



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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

SARA ISABEL DA COSTA PIMENTEL

***MANIFESTAÇÕES SOMÁTICAS DA DEPRESSÃO
NO IDOSO***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROF. DOUTOR MANUEL JOÃO RODRIGUES QUARTILHO**

MARÇO/2010

ÍNDICE

Resumo	2
Palavras-chave	3
Abstract	4
Keywords	5
Introdução	6
Métodos	10
Desenvolvimento	11
Apresentação da Depressão no Idoso	11
Associação dos Sintomas Somáticos com a Depressão nos Idosos.....	12
Comorbilidades Médicas e Medicação na Depressão do Idoso.....	14
Diagnóstico da Depressão Geriátrica.....	18
<i>DSM-IV e ICD-10</i>	18
<i>Escala de Avaliação da Depressão</i>	23
O Clínico Geral e suas Dificuldades Diagnósticas	28
Tratamento da Depressão no Idoso	34
Prognóstico e Evolução da Depressão no Idoso	37
Conclusões e Aplicações Práticas	40
Referências	43

RESUMO

Introdução: A esperança média de vida e a prevalência da depressão têm vindo a aumentar progressivamente, sendo previsível que mantenham esta tendência, nos próximos anos. Nos idosos, uma das particularidades desta patologia é o predomínio de manifestações de sintomas somáticos, em relação aos sintomas do humor. Este facto pode protelar o diagnóstico, e conseqüentemente o tratamento, especialmente se co-existe patologia médica.

Objectivos: Analisar as características particulares das manifestações somáticas na depressão do idoso, a sua influência nas estratégias para diagnóstico e tratamento e o seu reflexo no prognóstico da mesma. Desenvolver a influência das particularidades da depressão geriátrica, no desempenho do clínico geral e suas dificuldades na abordagem desta situação, bem como a necessidade de cuidados psiquiátricos diferenciados.

Desenvolvimento: A apresentação clínica da depressão é menos evidente no idoso que no jovem. Muitas vezes, a depressão exprime-se apenas por sintomas somáticos ou modificações do comportamento habitual, frequentemente subestimadas nos idosos, por serem relacionadas com a comorbilidade médica, a polimedicação ou as alterações próprias da idade. Estes sintomas estão associados a recorrência mais frequente aos serviços de saúde e a sua severidade é proporcional à gravidade da depressão.

A DSM-IV e a ICD-10 contemplam os sintomas somáticos, mas não estão adaptadas às especificidades da depressão no idoso. A primeira tem mesmo recomendações específicas para excluir os sintomas somáticos claramente associados a patologia médica, no entanto, muitas vezes, essa destrição não é fácil, tendo surgido várias abordagens diagnósticas dos sintomas somáticos, tentando dar resposta a este dilema. Não obstante, não há consensos quanto à maior validade de qualquer uma delas

sobre as outras. As escalas de avaliação da depressão são também importantes no idoso, como forma de acesso rápido e simples. A utilização de escalas com ou sem sintomas somáticos não reúne consenso entre os vários autores. Conseqüentemente, o diagnóstico da depressão do idoso não é fácil, estimando-se que seja bastante subestimado, especialmente nos cuidados primários de saúde, onde o idoso mais recorre, mas onde o clínico geral se depara com inúmeros entraves. A par do diagnóstico, também o tratamento é muito importante, assumindo algumas particularidades no idoso e podendo ser necessária a colaboração do psiquiatra, na tentativa de melhorar o prognóstico.

Conclusões: A principal implicação dos sintomas somáticos na depressão do idoso é no diagnóstico, onde o seu uso como critérios de depressão deve ser prudente, atendendo-se à sua forma de aparecimento, à gravidade e às características particulares do doente.

PALAVRAS-CHAVE

Depressão, idoso, manifestações somáticas, sintomas somáticos, sintomas depressivos, escala de depressão

ABSTRACT

Introduction: Life's mean expectancy and the prevalence of depression have progressively increased, and the continuity of this tendency is foreseeable in the next few years. Among the elder, one of the unique traits of this pathology is the prevalence of somatic symptoms manifestation concerning mood symptoms. This can defer the diagnosis and consequently the treatment, particularly when a medical pathology is coexistent.

Objectives: To study particular traits of the somatic manifestations in depression among the elder, its influence in diagnostic and treatment strategies and the effect in its own prognostic. To further study the impact of geriatric depression attributes in the general clinical performance and the problems pertaining to this approach, as well as the need for a different psychiatric care.

Development: Clinical observation of depression is less obvious among the elder than it is among young people. Frequently, depression manifests itself through somatic symptoms alone, or by changes in the regular behaviour that are commonly overlooked in elder people as they can be related to medical co-morbidities, polimedication or normal age-related alterations. These symptoms relate to a higher level of medical care pursuit and their seriousness is proportional to the severity of depression.

DSM-IV and ICD-10 comprise somatic symptoms, but they are not suitable for the unique qualities of depression among the elder. The former even advocates the exclusion of somatic symptoms clearly connected to a medical pathology, although many times that discrimination is difficult to establish. Many diagnostic approaches to somatic symptoms have been developed in an attempt to solve this dilemma, however, there are no consensual opinions concerning the validity of one over the other. Measurement scales for depression are also very important for elder people, since they

convey a quick and easy access. The adoption of scales, with or without somatic symptoms, is not agreed upon among the authors. As a result, the diagnosis of depression in elder people is not easy and is probably largely underestimated, particularly in primary health care, where elder people turn to the most and where several problems limit the general practitioners work. Treatment is as important as diagnosis since it assumes some unique traits when it comes to elder people, and psychiatrist collaboration is sometimes necessary in an attempt to improve prognosis.

Conclusions: The main impact of somatic symptoms in depression among the elder occurs during diagnosis, and its use as depression criteria must be careful, taking in consideration its manifestation, its severity and the unique traits of the patient.

KEYWORDS

Depression, elderly, somatic complaints, somatic symptoms, depressive symptoms, depression scale.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, temos vindo a assistir a um constante envelhecimento da população mundial. Esta tendência é comum à população portuguesa, estando bem documentada nos últimos Censos Portugueses (Censos 2001), onde o envelhecimento da mesma continuou a registar-se a um ritmo bastante forte. Este estudo populacional documentou um envelhecimento transversal a todas as regiões portuguesas, o que condicionou o aumento da importância relativa dos idosos na população total. A percentagem de idosos em 2001 era já superior à de jovens, apresentando um valor de 16%. O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade. Mas tal, por si só, não é o bastante. É também importante almejar uma melhoria da qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou que estão a passar pelo processo de envelhecimento.

Tal como a população idosa tem vindo a aumentar, segundo o *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*, da OMS, também a depressão tem sofrido um acréscimo, nas últimas décadas. De acordo com este documento, a depressão está a tornar-se num dos principais problemas de saúde, nos países desenvolvidos, situando-se em quarto lugar, na lista de encargos com a saúde, em 2001, e com tendência para acentuar a sua importância, nos próximos anos, perspectivando-se uma subida ao segundo lugar, em 2020.

Embora a depressão nos idosos seja menos prevalente que nos adultos jovens, pode ter sérias consequências, constituindo assim um problema de saúde pública importante. Esta patologia está associada ao aumento do risco de morbilidade e suicídio, à diminuição das capacidades físicas, cognitivas e sociais e à maior auto-negligência, por parte dos idosos. Estes factores, por sua vez, estão associados à diminuição de

qualidade de vida e ao aumento da mortalidade geriátrica [Beekman et al. (2002) e Fiske et al (2009)]. O suicídio continua a ser uma consequência especialmente preocupante da depressão geriátrica. Apesar de as taxas de suicídio nos idosos estarem a declinar, elas ainda permanecem mais altas e mais fortemente associadas à depressão, do que nos jovens adultos [Hasin et al. (2005)].

Em Portugal, não existem estudos epidemiológicos que nos permitam tirar conclusões efectivas acerca da prevalência desta patologia nos idosos, o que faz com que muitas vezes sejam referidos os dados dos Estados Unidos da América (EUA). Aí, a prevalência da depressão *major* na população geral, com mais de 65 anos, é de cerca de 1% a 5,7%, sendo que mais de metade dos casos representam um primeiro episódio na velhice [Hasin et al. (2005) e VanItallie (2005)]. No entanto, a prevalência de perturbações depressivas pode ir até 14,3%. Contribuem para este incremento, as perturbações depressivas não *major*, que, apesar de não preencherem todos os critérios para depressão *major*, são clinicamente expressivas e estão associadas a perda funcional significativa e inabilidade psicossocial. Para além disso, estes idosos têm ainda um risco aumentado de desenvolver depressão *major*, ter um acidente ou uma doença grave, o que faz aumentar a sua relevância [VanItallie (2005)].

Para minimizar o efeito da depressão, quer na mortalidade, quer na morbilidade geriátrica, torna-se fundamental fazer um bom diagnóstico e tratamento da mesma. Neste sentido, o conhecimento das suas características e dos métodos de rastreio e diagnóstico mais apropriados assume um papel preponderante.

Desde que Hipócrates, no século IV a.C., descreveu a melancolia, que mais tarde viria a ser traduzida por depressão, muito se modificou, em termos de classificação e diagnóstico, e hoje em dia, os dois principais sistemas de classificação em Psiquiatria, são a ICD-10 da Organização Mundial de Saúde e a DSM-IV, da Associação Americana

de Psiquiatria. Ambos entendem os transtornos psiquiátricos como doenças com componentes psicológicos e biológicos, incluindo sintomas somáticos, como critérios de depressão [Teixeira, M (2005)].

No entanto, a depressão geriátrica apresenta características diferentes da depressão nos outros escalões etários, sendo os critérios de diagnóstico tanto da DSM-IV, como da ICD-10 iguais para toda a população, não considerando adaptações às características específicas dos idosos. A população idosa com depressão apresenta menos sintomas afectivos e mais alterações cognitivas, perda de interesse e sintomas somáticos do que os adultos jovens com a mesma patologia [Hasin et al. (2005)].

