



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**

NUNO ANDRÉ DA PENA DE OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA

ENVELHECIMENTO, DEPRESSÃO E SUICÍDIO

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROF. DOUTOR MANUEL TEIXEIRA MARQUES VERÍSSIMO
E CO-ORIENTAÇÃO DE DR. ALEXANDRE MANUEL D. MENDES**

JANEIRO DE 2015

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**

NUNO ANDRÉ DA PENA DE OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA

Aluno do 6º Ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

ENVELHECIMENTO, DEPRESSÃO E SUICÍDIO

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROF. DOUTOR MANUEL TEIXEIRA MARQUES VERÍSSIMO
E CO-ORIENTAÇÃO DE DR. ALEXANDRE MANUEL D. MENDES**

JANEIRO DE 2015

Endereço eletrónico: nunoapsilva22@gmail.com

Índice

Resumo	2
<i>Abstract</i>	3
Lista de siglas	4
Introdução	5
1. Envelhecimento	7
1.1 Aspectos demográficos	7
1.1.1 Breve notícia sobre o caso português	9
1.2 Aspectos biológicos	12
1.3 Aspectos psicológicos	15
1.4 Aspectos sociológicos	17
2. Depressão no Idoso	19
2.1 Aspectos epidemiológicos	19
2.1.1 Breve notícia sobre o caso português	21
2.2 Quadro clínico e classificações	23
2.3 Particularidades da apresentação clínica da depressão no idoso	29
2.4 Diagnóstico e avaliação	32
2.5 Tratamento	35
3. Suicídio no Idoso	41
3.1 Características	43
3.2 Fatores de risco	45
3.3 Prevenção	51
Discussão e Conclusão	53
Agradecimentos	56
Referências bibliográficas	57

Resumo

Introdução. O envelhecimento populacional é uma tendência sem precedentes que se estima continuará a acentuar-se nas próximas décadas. Concomitantemente, nos idosos os distúrbios depressivos revelam-se prevalentes, apresentam características específicas e podem estar associados a um espectro de ideias e comportamentos suicidários.

Objetivos. Efetuar uma revisão sistemática, que não exaustiva, da literatura, a fim de obter uma compreensão do estado da arte dos estudos sobre envelhecimento, depressão e suicídio. Sintetizar os aspectos fundamentais do processo de envelhecimento, analisar e sistematizar particularidades da depressão nos idosos, examinar e evidenciar relações entre distúrbios depressivos e suicídio.

Desenvolvimento. Começamos por abordar o envelhecimento nas sociedades ocidentais, expondo aspectos demográficos que dependem particularmente da natalidade, mortalidade e migração e ilustrando o texto com indicadores demográficos atuais. Revisitamos as principais teorias da Gerontologia e destacamos componentes psicológicas e sociológicas necessárias a uma visão integral deste processo. O segmento da população idosa revela-se suscetível a problemas de saúde mental, sendo a depressão dos mais frequentes, muitas vezes não diagnosticada. No idoso, a depressão inicia-se geralmente por queixas somáticas diversas, mesmo sem a presença de uma doença física concreta. Recorrendo com frequência a consultas de clínica geral ou de especialidades médicas, os idosos acabam polimedicados, suportando a continuação de doença psiquiátrica sem adequado diagnóstico e terapêutica. Analisamos o contributo das classificações internacionais da depressão, evidenciamos as especificidades da apresentação clínica no idoso e as recomendações que emanam da literatura para o diagnóstico, envolvendo adequada entrevista clínica e recurso a escalas validadas para avaliação da depressão. Quanto ao tratamento, vimos quais os fármacos de primeira linha na depressão dos idosos e discutimos o papel da psicoterapia e outras opções terapêuticas para as populações envelhecidas. Descrevemos as características do suicídio nos idosos, analisamos o papel da depressão enquanto fator de risco para o suicídio e revelamos como a existência de comorbilidades potencia tal risco. Relativamente às abordagens preventivas, independentemente de fatores de risco, vimos que elas incluem a restrição do acesso a recursos frequentemente usados como meios de suicídio e a um investimento na educação da sociedade, abrangendo, naturalmente, os clínicos responsáveis pela deteção e tratamento da depressão geriátrica.

Conclusões. Do exame de vários artigos, comprovamos a importância do reconhecimento e avaliação adequados da sintomatologia somática no diagnóstico da depressão do idoso. Constatamos forte relação entre suicídio e perturbações mentais na população idosa, especialmente na deprimida, sendo o risco de suicídio maior nesta do que na não-deprimida. Depois de explorarmos estudos sobre populações de diversos países, concluímos ser vital diagnosticar e tratar precocemente a depressão nos idosos.

Palavras-Chave: envelhecimento, depressão, fatores de risco, tratamento, idoso, suicídio, ideação suicida.

Abstract

Introduction. The rapid ageing of the world's population is an unprecedented trend, projected to endure and increase over next few decades. Depressive mood disorders are highly prevalent in the elderly, often presenting specific characteristics, and may even be associated with a suicidal behaviors and ideation.

Objetives. To provide a systematic, non-exhaustive, review of scientific literature in a comprehensive way, and also an overview of the state of the art of research about ageing, depression and suicide. To summarize the fundamental aspects of the ageing process, analyze the particularities of late-life depression and to examine the relationship between depressive mood disorders and suicide in the elderly.

Development. We began by addressing ageing in western societies, observed the demographic aspects, particularly those related with birth, mortality and migration, and illustrated them with recent demographic indicators. We reviewed the leading gerontological theories and highlighted the psychological and sociological components that are essential for a complete overview of the process. The elderly population segment is prone to mental health problems, depression being the most frequent one, often not diagnosed. In the elderly, depression frequently begins with several non-specific somatic complaints, without the presence of a specific physical illness. Depressed elders tend to overuse primary health care centers and medical specialties, are often over-medicated and suffer the prolongation of their psychiatric illness without adequate diagnosis and therapeutics. We have examined the contribution of international classifications of depression, emphasized the unique traits of depression clinical presentation in elders and also the key recommendations deriving from the literature on the diagnosis of depression, including an appropriate clinical interview and the use of validated scales for the assessment of depression. Concerning treatment, we highlighted the first line antidepressant drugs and discussed the role of psychotherapy and other therapeutic options for elderly populations that combined often produces greater reduction of depressive symptoms and sustained response. We presented the characteristics of suicide in the elderly and examined the role of depression as a risk factor for suicide and how the presence of comorbidities increases that risk. With regard to preventive approaches, they include the limitation of access to the means for suicide and an investment in the education of society, including the special role of clinicians on screening depression in primary care to identify missed cases and initiate appropriate treatment.

Conclusion. By examining numerous research papers we verified the importance of the recognition and evaluation of somatic symptomology concerning mood symptoms when diagnosing depression in the elderly. We have found a strong relationship between suicide and mental disorders, particularly major depression, in the elder population, where the risk of suicide is higher when compared to non-depressed elders. After reviewing several studies on populations from different countries, we are lead to conclude that it is crucial to diagnose and treat late-life depression as precociously as possible.

Keywords: ageing, depression, risk factors, treatment, elderly, suicide, suicidal ideation.

Lista de siglas

- 5-HIAA – *5-Hydroxy Indole Acetic Acid*
- ADN – *Ácido Desoxirribonucleico*
- ARN – *Ácido Ribonucleico*
- BDI – *Beck Depression Inventory*
- BRFSS – *Behavioral Risk Factor Surveillance System*
- CE – *Comissão Europeia*
- CID-10 – *International Classification of Diseases (revision X)*
- CIRS – *Cumulative Illness Rating Scale*
- DALY – *Disability-Adjusted Life Year*
- DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*
- ECT – *Electroconvulsive Therapy*
- GBD – *Global Burden of Disease*
- GDS – *Geriatric Depression Scale*
- HAM-D – *Hamilton Rating Scale for Depression*
- HDRS – *Hamilton Depression Rating Scale*
- INE – *Instituto Nacional de Estatística*
- MMSE – *Mini Mental State Examination*
- NHANES – *National Health and Nutrition Examination Survey*
- OMS – *Organização Mundial de Saúde*
- ONU – *Organização das Nações Unidas*
- PHQ – *Patient Health Questionnaire*
- PROSPECT – *Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial*
- SLUMS – *Saint Louis University Mental Status*
- SSI – *Scale for Suicide Ideation*
- SSRI – *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor*
- TCA – *Trichloroacetic Acid*
- TGB – *Thyroxine-Binding Globulin*
- TILDA – *Irish Longitudinal Study on Ageing*
- TSH – *Thyroid-Stimulating Hormon*
- UE – *União Europeia*
- VIH – *Vírus da Imunodeficiência Humana*
- WMH – *World Mental Health*
- YLD – *Years Lost due to Disability*

Introdução

A população está a envelhecer e envelhecer pode comportar riscos para a saúde mental e o bem-estar do indivíduo, designadamente não só pelo aparecimento de doenças físicas ou mentais, como ainda pela perda de apoio social da família e amigos.

O primeiro capítulo do trabalho é dedicado ao “Envelhecimento” e nele são analisados aspetos demográficos e discutidas teorias bio-psico-sociais explicativas deste fenómeno.

O aumento da esperança de vida, acompanhado de óbvias vulnerabilidades, impõe à sociedade um enorme desafio e exige uma resposta individualizada, com qualidade e humanidade, às necessidades de saúde específicas das pessoas idosas. Em particular, as doenças mentais são uma das causas mais frequentes de incapacidade e exercem impactos económicos, laborais e sociais muito acentuados nos sistemas de saúde. A depressão é um reconhecido problema de saúde mental que afeta muitos dos mais velhos, com impacto negativo na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida.

No segundo capítulo, “Depressão no Idoso”, examinámos a manifestação e a frequência desta patologia na velhice, os contextos em que ocorre, o quadro clínico, as classificações e as particularidades da sua revelação, o diagnóstico e aspetos a considerar durante a avaliação e o adequado tratamento. A depressão é um dos principais fatores de risco para o suicídio e, não raras vezes, passa despercebida ou é insuficientemente tratada.

Tendo esta preocupação subjacente, o último capítulo foi reservado ao estudo do “Suicídio no Idoso”, mormente relacionando-o com a depressão. Para o efeito, analisaram-se as principais características do suicídio na terceira idade. Compreender o comportamento suicidário na sua relação com a sintomatologia depressiva providencia uma visão através da qual se constata fatores de risco e se projeta a prevenção inerente a esta doença.

A associação do envelhecimento da população à prevalência da depressão na faixa etária mais elevada alerta para a necessidade de estarmos preparados para a crescente aglomeração de pessoas idosas deprimidas nos cuidados de saúde primários e para desenvolvermos estratégias de intervenção e resposta ao nível do tratamento. A depressão e o suicídio são causa de intenso sofrimento dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Importa conhecer e estudar estes fenómenos, a fim de pôr em prática ações estratégicas preventivas eficazes que contemplem aspetos físicos, psicológicos e sociais.

O presente trabalho apoia-se numa consulta e análise sistemática da literatura acerca destes temas, almejando expor uma visão do estado da arte do assunto. Para tanto, levou-se a cabo uma pesquisa qualitativa e exploratória, realizada através de uma abrangente, embora não exaustiva, sinopse bibliográfica.

Ao longo do trabalho, os números apresentados entre parênteses retos remetem para as “Referências bibliográficas”.

1. Envelhecimento

“The afternoon knows what the morning never suspected”

Robert Frost

Segundo a Direção Geral de Saúde, “o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” [1].

O envelhecimento não é, pois, compreendido como uma doença mas, antes, como uma fase natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma realidade para se viver de forma saudável e autónoma o máximo de tempo possível.

1.1 Aspetos demográficos

Num contexto de profundas transformações demográficas, o envelhecimento populacional coloca muitas questões à sociedade. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), o atual envelhecimento populacional a nível mundial não tem precedentes na história da humanidade, sendo expectável que, durante o século XXI, ocorra um aumento muito relevante de pessoas idosas [2]. O fenómeno do envelhecimento apresenta características globais no sentido em que atinge toda a sociedade e todos os países, em particular com forte tendência de agravamento, desde há algumas décadas, a nível europeu.

Nazareth [3] refere que o envelhecimento demográfico surge nas sociedades desenvolvidas a partir da segunda metade do século XX. A constatação de que o número de idosos estava a aumentar de forma preocupante, conduziu a uma análise mais profunda para esclarecer o fenómeno observado no mundo desenvolvido em geral e na Europa em particular. Concluiu-se que o principal fator natural não era o declínio da mortalidade, como à primeira vista se poderia pressupor, mas, antes, o declínio da natalidade.

De facto, o envelhecimento demográfico depende, essencialmente, da conjunção de três fatores: fecundidade, mortalidade e migração [4]. Ele é atualmente compreendido de forma abrangente, consequência do progresso da medicina, da melhoria das condições de trabalho, da diminuição da natalidade e de outros fatores económico-sociais.

