MEP. Very Happy People. *Psychol Sci*. Jan 2002;13(1):81–4.

56. Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*. Jun 2006;5(2):71–6.
57. Zenevicz LT. A dimensão espiritual no processo de viver envelhecendo [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.
58. Souza FGM. Tratamento da depressão. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21:18–23.
59. Fleck MPA, Lafer B, Sougey EB, Porto JA Del, Brasil MA, Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(2):114–22.
60. Caramona M, Vitória I, Teixeira M, Alcobia A, Almeida P, Horta R, et al. Normas de Orientação Terapêutica. Lisboa: Cadaval Gráfica; 2011.
61. Wells BG, Dipiro JT, L. TS, Dipiro C V. *Pharmacotherapy Handbook*. 7a edição. New York: Mc Graw Hill; 2009.
62. Pape G Le, Puzenat N. *ABCedário do Cérebro*. Paris: Reborn; 2000.
63. López-Muñoz F, Alamo C. Monoaminergic neurotransmission: the history of the discovery of antidepressants from 1950s until today. *Curr Pharm Des*. Jan 2009;15(14):1563–86.
64. Lieberman JA. History of the Use of Antidepressants in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2003;5(7):6–10.
65. Gorenstein C, Scavone C. Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de psicofármacos hoje. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):64–73.
66. Schatzberg AF, Cole JO, DeBattista C. *Manual de Psicofarmacologia clínica*. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2009.
67. Antidepressants: Selecting one that's right for you [Internet]. Mayo Clinic; 8 Nov 2011 [citado a 24 Jul 2013]. Disponível em: <http://www.mayoclinic.com/health/antidepressants/HQ01069/METHOD=print>
68. Goetz RR, Fields SA, Toffler WL. *Fundamentals of Family Medicine*. 3ª edição. Nova York: Springer New York; 2002. Capítulo 23, Depression; p. 470–86.
69. Wannmacher L. *Uso Racional de Medicamentos*. Brasília: Editora MS; 2012. Capítulo 9, Uso Racional de Medicamentos; p.83-90.
70. Scalco MZ. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos , IMAO , ISRS e outros antidepressivos. *Rev Bras Psiquiatr*. Abr 2002;24(Supl I):55–63.
71. Romeiro LA, Fraga CAM, Barreiro EJ. Novas Estratégias Terapêuticas para o tratamento da depressão: uma visão da química medicinal. *Quim Nova*. Jun 2003;26(3):347–58.

72. Moreno RA, Moreno DH, Soares MBDM. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Rev Bras Psiquiatr.* Mai 1999;21:24–40.
73. Tricyclic antidepressants and tetracyclic antidepressants [Internet]. Mayo Clinic; 19 Jul 2013 [citado a 7 Ago 2013]. Disponível em: <http://www.mayoclinic.com/health/antidepressants/MH00071/NSECTIONGROUP=2>
74. Bernardes S, Miyazawa D. Effects of Antidepressants [Internet]. Londrina: In Tech; Capítulo 6, Antidepressants Self-Poisoning in Suicide and Suicide Attempt: Acute Toxicity and Treatment. [citado a 24 Jan 2014]. Disponível em: https://www.educationnest.com/components/com_jshopping/files/files_products/PDF_files/MedicinePDF/Effects_of_Antidepressants.pdf#page=121
75. Autoridade Nacional do Medicamento e de Produtos de Saúde. Prontuário Terapêutico online [Internet]. 2013 [citado a 1 Ago 2013]. Disponível em: www.infarmed.pt/prontuario/index.php
76. Prontuário Terapêutico. 13ª edição. Lisboa: Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde; 2013.
77. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) [Internet]. Mayo Clinic; 9 Jul 2013 [citado a 14 Ago 2013]. Disponível em: <http://www.mayoclinic.com/print/ssris/MH00066/METHOD=print>
78. Cordeiro CHG, C. CM, Sacramento LVS. Interações medicamentosas de fitoterápicos e fármacos : *Hypericum perforatum* e *Piper methysticum*. *Rev Bras Farmacogn.* Set 2005;15(3):272–8.
79. Ganetsky M. Selective serotonin reuptake inhibitor poisoning [Internet]. UpToDate; 15 Mai 2013 [citado a 6 Jul 2013]; Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/selective-serotonin-reuptake-inhibitor-poisoning?detectedLanguage=en&source=search_result&translation=selective+serotonin+reuptake+inhibitors+for+treating+depressed+adults&search=selective+serotonin+reuptake+inhibitors+for
80. Clayton Aguiar C, Castro TR, Carvalho AF, Vale OC, Sousa FC, Vasconcelos SM. Drogas antidepressivas. *Acta Med Port.* 2011;24(1):91–8.
81. Goodman LS, Gilman A. *Manual of Pharmacology and Therapeutics*. 12ª edição. New York: McGraw-Hill; 2011.
82. Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) [Internet]. Mayo Clinic; 21 Jun 2013 [citado a 15 Ago 2013]. Disponível em: <http://www.mayoclinic.com/print/maois/MH00072/METHOD=print>
83. FDA's Office of women's health staff. *Medicines To Help You*. Food and Drug Administration; 2008. 16 p.