Apesar da sua clara associação com estados de défice de saúde, a depressão no idoso é muitas vezes subdiagnosticada e subtratada, particularmente em departamentos não psiquiátricos. Sintomas somáticos, como fadiga, diminuição do apetite e perda de peso que são considerados sintomas depressivos típicos em pacientes jovens, fisicamente saudáveis, estão muitas vezes presentes em doenças comuns nos idosos. Por outro lado, pacientes idosos podem somatizar ou expressar patologia psicológica sob a forma de sintomas médicos inexplicáveis [Sheehan B et al. (2003)]. Desta forma, os médicos que tratam os idosos com patologia crónica são confrontados com um dilema diagnóstico: devem incluir ou excluir os sintomas somáticos quando avaliam os pacientes idosos para a depressão?

A maior parte dos estudos epidemiológicos sobre depressão no idoso usa inventários com múltiplos tópicos, como a Escala de Depressão Geriátrica, a Escala de Depressão do Center of Epidemiological Studies, ou outras, para avaliar os sintomas depressivos na população alvo. Actualmente, vários estudos identificaram várias dimensões na avaliação da depressão, no entanto, permanecem questões acerca da validade de uma das suas maiores dimensões – os sintomas somáticos – para os idosos

[Batistoni et al. (2007) e Baune et al. (2007)]. Quais serão as implicações disto para a investigação da sintomatologia depressiva nos idosos?

Este trabalho tem como objectivos analisar as características particulares das manifestações somáticas na depressão do idoso, bem como a sua influência nas estratégias para diagnóstico e tratamento e o seu reflexo no prognóstico da mesma. Desenvolverá ainda a influência das particularidades da depressão do idoso, no desempenho do clínico geral e suas dificuldades na abordagem desta situação, bem como a necessidade de cuidados psiquiátricos diferenciados. Assim, procurar-se responder às seguintes questões principais:

- Quais as características dos sintomas somáticos da depressão no idoso?
- Como valorizar os sintomas somáticos dos idosos no diagnóstico da depressão geriátrica?
- Devem utilizar-se escalas de rastreio de depressão geriátrica com ou sem sintomas somáticos?
- Será a sintomatologia predominantemente somática dos idosos deprimidos responsável pelo seu subdiagnóstico?
- Os sintomas somáticos estão relacionados com o prognóstico da depressão?

MÉTODOS

A presente revisão foi elaborada com base numa pesquisa bibliográfica realizada na Medline e arquivos da Biblioteca Central dos Hospitais da Universidade de Coimbra de artigos escritos em 4 idiomas possíveis (português, inglês, francês e espanhol). Usaram-se como palavras-chave, isoladas ou em combinação, *somatic symptoms, somatic complaints, depression, elderly, old adult, depression scale*.

Foi também realizada uma pesquisa de artigos de autores portugueses, nas revistas médicas portuguesas, procurando incidir sobre a realidade nacional, usando como palavras-chave, isoladas ou em combinação, *depressão geriátrica, depressão no idoso, perturbações depressivas, sintomas somáticos, manifestações somáticas*.

Foram seleccionados artigos de revisão e artigos científicos publicados entre 2000 e 2010, que abordassem as características particulares da depressão geriátrica, focando em particular as manifestações somáticas, bem como a sua influência no seu diagnóstico e tratamento. Destes artigos, seleccionaram-se ainda algumas referências de relevo, que abordassem a mesma temática.

Procurou-se igualmente consultar dados da Organização Mundial de Saúde, bem como do Instituto Nacional de Estatística, para ter informações mais globais de âmbito mundial e nacional acerca do envelhecimento e da depressão.

Usou-se ainda o DSM-IV-TR, *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição*, por ser o sistema diagnóstico de perturbações mentais mais amplamente utilizado.

DESENVOLVIMENTO

APRESENTAÇÃO DA DEPRESSÃO NO IDOSO

Como em muitas patologias da idade avançada, na depressão, assistimos a inflexões semiológicas e a uma atenuação da sintomatologia expressa pela pessoa idosa. Assim, a apresentação clínica da depressão é menos evidente e menos franca no idoso que no jovem. A tristeza é menos verbalizada e as perturbações do humor podem ser mascaradas por problemas somáticos. Muitas vezes, a depressão exprime-se apenas por sintomas somáticos ou modificações do comportamento habitual. Quando se faz a comparação com os adultos jovens, os idosos manifestam menos sintomas afectivos e mais perda cognitiva e de interesse e sintomas somáticos [Fiske et al. (2009), Hasin et al. (2005) e Fonda e Herzog (2001)]. Segundo o estudo comparativo de Balsis e Cully (2008), esta propensão dos idosos para manifestar mais sintomas somáticos do que sintomas cognitivos, em relação aos adultos jovens, verifica-se para níveis equivalentes de depressão.

De acordo com Sheehan et al. (2003), algumas manifestações somáticas mais comuns de depressão incluem perturbações do sono, falta de apetite, apatia, fadiga e dores inexplicadas que são, frequentemente, subestimadas nos idosos, porque são atribuídas ao normal processo de envelhecimento. Desta forma, frequentemente, as manifestações somáticas acabam por funcionar como uma máscara para a depressão no idoso, sendo atribuídas a outras patologias, seus tratamentos ou ao normal processo de envelhecimento.

No que respeita a diferenças entre géneros, na manifestação de sintomas da depressão *major* nos idosos, estas são mais subtis que as descritas na literatura, para a população jovem. Embora os conhecimentos actuais mostrem que nos jovens adultos, o

subtipo atípico ou somático da depressão tende a ser mais prevalente na mulher que no homem, o mesmo não se verificou no estudo de Kockler e Heun (2002) para os idosos.

No mesmo estudo, a depressão no idoso apresentou-se com um número similar de sintomas no homem e na mulher. No entanto, a sua distribuição difere entre sexos, independentemente da influência de factores psicossociais ou factores demográficos nos sintomas depressivos. A principal diferença, é na predominância de um tipo particular de sintoma. A mulher idosa deprimida sofre mais frequentemente de distúrbios do apetite, enquanto o homem idoso deprimido sofre mais de agitação. Isto pode sugerir que a diferença na sintomatologia depressiva entre idosos do sexo masculino e idosos do sexo feminino reflecta as diferenças de género na percepção e na expressão das perturbações depressivas.

ASSOCIAÇÃO DOS SINTOMAS SOMÁTICOS COM A DEPRESSÃO NOS IDOSOS

Os sintomas são sujeitos a uma divisão um pouco arbitrária, em psicológicos, como por exemplo humor deprimido, ansiedade e culpa ou físicos. Nos sintomas físicos estão incluídos sensações corporais como dor, distúrbios intestinais, tonturas, palpitações, fadiga e muitas outras perturbações somáticas que o indivíduo percebe como desconfortáveis. Estes sintomas são frequentemente chamados de sintomas físicos pelos médicos que tratam predominantemente patologia médica e de sintomas somáticos pelos psiquiatras [Kroenke (2003)].

Os sintomas somáticos assumem um papel importante na recorrência de pacientes a consultas médicas. Especialmente dor e sintomas respiratórios são responsáveis por mais de metade das visitas médicas nos Estados Unidos da América, a

cada ano [Kroenke K. (2003)]. Um quarto desses sintomas é crónico e recorrente [Kroenke K. (2003)] e um terço é medicamente inexplicável [Kroenke K. (2001)].

Os sintomas somáticos apresentam-se significativamente relacionados com a depressão. Idosos com sintomas somáticos severos estão mais associados a um nível de gravidade mais elevado de depressão, tornando-se necessário avaliar a funcionalidade física e os sintomas somáticos nos mesmos [Kroenke et al. (2002) e Shin et al. (2009)].

É certo que estes sintomas podem ser devidos a comorbilidade médica. No entanto, esta associação persiste, mesmo quando se excluem sintomas somáticos comprovadamente relacionados com a patologia médica subjacente. No estudo de Sheehan et al. (2003) numa amostra de idosos utilizadores de cuidados primários, os sintomas somáticos foram significativamente mais prevalentes nos indivíduos deprimidos do que nos não deprimidos, tendo persistido a associação, após controlo da patologia orgânica. Neste estudo, os sintomas individuais significativamente mais comuns foram a fraqueza/vertigem, a sensação de massa na garganta, o peso nas pernas, o entorpecimento/formigueiro e dor muscular.

Existe também uma relação entre os factores de risco para depressão *major* no idoso e ambos os domínios dos sintomas depressivos – somáticos e do humor – mas a magnitude dos seus efeitos difere. Exemplos disto são os coeficientes de debilidade de saúde e as limitações funcionais que apesar de estarem associados a mudanças nos sintomas somáticos e nos sintomas do humor, estão mais fortemente associados aos primeiros. Da mesma forma, os eventos relacionados com a saúde, que ocorreram entre avaliações tiveram maior associação com a mudança nos sintomas somáticos que com a mudança no humor [Fonda e Herzog (2001)]. No entanto, estes resultados podem sugerir um efeito de confundimento do estado de saúde na avaliação dos sintomas somáticos da depressão, uma vez que, neste estudo, não houve controlo dos sintomas

somáticos provocados por patologia médica. Acentua-se assim a necessidade de isolar e fazer o tratamento dos sintomas provocados por patologia médica, separadamente, na análise dos problemas mentais de saúde nos idosos.

No entanto, o estudo de Fonda e Herzog (2001) sugere que ainda que os sintomas somáticos e do humor compreendam a sintomatologia depressiva em geral, eles são suficientemente únicos para que a falha em considerá-los separadamente possa ocultar factores relevantes para o processo patológico e tratamento dos problemas de saúde mental nos idosos. Torna-se assim necessário avaliar as duas vertentes da sintomatologia depressiva, em conjunto, para não incorrer em erros quer de diagnóstico, quer de tratamento. Para Sheehan et al. (2003), é mesmo razoável que pacientes idosos que apresentem sintomas físicos inexplicáveis devam ser suspeitos de uma perturbação depressiva subjacente, que deve ser investigada.

COMORBILIDADES MÉDICAS E MEDICAÇÃO NA DEPRESSÃO DO IDOSO

Os idosos apresentam uma prevalência mais elevada de patologia médica que qualquer outro grupo etário. Segundo o *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006* português, a prevalência de doenças crónicas como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doença reumática, dor crónica e tumores predomina em pessoas idosas.