Dados da ONU, sintetizados na tabela 1, revelam que a população mundial aumentou 172,3% entre 1950 e 2010 (58,9% nas regiões mais desenvolvidas [2]), sendo projetado para o período de 2010 a 2060, um crescimento de 39,4%. O ritmo de crescimento das pessoas com 65 ou mais anos, no período 1950-2010 foi superior ao da restante população e, no que concerne à esperança de vida aos 65 anos, esta aumentou 4,5 anos entre 1950 e 2010, enquanto a esperança de vida ao nascer aumentou 21,6 anos no mesmo período.

Tabela 1

Ano	1950	2010	2060
População total (milhares)	2 532 229	6 895 889	9 615 189
Média de idade (anos)	23,9	29,2	39,1
Rácio de dependência dos idosos	10,1	13,4	33,1
Rácio de dependência total	95,7	76	80,5
Esperança de vida ao nascer (anos)	47,7	69,3	77,5
Esperança de vida aos 65 anos (anos)	11,5	16	16,9
Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes	36,9	19,2	13,2
Índice sintético de fecundidade (filhos por mulher)	4,95	2,45	2,11

Fonte: Indicadores de desenvolvimento populacional: Mundo, 1950-2060 (ONU, 2013)

Projeções divulgadas por organismos nacionais e internacionais sugerem que o envelhecimento demográfico continuará a acentuar-se no futuro. Os idosos (indivíduos com 65 ou mais anos, segundo convenção do Instituto Nacional de Estatística (INE)) tenderão a ser cada vez mais numerosos em relação aos jovens e, em 2050, ascenderão a dois mil milhões (20% da população mundial), sendo que o número de pessoas com mais de 60 anos superará o da população de jovens com menos de 15 anos [2].

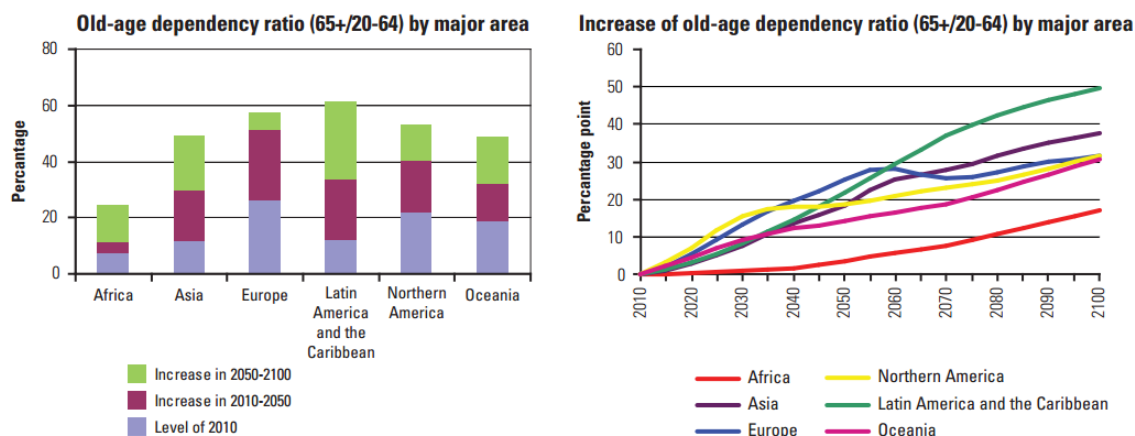


Figura 1

Fonte: Índice de dependência de idosos (ONU, 2013)

De acordo com as projeções demográficas realizadas pelo *World Population Prospects* [2] para o período compreendido entre 2010 e 2100, a evolução da estrutura demográfica mundial irá traduzir-se num aumento do índice de dependência de idosos¹. A evolução deste indicador, ilustrado na figura 1, espelha o crescente encargo que o segmento de pessoas com idade mais elevada da sociedade provocará sobre a população ativa.

1.1.1 Breve notícia sobre o caso português

De acordo com dados do Eurostat publicados pela Comissão Europeia (CE) [5], a população em Portugal representa 2,09% da população da UE-27², tendo ocorrido um aumento de 307.639 pessoas no período de 2001-2010. Em igual período, o total anual de nascimentos diminuiu 13.063 e o total anual de mortes aumentou em 3.859. Ainda segundo a CE, o número de pessoas com 65 ou mais anos tem vindo a aumentar continuamente, sendo que em 1960 representava 7,8% do total da população e, em 2011, já atingia 19%.

Portugal, no período entre 2001 e 2010, registou um aumento de 2,98% da população (população residente de 10.562.178 indivíduos, dos quais 5.046.600 homens e 5.515.578

¹ Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, i.e., quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos.

² Na altura não será decerto EU-27. Aliás, hoje já é EU-28, embora o trabalho diga de facto respeito a EU-27.

mulheres). Mas, ainda segundo dados do INE, o aumento da população com 65 ou mais anos foi de 13,05% e o da população com mais de 75 anos foi de 27,82%, com ligeiro predomínio de mulheres [6].

Tabela 2

Ano	1950	2000	2010	2060
População total (milhares)	8 417	10 336	10 676	8 670
Média de idade (anos)	26,1	37,8	41	52,6
Rácio de dependência dos idosos	13	26,6	29,1	70,1
Rácio de dependência total	85,9	64,4	62	105,4
Esperança de vida ao nascer (anos)	60	77,3	79,8	84,7
Esperança de vida aos 65 anos (anos)	13,4	17,6	19,1	22,4
Taxa bruta de natalidade por 1000 habitantes	23,9	10,8	8,8	8,6
Índice sintético de fecundidade (filhos por mulher)	3,1	1,45	1,31	1,83

Fonte: Indicadores de desenvolvimento populacional: Portugal, 1950-2060 (INE, 2011)

O Censos 2011 revelou que a estrutura etária da população, neste ano, acentuou os desequilíbrios já evidenciados na década passada. A percentagem de jovens recuou de 16% em 2001 para 15% em 2011, enquanto a de idosos aumentou de 16% para 19%. Consequência direta da estrutura demográfica do País, o índice de envelhecimento³ subiu de 102 em 2001, para 128 em 2011. Diminuiu a base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, e alargou-se o topo com o crescimento da população idosa [7].

As estimativas para os próximos 50 anos (tabela 2) vão no sentido do incremento deste índice e, em 2060, Portugal será dos países mais envelhecidos da UE-27. O ritmo de crescimento anual das pessoas com idade superior a 80 anos situou-se em 8,1% entre 1960 e 2010. Até 2060 prevê-se que este acréscimo anual se mantenha elevado, o que triplicará a quantidade das pessoas com mais de 80 anos em Portugal (figura 2). Tal aumento colocará Portugal no 3.º lugar no que se refere à proporção de pessoas deste grupo etário na UE-27 [5].

³ Razão entre o número de indivíduos com 65 ou mais anos e o número de indivíduos com menos de 15 anos, multiplicada por 100.

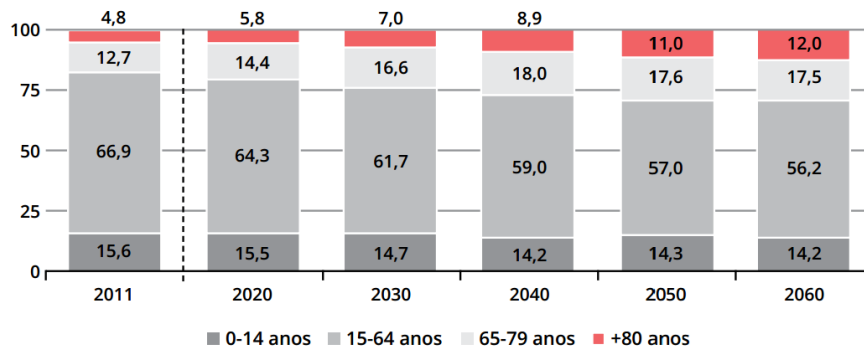


Figura 2

Fonte: Estrutura da população, por grandes grupos etários, UE-27, 2011-2060 (% da população total) (Europop2010)⁴

Em Portugal, segundo as projeções do INE [8], para a população residente no período entre 2012 e 2060, prevê-se um declínio de 22% (de 10,5 milhões para 8,6 milhões de habitantes) e esperam-se alterações da estrutura etária da população, resultando num continuado e forte envelhecimento demográfico (figuras 3-5).

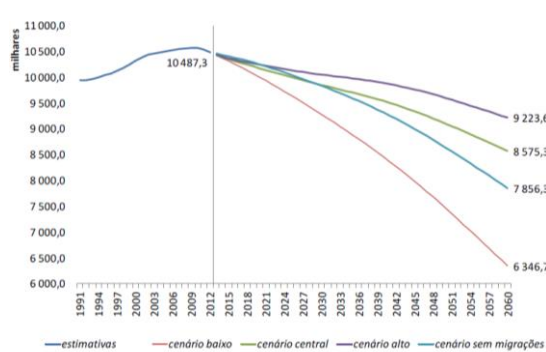


Figura 3. Fonte: População residente (em milhares), Portugal, 1991-2060 (estimativas e projeções), (INE 2014)

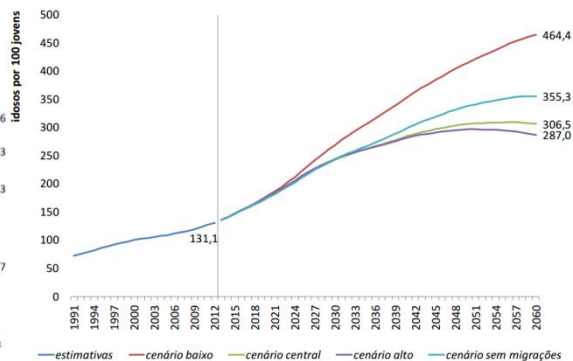


Figura 4. Fonte: Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2060 (estimativas e projeções), (INE 2014)

⁴ Cf., e.g., http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf, p. 52.

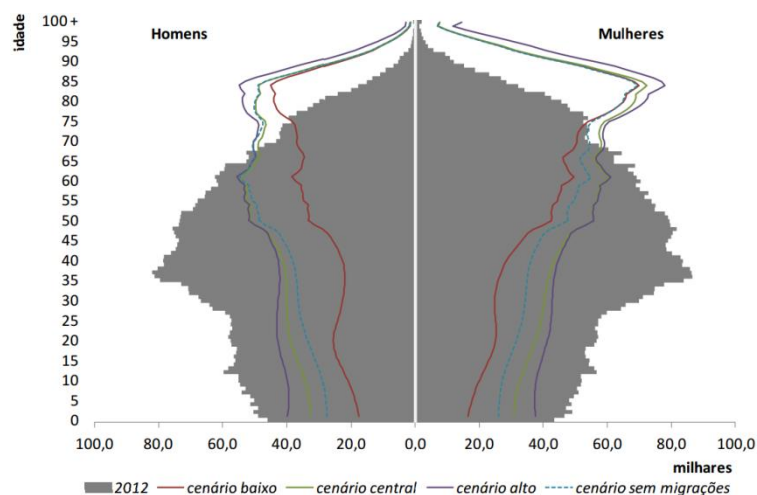


Figura 5. Fonte: Pirâmide etária, Portugal, 2012 (estimativas) e 2060 (projeções, por cenários), (INE 2014)

1.2 Aspetos biológicos

Em organismos vivos, pode-se definir o envelhecimento como o conjunto de mudanças anatómicas e fisiológicas que debilitam a reserva fisiológica e a capacidade funcional [9]. Ainda que o envelhecimento biológico não esteja confinado à idade avançada (de facto, algum declínio orgânico tem início logo após a concepção), o termo é geralmente utilizado para designar as mudanças físicas que se inauguram na idade adulta, resultando num declínio da função e redução da homeostase, que culminam na morte do organismo.

Segundo Busse (1987), citado por Blazer [10], o processo de declínio associado ao envelhecimento pode qualificar-se de primário ou secundário. O primário respeita aos fatores inerentes ao organismo determinados por influências intrínsecas ou hereditárias; estudos indicam que 25 a 33 % da variância da longevidade humana é imputável a fatores genéticos [11, 12] e um exame em indivíduos com mais de 100 anos revelou que os respetivos irmãos tinham também esperanças de vida significativamente aumentadas [13]. O secundário é causado por fatores hostis do meio ambiente, como trauma e doença adquirida. Daqui decorre uma grande variabilidade no envelhecimento dos indivíduos. Contudo, uma mera divisão entre envelhecimento primário e secundário tem as suas limitações, pois os declínios

decorrentes da idade, quer inerentes, quer adquiridos, têm frequentemente etiologias múltiplas. Existem vulnerabilidades intrínsecas que apenas se manifestam na presença de determinados eventos precipitantes e hostis do meio ambiente.