84. Isbister GK, Hackett LP, Dawson AH, Whyte IM, Smith AJ. Moclobemide poisoning: toxicokinetics and occurrence of serotonin toxicity. *Br J Clin Pharmacology*. Out 2003;56(4):441–50.
85. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. Antidepressores. 2013 [citado a 1 Ago 2013]. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/prontuario/framenavegaarvore.php?id=57>
86. Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs). [Internet]. Mayo Clinic; 26 Jun 2013 [citado a 17 Ago 2013]. Disponível em: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/in-depth/antidepressants/ART-20044970?pg=2>
87. Whyte IM, Dawson AH, Buckley NA. Relative toxicity of venlafaxine and selective serotonin reuptake inhibitors in overdose compared to tricyclic antidepressants. *Q J Med*. 2003;96:369–74.
88. Scazufca M, Matsuda C. Revisão sobre a eficácia de psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. *Rev Bras Psiquiatr*. Abr 2002;24(Supl I):64–9.
89. Grevet E, Cordioli A, Fleck M. *Psicofármacos: Consulta Rápida*. 3a edição. Porto Alegre: Artmed; 2005. Secção 2, Diretrizes e Algoritmos; p.317.
90. Almeida AM, Neto FL. Revisão sobre o uso da terapia cognitiva-comportamental na prevenção de recaídas e recorrências depressivas. *Rev Bras Psiquiatr*. Out 2003;25(4):239–44.
91. Saini S, Shandil A, Singh S. *Clinical, Research and Treatment Approaches to Affective Disorders* [Internet]. Rijeka: In Tech; 2012. Capítulo 14, Recent Therapies in Depression. [citado a 20 Ago 2013] Disponível em: <http://www.intechopen.com/books/clinical-research-and-treatment-approaches-to-affective-disorders/-recent-therapies-in-depression>
92. Hassmén P, Koivula N, Uutela A. Physical exercise and psychological well-being: a population study in Finland. *Prev Med (Baltim)*. Jan 2000;30(1):17–25.
93. Ferreira ARG. Programa de exercício físico para idosos na administração local, A realidade do distrito de Aveiro [Tese de Mestrado]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2010.
94. Martins R, Rosado F, Cunha M. Exercício físico, IgA salivar e estados emocionais da pessoa idosa. *Mar* 2008;4(1):5–11.
95. Blumenthal J, Babyak M, Moore KA, Craighead E, Herman S, Khatri P, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med*. Out 1999 25;159(19):2349–56.

96. Babyak M, Blumenthal J a, Herman S, Khatri P, Doraiswamy M, Moore K, et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med.* 2000;62(5):633–8.
97. Mather AS, Rodriguez C, Guthrie MF, McHarg AM, Reid IC, McMurdo MET. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomised controlled trial. *Br J psychiatry.* Mai 2002;180:411–5.
98. Spadacio C, Barros NF. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. *Rev Saude Publica.* Feb 2008;42(1):158–64.
99. Gonçalves MMR. Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa no Mundo: O processo de regulamentação em Portugal — o caso da Acupuntura [Tese de Pós-Graduação]. Porto: Instituto Português de Naturologia; 2011.
100. Adler UC, Paiva NM, César ADT, Adler MS, Molina A, Calil HM. Tratamento homeopático da depressão: relato de série de casos. *Rev Psiquiatr Clínica.* 2008;35(2):74–8.
101. Ana Patrícia Bigote Almeida Pinto. Homeopatia: Uma alternativa viável? Uma revisão sobre a investigação homeopática baseada em casos clínicos. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2012.
102. Berget B, Ihlebæk C. Psychiatric Disorders - Worldwide Advances [Internet]. Rijeka: In Tech; 2011. Capítulo 5, Animal-Assisted Interventions; Effects on Human Mental Health-A Theoretical Framework. [citado a 1 Set 2013]. Disponível em: [http://80.191.221.11/files/research/site/medical/Mental and Behavioural Disorders and Diseases of the Nervous System/Psychiatric_Disorders_-_Worldwide_Advances.pdf#page=135](http://80.191.221.11/files/research/site/medical/Mental%20and%20Behavioural%20Disorders%20and%20Diseases%20of%20the%20Nervous%20System/Psychiatric_Disorders_-_Worldwide_Advances.pdf#page=135)
103. Berget B, Braastad BO. Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders. 2011;(1432):384–90.
104. Light Therapy, definition [Internet]. Mayo Clinic. 20 Mar 2013 [citado a 2 Set 2013]. Disponível em: <http://www.mayoclinic.com/health/light-therapy/MY00195>
105. Electroconvulsive therapy (ECT): Definition [Internet]. Mayo Clinic. 25 Out 2012[citado a 2 Set 2013]. Disponível em: <http://www.mayoclinic.com/health/electroconvulsive-therapy/MY00129>
106. Coentre R, Barrocas D, Chendo I, Abreu M, Levy P, Maltez J, et al. Eletroconvulsivoterapia Mito e Evidências. *Acta Med Port.* 2009;22:275–80.
107. Electroconvulsive therapy [Internet]. MedlinePlus. 8 Jan 2012 [atualizado a 31 Out 2013; citado a 10 Nov 2013]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/007474.htm>

108. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas 2012. Lisboa; 2013 p. 1–6.
109. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. Ago 2007;23(8):1924–30.
110. Costa VT, Alves PC, Lunardi VL. Vivendo uma Doença Crônica e Falando sobre ser Cuidado. *Rev Enferm UERJ*. Mar 2006;14(1):27–31.
111. Santos M, Almeida A. Polimedicação no idoso. *Rev Enferm Ref*. Dez 2010 Dec 1;III Série(no 2):149–62.
112. Unidade de Missão para os Cuidados Integrados. Problemas relacionados com Medicamentos (PRM) no Idoso. Lisboa; 2008 p. 15.
113. Bjerrum L, Søgaaard J, Hallas J, Kragstrup J. Polypharmacy in general practice: differences between practitioners. *Br J Gen Pract*. Mar 1999;49(440):195–8.
114. Galato D, Silva ES, Souza Tiburcio L. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Ciências & Saúde Coletiva*. Set 2010;15(6):2899–905.
115. Colley CA, Lucas LM. Polypharmacy: the cure becomes the disease. *J Gen Intern Med*. Mai 1993;8(5):278–83.
116. Soares MA, Fernandez-Llimós F, Lança C, Cabrita J, Morais JA. Operacionalização para Portugal: Critérios de Beers de Medicamentos Inapropriados nos Doentes Idosos. *Acta Med Port*. 2008;21(5):441–52.
117. Silva IV. Efeitos Adversos do Uso de Antidepressivos em Idosos [Tese de Pós-Graduação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
118. Maria Lurdes Monteiro Figueiredo. Adesão Terapêutica numa Mulher com Depressão Major: Perspetiva da Doente. [Tese de Mestrado]. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu; 2012.
119. Leite SN, Vasconcellos M da PC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2003;8(3):775–82.
120. Henriques MAP. Adesão ao regime terapêutico em idosos: Revisão sistemática [Tese de Doutorado]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2006.
121. Dimatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment. *Arch Intern Med*. 24 Jul 2000;160(14):2101–7.
122. Cunha M, Gandini R. Compliance and non compliance to the pharmacological treatment for depression. *Psicol Teor e Pesqui*. 2009;25(3):409–18.

123. Zimerman GI. Velhice Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2007.
124. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. Rev Saude Publica. Ago 2006;40(4):712–9.
125. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini Mental State», A Pratical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. J Psychiatr Res. Nov 1975;12:189–98.
126. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuropsiquiatr. Mar1994;52(1):01–7.
127. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o Uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. Set 2003;61(3-B):777–81.
128. Matos LCC. Medo da Queda, Estado Emocional, Qualidade de Vida e contexto habitacional em Idosos: um estudo exploratório [Tese de Mestrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2011.
129. Galhardo VÂC, Mariosa MAS, Takata JPI. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. Rev Médica Minas Gerais. Mar 2010;20(1):16–21.
130. Pinho MX, Custódio O, Makdisse M, Carvalho ACC. Confiabilidade e Validade da Escala de Depressão Geriátrica em Idosos com Doença Arterial Coronariana. Arq Bras Cardiol. Mai 2010;94(5):570–9.
131. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev Saude Publica. Dez 2005;39(6):918–23.
132. Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. Sci Med (Porto Alegre). 2007;17(1):3–8.
133. Munk M, Laks J. Depressão em idosos em um lar protegido ao longo de três anos. J Bras Psiquiatr. 2005;54(2):98–100.
134. Herédia VBM, Casara MB, Cortelletti IA, Ramalho MH, Sassi A. A Realidade do Idoso Institucionalizado. Textos Envelhec. 2004;7(2):9–31.
135. Duca GF Del, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. Rev Saude Publica. Feb 2012;46(1):147–53.
136. Zunzunegui M V., Béland F, Llácer A, León V. Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. Soc Psychiatr Epidemiol. Mai 1998;33(5):195–205.