Para além destas, doenças neurológicas como demência ou D. de Parkinson, doenças cardiovasculares como AVC, doenças metabólicas e endócrinas, igualmente prevalentes na população geriátrica, apresentam relação significativa com a depressão e podem desviar a atenção dos sintomas depressivos, quando os idosos consultam o médico [Shwenk (2002)].

As Patologias médicas podem contribuir para a patogénese da depressão, através de efeitos directos na função cerebral ou através de efeitos psicológicos ou psicossociais [Alexopoulos et al (2002)]. Tal associação pode ser vista de modo bidireccional: a depressão precipitando doenças crónicas e as doenças crónicas exacerbando sintomas depressivos. Essa complexa relação tem implicações importantes tanto para o tratamento das doenças crónicas, quanto para o tratamento da depressão [Najas et al (2002), citado por Duarte MB, Rego MAV (2007)].

A depressão em pacientes com problemas físicos crónicos leva a pior qualidade de vida e incapacidade objectiva, aumentando a manifestação de sintomas somáticos, os níveis de hospitalização e de admissão em casas de repouso e morte prematura [Ganguli et al. 2002)]. Esta situação é mais marcada na população idosa institucionalizada, que por norma apresenta polipatologia e tem um risco acrescido de desenvolver sintomas depressivos [Jongenelis K et al. (2004)].

A fisiopatologia da depressão não é bem conhecida, havendo várias hipóteses para a génese da mesma. Uma delas é a hipótese vascular da depressão, que assume a doença cerebrovascular como um importante factor etiológico na depressão do idoso [Alexopoulos et al. (1997), citado por Nuyen et al. (2007)]. Esta hipótese toma em consideração que os factores de risco cerebrovascular, como hipertensão, diabetes *mellitus* e doença cardíaca estão associados a depressão no idoso [Ganguli et al. (2002) e Schulz et al. (2002)]. Tendo sido sugerido que o aumento da prevalência de factores de risco cerebrovascular, com a idade, contribui para o desenvolvimento de doença dos pequenos vasos a nível cerebral, afectando a função neurobiológica, o que resulta em depressão [Lyness et al. (1998) citado por Nuyen et al. (2007)].

Vários estudos mostram esta associação, no entanto, têm em comum a limitação de serem estudos transversais, o que deixa em aberto a possibilidade de a depressão

também poder contribuir para o desenvolvimento de factores de risco cardiovascular. No estudo de Nuyen et al. (2007), onde é tido em conta o tempo de duração de exposição aos factores de risco cerebrovascular, estes têm um papel importante no desenvolvimento de depressão, principalmente quando a exposição é superior a 20 anos e com início entre os 50 e os 69 anos. Não foi encontrada evidência que eles contribuam significativamente para a ocorrência de um primeiro episódio de depressão em idosos com 70 ou mais anos.

Já no estudo de Janzing et al. (2000), foi estudada a influência da demência no curso da depressão, nos idosos. Esta não foi influenciado pela presença de demência, denotando-se uma ausência de efeito significativo da demência nos idosos deprimidos. Segundo estes autores, o status cognitivo dos idosos não está relacionado com o aparecimento de depressão geriátrica. No entanto há uma associação da demência vascular com o curso mais crónico da depressão.

Está também documentada uma relação entre a pressão arterial baixa e a ocorrência de sintomas somáticos e psicológicos, frequentemente encontrados na depressão [Stroup-Benham et al. (2000)]. Esta associação é similar às associações estabelecidas em estudos anteriores, em que a tensão arterial sistólica e diastólica baixa está associada a cansaço e a baixa percepção de saúde e bem-estar. No entanto, importa destringir os contornos desta associação. Se, por um lado, a associação tensão arterial baixa e sintomatologia depressiva pode ser causal, por outro, ambos podem ser secundários a um terceiro factor. Uma relação causal pode ser dirigida em ambos os sentidos. A tensão arterial baixa, por vezes, via um mecanismo de perfusão cerebral comprometida, pode levar a sintomas depressivos ou a depressão, por vezes, via alterações da função endócrina, pode levar a tensão arterial baixa.

O uso de medicação anti-hipertensiva não parece justificar na totalidade a associação, uma vez que a relação entre a tensão arterial baixa e os sintomas depressivos esteve presente nos que não estavam a fazer medicação anti-hipertensiva.

Apesar de a relação entre a pressão arterial baixa e o aumento da sintomatologia depressiva, nos idosos que fazem medicação anti-hipertensiva, não ser estatisticamente significativa, os autores sugerem que pode ser um óptimo ponto de corte para definir hipertensão bem controlada, evitando o sobretreamento, resultante em tensão arterial baixa, potencialmente associado a sintomatologia depressiva. A importância prognóstica do síndrome da tensão arterial baixa com sintomatologia depressiva não é clara. Importa, no entanto, ressaltar que o facto de a pressão arterial baixa estar associada a sintomas depressivos, não sugere que medidas para a elevar possam afectar os sintomas. Por outro lado, não podemos nunca esquecer os grandes riscos de ter uma tensão arterial elevada.

Por ser comum a patologia nos idosos, estes também se encontram frequentemente polimedicados. Na revisão de Kairuz et al. (2005), apesar de não serem claros os mecanismos, vários medicamentos, frequentemente usados nos idosos, foram implicados como potenciais indutores ou agravantes da depressão, como por exemplo: Medicamentos antihipertensivos e cardiovasculares (beta-bloqueantes, hidralazina, metildopa, reserpina, prazosina, clonidina, bloqueadores dos canais de cálcio e digitálicos); Ansiolíticos e agentes hipnóticos (benzodiazepinas de longa duração de acção, especialmente o trazolam); esteróides e outros medicamentos (antiparkinsónicos, antineoplásicos, cimetidina e ranitidina, metoclopramida e opioides).

DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO GERIÁTRICA

*DSM-IV E ICD-10***Quadro 1 - Critérios DSM-IV para Episódio Depressivo Major**

A. Cinco ou mais dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior. Os sintomas 1 ou 2 estão obrigatoriamente presentes.

(1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjectivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação de outras pessoas (por ex., chora muito).

(2) Diminuição clara do interesse ou prazer por todas ou quase todas as actividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjectivo ou observação feita por outros)

(3) Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal num mês), ou **diminuição ou aumento do apetite** quase todos os dias.

(4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias.

(5) Agitação ou inibição psicomotora quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjectivas de inquietação ou de estar mais lento)

(6) Fadiga ou perda de energia tipicamente diária.

(7) Sentimento de desvalorização ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente);

(8) Diminuição da capacidade de se concentrar e pensar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjectivo ou observação feita por outros)

(9) Pensamentos recorrentes acerca da morte (não apenas medo de morrer), **ideação suicida** recorrente sem um plano específico ou **tentativa de suicídio**

B. Os sintomas não preenchem os critérios de episódio misto.

C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, profissional, familiar ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sintomas não são explicados pelo efeito fisiológico directo de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma patologia médica geral (por ex., hipotireoidismo).

E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com falta de valia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

Segundo a DSM-IV, que é o sistema diagnóstico mais amplamente utilizado, o diagnóstico de depressão *major* caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos, de pelo menos 2 semanas, com 5 dos 9 sintomas apresentadas no quadro 1. Estes sintomas podem incluir sintomas psicológicos e somáticos, que estejam presentes, durante o mesmo período e, sendo um deles obrigatoriamente humor deprimido ou anedonia [American Psychiatric Association (2002)].

Na ICD-10, as perturbações depressivas correspondem ao F32, sendo as perturbações depressivas recorrentes (ocorrência repetida de episódios depressivos) o F33. Um episódio de perturbação depressiva caracteriza-se por humor depressivo que varia pouco de dia para dia ou de acordo com as circunstâncias e pode acompanhar-se de **sintomas somáticos** (perda de interesse ou prazer; despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar; lentidão psicomotora importante; agitação; perda de apetite, com perda de peso e perda da libido).

No entanto, esta classificação permite estabelecer 3 graus de gravidade, de acordo com o número e a intensidade dos sintomas: leve (2-3 sintomas, capacidade de desempenhar a maioria das actividades da vida diária), moderado (4 ou mais sintomas, com muita dificuldade em continuar a desempenhar as actividades da vida diária) e grave (vários sintomas marcantes e angustiantes, perda de auto-estima e ideias de desvalorização e culpa, ideias e actos suicidas são comuns, com vários sintomas somáticos) [World Health Organization (2006)].

Ambas as classificações contemplam os sintomas somáticos. A DSM-IV tem mesmo indicações específicas sobre eles, instruindo os médicos para excluir potenciais sintomas somáticos de depressão “quando eles estão clara e completamente relacionados com uma patologia médica”. Esta abordagem da DSM-IV dos sintomas somáticos é uma abordagem etiológica. Estes apenas são considerados como critérios de

diagnóstico, se não relacionados com patologia médica [American Psychiatric Association. (2002)].

Mas esta instrução cria problemas práticos, pois é frequentemente difícil determinar a etiologia dos sintomas, avaliando se estes são clara e inteiramente devidos às patologias médicas dos pacientes. Desta forma, se a etiologia dos mesmos levantar dúvida, persiste o dilema. A dificuldade é particularmente elevada em sintomas como a fadiga, anorexia, inibição psicomotora e diminuição da concentração, que têm componentes tanto fisiológicos, como psicológicos, que devem ser inseparáveis [Koenig et al. (1993)]

Koenig et al (1997) fala em seis abordagens diferentes que têm sido sugeridas como melhor forma de considerar os sintomas somáticos, no diagnóstico da depressão *major*, em populações com doença médica. Além da abordagem etiológica, da DSM-IV, há a inclusiva, a exclusiva e a substitutiva, sendo a exclusiva e a substitutiva divididas em duas subcategorias, dependendo se os sintomas são tidos em conta na sua globalidade ou etiologicamente. Assim, as seis abordagens são: etiológica, inclusiva, exclusiva, exclusiva-etiológica, substitutiva-inclusiva, e substitutiva-etiológica.