Zhóres Medvedev (1990), citado por Robert (1995), recenseou mais de 300 teorias sobre o envelhecimento, agrupadas em 7 subclasses, ainda que muitas delas tenham sido relegadas para a história da Gerontologia por falta de suporte científico adequado [14]. Embora existam múltiplas teorias, cada uma refletindo o *background* científico dos seus proponentes, uma teoria unificadora ainda não foi encontrada, em parte devido à variabilidade do envelhecimento dos diferentes tecidos e órgãos. Esta ideia, embora inicialmente popular, foi rapidamente descartada em espécies biologicamente complexas. O envelhecimento é um processo multifatorial, não podendo ser reduzido a um único mecanismo biológico, pelo que todas as teorias atualmente consideradas se encontram incompletas na sua formulação.

A Gerontologia moderna divide as teorias sobre o envelhecimento em genéticas e estocásticas [15]. As teorias genéticas, como o nome indica, postulam que o envelhecimento está primariamente relacionado com alterações na constituição genética do organismo. De entre elas merecem destaque:

- “Teoria da transferência de informação ou erro-catástrofe”, avançada por Orgel em 1963. Baseia-se no aparecimento, com o envelhecimento, de erros na transcrição de ADN em ARN ou na sua subsequente tradução em péptidos e proteínas, com a consequente acumulação de proteínas aberrantes e potencialmente letais [16]. Estudos posteriores, recorrendo à análise da expressão génica com *microarrays* de ADN, mostraram que a perda de regulação dos genes envolvidos na fase G2-M do ciclo celular pode estar na raiz do aumento dos erros mitóticos na divisão celular durante a velhice [17].
- “Teoria das mutações somáticas”. Uma das primeiras tentativas de compreensão do envelhecimento, a nível celular, fundamenta-se no pressuposto de que as características fisiológicas decrementais associadas ao envelhecimento provêm da acumulação de mutações no ADN nuclear. Foi encontrada uma correlação inversa entre a esperança média de vida, em várias espécies de mamíferos, e a incidência de anormalidades cromossómicas (Curtis e Miller (1971) citados por Bittles [15]. No entanto, estes resultados podem facilmente ser explicados pela tolerância aos danos genéticos devida à

capacidade de reparação do ADN do organismo (Hart e Setlow 1975 citados por Bittles [15]).

- “Teoria da perda de telómeros”. Telómeros são sequências de nucleótidos localizados no final do hélix de ADN. Estas estruturas especializadas evitam a degeneração e fusão com outros cromossomas, sendo, portanto, essenciais à manutenção da estabilidade e à replicação do ADN. A sua síntese deve-se à presença de uma enzima, a telomerase, durante o período embrionário e fetal. Na ausência da telomerase, cada duplicação celular vai comportar um encurtamento dos telómeros que, a longo prazo, se associa a danos no ADN [9]. Por outro lado, células cancerígenas demonstram alta atividade da telomerase, o que sugere o seu potencial para a imortalização celular e que a sua ausência seja fundamental para o envelhecimento celular.

As teorias estocásticas baseiam-se no pressuposto de que a acumulação de lesões *minor* aleatórias, associadas a lesões ambientais, provoca um declínio fisiológico progressivo, que tem como etapa final a morte do organismo, sendo o período de declínio funcional precedente representado pelo envelhecimento. De entre as mais relevantes contam-se:

- “Teoria da Acumulação”. Nesta teoria, o envelhecimento é atribuído à acumulação de produtos residuais dos processos metabólicos no interior das células. Esta acumulação pode interferir no normal funcionamento e metabolismo celulares, por mecanismos não específicos. A molécula mais implicada nestes processos é a lipofuscina, um pigmento altamente insolúvel presente em inúmeros tecidos e células envelhecidas, como neurónios, células musculares cardíacas e córtex adrenal. Acredita-se que a lipofuscina provenha da auto-oxidação de materiais celulares incompletamente degradados, particularmente os componentes lipídicos da membrana celular mitocondrial (Fleming *et al.* [18], 1985). No entanto, ainda não foi possível demonstrar o papel da lipofuscina no declínio de processos catabólicos celulares, ainda que se admita estar ele relacionado com o envelhecimento.
- “Teoria do *Stress* Oxidativo”. Esta teoria foi proposta pela primeira vez por Harman em 1966. Um radical livre é uma molécula ou composto químico com um número ímpar de eletrões, portanto com um ou mais eletrões não emparelhado(s) em orbital, ao invés da maioria dos compostos químicos que, por possuírem eletrões em número par, são quimicamente estáveis. Os radicais livres são altamente destrutivos e reativos, mas produzidos pelos processos metabólicos normais, ubiqüitários nos organismos vivos. O conceito de *stress* oxidativo consiste num desequilíbrio entre agentes oxidantes e antioxidantes (enzimas ou moléculas que inativam os radicais livres), a favor dos primeiros. Com a idade, a acumulação destas moléculas nas células e nos tecidos ou a diminuição da capacidade antioxidante estão relacionadas com danos críticos no ADN, *crosslinkage* de colagénio, alterações da pigmentação cutânea, assim como desenvolvimento de cancro. Também as cadeias polinsaturadas de ácidos gordos presentes nas membranas das células e organelos são alvo da ação lesiva dos radicais

livres. Esses lípidos são submetidos a peroxidação lipídica, que resulta em disfunção e eventual morte celular [15].

1.3 Aspectos psicológicos

Schroots e Birren (1980), citados por Fonseca [19], sugerem três componentes para o envelhecimento: a biológica, i.e., a senescência que resulta da vulnerabilidade crescente de uma maior probabilidade de morrer; a social, relativa aos papéis sociais que a sociedade preconiza para esta idade; a psicológica, referente à capacidade de autorregulação e de tomar decisões, adaptando-se ao processo de envelhecimento. Este é visto como um fenómeno bio-psico-social de cariz individual e, apesar de haver uma predominância da dimensão biológica, não se pode analisar sem se ter em conta a relação entre as três componentes. De acordo com estes vetores, Birren e Cunningham (1985) citados por Fonseca [19] e também Schroots e Birren (1980) citados por Paúl [20], propuseram três categorizações de idades:

- “A idade biológica”. Refere-se ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, sendo importante na forma como os problemas de saúde afetam os indivíduos. O processo de envelhecimento biológico resulta das mudanças operadas no organismo devido aos efeitos da idade avançada, fazendo com que o indivíduo perca a capacidade de manter o equilíbrio, debilitando as funções fisiológicas. É importante separar envelhecimento e doença, pois existem transformações nesta fase da vida que não devem ser consideradas patológicas.
- “A idade psicológica”. Diz respeito às capacidades de natureza psicológica que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, onde se incluem os sentimentos, as cognições, as motivações, a memória, a inteligência e as outras competências que sustentam o controlo pessoal e a autoestima. O processo de envelhecimento psicológico está associado à diminuição e alteração de faculdades psíquicas que podem resultar em dificuldade de adaptação a novos papéis, em falta de motivação e dificuldade de planear o futuro, em perdas orgânicas, afetivas e sociais, em baixa autoimagem e autoestima e em dificuldade de adaptação a mudanças rápidas.
- “A idade sociocultural”. Reporta-se ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam como membros da sociedade e à cultura a que pertencem, idade essa que é julgada com base em comportamentos, hábitos e estilos de relacionamento interpessoal. O processo de envelhecimento social diz respeito a mudanças dos papéis sociais no contexto em que o indivíduo está inserido e coincidem com as expectativas da

sociedade para o seu nível etário, algo que se pode tornar complicado de gerir, uma vez que o idoso se confronta diariamente com ideias pré-concebidas e erradas sobre a velhice.

A experiência de envelhecer depende não apenas dos incontornáveis processos biológicos e psicológicos, ou da história de vida individual, mas é, também, o resultado das atitudes, expectativas e ideais da sociedade e da cultura onde a pessoa se desenvolve e envelhece [21]. O envelhecimento é visto como uma trajetória gradual, descendente, com declínio do funcionamento psicológico e cognitivo, falta de controlo sobre o corpo, experiência cumulativa de aumento da vulnerabilidade social e emotiva, sentimento de desânimo e perda de controlo do meio psicológico (Coleman, 1995).

As componentes biológica e social proporcionam, *de per si*, uma visão incompleta do processo de envelhecimento, pelo que se revela fundamental considerar o envelhecimento psicológico, de modo a que tal processo seja estudado em toda a sua complexidade e amplitude. Para Shephard [22], o envelhecimento psicológico é muito influenciado por fatores individuais que se iniciam com um declínio lento, e depois acentuado, das capacidades que o indivíduo exibía anteriormente. É um processo dinâmico e complexo em que este autor identifica sintomas como: aceitação ou recusa da situação de velho, aceitação ou rejeição pelo meio, diminuição da vontade, das aspirações e da atenção, enfraquecimento da consciência e apego ao conservadorismo.

No que se refere à conceptualização da velhice, Fernández-Ballesteros [23] sublinha a necessidade de distinguir e ultrapassar a existência de uma idade psicológica e de uma idade social, argumentando que ambas as categorias estão eivadas de estereótipos. A título de exemplo, para a idade psicológica refere o estereótipo da rigidez de personalidade para distinguir velho de jovem e para a idade social refere a passagem à reforma como o princípio da velhice. A mesma autora introduz a noção de idade funcional, pressupondo que o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio, quer entre estabilidade e mudança, quer

entre crescimento e declínio. A idade funcional constitui-se como um conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reação, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais) que permite entender se se podem criar condições para um envelhecimento satisfatório, reconhecendo que algumas funções necessariamente diminuem de eficácia (as de natureza física, a percepção e a memória), outras estabilizam (as variáveis da personalidade) e outras que, na ausência de doença, até crescem ao longo do ciclo de vida (as relacionadas com a experiência e com conhecimentos remotos).

1.4 Aspectos sociológicos

Com o advento do capitalismo e da industrialização tornou-se imperativo, tanto para o indivíduo como para a sociedade, a “divisão” da vida em etapas, para mais facilmente controlar e regular uma população cada vez mais numerosa [24]. A idade definia as responsabilidades do indivíduo perante o estado, como a participação na força laboral e a entrada e a saída em atividades económicas.

O conceito de idade social remete para hábitos e papéis que um indivíduo desempenha e que dele são esperados pela sociedade onde se insere, num processo dinâmico de envelhecimento. Esta “idade” é fortemente vinculada pelas crenças culturais e históricas do idoso, sendo que essas crenças são construídas sob a forma de representações [24]. Segundo Moscovici, citado por Félix [25], a representação social liga-se com um “conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no quotidiano, no decurso de comunicações inter individuais. São equivalentes, na nossa sociedade, aos mitos e crenças das sociedades tradicionais; podem mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum.” Tornam, portanto, algo que não é familiar em algo prático e perceptível. Uma das etapas mais marcantes e associadas com o envelhecimento é a reforma. A perda de um papel claro e estabelecido na sociedade é um acontecimento proeminente e por vezes forte fator de *stress*

para o idoso. Na sociedade pré-industrial, quando o conceito de reforma era inexistente e a produção se desenrolava no seio do núcleo familiar, o indivíduo adotava ao longo da vida as tarefas que podia desempenhar mantendo-se ativo e útil [25]. Para Carr, citada por Ferreira *et al.* [26], a reforma é cada vez mais considerada como um processo complexo, ligado às estruturas sociais e às escolhas individuais, que potencia tanto a liberdade e o bem-estar como a exclusão social. É definida por fatores que potenciam a dependência económica dos mais velhos e a discriminação perante a idade. Vivemos numa sociedade centrada no jovem e no que representa a sua força de trabalho e produção, em que o idoso já é considerado como um fardo, não respondendo às exigências e objetivos da sociedade. As pessoas mais velhas são frequentemente alvo de manifestações de carácter idadista (atitudes e comportamentos discriminatórios com base na idade), aumentando a experiência da discriminação à medida que a idade avança. Mesmo no seio das pessoas mais velhas, sobrevêm preconceitos com base na idade, na medida em que as pessoas assimilam estereótipos idadistas distanciando-se das que consideram “realmente idosas” [26].

2. Depressão no Idoso

“Je ne savais comment l'atteindre, où le rejoindre... C'est tellement mystérieux, le pays des larmes”

Antoine de Saint-Exupéry, “Le petit prince”

2.1 Aspetos epidemiológicos

A depressão é, segundo a OMS, um distúrbio mental preocupantemente frequente, que afeta mais de 350 milhões de pessoas em todo o mundo. Contribui de forma significativa para a carga global de doença e é uma das principais causas de incapacidade, a nível mundial. É uma perturbação comum, com sérias consequências a nível pessoal, interpessoal e social, afetando cerca de 15% da população. Está associada a substancial morbidade e mortalidade e apresenta-se como um peso para os países desenvolvidos e em desenvolvimento [27]. Ainda para a OMS, a depressão é a primeira causa de incapacitação entre todas as doenças, ocupando a terceira posição no conjunto das causas que contribuem para a globalidade das doenças, de acordo com o "Global Burden of Diseases Project", correspondendo a 40% dos anos de vida vividos com incapacidade.