137. Chow K-L, Chi I. Prevalence and correlates of depression in Chinese oldest-old. *Int J Geriatr Psychiatry*. Jan 2005;20(1):41–50.
138. Tsai S-Y, Cheng C-Y, Hsu W-M, Su T-PT, Liu J-H, Chou P. Association between visual impairment and depression in the elderly. *J Formos Med Assoc*. Feb 2003;102(2):86–90.
139. Yueh B, Shapiro N, MacLean CH, Shekelle PG. Screening and management of adult hearing loss in primary care. *JAMA*. 16 Abr 2003;289(15):1976–85.

Anexos

Caro participante gostaríamos de solicitar a sua colaboração para uma investigação que tem como objetivo estudar a depressão em idosos que frequentam centros de dia. Tudo o que for aqui conversado é confidencial e não há respostas certas ou erradas. Se por alguma razão não quiser participar neste estudo ou se quiser parar a meio, sinta-se à vontade para se retirar. Nesta entrevista, são feitas as mesmas perguntas a todas as pessoas. Por isso, por favor, seja compreensivo se algumas questões lhe parecerem estranhas. Vou começar com algumas perguntas gerais.

Questionário

Gênero: Masculino Feminino

Idade: _____

Escolaridade:

Analfabeto

Sabe ler e escrever

Instrução Primária

Ensino Secundário

Curso Médio

Curso Superior

Mini Mental Test

I - Orientação

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis; tente responder o melhor que poder”

(dar 1 ponto por cada resposta correta)

1 – Em que ano estamos? _____

2 – Em que mês estamos? _____

3 – Em que dia do mês estamos? _____

4 – Em que estação do ano estamos? _____

5 – Em que dia da semana estamos? _____

6 – Em que país estamos? _____

7 – Em que distrito vive? _____

8 – Em que Terra vive? _____

9 – Em que casa estamos? _____

10 – Em que andar estamos? _____

NOTA: _____

II – Retenção

“Vou dizer-lhe 3 palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas 3 palavras.”

As palavras são: PERA GATO BOLA

“Repita as 3 palavras”

“Dar um ponto por cada resposta correta”

NOTA: _____

III – Atenção e cálculo

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.”

(30) _____ (27) _____ (24) _____ (21) _____ (18) _____ (15)

NOTA: _____

Se o sujeito não conseguir executar essa tarefa pode fazer-se em alternativa: “Vou dizer-lhe uma palavra e queria que me dissesse essa palavra letra por letra ao contrário.”

A palavra é: PORTA (dar um ponto por cada letra corretamente repetida)

A _____ T _____ R _____ O _____ P

NOTA: _____

IV – Evocação

(Só se efetua no caso do sujeito ter aprendido as 3 palavras referidas na prova anterior)

“Agora veja se me consegue dizer quais foram as 3 palavras que lhe pedi à pouco para repetir”.

(dar um ponto por cada resposta correta)

PERA _____ GATO _____ BOLA _____

NOTA: _____

V – Linguagem

(dar um ponto por cada resposta correta)

a) Mostrar um relógio de pulso

“Como se chama isto?”

NOTA: _____

b) Mostrar um lápis

“Como se chama isto?”

NOTA: _____

c) Repetir a frase:

“O rato rói a rolha”

NOTA: _____

d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel pegue nele com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”.

(Dar um ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos)

Pegar no papel com a mão direita _____

Dobra o papel ao meio _____

Coloca o papel no chão _____

NOTA: _____

e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão”

(Mostrar o cartão com a frase: “FECHER OS OLHOS”

NOTA: _____

f) “Escreva uma frase”

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com um ponto. Erros gramaticais ou de trocas de letras não contam como erros. Se o sujeito for analfabeto este ponto não se realiza.)

NOTA: _____

g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar”

(Mostrar o desenho num cartão, os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersecionados para pontuar um ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados.)