A abordagem inclusiva inclui os sintomas para diagnóstico de depressão, independentemente dos juízos clínicos de que o sintoma é devido a causas médicas ou psicológicas. Esta abordagem é altamente sensível e confiável, uma vez que a única decisão é se o sintoma está ou não presente. No entanto, tem sido objecto de críticas por ter pobre especificidade e inflacionar as taxas de depressão. Desta forma, a precisão é comprometida, resultando num excesso de consumo de recursos para afastar os falsos positivos. A abordagem exclusiva, defendida por Jimmie Holland's cancer group, simplesmente elimina a anorexia e a fadiga da lista de nove critérios da DSM-IV,

reduzindo-a a sete critérios, dos quais os critérios necessários devem ser cumpridos. Este método reduz o número de falsos positivos, mas a custo da sensibilidade.

A abordagem substitutiva, defendida por Endicott, elimina da lista de critérios os sintomas com maior probabilidade de serem confundidos com doença médica, tais como perda de energia, perda de peso, mudanças psicomotoras e incapacidade de concentração e substituídos por sintomas mais prováveis de ter origem cognitiva ou afectiva, tais como irritabilidade, choro, sentimentos de culpa, ou isolamento social. Este método pode ser usado em pessoas idosas, com patologia médica, para identificar sintomas psicológicos que indicam depressão *major*. [Lander et al. (2000) e Lapid e Rummans (2003)]

No entanto, ainda que intelectualmente satisfatório, também tem desvantagens, uma vez que ninguém foi capaz de chegar a acordo sobre quais os sintomas que devem ser descartados e quais os sintomas que devem ser substituídos, o que condicionou uma má comparabilidade entre os estudos [Koenig et al (1997)].

No estudo de Lapid e Rummans (2003), é feita a comparação dos 2 extremos: inclusão dos sintomas somáticos sem etiologia estabelecida (as indicações da DSM-IV são ignoradas) e exclusão dos sintomas somáticos que podem ser causados por patologia médica ou condição típica da idade.

Usando os critérios inclusivos, 39% da amostra teve critérios da DSM-IV para episódio depressivo *major* e apenas 2% quando excluídos os sintomas somáticos. Muitos dos pacientes (22,92%) com critérios DSM-IV para depressão *major*, se os sintomas somáticos de depressão forem considerados, apresentam múltiplos sintomas psicológicos de depressão. A aproximação abordagem inclusiva dos sintomas somáticos mostra uma especificidade de 93% e uma sensibilidade de 88%, na identificação de pacientes com evidência de sintomas psicológicos. A abordagem exclusiva mostra uma

especificidade de 100%, mas uma sensibilidade de apenas 8%. A maior parte dos pacientes com doença avançada não tem critérios para depressão, mesmo quando os seus sintomas somáticos são incluídos. Neste estudo, incluindo os sintomas somáticos no diagnóstico de depressão, raramente se identifica erradamente pacientes que não experienciam sintomas psicológicos. Isto sugere que a necessidade de 5 sintomas presentes, durante o mesmo período e que um deles seja humor deprimido ou anedonia, para o diagnóstico de depressão major, segundo a DSM-IV reduz os falsos positivos ao mínimo. No entanto, incluir os sintomas somáticos que podem ser atribuídos a patologia médica ou à idade, quando se pesquisa depressão, permite aos clínicos gerais identificar pacientes com necessidade de follow-up para perturbação psicológica.

No entanto, este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente no que respeita ao tamanho da amostra, que é de apenas 61, tendo sido excluídos pacientes com défice cognitivo grave. Para além disto, as entrevistas identificaram pacientes com sintomas psicológicos, com necessidade de follow up, mas não permitiram fazer o diagnóstico diferencial de depressão.

No estudo de Koenig et al. (1997), as 6 estratégias de diagnóstico foram comparadas, tendo os autores concluído que enquanto a abordagem exclusiva-etiológica identifica as depressões mais severas e persistentes, a abordagem inclusiva é a mais sensível e acurada, funcionando como indicador de persistência da depressão.

As diferentes estratégias de diagnóstico afectam as taxas de diagnóstico de depressão *minor* e *major*, com uma diferença de cerca de o dobro entre os extremos. No entanto, não parece haver evidências de que se deva escolher um esquema diagnóstico em particular, para todos os casos. A estratégia diagnóstica deve ser escolhida, de acordo com os objectivos e propósitos específicos do examinador.

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO

Existem várias ferramentas de avaliação da depressão, potencialmente utilizáveis na população geriátrica. Escalas de depressão de aplicação fácil e rápida, podem ser úteis para despistar os casos, onde só uma entrevista longa e especificamente orientada pode fazer o diagnóstico [Gonçalves e Fagulha (2004)].

Quadro 2 – Características das principais escalas de depressão utilizadas nos idosos (adaptado de Tison P. (2000))

Nome	Ator(es)	Auto-avaliação	Hetero-avaliação	Diagnóstico	Despistagem	Intensidade	Sensibilidade às modificações
GDS	Yesavage e tal. (1983)	X	X	X	X		
CES-D	Radloff (1977)	X	X		X		
HDRS	Hamilton (1967)		X			X	X
MADRS	Montgomery et Asberg (1979)		X			X	X
DMAS	Sunderland e tal. (1988)		X			X	
CSDD	Alexopoulos e tal. (1988)		X		X	X	
BDI	Beck et al. (1961)	X		X	X	X	
Zung	Zung (1965)	X		X	X		
ERD	Jouvent et al. (1980)		X				X
CRS	Carroll et al. (1981)	X			X	X	
QD2A	Pichot et al. (1984)	X	X		X		
Goldberg	Goldberg et al. (1988)		X		X		

Segundo a revisão de Tison et al. (2000), há cerca de 43, com características distintas, sendo umas mais adequadas do que outras. No quadro 2 são apresentadas e comparadas 12 mais utilizadas. Segundo o mesmo autor, há três escalas de avaliação de depressão que têm especial interesse na depressão geriátrica. São elas a Geriatric

Depression Scale (GDS) de Yesavage, a Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) de Montgomery e Asberg e a Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) de Hamilton.

A Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale) é um questionário de avaliação de depressão, com 30 itens, de resposta sim ou não, o que possibilita a auto e heteroavaliação. Foi construído especialmente para avaliar a depressão nos idosos, eliminando os indicadores somáticos da depressão e os sintomas físicos normais no envelhecimento, presentes noutras escalas e que podem constituir factores de confundimento. A validade desta escala é discutível em pacientes com demência moderada a severa [Tison et al. (2000)]

Esta escala foi traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988). Há várias versões adaptadas desta escala, nomeadamente a de 15 itens, muito usada, com vista a tornar mais fácil e rápida a sua utilização, especialmente em idosos mais debilitados.

Uma versão adaptada da GDS ainda mais curta, com 4 perguntas (Mini-GDS), foi usada no estudo de Clément et al. (2001). Embora esta escala não contenha itens somáticos, a positividade deste instrumento de avaliação, bem como a positividade do diagnóstico depressivo e a prescrição de um psicofármaco, mostrou-se aumentada, quando associada a presença de sintomas somáticos. Sendo a positividade da Mini-GDS bem correlacionada com problemas clinicamente evidenciáveis, com queixas somáticas e com a existência de défices cognitivos.

A HDRS é uma escala bastante utilizada para heteroavaliação da depressão. Existe sobre diferentes formas, sendo a de 17 itens a mais utilizada. É um bom indicador da intensidade global do síndrome depressivo e suficientemente sensível para estimar as mudanças, sob tratamento antidepressivo. Esta escala é validada para a

população idosa por vários estudos. Não é um instrumento diagnóstico e a presença de 5 itens somáticos pode limitar a sua validade, em caso de doença orgânica. Já a MADRS contém poucos itens somáticos e é uma escala de heteroavaliação de 10 itens, que fornece um bom índice de gravidade global da depressão, apresentando uma grande sensibilidade às mudanças, durante o tratamento [Tison et al. (2000)].

Também a Beck Depression Inventory (BDI) é uma escala de auto-avaliação, despistagem e avaliação da intensidade da depressão, podendo também ser usada por alguns clínicos como ferramenta para um diagnóstico rápido [Tison P et al. (2000)]. É constituída por 21 itens, divididos por duas subescalas cognitivo afectiva e somática. As duas subescalas são moderadamente correlacionadas, o que aponta para que os aspectos físicos e psicológicos da depressão sejam relacionados ao invés de completamente distintos [Steer et al. (1999)].

No entanto, quando os doentes apresentam patologia médica associada, o peso da BDI, à custa de sintomas físicos, pode artificialmente inflacionar os resultados. [Moore et al., (1998)]. No estudo de Berg et al. (2009), apesar de tanto sintomas afectivos, como sintomas somáticos estarem associados a depressão, a subescala somática não apresentou uma boa consistência interna, uma vez que os sintomas somáticos poderiam ter outras causas que não a depressão, que não foram despistadas.

Numa tentativa de contornar este problema, Beck et al desenvolveram a "Beck Depression Inventory for Primary Care" (BDI-PC), uma escala de rastreio curta, que consiste em sete itens considerados independentes da função física. Diferentemente da BDI que estratifica os pacientes, de acordo com a intensidade, a BDI-PC produz apenas o resultado binário de não deprimido ou deprimido, para pacientes que pontuam acima de 4 [Steer et al. (1999)].

Merece ainda referência a Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), por ser um instrumento de rastreio reconhecido como recurso simples, útil e rápido, para a identificação de sintomas depressivos ou de vulnerabilidade à depressão, na velhice, não podendo ser vista como um instrumento de diagnóstico [Batistoni et al. (2007) e Baune et al. (2007)]. A CES-D é uma escala construída para avaliar o nível actual da sintomatologia depressiva na população geral, mas é igualmente adequada para populações clínicas. Foi publicada nos EUA, em 1977, tendo sido traduzida em várias línguas e utilizada em várias investigações. É uma escala relativamente curta, constituída por 20 itens escalares redigidos de forma simples sobre humor, sintomas somáticos, interacções com os outros e funcionamento motor, podendo ser aplicada por escrito ou oralmente. A versão portuguesa revelou boas qualidades psicométricas, no estudo de Gonçalves e Fagulha (2001). Demonstrou-se, em particular que existe uma boa correlação entre os resultados na escala e o número e gravidade dos sintomas depressivos avaliados pela entrevista clínica. Sendo que com o aumento da pontuação, se verifica um claro aumento da probabilidade de estarmos perante uma perturbação depressiva. Este estudo apresenta a limitação de ter uma amostra com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos.