A depressão *major*, em particular, representa a larga maioria das perturbações do humor. Cinco das dez principais causas de incapacidade a longo prazo e de dependência psicossocial são doenças neuropsiquiátricas: depressão unipolar (11,8%), problemas ligados ao álcool (3,3%), esquizofrenia (2,8%), perturbações bipolares (2,4%) e demência (1,6%). As perturbações depressivas constituem a 3.^a causa de doença (1.^a nos países desenvolvidos), estando previsto que passem a ser a 1.^a a nível mundial em 2030, com provável agravamento das taxas de suicídio e para-suicídio [28].

Os distúrbios mentais são responsáveis por 12% da totalidade de doenças em todo o mundo, valor que ascende a 23% nos países desenvolvidos [29]. Segundo estimativas da OMS, os recursos para lidar com os problemas de saúde mental são limitados, designadamente quanto ao número de psiquiatras (0,8/10.000 nos EUA, 1.1/10.000 na Europa e 0,8/10.000 a nível global). A situação é mais grave no que respeita à psiquiatria geriátrica, já que nos EUA em 2012 a razão é apenas 0,4/10.000. Perante este quadro e tendências demográficas de envelhecimento, são necessários esforços coordenados adicionais em infraestruturas, recursos e pessoas para cuidar do número crescente de idosos deprimidos [30].

A depressão tem-se revelado a perturbação mental mais comum na comunidade idosa, sobretudo na institucionalizada [29, 30]. Na última década têm sido realizados estudos epidemiológicos que revelam que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental são as principais causas de incapacidade e um dos principais motivos de morbidade e morte prematura, sobretudo nos países ocidentais industrializados.

Dados revelados pelo *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) revelam que, entre 2005 e 2006, mais de 5% da população americana já tinha tido depressão e, segundo o *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS), 9,1% da população americana apresentava critérios de depressão entre 2006 e 2008. Em qualquer dos estudos, a prevalência da depressão cresce com a idade, apresentando as mulheres maior probabilidade. Entre a população com mais de 65 anos, 4,1% apresentava depressão *major* e 9,1% algum tipo de depressão. No período 2005 a 2015 calcula-se que o envelhecimento populacional seja responsável pelo aumento de 7,6% da alocação de custos por paciente, mais do dobro da procura por cuidados de saúde verificada na década anterior [30].

Num estudo comparativo entre quatro países, Gustafson *et al.* [31], analisaram aspetos epidemiológicos da depressão no idoso. Na Áustria, onde há escassez de dados estatísticos

para o grupo etário em questão, é estimada prevalência de depressão em 15% na comunidade e em 40% nos internados em unidades de longa duração, sendo a razão entre mulheres e homens de 2 para 1. Na Irlanda, um estudo longitudinal desde 2007, pelo *Irish Longitudinal Study on Ageing* (TILDA), revelou que 10% da população idosa apresentava sintomatologia depressiva significativa e 18% estava no limiar.

A depressão encontra-se entre as 10 doenças mais dispendiosas dos EUA, com custos comparáveis aos decorrentes de doenças físicas. Pese embora alguns doentes manifestem sintomatologia depressiva apenas quando já idosos, esta inicia-se tipicamente em fases mais precoces da vida, conduzindo a um significativo acumular de custos no decurso de um período de tempo prolongado. Trata-se da principal causa de hospitalizações psiquiátricas de idosos e está associada a maiores acompanhamentos médicos, maior utilização dos serviços de saúde, internamentos hospitalares mais longos e perturbações funcionais. Além do impacto negativo na qualidade de vida e na produtividade, há ainda a considerar um conjunto de custos indiretos com a passagem à reforma.

Na Suécia, são reportados valores elevados de prevalência de depressão nos muito idosos (mais de 80 anos), 19% no sul e 29% no norte do País [31].

2.1.1 Breve notícia sobre o caso português

Em Portugal, embora seja aceite que a depressão é a patologia mais frequente na população idosa, não abundam dados epidemiológicos, havendo alguns estudos que mostram prevalência de sintomatologia depressiva significativa, variando entre 17% e 14,9% da população (o último recorrendo ao *Beck Depression Inventory* (BDI)). Outro estudo, de 2010, usando a versão portuguesa da Escala de Depressão Geriátrica, revelou um número surpreendente de 42% para a prevalência de depressão.

Portugal integrou em 2013 a *World Mental Health (WMH) Survey Initiative* e apresentou a mais elevada prevalência de doenças mentais (22,9%) dos oito países europeus integrados no estudo, sendo apenas ultrapassado pelos EUA (26,4%).

Dados da prevalência anual resultantes do “Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental” revelam que as perturbações psiquiátricas afetam 22,9% da população portuguesa, sendo que as depressivas representam expressivos 7,9% (segunda posição, após as perturbações da ansiedade com 16,5%) [28].

No que respeita às estimativas da prevalência ao longo da vida das mesmas perturbações psiquiátricas, estas apresentam um padrão semelhante, sendo a prevalência total durante a vida das perturbações psiquiátricas de 42,7% e a das perturbações depressivas de 19,3% (após as perturbações da ansiedade, com 25,8%).

De acordo com o mesmo estudo, em 2013 as correlações das variáveis demográficas com perturbações psiquiátricas (DSM-IV) revelaram que:

- as mulheres constituem a categoria com maior risco de sofrer perturbações depressivas (*odds-ratio*: homens 1,00; mulheres 2,03);
- os grupos das faixas etárias mais avançadas apresentam menos probabilidade de sofrerem perturbações depressivas (*odds-ratio*: 18-34 anos 2,18; 35-49 anos 2,11; 50-64 anos 1,82; ≥ 65 anos 1,00).
- o grupo de pessoas anteriormente casadas “separadas/divorciadas/viúvas” tem maior probabilidade de sofrer de perturbações depressivas (*odds-ratio* 2,39) do que o grupo “casado/união de facto” e o grupo “nunca casou”, com *odds-ratio* de 1,00 e 1,02, respetivamente.

O projeto *Global Burden of Disease (GBD) Injuries and Risks Factors*, iniciado pela OMS em 1991, é uma ferramenta epidemiológica que disponibiliza estimativas da carga global da doença e da carga da doença atribuível a um conjunto de fatores de risco selecionados para diferentes regiões e países do mundo. Esta ferramenta tem como objetivo quantificar o ónus de mortalidade prematura e de incapacidade para as principais doenças ou grupos de doenças,

usando como medida síntese da saúde da população o *Disability Adjusted Life Year* (DALY), os anos de vida ajustados à incapacidade.

No caso português, as perturbações mentais ocupam dois lugares no grupo das dez doenças que mais contribuem para anos vividos com incapacidade. Por sua vez, as perturbações depressivas ocupam o 2º lugar, representando 8,72% do conjunto das 144 causas de incapacidade considerados no estudo.

Os dados sobre anos vividos com incapacidade, *Years of Life with Disability* (YLD), distribuídos por grupos etários, mostram que as maiores taxas de anos vividos com incapacidade devida a perturbações depressivas ocorrem no grupo etário dos 50 aos 69 anos. A distribuição por sexo da taxa de anos vividos com incapacidade por perturbações mentais mostra que a hierarquia do grupo de patologias que causam mais impacto é diferente entre homens e mulheres: nas perturbações depressivas, que surgem no primeiro lugar em ambos os sexos, encontram-se diferenças na taxa de anos vividos com incapacidade em todas as faixas etárias, sendo o impacto maior nas mulheres [28].

2.2 Quadro clínico e classificações

Segundo Vaz Serra [32], a depressão pode ser definida como uma situação clínica que, surgida do entrecruzamento entre fatores predisponentes e precipitantes, determina uma alteração semipermanente do humor e mecanismos de defesa biológica do organismo, afetando-o na sua totalidade: perspetivas pessoais, vida social, familiar e profissional e mecanismos de defesa biológica do indivíduo, estados de humor, pensamentos, perspetivas pessoais, vida social, familiar e profissional. Os fatores predisponentes referem-se à natureza genética e à vulnerabilidade psicológica do indivíduo e funcionam como agentes que desencadeiam o quadro clínico, enquanto os fatores precipitantes incluem os aspetos socioambientais capazes de ativar as vulnerabilidades genéticas e psicológicas do indivíduo.

Já para Wilkinson *et al.* [33], a depressão é uma perturbação do humor de gravidade e duração variáveis, frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica.

Embora se tenham feito esforços no sentido de uma maior exatidão e unanimidade nos diagnósticos psiquiátricos, ainda não existe completa concordância entre médicos e investigadores sobre o que constitui uma depressão clinicamente significativa, nem como dividi-la em subtipos.

As classificações internacionais servem como ferramentas imprescindíveis para esta tentativa de homogeneização, sendo as mais usadas a Classificação Internacional das Doenças (*International Classification of Diseases (CID-10)*), sistema proposto pela Organização Mundial de Saúde, e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health (DSM-5)*, 2013), proposto pela Associação Psiquiátrica Americana.

O CID-10 é a classificação oficial de Grã-Bretanha, e também classificação de referência em muitos países da Europa, incluindo Portugal. A cada perturbação psiquiátrica é atribuída uma categoria que, por sua vez, se organiza em subdivisões. O código F32 corresponde à categoria das perturbações depressivas e o F33 corresponde às perturbações recorrentes, i.e., a episódios depressivos de ocorrência repetida. Episódios de perturbação depressiva são caracterizados por persistência de humor de depressivo, na maioria dos dias, podendo ser acompanhados de um grande leque de outros sintomas, como perda do interesse ou do prazer, despertar matinal várias horas antes da hora habitual, lentificação ou agitação psicomotora importante, anorexia ou perda ponderal e perda da libido. O CID-10 permite ainda classificar os episódios em três graus de gravidade, de acordo com o número e a intensidade dos sintomas: leve (2 ou 3 sintomas – o doente mantém capacidade de desempenhar a maioria das atividades quotidianas), moderada (4 ou mais sintomas – o doente apresenta dificuldade em

desempenhar as atividades quotidianas) e grave (sintomatologia marcante e extremamente debilitante, típica perda da autoestima, ideias de desvalorização e culpa, ideação suicida e atos suicidários comuns e sintomas somáticos tipicamente presentes [34].

O DSM usa critérios operacionais rígidos de modo a efetuar um diagnóstico preciso em doentes que exibem um grupo de sintomas em detrimento de outros. Nele, cada uma das perturbações mentais é conceptualizada como uma síndrome (ou padrão), comportamental ou psicológica, clinicamente significativa, que se manifesta numa pessoa e que está associada com o mal-estar atual, com incapacidade (impedimentos de funcionar numa ou em várias áreas importantes) ou ainda com um aumento significativo de risco de morte, dor, debilitação ou perda importante de liberdade. Presentemente (na sua quinta edição), o DSM-5 divide os sintomas depressivos em quatro subgrupos: transtorno depressivo *major* (episódio), transtorno depressivo *major* (recidivante), transtorno distímico e transtorno não especificado.

O DSM-5 refere que os critérios de diagnóstico de um episódio de depressão *major* são:

A) Pelo menos 5 dos seguintes sintomas estão presentes simultaneamente durante duas semanas, sendo que um deles é, obrigatoriamente, (1) Humor Depressivo ou (2) Perda de Prazer ou Interesse:

1. humor depressivo durante a maior parte do dia, durante quase todos os dias, sendo referido pelo próprio ou notado por terceiros;
2. marcada diminuição do interesse ou do prazer em todas ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
3. significativa diminuição ou aumento do peso (5% do peso corporal num mês) ou aumento ou diminuição significativos do apetite em quase todos os dias;
4. insónia ou hipersónia quase todos os dias;
5. agitação ou lentificação psicomotora em quase todos os dias;
6. fadiga ou perda de energia em quase todos os dias;
7. sentimentos de desvalorização ou culpa, excessiva ou inapropriada, em quase todos os dias;
8. diminuição da capacidade de pensamento ou concentração ou ainda da indecisão em quase todos os dias;
9. pensamentos recorrentes acerca da morte ou ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

- B) Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou disfunção no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C) Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (e.g., droga) ou outra condição médica.
- D) A ocorrência de episódio depressivo *major* não explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno delirante ou outro transtorno especificado, ou não, do espectro esquizofrênico e outros transtornos psicóticos.
- E) Não houve nenhum episódio de mania ou hipomania anterior.

Para complementar o diagnóstico, existem ainda especificadores de severidade (leve, moderada e grave), psicose e remissão, que são extremamente úteis para melhor caracterização, acompanhamento e prognóstico de cada caso [35].

Os estados depressivos que não reúnem condições para serem classificados como depressão *major* podem também ser profundamente lesivos para o idoso e ter efeitos psicossociais devastadores [36]. Múltiplos subtipos de depressão geriátrica foram descritos na literatura, a saber:

- depressão *major*, episódio único ou recorrente [34, 35];
- depressão *minor*;
- distímia;
- luto;
- depressão vascular;
- depressão associada a doença médica;
- depressão associada a perturbação bipolar;
- depressão psicótica;
- depressão induzida por substâncias.