NOTA: _____

NOTA FINAL: _____

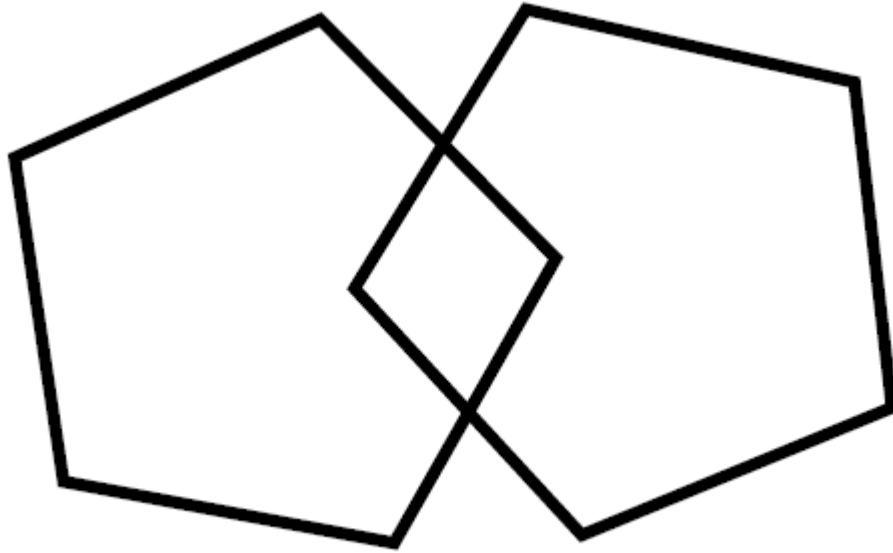
Pontes de corte (população portuguesa)

Idade igual ou superior a 40 anos, considera-se com défice cognitivo:

Analfabetos: ≤ 15

1 a 11 anos de escolaridade: ≤ 22

Escolaridade superior a 11 anos: ≤ 27



Saúde

Como classifica a sua saúde atualmente?

Boa Nem boa nem má Má

Tem alguma doença crónica?

Diabetes Sim Não

Doença Cardiovascular Sim Não

Obesidade Sim Não

Doença Respiratória Sim Não

Cancro Sim Não

Doenças reumáticas Sim Não

Outro Qual? _____

Como classifica a sua visão atualmente?

Boa Nem boa nem má Má

Como classifica a sua audição atualmente?

Boa Nem boa nem má Má

Que medicamentos toma?

Toma sempre os seus medicamentos correctamente?

Sim Não

Com que frequência vai ao médico?

Tem ajuda de alguém para tomar os seus medicamentos?

Sim Quem? _____ Não

Índice de solidão

Com que frequência você se sente só?

Muitas vezes Algumas vezes Raramente

Com quem vive?

Escala de Depressão Geriátrica

- | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 1 - Está satisfeito com a sua vida? | S <input type="checkbox"/> (0) | N <input type="checkbox"/> (1) |
| 2 - Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses? | S <input type="checkbox"/> (1) | N <input type="checkbox"/> (0) |
| 3 - Sente a sua vida vazia? | S <input type="checkbox"/> (1) | N <input type="checkbox"/> (0) |
| 4 - Fica muitas vezes aborrecido(a)? | S <input type="checkbox"/> (1) | N <input type="checkbox"/> (0) |
| 5 - Está bem disposto(a) a maior parte do tempo? | S <input type="checkbox"/> (0) | N <input type="checkbox"/> (1) |
| 6 - Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | S <input type="checkbox"/> (1) | N <input type="checkbox"/> (0) |
| 7 - Sente-se feliz a maior parte do tempo? | S <input type="checkbox"/> (0) | N <input type="checkbox"/> (1) |
| 8 - Sente-se muitas vezes desamparado(a)? | S <input type="checkbox"/> (1) | N <input type="checkbox"/> (0) |
| 9 - Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas? | S <input type="checkbox"/> (1) | N <input type="checkbox"/> (0) |
| 10 - Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas? | S <input type="checkbox"/> (1) | N <input type="checkbox"/> (0) |
| 11 - Pensa que é muito bom estar vivo(a)? | S <input type="checkbox"/> (0) | N <input type="checkbox"/> (1) |
| 12 - Sente-se inútil? | S <input type="checkbox"/> (1) | N <input type="checkbox"/> (0) |

13 - Sente-se cheio(a) de energia?

S (0) N (1)

14 - Sente que para si não há esperança?

S (1) N (0)

15 - Pensa que a maioria das pessoas passa melhor sem o(a) senhor(a)?

S (1) N (0)

Total: _____