Já no estudo de Batistoni et al. (2007), em idosos brasileiros, foram comparadas a GDS e a CES-D e a pontuação da CES-D > 11 mostrou-se sensível, específica e com boa precisão, mas com baixo valor preditivo positivo, em relação ao seu valor preditivo negativo. Tal resultado pode ser explicado pela diferença entre as duas escalas: a CES-D inclui os sintomas somáticos e a GDS não. Como a CES-D permite que os idosos registem esse tipo de sintomas, ao contrário da GDS, isso pode justificar a discrepância entre a prevalência de depressão geriátrica identificada por cada uma delas (GDS – 15% e CES-D – 33,8%). Comparada com a GDS, a CES-D sobrestimou ao número de idosos

possivelmente afectados com depressão, na amostra estudada. Grayson et al (2000) chegaram a conclusão semelhante num estudo metodológico de base populacional para quantificar o viés da presença de sintomas somáticos sobre o rastreio de depressão em idosos de 75 anos ou mais. Segundo estes autores, ser mais velho, ser mulher e ser viúvo(a) tem efeitos independentes e significantes sobre a pontuação total para depressão, medida pela CES-D, não por essas condições em si mesmas, mas pelas doenças e incapacidades que se associam a elas. As respostas às perguntas dos itens que envolvem sono, esforço e energia são afectadas pela presença de doenças somáticas, influenciando a pontuação total de depressão avaliada pela CES-D. Os itens afectivos como tristeza, fracasso e satisfação são menos afectados pelos efeitos da existência de doenças.

Apesar de no estudo de Baune et al. (2007), a subescala Manifestações Somáticas da CES-D mostrar associação estatisticamente significativa com atenção, memória e função motora, os autores sugerem que esta deve ser analisada com prudência, em virtude do potencial efeito de viés da presença de patologia médica.

Não obstante as dificuldades da CES-D em separar os efeitos dos itens somáticos, de acordo com Grayson et al. (2000), é importante não desconsiderá-los, pois podem indicar humor disfórico, nem sempre reconhecível ou nomeável pelos idosos. Assim, para estes autores, os itens somáticos funcionam como pistas válidas para a indicação de sinais de depressão a serem melhor investigados em estudos mais aprofundados. As escalas que enfatizam os sintomas somáticos associados à depressão podem assim proporcionar uma avaliação mais acurada da severidade da depressão do que as que excluem estes sintomas. Devendo ser considerada a possibilidade de depressão, mesmo em pacientes idosos, com patologias médicas e múltiplas manifestações somáticas [Drayer et al. (2005)]

Já segundo Kurlowicz et al. (2005), o uso de qualquer escala de depressão com tópicos sensíveis a comorbilidades médicas, perdas funcionais e/ou crenças culturais e raciais e não necessariamente associados a depressão, pode ser menos preciso na identificação de depressão pura subjacente, resultando num rastreio não específico de depressão, nos idosos. Assim, numa população com múltiplas comorbilidades médicas e alto défice funcional, é especialmente importante explorar a prevalência de depressão, usando uma escala de depressão com um nível baixo de tópicos somáticos, como a Escala de Depressão Geriátrica.

O CLÍNICO GERAL E SUAS DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS

Apesar da sua clara associação com estados de défice de saúde, a depressão no idoso é muitas vezes subdiagnosticada e subtratada, particularmente em departamentos não psiquiátricos [Sheehan et al. (2003)].

De acordo com a revisão de Lapid e Rummans (2003), é com o médico dos cuidados primários que os idosos mais frequente e precocemente contactam, quando manifestam sintomas depressivos. Gonçalves e Fagulha (2004) referem que um grande número de perturbações depressivas é tratado pelo clínico geral. Embora não dispondo de dados relativos a Portugal, citam estudos de outros países que sugerem que o número de pacientes com patologia depressiva atendidos nos serviços de saúde primária poderá ser até 10 vezes superior aos tratados em psiquiatria e que entre 6% e 10% de todos os pacientes que recorrem ao clínico geral, apresentam uma depressão *major*. Esta percentagem aumenta para 20% se incluirmos os pacientes com sintomatologia depressiva clinicamente significativa, mas que não preencha os critérios para depressão *major*. No entanto, nem todos os casos são diagnosticados pelo clínico geral.

Quando comparamos os clínicos gerais a médicos de outras áreas, confrontamos com algumas diferenças na abordagem da depressão do idoso. Num estudo de Freund et al. (2003), que consistia no visionamento de 16 vídeos de 5 minutos, por 128 médicos (50% internistas e 50% médicos de família), com um paciente idoso (fazendo variar idade, sexo, raça e estatuto económico em cada um) apresentando mais sintomas somáticos do que sintomas do humor, mas nunca reunindo os critérios de depressão da DMS, quase todos consideraram a depressão como uma possibilidade e a maioria considerou-a o diagnóstico mais provável. A sua decisão em relação ao modo de actuação, perante a depressão foi independente da idade, sexo, raça e estatuto económico. No entanto, foram notórias algumas diferenças na actuação dos médicos. Se por um lado, os internistas estão mais propensos a considerar a depressão como um diagnóstico possível, os médicos de família estão mais propensos a recomendar terapêutica anti-depressiva, numa primeira ida ao consultório médico.

No estudo de Gonçalves e Fagulha (2004), os principais factores que levaram o médico a não indicar a presença de problemas depressivos foram o facto de o utente ser um trabalhador não qualificado ou exercer uma profissão de nível médio, não ter problemas gerais e inespecíficos, ter problemas do sistema musculo-esquelético, não apresentar queixas de tipo depressivo, ser mulher ou reformado e ter problemas somáticos específico.

Num estudo feito em Portugal, por Saraiva e Vilhena (1981) e citado por Gonçalves e Fagulha (2004), sobre os sintomas somáticos da depressão, verificou-se que 75% dos doentes deprimidos estudados tinham inicialmente consultado o médico com queixas da esfera somática. Apenas 25% do total iniciaram, nesse momento uma terapêutica anti-depressiva, enquanto 40% foram medicados com ansiolítico. Em 33% dos casos, só após um ano foi iniciado o tratamento para a antidepressivo.

Apesar de ser frequente a recorrência dos pacientes idosos aos cuidados primários de saúde, estes em particular são um grupo de alto risco de não diagnóstico e incorrecto tratamento, pelos médicos de cuidados primários [Menchetti et al. (2006) e Volkers et al (2004)]. Desta forma, a depressão geriátrica, nos cuidados primários é conhecida tanto por ser comum, como inadequadamente diagnosticada e tratada [Alexopoulos (2001)].

De acordo com o estudo de Volkers et al (2004), apesar de a taxa de diagnóstico de depressão, em pacientes idosos, nos cuidados primários, ser mais baixa que em pacientes com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos, os pacientes idosos bem diagnosticados com depressão eram idosos mais velhos que os não diagnosticados. Este resultado sugere que a relação entre a idade e o diagnóstico não é uma relação linear.

Todos estes dados nos fazem pensar no porquê desta dificuldade diagnóstica. De acordo com Sheehan et al. (2003), os clínicos podem falhar no reconhecimento dos sintomas de depressão devido a técnicas de entrevista desadequadas, falha na inclusão de depressão geriátrica no diagnóstico diferencial e um baixo índice de suspeição de perturbação psiquiátrica, em relação com a doença física. Segundo Alexopoulos (2001), o maior impedimento para o reconhecimento e tratamento adequado da depressão geriátrica é a limitação de tempo dos médicos de cuidados primários, que não lhes permite fazer uma entrevista estruturada e direccionada aos sintomas depressivos. Para Suen e Tusaie (2004), se os idosos tiverem tempo para se expressar, será mais fácil revelar a sua dor e desconforto emocional, em vez de permanecerem preocupados em referir apenas o componente somático.

Já para Sheehan et al. (2003) e Menchetti et al. (2006) uma forte razão para esta dificuldade diagnóstica reside nos próprios sintomas somáticos. Um nível sócio-cultural mais baixo poderá dificultar a comunicação ou levar o utente a privilegiar a

sintomatologia somática. Uma vez que os sintomas somáticos são usualmente fáceis de expressar na maioria das culturas, aquelas que tiverem vocabulários mais limitados, estão mais propensas a usar a linguagem disponível para elas, para comunicar tristeza e procurar apoio, sendo importante estar atento a esse tipo de linguagem [Gonçalves e Fagulha (2004) e Suen e Tusaie (2004)]. No entanto, diferenciar sintomas de um episódio depressivo primário, em pacientes em que coexiste patologia médica, com sintomas físicos, pode ser problemático [Lapid e Rummans (2003)].

A depressão nos idosos é frequentemente ofuscada por sintomas somáticos, por causa da somatização da própria, ou por causa da acentuação dos sintomas de patologia médica concomitante. Este facto pode condicionar um excesso de exames complementares de diagnóstico para esclarecer a etiologia dos sintomas somáticos e a instituição de terapêutica desadequada. O que por um lado leva a possíveis efeitos iatrogénicos e por outro a um não tratamento da depressão. Situação que pode condicionar a cronicidade, bem como um mau prognóstico da mesma [Sheehan et al. (2003)].

Muitas vezes, o médico fixa-se nos sintomas somáticos, impedindo-o de colocar o diagnóstico de depressão, fazendo-se-lhes outros diagnósticos e consequentes tratamentos desadequados. Isto acontece com alguma frequência, uma vez que os sintomas somáticos, comuns quer na depressão, quer na ansiedade, podem mimetizar várias patologias médicas, incluindo cardiovasculares, neurológicas e gastrointestinais. Por outro lado, as queixas físicas podem ser atribuídas à tendência para ruminar ou preocupar-se excessivamente com a sintomatologia ou serem atribuídas à idade [Diefenbach e Goethe (2006)]. Assim, geralmente, os sintomas somáticos como a fadiga, a perda de apetite e de peso, os distúrbios do sono e as dificuldades de concentração tornam-se menos úteis no diagnóstico de uma depressão major, numa

população idosa e doente, uma vez que podem ser causados pela própria patologia médica do doente [Lander M et al. (2000)].