A locução “depressão *minor*” não aparece no CID-10, mas é proposta no DSM-IV como “potencial categoria” e mencionada extensivamente na literatura médica [10, 36-41]. O diagnóstico de depressão *minor* é feito quando um ou ambos os sintomas fundamentais de depressão estão presentes (humor depressivo ou perda de prazer ou de interesse), assim como um a três sintomas depressivos adicionais, perfazendo um máximo de quatro. O idoso pode também exprimir a perda de interesse ou de prazer sem ter o humor deprimido, uma situação

designada por “depressão sem tristeza” [10, 39]. Estudos indicam que a prevalência da depressão *minor* é superior à da depressão *major*, ao passo que sintomas depressivos clinicamente relevantes são, pelo menos, tão frequentes quanto na depressão *minor* [40]. Esta tem particular importância clínica no idoso, pois está frequentemente associada a défices semelhantes aos encontrados na depressão *major*, quais sejam: a degradação da função física, o aumento dos dias de baixa médica, uma pior percepção da saúde pessoal e do apoio social, assim como o excesso de utilização dos serviços de saúde [36].

Na distímia os aspetos depressivos podem ser mais ténues, sendo algumas vezes indistinguíveis do normal comportamento do indivíduo: não há agitação ou lentificação severa e os distúrbios da líbido e do apetite são pouco aparentes [42]. Segundo o DSM-5, no distúrbio distímico está presente o humor depressivo durante a maior parte do dia, e durante mais de metade do tempo pelo menos durante 2 anos. Habitualmente, o distúrbio depressivo *major* consiste num ou mais episódios depressivos que facilmente se podem distinguir do funcionamento habitual da pessoa, enquanto que o distúrbio distímico se caracteriza por sintomas discretos, menos intensos, que estão presentes durante muitos anos, sendo portanto difícil distinguir a perturbação do funcionamento normal do indivíduo. Os sintomas utilizados para definir distímia e depressão *major* diferem mais em gravidade e duração do que em tipo, levando mesmo a que alguns autores se questionem se serão realmente entidades patológicas distintas. Os doentes distímicos muitas vezes só procuram ajuda quando o seu quadro clínico se acentua até atingir um nível em que preenchem os critérios de distúrbio depressivo *major*, levando a um quadro designado por depressão dupla [10].

A generalidade dos idosos passa por experiências de perda, não só sob a forma da morte (do cônjuge, familiares, amigos, animais de estimação), mas também noutras características da vida, a saber: perdas de capacidade física, de rendimentos financeiros, da atividade profissional, de estatuto social, de mobilidade, de ambições e de independência. O luto

conjugal, em especial, é um evento comum nesta fase da vida, sendo particularmente devastador. Desencadeia vários tipos de reações como negação, descrença, tristeza, revolta, desespero, culpa e saudade. A disforia é desencadeada por recordações do(a) falecido(a) e a tristeza tende a ocorrer de forma intermitente, intercalada por momentos de eutimia com capacidade social preservada [39].

Tipicamente, no luto não complicado, se ocorrerem limitações no âmbito funcional, as mesmas serão transitórias e ligeiras [10]. O DSM-IV considerava como critério de exclusão de episódio depressivo *major* sintomas depressivos com uma duração inferior a dois meses após a morte de um ente querido, pelo que o luto era excluído. No DSM-5 essa exclusão desaparece, visto que é reconhecido a duração do luto ser superior a dois meses (um a dois anos) e o luto ser um fator relevante de *stress* psicossocial que pode precipitar um episódio depressivo *major* num indivíduo vulnerável. Por outro lado, a depressão *major* relacionada com o luto ocorre com maior frequência em indivíduos com história pessoal e familiar de episódios depressivos *major*. Enfim, sintomas depressivos conexos com depressão relacionada com o luto respondem às mesmas terapêuticas utilizadas na depressão com ele não relacionadas [43].

A hipótese da depressão vascular não é nova. A doença vascular e os fatores de risco vasculares são comorbilidades conhecidas das síndromes depressivas. Também a associação de lesões isquémicas a sintomas comportamentais distintos apoia a hipótese de depressão vascular [36]. Lesões no córtex pré-frontal ou nas vias modeladoras, seja por lesões únicas, seja por acumular de lesões que excedam determinado limiar, são igualmente apontadas como um mecanismo central na depressão vascular [44]. Estudos demonstram que idosos com depressão vascular apresentam maiores défices cognitivos, sendo que a fluência verbal e a nomeação de objetos são as funções cognitivas mais afetadas. Este tipo de depressão não está relacionado com a história familiar, encontrando-se no entanto mais relacionado com maior

incapacidade funcional e com piores resultados no tratamento [45]. Fármacos que normalmente são utilizados na prevenção da doença cerebrovascular podem reduzir o risco de depressão vascular. Assim, é indicado o uso de antidepressivos que promovam a recuperação isquémica (dopamina ou noradrenalina podem ser favoráveis neste tipo de depressão), ao invés de fármacos que inibam a recuperação isquémica, como os bloqueadores alfa-adrenérgicos [46].

A patologia médica, assim como a patologia psiquiátrica, é muito comum na população geriátrica, sendo que muitas vezes o aumento da expressão de uma corresponde a prevalência da outra. O diagnóstico da depressão condicionada por uma comorbilidade médica manifesta-se pelo aparecimento de humor depressivo ou anedonia em pacientes que já foram diagnosticados com uma doença associada a depressão [45]. A distinção entre sintomas depressivos e sintomas médicos pode ser particularmente difícil em idosos, uma vez que o fenómeno da somatização é mais prevalente.

2.3 Particularidades da apresentação clínica da depressão no idoso

A idade de desenvolvimento do primeiro episódio depressivo constitui uma importante distinção entre idosos com patologia depressiva. Tipicamente, a fronteira entre o desenvolvimento precoce da depressão ou *early-onset depression* e o desenvolvimento tardio ou *late-onset depression* é estabelecida entre os 60 a 65 anos [36, 40]. Ainda que esta classificação dicotómica tenha limitações especialmente devido ao início insidioso ou indistinto da sintomatologia dificultando o estabelecimento do diagnóstico, reconheceram-se evidências distintivas entre os dois grupos. Assim, doentes com *early-onset depression* tendem a ter familiares em primeiro grau com depressão, o que sugere maior carga genética. Já os doentes com *late-onset depression* apresentam maiores taxas de patologia médica crónica, resposta menos completa aos tratamentos, pior prognóstico e maior mortalidade. Este

grupo tem maior probabilidade de apresentar achados imagiológicos compatíveis com doença cerebral, como ventriculomegália e hiperintensidades da matéria branca [39].

Embora os critérios diagnósticos para a depressão *major* sejam aplicáveis, tanto na população geral, como nos idosos, há diferenças características na apresentação clínica desta patologia no idoso. A desvalorização de certos sinais e sintomas, por clínicos menos atentos, pode ter consequências devastadoras e potencialmente fatais, uma vez que apresentações clínicas incomuns podem não ter aparente correspondência com os sistemas de classificação internacional [47]. A depressão no idoso continua a ser subdiagnosticada e subtratada na prática clínica, especialmente nos cuidados primários com os quais o idoso mais precocemente contacta [39, 48]. A dificuldade diagnóstica da depressão geriátrica radica em diversas causas como, por exemplo, a falsa crença, tanto por profissionais de saúde e pela própria família, como pelo próprio, de que a tristeza e a depressão são parte natural do envelhecimento [49]. É frequente que as pessoas que rodeiam e convivem habitualmente com os idosos associem à idade avançada a melancolia e tristeza devido a perdas afetivas, económicas e a doenças crónicas, não valorizando as suas queixas.

Os sintomas de apresentação na depressão geriátrica mais frequente são a anedonia, irritabilidade e isolamento social [38, 41]. Por outro lado, ao contrário dos adultos jovens, os idosos tendem a focar-se mais nas queixas somáticas, especialmente sintomas gastrointestinais como dores epigástricas e obstipação, sendo mais relutantes em exprimir os seus sentimentos de tristeza [37, 47, 50]. Uma meta-análise de Hegeman *et al.* [50], em (2012), revelou que os doentes idosos, quando comparados com doentes mais jovens, revelaram maior agitação, hipocondria, preocupação somática, fadiga, menor culpa e perda de libido. Alterações neurovegetativas, como alterações do apetite, perturbação do sono, falta de concentração e lentificação psicomotora, são proeminentes no idoso, tal como no adulto jovem [36, 50].

A somatização tem sido apontada como uma das principais causas de dificuldades diagnósticas [48], visto que a sintomatologia somática é mais facilmente expressa na maioria das culturas. Isto é particularmente evidente em idosos oriundos de estratos socioculturais mais baixos, com maiores limitações no vocabulário e na expressão, aos quais o clínico deve prestar particular atenção. O médico pode centrar-se nos sintomas somáticos, condicionando o diagnóstico de depressão. Também a sobreposição de sintomas físicos típicos do envelhecimento e de patologia médica concomitante com sintomas somáticos da depressão, assim como a tendência sociocultural dos idosos de evitar queixar-se sobre o seu humor depressivo, podem complicar o diagnóstico [37, 50]. Este ponto de vista é corroborado por Marques e Firmino para quem os idosos revelam dificuldade em se referir a sintomas como a tristeza, não sendo de admirar que as queixas somato-vegetativas sejam frequentemente a expressão de uma depressão escondida. Para estes autores a “depressão pode ainda estar mascarada pela educação dos idosos que, receando tornarem-se num fardo, mantêm a determinação de suportarem estoicamente o sofrimento que vivenciam procurando mostrar uma cara alegre” [51].

A depressão no idoso é também frequentemente acompanhada de défices cognitivos que abrangem múltiplos domínios como a memória episódica, a memória de reconhecimento, capacidade visuo-espacial, fluência verbal e velocidade psicomotora. Estes défices têm implicações clínicas substanciais, nomeadamente no âmbito da função executiva, como por exemplo na velocidade de processamento de informação e estratégia semântica [41, 46]. A relação entre as perdas cognitivas e a depressão no idoso está amplamente documentada. Bhalla *et al.* examinaram 56 doentes com mais de 60 anos e, comparando-os com controlos sem patologia depressiva, concluíram que 45% dos que apresentavam défices cognitivos continuaram a apresentá-los, mesmo com a remissão dos sintomas depressivos, 94% continuaram a manifestar défices cognitivos um ano após a remissão e 23% passaram a

apresentar défices cognitivos após a remissão da depressão ao fim de um ano, apesar de não os apresentarem anteriormente [40]. Os doentes com esta sintomatologia respondem à terapêutica antidepressiva de forma mais fraca, lenta e instável, e apresentam taxas de remissão mais baixas, taxas de recidiva mais elevadas e maior risco de suicídio. Por estas razões, os doentes que exibem défices cognitivos devem ser identificados precocemente para o estabelecimento de um plano terapêutico eficaz [46].

2.4 Diagnóstico e avaliação

O diagnóstico da depressão em adultos é feito com base na anamnese, sendo aprofundada com o exame objetivo e com estudos laboratoriais [10]. Numa consulta inicial, o clínico deve tentar estabelecer uma linha de comunicação com o idoso, entrevistando-o individualmente e tentando perceber a sua história prévia. Esta linha de comunicação permitirá a abordagem de tópicos mais sensíveis em consultas posteriores, como ideação suicida, disfunção sexual, conflitos familiares ou história de abuso. O clínico deve ter em consideração eventuais défices sensoriais, especialmente auditivos e visuais, e adaptar o estilo de entrevista ao doente em questão [38, 49]. Os componentes da anamnese na depressão geriátrica são sobreponíveis aos da depressão no adulto jovem e devem incluir:

- história da doença atual – com história completa e duração da sintomatologia; deve ser efetuada com perguntas de “resposta aberta” que permitam ao idoso descrever o que sente nas suas palavras; de seguida, o questionário deverá focar-se mais em perguntas específicas dirigidas aos sintomas e também deve explorar eventos recentes que possam ter precipitado a sintomatologia (como falecimentos, alterações no ambiente doméstico, dificuldades financeiras, diagnóstico de outras patologias, etc...); o abuso de substâncias como álcool e drogas, não esquecendo o abuso de medicação prescrita, deve ser também explorado exaustivamente;
- antecedentes de doença psiquiátrica – devem incluir a resposta a certas modalidades terapêuticas em episódios semelhantes;
- antecedentes familiares de doença psiquiátrica;

- antecedentes sociais – elementos importantes da história social incluem a identificação do nível sociocultural, estado civil, relacionamentos pessoais, redes de apoio social e convicções religiosas.

Subsequentemente, o clínico deverá obter informações de fontes colaterais, como familiares e acompanhantes, especialmente em casos de doente com défices cognitivos, com perda de discernimento ou que neguem a presença de patologia depressiva quando a sua presença seja evidente para terceiros [38]. O clínico deve ainda estar apto a avaliar a família, tanto na sua funcionalidade, como no seu potencial como recurso para o idoso [10] e também ter em atenção que familiares e pessoas que cuidem do idoso podem ter motivações capazes de influenciar a informação que dão [49].