Alguns investigadores argumentam que sintomas “físicos” ou “somáticos” da depressão, como anorexia e fadiga, podem ser descontados pelos clínicos quando eles diagnosticam depressão nos pacientes idosos. Estes sintomas são atribuídos à patologia e ao seu tratamento [Koenig et al (1997)]. As evidências de estudos qualitativos e quantitativos citados anteriormente, sugerem que isto é precisamente o que os médicos dos cuidados primários fazem, na sua prática clínica.

Como vimos anteriormente, tanto a classificação da DSM-IV, como a ICD-10 não estão completamente adaptadas às especificidades clínicas da depressão no idoso. A avaliação dos sintomas depressivos da DSM-IV, quando considerados em conjunto, funciona igualmente tanto para os jovens adultos, como para os idosos, no entanto, quando considerados em separado, pode ser significativamente comprometida com o facto de os idosos serem mais propensos a manifestar sintomas somáticos e os adultos jovens mais propensos a manifestar sintomas cognitivos e de ideação suicida. Por exemplo, embora os jovens adultos estejam mais propensos a manifestar ideação e comportamentos suicidários, aspectos focados pelo item “suicídio” da DSM-IV, os idosos podem não o manifestar, quer porque tenham actualmente menor ideação suicida, quer porque a expressam menos, apesar de a ter. Sabendo que os idosos, especialmente os homens brancos, estão mais predispostos a cometer suicídio que os adultos jovens, os médicos devem ter formas eficientes de avaliação do risco suicida para aplicar neste grupo [Balsis e Cully (2008)].

Acresce ainda ao conjunto de dificuldades no diagnóstico da depressão no idoso, o facto de este poder não conseguir expressar-se devido à existência concomitante de patologias debilitantes e prejudiciais à comunicação como demências ou sequelas de

AVC. Neste caso, os prestadores de cuidados assumem um papel muito importante, constituindo algumas vezes a única fonte de informação para uma decisão clínica rápida e efectiva [Chen et al. (2009)]. O uso de informantes é o método adaptativo mais comum para avaliar pacientes com afasia. Conclui-se que os cuidadores podem ser boas fontes de informação [Berg et al. (2009)]. A concordância entre pacientes e prestadores de cuidados parece ser mais alta no que concerne a sintomas físicos concretos e observáveis do que a sintomas psicológicos e dor, no entanto, a sua avaliação deve ser feita com cuidado [Janzing et al. (2000)].

Para melhorar a taxa de diagnóstico de depressão do idoso, é importante que o médico esteja mais alerta para os sintomas somáticos, especialmente quando são desproporcionados, em relação à patologia orgânica ou quando aparecem de novo, sem qualquer evidência de patologia orgânica. A possibilidade de uma perturbação do humor coexistente aumenta com o número de sintomas somáticos referidos por um paciente e muitos pacientes focam-se selectivamente nos sintomas somáticos das suas perturbações do humor [Kroenke et al. (1994)]. Segundo Cavanaugh (1984), citado por Drayer, et al. (2005), os médicos dos cuidados primários e os geriatras que querem aumentar a detecção e o diagnóstico de depressão clinicamente significativa, em pacientes idosos com doença física, não podem descontar as manifestações somáticas. Eles devem interpretar os aumentos na manifestação de sintomas somáticos ou sintomas somáticos desproporcionados como fortemente sugestivo de depressão.

Também o reconhecimento dos problemas pessoais ou sociais, por detrás das manifestações somáticas, é de extrema importância, pois a falha neste campo pode resultar em testes e exames físicos desnecessários, tratamentos desadequados e aumento do sofrimento pessoal e do custo. Num estudo de base populacional, de Katon et al.

(2003), o custo total dos cuidados prestados a idosos, com depressão foi 47-51% mais alto que o dos sem patologia.

Novas estratégias que incluam ao mesmo tempo a educação de pacientes, familiares e instituições de prestação de cuidados a idosos podem ser mais promissoras na melhoria da taxa de diagnóstico do que a educação médica e a implementação de guidelines, por si só [Volkers et al (2004)]. Atitudes como o rastreio da depressão são essenciais, quando se cuida de idosos.[Katon et al. (2003)].

TRATAMENTO DA DEPRESSÃO NO IDOSO

A depressão é uma condição potencialmente prevenível e modificável, através de intervenções psicossociais e farmacológicas eficientes [Menchetti et al. (2006)].

Na revisão de Diefenbach e Goethe (2006), a maioria dos medicamentos usados no tratamento da depressão *major* na população adulta em geral, também pode ser usada nos idosos. Os inibidores selectivos da recaptção da serotonina (ISRS), que largamente substituíram os antidepressivos tricíclicos e os inibidores da monoaminoxidase, são fáceis de usar e, podem ter um perfil de efeitos secundários mais favorável, sendo a primeira linha no tratamento da depressão *major*, nos idosos. Para Kairuz et al. (2005) e Diefenbach e Goethe (2006), a escolha de um, entre os vários ISRS, pode ser determinada, de acordo com a frequência e a severidade dos efeitos secundários que estes provoquem, sendo a sedação um dos mais importantes.

Se a monoterapia com um antidepressivo, em doses convencionais, não é suficientemente eficaz, pode aumentar-se a dosagem, mudar para uma classe de antidepressivos diferente ou fazer uma associação. Advoga-se o princípio “start low and go slow” no tratamento farmacológico da depressão do idoso, uma vez que se tem de ter atenção ao aumento do risco de efeitos secundários, com o aumento da dose e a

tolerabilidade, particularmente preocupante nos idosos. Também a extensão do tratamento, até ao limite de tolerabilidade, antes de concluir que esse agente não é eficaz é importante. Actualmente defende-se a aplicação de um longo período de manutenção do tratamento nos idosos [Baldwin et al (2003) e Segal et al.(2003)]. De acordo com os dados de Kairuz et al. (2005), esta nunca deve ser inferior a 12 meses, depois da remissão dos sintomas, para evitar falha terapêutica. A este propósito, Lenze et al. (2001) recomendaram mesmo um adágio adicional “aim high (dosage) and treat long”. As possibilidades de associação incluem: venlafaxina, mirtazapina, antidepressivos tricíclicos ou outros antidepressivos, gabapentina ou buspirona [Diefenbach e Goethe (2006)].

A medicação anti-depressiva tem valor estabelecido no tratamento quer das perturbações depressivas, quer dos sintomas médicos inexplicados. Antidepressivos como os novos inibidores da recaptção da serotonina e da norepinefrina mostraram melhoria dos sintomas físicos, incluindo a dor [O’Malley et al., 1999 e Goldstein et al. (2004)]. Assim, os pacientes idosos, que se apresentam com sintomas físicos, podem representar oportunidades terapêuticas, em vez de serem vistos como não passíveis de tratamento e considerados doentes difíceis [Sheehan et al. (2003)].

Também as intervenções psicossociais têm um papel importante no tratamento da depressão no idoso, embora sem grandes especificidades nas intervenções para este grupo etário. A psicoterapia por si só, ou em combinação com terapêutica farmacológica, é um tratamento da depressão eficaz, sendo a terapia cognitivo-comportamental e terapia interpessoal que têm um suporte empírico mais forte Lebowitz et al. (1997) e Kairuz et al. (2005). A Terapia Cognitivo-comportamental está adicionalmente associada a uma redução dos sintomas em pacientes que manifestam predominantemente sintomas somáticos (Speckens et al., 1995).

Os terapeutas devem personalizar a terapêutica que se adequa a cada doente. Assim, alguns tratamentos são comuns a jovens e a idosos, como por exemplo o relaxamento, a terapia cognitiva ou a activação comportamental, enquanto outros têm de ser integrados para abranger especificidades do idoso, como o controle da dor e a revisão de memórias do passado [Diefenbach e Goethe (2006)].

Segundo a revisão de Kairuz et al. (2005), a terapia com luz e electroconvulsivoterapia podem ser alternativas, sendo a primeira mais destinada ao tratamento de distúrbios do humor sazonais.

Existem, no entanto, algumas divergências no tipo de abordagem terapêutica da depressão do idoso, em diferentes especialidades. O estudo de Saarela e Engeström (2003) põe em evidência as diferenças no tratamento de doentes idosos deprimidos que são experimentadas por psiquiatras e clínicos gerais. A principal diferença reside na especificidade e no número de ideias para o tratamento psicossocial e psicofarmacológico. Quando confrontados com a mesma situação, enquanto o clínico geral pondera iniciar um antidepressivo ou certificar-se da existência de suporte social, o psiquiatra indica um antidepressivo específico, com a dose terapêutica inicial e sugere formas de terapia de suporte adequadas ao doente. Por outro lado, quando os psiquiatras viam uma necessidade urgente de tratamento, instituindo um esquema terapêutico para a depressão major, com sessões de terapia e medicação, muitos dos clínicos gerais tendiam a ver a situação como menos séria, não vendo razão para tratamento imediato e optando mais por vigiar os sintomas e menos por adoptar um esquema terapêutico compreensivo ou referenciar o doente a um psiquiatra. Claro que estas diferenças reflectem as circunstâncias institucionais e os diferentes recursos disponíveis, como por exemplo o maior tempo disponível, a prática mais direccionada para a área, com um

melhor treino em psicofarmacologia ou os melhores recursos terapêuticos por parte dos psiquiatras, em relação aos clínicos gerais.

É, no entanto necessária uma formação médica contínua, em que os clínicos gerais e os psiquiatras formem grupos de treino, promovendo a colaboração sobre múltiplas perspectivas, aprendendo com a experiência uns dos outros. Por um lado, os clínicos gerais devem estudar a abordagem de patologia psiquiátrica, a medicação e intervenções psicológicas aplicáveis, sendo estimulados a adotar tratamentos personalizados para os seus doentes idosos e para aqueles que não têm percepção de estar doentes. Por outro lado, os psiquiatras devem ter mais em consideração a patologia médica concomitante, bem como aumentar a colaboração com os serviços locais.

Lenze et al. (2002) afirma que o tratamento da depressão geriátrica pode diminuir a manifestação de sintomas somáticos, promover a melhoria da percepção de saúde e aumentar a funcionalidade, mesmo na ausência de melhorias significativas nas patologias médicas. Assim, é importante unir esforços para que o tratamento seja o mais adequado e eficaz possível, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao idoso.

PROGNÓSTICO E EVOLUÇÃO DA DEPRESSÃO NO IDOSO

As evidências apresentadas pelos estudos comparativos de depressão geriátrica e depressão no adulto jovem parecem indicar que apesar de a depressão na idade avançada responder igualmente ao tratamento inicial, apresenta uma evolução longitudinal mais adversa do que a depressão nos grupos etários mais jovens. No entanto, este efeito pode ser explicado por factores como a presença de episódios anteriores de doença depressiva, bem como pela presença de comorbidade médica. Além deste facto, as diferenças individuais, a resposta prévia a um antidepressivo e o

número de episódios anteriores podem neutralizar e anular o efeito da idade por si só. [Tew et al (2006) e Driscoll et al (2005)].

Em teoria, a manutenção dos antidepressivos ou terapia cognitivo - comportamental poderia evitar 50% das incapacidades adaptadas aos anos de vida, se assumirmos uma adesão à terapêutica de 60% [Vos et al. (2004)]. Infelizmente, apenas uma pequena proporção dos pacientes estão dispostos a seguir um plano terapêutico, durante um período superior a um ano [Mullins et al.(2005)]. Assim, o prognóstico e tratamento da depressão em idosos continua a ser motivo de preocupação, mesmo que tenhamos demonstrações da sua melhoria. [Montagnier et al.(2006)]. Para Licht-Strunk et al. (2007) e Djernes et al. (2008), o prognóstico da depressão geriátrica é pobre, em 20 – 50% dos casos.

Os sintomas somáticos estão relacionados com o prognóstico e a evolução da depressão do idoso. Segundo Janzing et al. (2000), o diagnóstico de base de depressão e, numa pequena extensão, a existência de manifestações somáticas foram indicadores da severidade da depressão. Para além disso, os sintomas somáticos, particularmente a dor crónica têm sido associados ao prenúncio da ideação suicida e da mortalidade suicidária e não suicidária, podendo assim assumir grande importância no prognóstico da mesma [Fishbain (1999)].

Também a sobreutilização dos cuidados de saúde, em pacientes com diagnóstico de depressão, pode ser sinónimo de fraco êxito terapêutico e mau prognóstico. De acordo com Djernes JK et al. (2008), ao contrário de outros estudos anteriores, o diagnóstico de depressão, em idosos, segundo a ICD-10, não prediz o aumento da recorrência dos mesmos a serviços hospitalares gerais, nem o diagnóstico de patologias orgânicas, em relação aos controles. No entanto, este diagnóstico prediz sim, maiores proporções de recorrência de depressão em idosos, e o aumento do uso dos serviços

hospitalares psiquiátricos, principalmente nos que necessitaram de internamento, indicando pobres êxitos no tratamento, a longo prazo. Estes doentes recorrem pouco à consulta do médico de cuidados primários e mais a serviços de urgência fora de horas, representando um grupo que necessita de atenção e intervenção conciliada entre o médico dos cuidados primários e o psicogeriatra.

Para Menchetti M et al. (2006) a depressão está também associada a recorrência frequente dos idosos aos cuidados primários, mesmo depois do controle das doenças somáticas e das manifestações somáticas inexplicadas. Principalmente os idosos deprimidos, sem problemas físicos relevantes, parecem apresentar alto risco de utilização excessiva dos serviços de saúde. A depressão parece ter um papel mais determinante na recorrência frequente dos idosos, aos cuidados de saúde, em relação aos não idosos [Menchetti M et al. (2006)].

CONCLUSÕES E APLICAÇÕES PRÁTICAS

Detentora de um lugar cada vez mais importante no panorama das doenças potencialmente incapacitantes, com grande efeito na qualidade de vida e na mortalidade geriátrica, é cada vez mais marcada a importância de um reconhecimento e tratamento precoce da depressão no idoso. A manifestação predominante de sintomas somáticos, em detrimento de sintomas psicológicos, sendo uma das características particulares da depressão no idoso, cria dificuldades no diagnóstico de depressão, especialmente quando coexiste patologia médica. Embora alguns sintomas possam ser claramente atribuídos a esta patologia, outros há que se sobrepõe aos sintomas de depressão. Também a medicação e as alterações típicas da idade são potenciais factores confusionais.

Tanto para o diagnóstico de depressão, como nas escalas de avaliação da depressão no idoso, não há unanimidade na utilização ou não dos sintomas somáticos como critérios. Por um lado, se não utilizarmos os sintomas somáticos, para diagnóstico de depressão, estamos a diminuir o número de falsos positivos ao mínimo, mas prejudicando a sensibilidade, ficando por detectar casos de perturbação depressiva importante, com todos os riscos que daí advêm. Por outro lado, se considerarmos os sintomas somáticos para o diagnóstico, estamos a elevar a sensibilidade, aumentando o número de falsos positivos. Assim, não podemos concluir que deva ser adoptada uma norma para seguir em todos os idosos, mas sim adaptá-la à situação e ao objectivo específico da abordagem, em cada um.

As escalas de avaliação da depressão são um instrumento importante na detecção precoce e no seguimento do idoso com perturbações depressivas. É fundamental que estas sejam simples e de fácil compreensão, proporcionando um acesso rápido e

produtivo. De acordo com o que foi aqui exposto, numa abordagem inicial, em que se aplica uma escala de avaliação de depressão a um idoso, será vantajoso que esta inclua sintomas somáticos, para além dos sintomas do humor, sinalizando assim os idosos que necessitam de uma entrevista estruturada e direccionada à pesquisa de sintomas do humor. Posteriormente, no diagnóstico, a inclusão ou não dos sintomas somáticos é mais problemática, devendo analisar-se caso a caso, tendo em atenção particularmente o aparecimento ou modificação repentina do sintoma somático e a sua desproporção para a patologia médica em causa.

Os idosos recorrem mais frequentemente aos cuidados de saúde primários, para controlo das suas doenças crónicas e referindo preferencialmente as suas queixas físicas. Desta forma, o clínico geral tem ao seu alcance fazer um diagnóstico precoce da depressão geriátrica, impedindo a sua progressão, com instituição de terapêutica adequada e, se necessário, encaminhamento para uma consulta de psiquiatria. No entanto, estes profissionais de saúde vêm-se confrontados com várias dificuldades diagnósticas. Não só o dilema diagnóstico da inclusão ou não dos sintomas somáticos como critérios de diagnóstico, mas também a escassez de tempo, a menor experiência na abordagem de patologia psiquiátrica, a falta de meios técnicos. Para as minimizar, a colaboração dos psiquiatras, formando uma equipa multidisciplinar ou proporcionando formações com actualizações práticas da abordagem da depressão no idoso, podem ser bastante proveitosas.

Apesar de as modalidades terapêuticas usadas no tratamento da depressão no idoso serem as mesmas que as usadas na depressão no adulto, em geral, os seus contornos têm algumas particularidades. Na terapêutica farmacológica, os ISRS são a primeira linha, seguindo as orientações espelhadas nos axiomas “start low and go slow” e “aim high (dosage) and treat long”. A terapêutica antidepressiva também tem efeitos

benéficos nos sintomas medicamente inexplicáveis. A terapêutica cognitivo-comportamental isolada ou associada a farmacoterapia tem bons resultados na depressão do idoso. O cumprimento de um bom regime terapêutico é a chave para uma evolução favorável da depressão.

A existência de sintomas somáticos está associada a depressão mais severa e a sobreutilização dos cuidados de saúde, sendo a evolução longitudinal da depressão no idoso mais adversa que no jovem e com um prognóstico pobre em 20-50% dos casos. A manifestação de sintomas somáticos e a constante utilização dos cuidados de saúde são duas pistas importantes para o clínico, tanto para fazer o diagnóstico de depressão, como para avaliar o êxito ou não da terapêutica, e prevenir a evolução da depressão.

Mais estudos sobre esta temática seriam indispensáveis, nomeadamente em Portugal, onde os dados escasseiam. O conhecimento da abordagem do doente, das técnicas de rastreio, diagnóstico e tratamento aplicadas, tanto nos cuidados primários, como na psiquiatria, em Portugal e a sua comparação seriam, muito provavelmente um ponto de partida para estabelecer quais as alterações necessárias para melhorar a abordagem da depressão no idoso.

REFERÊNCIAS

1. Alexopoulos GS (2001) New concepts for prevention and treatment of late-life depression. *Am J Psychiatry* 158(6):835-8.
2. Alexopoulos GS, Buckwalter K, Olin J, Martinez R, Waincott C, Krishnan KRR (2002) Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment. *Biol Psychiatry* 52:543-58.
3. American Psychiatric Association (2002) DSM-IV-TR, *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª ed. Lisboa: Climepsi.
4. Amore M, Tagariello P, Laterza C, Savoia EM (2007) Beyond nosography of depression in elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 44 Suppl 1:13-22.
5. Baldwin RC, Anderson D, Black S, Evans S, Jones R, Wilson K, et al.(2003) Guideline for the management of late-life depression in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 18(9):829-38
6. Balsis S, Cully JA (2008) Comparing depression diagnostic symptoms across younger and older adults. *Aging Ment Health* 12(6):800-6.
7. Batistoni SS, Neri AL, Cupertino AP (2007) Validade da Escala de depressão do Center of Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Rev Saude Publica* 41(4):598-605.
8. Baune BT et al. (2007) The relationship between psychological dimensions of depressive symptoms and cognitive functioning in the elderly - the MEMO-Study. *J Psychiatr Res* 41(3-4):247-54.