Ainda que a anamnese seja soberana no diagnóstico de depressão, o exame objetivo deve ser minucioso, com atenção a eventuais sintomas de patologia médica subjacente. Por fim, estudos laboratoriais devem incluir hemograma para exclusão de anemia, que pode contribuir para a fadiga e anedonia. Também o estudo do perfil metabólico pode revelar anormalidades glicémicas que levam a quadros de marcada astenia. O estudo da função tiroideia, com doseamentos de T3, T4, TSH e TGB, pode identificar hipotiroidismo, produzindo sintomas que podem mimetizar um quadro depressivo e carências nutricionais, incluindo albumina, vitamina B12 e folatos que podem contribuir para anemia, depressão e disfunção cognitiva [38, 52]. Não negligenciar eventuais doenças sexualmente transmissíveis, como VIH e sífilis, especialmente se na presença de défices cognitivos. O doseamento de 25-hidroxivitamina D pode também ser considerado, uma vez que novos estudos demonstraram uma relação entre níveis baixos de vitamina D e depressão [38, 53]. Por fim, o doseamento de hormonas sexuais, embora não pedido por rotina, pode ser útil, pois níveis baixos destas hormonas, em especial da testosterona, podem estar associados a sintomas depressivos [54].

As escalas de avaliação de depressão podem ser um complemento à entrevista clínica, possibilitando ser usadas, em contextos particulares, para rastreio, objetivação do quadro e

monitorização da resposta à terapêutica ou da evolução clínica. Embora existam múltiplas escalas frequentemente usadas na prática clínica, há quatro validadas para a utilização na população geriátrica: a *Geriatric Depression Scale* (GDS), o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), o *Beck Depression Inventory* (BDI) e a *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D) [38].

A GDS é um instrumento de rastreio desenvolvido especificamente para a população geriátrica. Consiste num questionário de 30 perguntas de resposta “sim ou não”, permitindo uma auto ou heteroavaliação levando aproximadamente 5 a 7 minutos para completar. Foca-se mais em campos de cognição, perda e autoimagem e menos em sintomas neurovegetativos que possam estar relacionados com patologia médica e constituir variáveis de confusão. A validade desta escala é discutível em doentes com demência severa a moderada [38, 47]. Tal escala foi traduzida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo em 1988 [55]. Há várias versões adaptadas desta escala com 15, 5 e 4 perguntas com vista a tornar mais fácil e rápida a sua utilização, em especial nos idosos debilitados. Segundo uma meta-análise de 2009 a especificidade é semelhante nas várias versões, havendo no entanto maior sensibilidade na versão de 4 perguntas, o Mini-GDS [56].

Originalmente desenvolvido para utilização em Centros de Cuidados de Saúde Primários, o PHQ-9 é um questionário composto por 9 itens que correspondem aos critérios do DSM-IV para os distúrbios depressivos *major*. Esta escala apresenta uma especificidade e sensibilidade superior a 80%. No entanto, quando comparada com outros testes de *screening*, revela-se apenas superior no diagnóstico da depressão *major*. Uma versão mais curta, com apenas duas perguntas, a PHQ-2, pode ser utilizada como ferramenta de rastreio inicial, que tem como vantagem a economia de tempo pela eliminação da necessidade de administração do PHQ-9 em doentes com rastreio inicial negativo [38, 56, 57].

O BDI é uma escala de 21 itens que não tem como objetivo diagnosticar a depressão (ainda que muitas vezes seja usada dessa maneira), mas sim avaliar a severidade dos sintomas depressivos [56]. Estudos demonstraram que ao aplicar esta escala os idosos tendem a focar-se mais em queixas somáticas do que em sintomas cognitivos, quando comparados com populações mais jovens [7].

Tal como o BDI, o HAM-D, não foi concebido como ferramenta de rastreio da depressão, mas sim como método de avaliação da sintomatologia e resposta ao tratamento. Esta escala tornou-se o *gold standard* para ensaios clínicos farmacológicos, não sendo tão útil em ambientes clínicos, dada a extensão e a necessidade de treino clínico específico para uma correta administração. Tem como desvantagem a não especificidade para a população geriátrica e a inclusão de múltiplos itens referentes a queixas somáticas que podem causar confusão com comorbilidades médicas comuns no idoso [38, 41, 56].

Como visto anteriormente, os défices cognitivos, especialmente a velocidade de processamento e a disfunção executiva, estão associados à depressão geriátrica. Estes défices podem ser secundários à depressão ou representar um distúrbio cognitivo subjacente, como a demência. As ferramentas de avaliação formal cognitiva revestem-se de muita importância nestes casos, destacando-se o *Mini Mental State Examination* (MMSE) de Folstein, o *Saint Louis University Mental Status* (SLUMS) e o *Mini-Cog* [38].

2.5 Tratamento

Visto que a maioria dos idosos deprimidos não tem acesso a consulta de psiquiatria, e muito menos a um psiquiatra com experiência geriátrica, o tratamento efetuado será proposto, na grande maioria dos casos, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, onde a farmacoterapia é a estratégia inicial e, muitas vezes, a única disponível [39]. Embora a

terapêutica farmacológica não deva ser a única modalidade de tratamento recebida [58], na opinião de Barreto [59]: “Se exceptuarmos os casos de luto normal, em que o simples apoio psicoterapêutico e medidas sociofamiliares podem ajudar a resolver a situação, em todos os doentes deprimidos deve empreender-se uma terapêutica farmacológica pronta e enérgica. O tratamento de um quadro depressivo deverá ser iniciado o mais cedo possível, dada a demora do efeito terapêutico e o sofrimento a que o paciente está a ser sujeito”.

O tratamento é particularmente importante para prevenir perdas de funcionalidade e risco de suicídio, sendo essencial para manter e melhorar a qualidade de vida dos doentes [49]. O doente idoso apresenta diversas comorbilidades associadas a múltiplas medicações, que podem resultar em interações medicamentosas, nomeadamente com antidepressivos. Por outro lado, alterações na farmacocinética, dependentes da idade, podem resultar em maiores concentrações dos fármacos, tornando o idoso mais sensível a efeitos secundários [37, 39, 58], pelo que a monitorização da função renal e hepática é imprescindível nestes doentes [52]. A eficácia de antidepressivos tem sido amplamente demonstrada, muitas revisões da literatura e meta-análises têm sido publicadas a este propósito e todos os estudos com controlos por placebo concluíram que os antidepressivos são superiores ao placebo [39, 58]. Embora a experiência clínica demonstre que a eficácia do tratamento é superior nos adultos jovens quando comparados com idosos deprimidos, uma meta-análise recente de Kok *et al.* [60] vieram contrariar esta crença ao evidenciar taxas de remissão (33,7%) e de resposta terapêutica (48%) semelhantes nestes grupos etários.

Muitos manuais aconselham, para minimizar os efeitos secundários, que se inicie a terapêutica antidepressiva por baixas dosagens e, se necessário, aumentar gradualmente segundo o princípio *start low, go slow*. No entanto, a evidência que apoia esta tese é escassa para o caso dos antidepressivos tricíclicos (*Trichloroacetic Acid* (TCA)), e nunca foi testada no caso do *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) e outros antidepressivos. O

incremento lento da dosagem pode ser responsável por um aumento do tempo até à remissão, pelo que alguns autores defendem uma estratégia de *start low, then go and go all the way*, caso não sejam verificados efeitos adversos significativos no início da terapêutica antidepressiva [58].

Os inibidores seletivos da recaptação dos SSRI são os fármacos de 1.^a linha no tratamento da depressão em idosos, pelo seu perfil menos propício a efeitos adversos, o que os torna de mais fácil utilização especialmente nos Cuidados de Saúde Primários [39]. No idoso, a sertralina é o que parece exibir menor risco de interação medicamentosa, por inferior interferência com o citocromo P450 2D6, sendo por isso preferida em doentes polimedicados. Apresenta também propriedades dopaminérgicas, tornando-a vantajosa em doentes parkinsonianos, e possui uma longa semivida de 24 horas. Outros SSRI mais usados no idoso são o citalopram, o escitalopram, a fluoxetina e a paroxetina [52, 59]. Os efeitos adversos mais comuns incluem náuseas e vômitos, diarreia, anorexia, cefaleias, agitação, insónias e disfunção sexual [58].

Outros agentes mais recentes, que afetam tanto os sistemas serotoninérgico como o noradrenérgico, são considerados os melhores fármacos de 2.^a linha no caso de falência dos SSRI [10]. Estudos recentes demonstraram que fármacos como a duloxetina, a venlafaxina e a bupropiona têm eficácia semelhante aos restantes antidepressivos, especialmente em pacientes que se apresentem com fadiga, apatia ou dificuldades de concentração [52]. A hiponatremia por secreção inapropriada da hormona antidiurética é um efeito adverso importante no idoso, aumentando de risco e severidade, se venlafaxina ou diuréticos forem utilizados como terapêutica concomitante [39].

Historicamente, os TCA têm sido amplamente utilizados, e com sucesso, no tratamento da depressão no idoso. Contudo, com o advento dos SSRI caíram em desuso. Embora com

eficácia semelhante, os TCA apresentam efeitos secundários mais acentuados, especialmente ao nível cardiovascular, aumentando o risco de morte súbita em doentes com doença cardíaca isquémica e detêm elevada taxa de mortalidade nos idosos saudáveis, após sobredosagem. Os efeitos anticolinérgicos, tais como obstipação, visão turva, retenção urinária e taquicardia podem causar acentuado desconforto no idoso e o bloqueio muscarínico pode ainda estar na origem de agravamento da perda de memória, desorientação e alucinações em idosos com défice cognitivo ligeiro ou incipiente. Em caso de hipotensão ortostática podem ocorrer quedas potencialmente fatais. No entanto, estes fármacos são por vezes a única medida eficaz em determinadas situações clínicas particulares, devendo ser ponderada a sua utilização [39, 58-60].

O uso concomitante da psicoterapia com a farmacoterapia está recomendado no tratamento de primeira linha da depressão, severa a moderada, do idoso. Os idosos parecem preferir o tratamento psicológico quando cotejado com o farmacológico e uma meta-análise recente revelou mesmo que a psicoterapia pode ser mais benéfica em idosos com distímia e depressão *minor*. A psicoterapia compreende intervenções estruturadas de cariz cognitivo-comportamental, psicoterapia interpessoal e terapia de resolução de problemas [61].

A terapia cognitivo-comportamental, concebida por Beck em 1987 para o tratamento da depressão, baseia-se na teoria de que a forma como interpretamos as situações tem impacto no nosso humor e comportamento. Atividades que possam aumentar o prazer do doente (como leitura, trabalhos manuais, música, contacto com amigos, etc.) devem ser encorajadas de modo a melhorar a qualidade de vida, elevar a autoestima e mesmo a ajudar a colaboração com o médico [61].

A psicoterapia interpessoal e a terapia de resolução de problemas são as formas de psicoterapia mais investigadas na gerontopsiquiatria. A psicoterapia interpessoal baseia-se na

premissa de que o desencadear e a recorrência da depressão estão diretamente ligados com as relações interpessoais do indivíduo, à data. Foca-se nas seguintes áreas problema da vida do doente: luto, conflitos interpessoais, mudanças de papéis ou défices interpessoais [62]. A eficácia desta técnica está demonstrada em combinação com a farmacoterapia na depressão do idoso, necessitando ainda de uma investigação mais aprofundada como tratamento isolado.

A terapia de resolução de problemas, usada isoladamente ou fazendo parte de uma intervenção cognitivo-comportamental mais extensa, tem como foco o ensino de técnicas que possam reduzir o *distress* psicológico, ajudando o doente a identificar problemas, propor e decidir qual a melhor solução, implementá-la e avaliar se foi ou não eficaz na sua resolução. Esta terapia pode ser aplicada em grupo ou individualmente, tendo a sua eficácia sido comprovada em populações geriátricas [61].

A depressão de muitos idosos é resistente à psicoterapia e à farmacoterapia, podendo tornar-se crónica. Neste contexto, e em casos de gravidade marcada, pode ser necessário recorrer à electroconvulsivoterapia (ECT), técnica sobre a qual muitos estudos têm demonstrado segurança e eficácia nos idosos, mesmo nos com idade superior a 75 anos, com muitas comorbilidades e défices cognitivos. A ECT tem efeitos secundários controláveis e passageiros e mortalidade limitada quando seguidos protocolos atuais. Pode também ser um método de escolha na redução da ideação suicida e no risco de suicídio no idoso [63].

3. Suicídio no Idoso

“Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux: c'est le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie”
Albert Camus, “Le Mythe De Sisyphe: Essai Sur L'absurde”

O suicídio é um fenómeno paradoxal do comportamento humano, que causa perplexidade e inquietação. Segundo o filósofo francês Émile Durkheim (1897), “On appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat.”⁵. À luz do que estabelece esta definição são evidenciados aspetos fundamentais do significado de suicídio: ato praticado pelo próprio, sua intencionalidade e ocorrência da morte. Para Saraiva [64], o suicida deseja libertar-se de estados emocionais internos que considera muito dolorosos, como a angústia, a depressão ou a culpa, e de problemas externos que percebe como inevitáveis, intermináveis e intoleráveis.

Para a OMS, tal como para Durkheim, o suicídio é um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por um indivíduo com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal. O suicídio, em particular o suicídio após os 65 anos, é considerado um dos mais sérios problemas de saúde pública a nível mundial. Os idosos apresentam elevadas taxas de suicídio na generalidade dos países e perspectiva-se que o número de mortes por suicídio aumente na próxima década, dado o envelhecimento da população [66]. Portugal apresenta uma taxa de suicídio baixa quando comparado com outros países (8,2 por 100.000 habitantes em 2010) havendo, no entanto, uma tendência crescente do número de suicídios consumados [6]. Uma hipótese explicativa pode ser a religiosidade da população portuguesa, embora estes baixos

⁵ Durkheim, É. (1897). LE SUICIDE. Étude de sociologie. Paris. Félix Alcan, Éditeur.

valores também possam ser influenciados por um registo significativo de mortes por causa indeterminada, que ocultam algumas por suicídio. Em muitas culturas (incluindo a portuguesa) existe um estigma social do suicídio que é visto “como um ato vergonhoso, pecaminoso, sinal de fraqueza, egoísmo ou manipulação” [66].

Analisando as taxas de mortalidade específica por suicídio desagregada por sexos, em Portugal, pode-se constatar um aumento com a idade, progressivo no sexo feminino, sendo que no sexo masculino ocorrem dois momentos de crescimento acentuado: 55 e 75 anos. Verifica-se ainda que a taxa de suicídio nos homens é sempre superior à das mulheres. De acordo com dados publicados pela Sociedade Portuguesa de Suicidologia em 2011, em todos os grupos etários a taxa de suicídio é mais elevada no sexo masculino, sendo que, em 2009, no grupo etário dos 65 aos 74 anos ela é superior 3,3 vezes no sexo masculino e no grupo etário acima de 75 anos é superior 5,6 vezes [68].

Portugal apresenta diferenças territoriais, em matéria de taxas de suicídio, observando-se as mais elevadas, para ambos os sexos, no Algarve, Alentejo, Lisboa e Vale do Tejo [69].

O comportamento suicida é habitualmente classificado em ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Silverman *et al.* [70] realizaram uma revisão da nomenclatura e dos conceitos relativos aos comportamentos e pensamentos suicidários. propondo três categorias: ideações relacionadas com o suicídio, comunicações relacionadas com o suicídio e comportamentos relacionados com o suicídio. Salientam a importância da intenção suicida enquanto componente emotiva essencial para distinguir entre os diversos tipos de comportamentos suicidários. As ideações suicidas são pensamentos acerca de um comportamento autodestrutivo, independentemente da intenção de morrer, que podem ser precursores de comportamentos suicidas mais graves. As comunicações relacionadas com o suicídio envolvem a transmissão de pensamentos, desejos ou intenções (ameaças, sugestões

ou planos suicidas) e podem, tal como as ideações, não estar associadas a intenção suicida. Os comportamentos relacionados com o suicídio podem não resultar na morte, mas estão relacionados com o processo de morte autoinfligida.

Segundo a CID-10, o conceito de para-suicídio refere-se ao ato de consequências não fatais, no qual um indivíduo inicia deliberadamente um comportamento não habitual que lhe causará dano, se não houver intervenção de outrem, ou deliberadamente ingere uma substância em excesso face à sua habitual prescrição ou uso terapêutico reconhecido, com o intuito de provocar alterações que o sujeito desejou, a partir de consequências reais ou esperadas [34].

3.1 Características

Ao contrário dos grupos etários mais jovens, a maioria dos idosos com ideação suicida vai tentar concretizar estas intenções, não se tratando de uma tentativa de manipulação de terceiros. Ainda que a ideação suicida tenda a diminuir com a idade [36, 71], a idade avançada correlaciona-se com atos autodestrutivos mais determinados e bem planeados, que se refletem numa maior letalidade. Tal letalidade pode ser ainda agravada pela maior probabilidade do isolamento do idoso, com conseqüente menor viabilidade de resgate, e pela frequente maior fragilidade que torna o idoso especialmente vulnerável a atos autolesivos [72].

De acordo com um estudo realizado na população canadiana, os processos de suicídio que o idoso mais frequentemente utiliza são armas de fogo, enforcamento, envenenamento e quedas de grande altura. Estes métodos têm grande taxa de letalidade, o que sublinha a intenção suicida do idoso [73]. Este tende também a ser mais discreto na sua preparação e revela, habitualmente menos sinais de alerta, tornando-se tarefa difícil efetuar o diagnóstico para o clínico, especialmente quando não tem treino gerontopsiquiátrico específico [69, 74].

No adolescente, apenas uma em cada 200 tentativas de suicídio é completada com sucesso, e no adulto jovem esse valor estima-se entre 8 e 33. O idoso, raramente falha: 1 em cada 4 tentativas de suicídio tem êxito [36]. Se falhar a primeira tentativa, o idoso pode simplesmente tentar outra vez, normalmente 3 a 4 meses depois da crise suicidária original, após ter recuperado a energia psicomotora necessária à concretização da ideação suicida [69]. Uma análise de sete estudos em diferentes populações, realizada por Wiktorson [65], em 2010, demonstrou que a tentativa de suicídio prévio é um preditor importante de nova tentativa, aumentando o seu risco cerca de vinte vezes. Este autor, num estudo prospectivo [75], realizado em 2011, numa população sueca de 101 pessoas com mais de 70 anos, demonstrou também a fragilidade do idoso após uma tentativa de suicídio, sugerindo que a mortalidade um ano após a tentativa é duas vezes superior à da população de controlo.

Pfaff [76], num estudo transversal cujo objetivo era identificar as características clínicas e demográficas de adultos com mais de 60 anos com ideação suicida, num ambiente de cuidados primários, revelou que 22 % destes tinham pelo menos uma antecedente tentativa de suicídio.

Já Leuret [77], num estudo realizado numa população francesa, composta por 59 idosos que tinham sobrevivido a uma tentativa de suicídio, concluiu que 15,7% realizaram uma nova tentativa, 75% dos quais nos primeiros 3 anos após alta hospitalar.

Também se encontraram diferenças no grau de letalidade das tentativas de suicídio entre sexos. Nos homens a letalidade é maior, especialmente após os 70 anos, havendo pouca hesitação quando se desenvolvem sérias intenções suicidárias. Ao invés, as tentativas de suicídio no sexo feminino apresentam menores índices de letalidade. No entanto, o grupo etário dos 50 aos 69 anos apresenta maior letalidade que o grupo etário seguinte, um facto eventualmente explicado pelas alterações nos níveis de estradiol e outras rápidas flutuações

hormonais consequentes da menopausa e perimenopausa [78]. A metodologia adotada é também mais violenta nos homens (armas de fogo e enforcamento) do que nas mulheres (*overdose* medicamentosa) [71, 77].

Marques e Ramalheira [69] identificaram as seguintes características comuns do suicídio, no idoso:

- dor psicológica insuportável;
- frustração de necessidades psicológicas;
- suicídio encarado como solução;
- tentativa de cessar a consciência da dor;
- desespero – ninguém pode ajudar;
- ambivalência;
- pensamento dicotômico;
- comunicação através do ato;
- mecanismos inadequados de ajustamento.

3.2 Fatores de risco

O suicídio é um fenómeno multifatorial complexo, cujas interações formam a base empírica para a prevenção. Harwood [71] organiza os fatores de risco para o suicídio em cinco grupos principais: patologia psiquiátrica, neurobiológicos, traços de personalidade, doença física e fatores sociodemográficos. Turecki *et al.* [79], em 2012, salientam que o suicídio resulta da conjugação de fatores proximais e distais. Os fatores distais englobam aqueles que aumentam a predisposição para a ocorrência do suicídio (história familiar do suicídio e componente genética, modificações epigenéticas, traços de personalidade, adversidade no início da vida e abuso crónico de substâncias psicoativas), enquanto que os proximais agem como precipitantes do evento suicida (psicopatologia, especialmente a depressão *major*, eventos de vida recentes com elevada componente de *stress*, abuso de substâncias como álcool e outras drogas, ideação suicida e desespero).

Muita da informação atualmente conhecida sobre fatores de risco para o suicídio do idoso deriva das “autópsias psicológicas”, um método de investigação proposto por Shneidman nos anos 50, em que o estado de saúde física e mental, assim como o envolvimento social do falecido, é reconstruído através de elementos materiais, acontecimentos de vida documentados, entrevistas a familiares e conhecidos e fatores emocionais que nem sempre são de fácil valorização.

Conwell *et al.* [80] analisaram diversos estudos com autópsias psicológicas em casos de suicídio no idoso e concluíram que o diagnóstico de distúrbios afetivos estava presente em 54 a 86% dos casos, sendo que a depressão *major* era a responsável pela maioria destes diagnósticos. A probabilidade de um indivíduo apresentar patologia psiquiátrica é 44 a 113 vezes superior em idosos suicidas do que em controlos.

Um estudo realizado por Qin [81], que comparou 21.169 suicídios na Dinamarca ao longo de um período de 17 anos com grupos de controlo, demonstrou que o risco de suicídio é significativamente aumentado em indivíduos hospitalizados por distúrbio psiquiátrico e que o risco associado varia significativamente em função do diagnóstico, sexo e idade dos sujeitos. Esse estudo mostrou ainda que, de entre as diversas patologias psiquiátricas, os distúrbios afetivos, em particular a depressão recorrente, comportam o risco mais elevado de suicídio em todos os grupos etários, e que o risco de suicídio aumenta de forma progressiva com o avançar da idade.

No estudo realizado por Lebret *et al.* [77] atrás referido, 66% dos casos tinham diagnóstico prévio de depressão. Numa revisão da literatura sobre a epidemiologia do suicídio entre idosos chineses, residentes em Hong Kong e Taiwan, Dong *et al.* [82] concluíram a existência de uma correlação significativa entre sintomas depressivos, tentativa de suicídio e mortalidade por suicídio.

Foi já estabelecida uma forte relação entre suicídio e perturbações mentais nas pessoas idosas, especialmente em doentes idosos deprimidos, em que o risco de suicídio é duas vezes maior do que nos não deprimidos; 60 a 80% dos casos de suicídio em idosos estão relacionados com a depressão [69].

Ainda no âmbito da patologia psiquiátrica, podem ser encontradas outras doenças como fatores de risco, ainda que em proporções marcadamente mais reduzidas como, por exemplo, esquizofrenia, transtorno esquizoafectivo, transtorno delirante persistente, transtorno bipolar e transtorno de ansiedade [65, 71, 77, 80].

Os défices cognitivos em idosos têm sido também apontados como possíveis indutores dos comportamentos suicidários. Num estudo realizado por Dombrowski *et al.* [78], que comparou idosos deprimidos com e sem ideação suicida, encontrou-se uma correlação positiva entre o primeiro grupo e piores resultados em tarefas de memória, atenção e funções executivas. Um outro estudo reportado por Clark *et al.* [83], em 2011, colocou em evidência a relação entre a disfunção cognitiva medida pela capacidade de tomada de decisão e o suicídio no idoso. Neste estudo, um total de 98 adultos idosos, foi dividido em três grupos com depressão *major* e com antecedentes de tentativa de suicídio, ideação suicida ativa e outros sem suicidalidade e foi considerado um quarto grupo de controlo. Posteriormente, comparado o desempenho probabilístico em tarefas de tomada de decisão (*Cambridge Gamble Task*), a análise de resultados revelou que idosos com tentativas de suicídio apresentavam um défice em decisões sensíveis ao risco, negligenciando as consequências e fazendo piores escolhas. Estes défices podem precipitar e perpetuar as crises suicidárias nos idosos deprimidos.

Apesar de ser reconhecido que a personalidade desempenha um papel chave na determinação do risco de suicídio, são poucos os estudos que se têm debruçado sobre o subgrupo dos idosos. Harwood [71] defende que 15% dos suicídios de idosos estão associados

a distúrbios de personalidade. Um estudo de Wiktorsson *et al.* [84], em 2012, que comparou neuroticismo e extroversão em suicidas hospitalizados com mais de 75 anos, utilizando também um grupo de controlo, concluiu que indivíduos com tentativas de suicídio apresentaram resultados mais elevados na escala de neuroticismo e menos elevados na de extroversão. Iliceto *et al.* [85], em 2014, vieram corroborar estes resultados num estudo que confrontou 316 adultos jovens com 339 adultos idosos, numa população italiana. Segundo esta investigação, os idosos com elevado neuroticismo e introversão apresentaram maior risco de ideação suicida, não sendo observadas diferenças relativamente aos níveis de risco nos adultos jovens.