9. Beekman AT et al. (2002) The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community *Arch Gen Psychiatry* 59(7):605-11.
10. Berg A, Lönnqvist J, Palomäki H, Kaste M (2009) Assessment of depression after stroke: a comparison of different screening instruments. *Stroke* 40(2):523-9.
11. Chen CY, Liu CY, Liang HY (2009) Comparison of patient and caregiver assessments of depressive symptoms in elderly patients with depression. *Psychiatry Res* 166(1):69-75.
12. Clément JP, Preux PM, Fontanier D, Léger JM. (2001) Mini-GDS chez le patients âgés suivis em médecine générale. *Encephale* 27(4):329-37.
13. Dello Buono M, Urciuoli O, Marietta P, Padoani W, De Leo D. Alternative medicine in a sample of 655 community-dwelling elderly. *J Psychosom Res.* 2001 Mar;50(3):147-54.
14. Diefenbach GJ, Goethe J. (2006) Clinical interventions for late-life anxious depression. *Clin Interv Aging* 1(1):41-50.
15. Djernes JK et al. (2008) A follow-up of elderly depressed patients *Nord J Psychiatry* 62(3):233-41.
16. Drayer RA et al. (2005) Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *Int J Geriatr Psychiatry* 20(10):973-82.
17. Driscoll HC, Basinski J, Mulsant BH, Butters MA, Dew MA, Houck PR, et al. (2005) Late-onset major depression: clinical and treatment response variability. *Int J Geriatr Psychiatry* 20(7):661-7.
18. Duarte MB, Rego MAV (2007) Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad. Saúde Pública* 23(3):691-700.

19. Ellis GK, Robinson JA, Crawford GB. (2006) When symptoms of disease overlap with symptoms of depression. *Aust Fam Physician*. 35(8):647-9.
20. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. (2009) Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 5:363-89.
21. Fonda SJ, Herzog AR (2001) Patterns and risk factors of change in somatic and mood symptoms among older adults. *Ann Epidemiol* 11(6):361-8.
22. Freund KM, Moskowitz MA, Lin TH, McKinlay JB. (2003) Early antidepressant therapy for elderly patients. *Am J Med* 114(1):15-9.
23. Ganguli M, Dodge HM, Mulsant BH (2002). Rates and predictors of mortality in an aging, rural, community-based cohort: the role of depression. *Arch Gen Psychiatry* 59: 1046-1052.
24. Goldstein DJ, Lu Y, Detke MJ, Hudson J, Iyengar S, Demitrack MA (2004) Effects of duloxetine on painful physical symptoms associated with depression. *Psychosomat* 45: 17-28.
25. Gonçalves B e Fagulha T. (2004) Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Rev Port Clin Geral* 20:13-27.
26. Grayson DA, Mackinnon A, Jorm AF, Creasey H, Broe GA. (2000) Item bias in the Center for Epidemiological Studies Depression Scale: Effects of physical disorders and disability in an elderly community sample. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 55(5):273-82.
27. Hasin D et al (2005). Epidemiology of Major Depressive Disorder Results From the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch. Gen. Psychiatry* 62:1097-106

28. Instituto Nacional de Estatística - Portugal (2002) Censos 2001 : Resultados Definitivos : XIV recenseamento geral da população : IV recenseamento geral da habitação. Instituto Nacional de Estatística – Publicações online.
29. Janzing J, Teunisse R, Bouwens P, van 't Hof M, Zitman F (2000) The course of depression in elderly subjects with and without dementia. *J Affect Disord* 57(1-3):49-54.
30. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Beekman AT, Kluiters H, Ribbe MW (2004) Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord* 83(2-3):135-42.
31. Kairuz T, Zolezzi M, Fernando A. (2005) Clinical considerations of antidepressant prescribing for older patients. *N Z Med J.* 16;118(1222):U1656.
32. Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J (2003) Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry.* 60(9):897-903.
33. Kennedy GJ, Marcus P. (2005) Use of antidepressants in older patients with comorbid medical conditions: guidance from studies of depression in somatic illness. *Drugs Aging.* 22(4):273-87.
34. Kockler M, Heun R. (2002) Gender differences of depressive symptoms in depressed and nondepressed elderly persons. *Int J Geriatr Psychiatry.* 17(1):65-72.
35. Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, Krishnan KR, Sibert TE (1993). Profile of depressive symptoms in younger and older medical inpatients with major depression. *J Am Geriatr Soc* 41:1169–1176

36. Koenig HG, George LK, Peterson BL, Pieper CF (1997). Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence, characteristics and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *Am J Psychiatry* 154:1376-1383.
37. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. (2002).The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 64(2):258-66.
38. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW,et al. (1994) Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 3(9):774-9.
39. Kroenke K. (2001) Studying symptoms: sampling and measurement issues. *Ann Intern Med* 134:844-855
40. Kroenke K. (2003) The interface between physical and psychological symptoms. Primary Care Companion. *J Clin Psychiatry* 5 (Suppl 7): 11-18
41. Kurlowicz LH et al. (2005) An exploratory study of depression among older African American users of an academic outpatient rehabilitation program *Arch Psychiatr Nurs* 19(1):3-9.
42. Lander M, Wilson K, Chochinov HM (2000) Depression and the dying older patient. *Clin Geriatr Med* 16(2):335-56.
43. Lapid MI, Rummans TA. (2003) Evaluation and management of geriatric depression in primary care. *Mayo Clin Proc.* 78(11):1423-9.
44. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. (1997) Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *JAMA* 278:1186-90

45. Lenze EJ, Martire LM, Rollman BL, et al (2001) The association of late-life depression and anxiety with physical disability. *Am J Geriatr Psychiatry* 9:113-35.
46. Lenze EJ, Miller MD, Dew MA, et al. (2001) Subjective health measures and acute treatment outcomes in geriatric depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 16: 1149-1155.
47. Licht-Strunk E, van der Windt DA, van Marwijk HW, de Haan M, Beekman AT (2007) The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Fam Pract.* 24(2):168-80.
48. Long Foley K, Reed PS, Mutran EJ, DeVellis RF (2002) Measurement adequacy of the CES-D among a sample of older African-Americans. *Psychiatry Res.* 31;109(1):61-9.
49. Menchetti M, Cevenini N, De Ronchi D, Quartesan R, Berardi D (2006) Depression and frequent attendance in elderly primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 28(2):119-24.
50. Montagnier D, Barberger-Gateau P, Jacqmin-Gadda H, Dartigues JF, Rainfray M, Pérès K, et al. (2006) Evolution of prevalence of depressive symptoms and antidepressant use between 1988 and 1999 in a large sample of older French people: Results from the Personnes Agees Quid Study. *J Am Geriatr Society* 54(12):1839-45.
51. Moore MJ, Moore PB, Shaw PJ (1998) Mood disturbances in motor neurone disease. *Journal of the neurological sciences* 160 Suppl 1: S53–6.
52. Mui A, Burnett D, Chen L. (2001) Cross-cultural assessment of geriatric depression: a review of the CES-D and the GDS. *J Ment Health Aging* 7(1):137-

53. Mullins CD, Shaya FT, Meng FL, Wang JL, Harrison D (2005) Persistence, switching, and discontinuation rates among patients receiving sertraline, paroxetine, and Citalopram. *Pharmacotherapy* 25(5):660-7.
54. Nuyen J et al. (2007) Cerebrovascular risk factors and subsequent depression in older general practice patients. *J Affect Disord* 99(1-3):73-81.
55. O'Malley PG, Jackson JL, Santoro J, Tomkins G, Balden E, Kroenke K (1999) Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptoms syndromes. *J Family Pract* 48: 980-990
56. Organização Mundial de Saúde. (2002) Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 1ª ed. Lisboa: Direcção Geral de Saúde
57. Saarela T, Engeström R. (2003) Reported differences in management strategies by primary care physicians and psychiatrists in older patients who are depressed. *Int J Geriatr Psychiatry* 18(2):161-8.
58. Schulz R, Drayer RA, Rollman BL (2002) Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biologic Psychiatry* 52: 205-225.
59. Schwenk, T. L. (2002) Diagnosis of late-life depression: the view from primary care. *Biological Psychiatry*, 52(3), 157–163.
60. Segal ZV, Pearson JL, Thase ME (2003) Challenges in preventing relapse in major depression. Report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. *J Affect Disord* 77(2):97-108.
61. Sheehan B, Bass C, Briggs R, Jacoby R (2003) Somatic symptoms among older depressed primary care patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 18(6):547-8.

62. Shin KR, Jung D, Jo I, Kang Y (2009) Depression among community-dwelling older adults in Korea: a prediction model of depression. *Arch Psychiatr Nurs* 23(1):50-7.
63. Speckens AE, van Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HG (1995) Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial. *BMJ* 311: 1328-1332.
64. Steer RA, Ball R, Ranieri WF, Beck AT (1999). "Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed outpatients" *Journal of clinical psychology* 55 (1): 117-28.
65. Steer RA, Cavalieri TA, Leonard DM, Beck AT (1999). "Use of the Beck Depression Inventory for Primary Care to screen for major depression disorders". *General hospital psychiatry* 21 (2): 106-11.
66. Stroup-Benham CA, Markides KS, Black SA, Goodwin JS (2000) Relationship between low blood pressure and depressive symptomatology in older people. *J Am Geriatr Soc* 48(3):250-5.
67. Suen LJ, Tusaie K. (2004) Is somatization a significant depressive symptom in older Taiwanese Americans? *Geriatr Nurs* 25(3):157-63.
68. Teixeira, M (2005) Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria *Revista de Psicologia da UNESP* 4(1) 41-56.
69. Tew JD, Mulsant BH, Houck PR, Lenze EJ, Whyte EM, Miller MD, et al.(2006) Impact of prior treatment exposure on response to antidepressant treatment in late life. *Am J Geriatr Psychiatry* 14(11):957-65.
70. Tison P. (2000) Guide d'entretien structuré pour l'évaluation de la dépression du sujet âgé, adapté à partir du DSM IV et des échelles GDS, HDRS et MADRS. *Encephale*. 26(3):33-43.

71. VanItallie TB. (2005) Subsyndromal depression in the elderly: underdiagnosed and undertreated. *Metabolism*. 54(5 Suppl 1):39-44.
72. Volkers AC et al. (2004) The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. *J Affect Disord*. 15;82(2):259-63.
73. Vos T, Haby MM, Barendregt JJ, Kruijshaar M, Corry J, Andrews G. (2004)The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Arch Gen Psychiatry* 61(11):1097-103.
74. Wijeratne C et al. (2006) Is there an independent somatic symptom dimension in older people? *J Psychosom Res* 61(2):197-204.
75. World Health Organization (2006) International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems 10th revision. <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> (acedido em 18 de Janeiro de 2010).