A patologia psiquiátrica e a presença de patologia física contribuem ativamente para o aumento do risco de suicídio em adultos idosos. Contudo, torna-se difícil identificar idosos em perigo apenas com base na sua doença, dada a alta prevalência de comorbilidades médicas neste grupo etário [80]. Um estudo relativamente extenso levado a cabo por Quan *et al.* [86], no Canadá, comparou a taxa de doença física em 822 casos de mortes por suicídio com um grupo de controlo de 944 mortos por acidente de viação em indivíduos com mais de 55 anos. Em comparação com o grupo de mortes por acidente, os idosos que se suicidaram tinham maior probabilidade de ter cancro, doença cardíaca isquémica, doença pulmonar crónica, úlcera péptica e patologia prostática.

Juurlink *et al.* [73] cruzaram os registos de receitas médicas de todos os residentes de Ontário, Canadá, com idade superior a 65 anos, com relatórios de autópsias. Descobriram que os doentes que apresentavam 3 patologias físicas apresentavam um risco de suicídio 3 vezes superior aos habitantes sem qualquer doença, e que os idosos com 7 ou mais doenças apresentavam um risco de suicídio 9 vezes superior. Reportaram ainda uma associação clara entre dor crónica e suicídio sobretudo para os homens, que apresentavam um risco 9,9 vezes superior, enquanto as mulheres o aumento era de 3,3.

Bergman Levy *et al.* [87], em 2011, realizaram um estudo retrospectivo, numa população israelita, que analisou os registos clínicos de 78 idosos com depressão *major* e com uma tentativa de suicídio prévia comparando-os com um grupo de controlo composto por 87 idosos deprimidos, analisando o *Commulative Illness Rating Score* (CIRS) para cada doente. O CIRS foi significativamente mais baixo para o grupo de controlo nos sistemas vascular e respiratório, levando os autores a concluir que o risco de suicídio era incrementado pela presença de comorbilidades médicas nestes sistemas.

A relação entre suicídio e doença terminal foi também confirmada por estudos, citados por Conwell *et al.* [80], os quais permitem ainda concluir que os distúrbios mentais, em particular a depressão *major*, geralmente associada a dor crónica, constituem os principais fatores de risco.

O risco de suicídio está também ligado a fatores de natureza sociodemográfica. Como foi referido anteriormente, o sexo masculino apresenta um risco acrescido quando comparado com o feminino. Existe ainda uma relação direta entre o estado civil e as pessoas que se suicidam. Assim, Wiktorsson *et al.* [65] referem que os idosos que tentam o suicídio têm menor probabilidade de ter um companheiro e vivem frequentemente sozinhos. Para Conwell *et al.* [80], existem duas categorias principais no domínio dos fatores sociais: eventos de vida adversos e coesão social. Constituem eventos relevantes o luto por morte de pessoa querida, a perda de relações com membros da família ou outras fontes de apoio, ameaça de perda de saúde ou medo do prolongamento da vida sem dignidade, situações de dependência que criem um sentimento de humilhação e mudanças nos papéis sociais, como a reforma.

O isolamento social e a solidão ajudam também a compreender o fenómeno do suicídio no idoso. O estabelecimento e manutenção de rede de amizades e relacionamentos constituem um fator protetor, quer para a depressão, quer para comportamentos suicidários. Beautrais

salienta a importância do contacto humano e da interação social na terceira idade [88]. Holt-Lunstad *et al.* [89], numa meta-análise de 147 estudos sobre a extensão da influência de fatores sociais no risco de mortalidade, relataram que indivíduos com relações sociais fortes tinham um aumento de 50% da probabilidade de sobrevivência. A influência da coesão social no risco de mortalidade global pode ser comparável, se não superior, a fatores de risco conhecidos e relevantes, como a obesidade, tabagismo ou inatividade física.

Tendo em vista estabelecer uma relação entre tentativas de suicídio, falta de coesão social e ainda fraca capacidade de solução de problemas sociais, Szanto *et al.* [90] realizaram um estudo envolvendo 90 indivíduos, 24 idosos deprimidos que tentaram o suicídio, 38 idosos deprimidos não suicidários e 28 sem antecedentes de patologia psiquiátrica. Os resultados revelaram que os que tentaram o suicídio cometiam mais erros no reconhecimento de emoções sociais e tinham redes sociais mais restritas: falavam menos com os filhos, tinham menos amigos próximos, não estavam envolvidos em atividades de voluntariado. Apresentavam também, frequentemente, um padrão de conflito e hostilidade nos relacionamentos, percecionavam problemas sociais como sendo de impossível resolução e utilizavam uma abordagem mais impulsiva e descuidada na resolução de problemas.

Pese embora o suicídio seja um fenómeno que afeta todas as classes sociais, as condições de vida do idoso deprimido podem condicionar a ideação suicida. Um trabalho, realizado por Gilman *et al.* [91], recorrendo a dados num universo de 1226 membros, no estudo PROSPECT, ao longo de um período de dois anos, relacionou a presença de sintomas depressivos (avaliados pela *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*) com a ideação suicida, (através da *Scale for Suicide Ideation (SSI)* e a HDRS), e com o rendimento anual. O achado mais importante deste estudo foi a associação entre rendimentos mais baixos e constrangimento financeiro com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e risco aumentado de ideação suicida.

A problemática da violência sobre os mais velhos – entendida por abuso físico, psicológico ou emocional – levada a cabo por um cuidador, acompanha de perto o fenómeno do envelhecimento populacional. A verdadeira incidência e prevalência destas formas de abuso são extremamente difíceis de quantificar, quer pela tendência de negação da situação por parte do agente e pela própria vítima, quer porque abusador e abusado estão frequentemente ligados por laços familiares, havendo, além disso, uma relação de dependência financeira ou emocional entre ambos. Muitos idosos têm vergonha de expor a situação em que se encontram [92]. Wu *et al.* [93], em 2013, conduziram um inquérito numa população de uma comunidade rural chinesa de 2039 adultos com mais de 60 anos, procurando examinar a relação entre maus-tratos de idosos e ideação suicida. Foram encontrados ideações suicidas em 16,5% dos idosos que sofriam de negligência de cuidados, 20,5% nos que sofriam maus-tratos psicológicos, 28,2% nos que sofriam maus-tratos financeiros (uso ilegal dos recursos económicos do idoso) e 29,6% nos que sofriam maus-tratos físicos.

Noutro contexto, foi avançada a hipótese de existirem processos neurobiológicos que se associem a um aumento do risco de suicídio. Ainda que não conclusivos, foram realizados estudos que correlacionam a hipoactividade da serotonina, baixos níveis de colesterol sérico, baixos níveis de 5-HIAA e de ácido homovanílico com sintomas depressivos e ideação suicida [71]. Marques e Ramalheira [69] sublinham a necessidade de mais e melhores estudos para caracterizar a neurobiologia do suicídio em idades avançadas.

3.3 Prevenção

O mero reconhecimento dos fatores que aumentem ou diminuam o risco do suicídio no idoso, ainda que necessário, não é suficiente para desenhar intervenções efetivas preventivas, visto que estes fatores, tanto individuais, como em combinação, são ineficazes na previsão do

risco em cada idoso singularmente. Se, por um lado, um grande número de falsos-positivos resultaria na generalização de intervenções desnecessárias, intrusivas e dispendiosas, por outro, os falsos-negativos tornariam vulneráveis muitos idosos em risco e em potencial risco de vida [80].

O “Institute of Medicine of the National Academies” propõe 3 planos de intervenção: abordagens preventivas específicas, abordagens preventivas seletivas e abordagens preventivas universais.

As abordagens preventivas específicas visam observar indivíduos com sintomas diagnosticáveis e outros fatores de risco proximais para o suicídio, tendo como objetivo o diagnóstico e tratamento da patologia psiquiátrica de base. No entanto, muitos idosos não são tratados e diagnosticados atempadamente, em parte pela relutância em se dirigirem a centros especializados em cuidados psiquiátricos. A maioria dos idosos suicidários recebe tratamento psiquiátrico em ambientes de cuidados primários [73, 80]. Um estudo revelou que quase 40% dos doentes, com mais de 65 anos que se tinham suicidado, relataram a sua ideação suicida ao seu médico de família no ano que antecedeu o óbito [94], sendo que, no entanto, a evidência empírica sugere que estes clínicos não questionam os doentes sobre a ideação suicida. Esta situação pode relacionar-se com o facto de médicos generalistas se sentirem mal preparados para abordar a temática do suicídio [74], ou mesmo que acreditam que falar sobre este tema possa sugerir a ideia ao idoso, o que corresponde a um dos muitos mitos sobre o suicídio [69].

É fundamental relevar a importância da identificação de idosos em risco, bem como a eficácia das intervenções desenvolvidas no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários [76]. Marnin *et al.* [74] sugerem que, tanto a GDS como a GDS-SI, podem ser eficazmente utilizadas para a identificação de idosos com ideação suicida, ainda que a GDS-SI possa

incluir vantagens devido ao menor tempo de utilização e por ser menos suscetível a diferenças entre os sexos.

As abordagens preventivas seletivas são direcionadas a grupos-alvo que vivam em situações de particular vulnerabilidade, com fatores de risco distais, podendo inclusivamente ser assintomáticos ou pré-sintomáticos. Estes grupos englobam idosos com doenças crónicas, dolorosas ou funcionalmente limitativas, que se tornaram socialmente isolados e que se percecionaram como um fardo para a família ou para a sociedade. Estas abordagens incluem grupos de autoajuda, serviços de acompanhamento domiciliário do idoso e linhas de ajuda telefónica de SOS [69, 80].

As abordagens preventivas universais são dirigidas a toda a população, independentemente de fatores de risco dos membros ou grupos nela contidos. Incluem a restrição do acesso a recursos frequentemente usados como meios de suicídio e um investimento na educação da sociedade abrangendo, naturalmente, os clínicos responsáveis pela deteção e tratamento da depressão geriátrica [69].

Discussão e Conclusão

O progressivo envelhecimento da população em geral, e em particular da população portuguesa, é, porventura, um dos factos mais significativos do século XXI. Assiste-se a uma inexorável tendência demográfica com manifestas consequências sócio-económicas, mas também com reflexos na saúde e bem-estar das pessoas, o que levanta múltiplas interrogações quanto ao completo entendimento do fenómeno.

Envelhecer é um processo irreversível que envolve transformações internas nos órgãos e sistemas humanos e que diversas teorias genéticas e estocásticas procuram explicar. Ninguém

envelhece da mesma forma, nem ao mesmo ritmo. O declínio que marca o trajeto da vida varia de indivíduo para indivíduo, é regulado pelo perfil biológico do próprio e é influenciado pelas singularidades das experiências pessoais e dos contextos sociais.

O prolongar da vida, onde saúde e doença coexistem, comporta transformações multidimensionais, maior suscetibilidade a situações potencialmente incapacitantes, hospitalizações mais frequentes e necessidades acrescidas de cuidados de saúde em geral. Os sistemas de saúde enfrentam, pois, desafios de uma população crescentemente envelhecida e, naturalmente, mais frágil e vulnerável.

Neste contexto demográfico, a depressão é considerada um importante problema de saúde que afeta pessoas de todas as idades. Todavia, é nas idades avançadas que a depressão atinge níveis de morbidade mais expressivos, designadamente em idosos institucionalizados, assumindo particularidades de apresentação que a tornam muitas vezes difícil de diagnosticar e, em consequência, de tratar. Na população idosa a depressão apresenta um quadro clínico com sintomas inespecíficos, associado, muitas vezes, a doenças físicas, a polimedicação, a situações de perda ou morte, a solidão ou isolamento e à falta de apoio social e ou familiar, chegando a ser confundida com um estado inicial de demência.

Contrariamente a algumas percepções simplificadas, estereotipadas, sobre a depressão na terceira idade, esta não faz parte do processo natural do envelhecimento humano. Aliás, ela pode ser revertida se tempestiva e adequadamente tratada. Pelo contrário, quando não tratada, pode originar incapacidade física, cognitiva e social e, por outro lado, implicar o aumento da procura de cuidados de saúde.

O tratamento antidepressivo deve tomar em consideração aspetos biológicos, psicológicos e sociais do paciente. As estratégias de tratamento envolvem psicoterapia, intervenção farmacológica e, quando necessário, eletroconvulsoterapia. A consequência mais grave da

depressão tardia, sobretudo quando não tratada ou não devidamente tratada, é o aumento da mortalidade por suicídio.

Importa não consentir com a aceitação tácita da sintomatologia depressiva na população idosa mas, ao invés, reconhecê-la como um problema de saúde pública que requer programas de intervenção que, provavelmente, devem privilegiar uma ação preventiva.

É fundamental que a deteção precoce da depressão constitua uma prioridade, desempenhando as escalas de avaliação da depressão um instrumento papel importante, quer para este fim, quer para o seguimento do idoso. Só assim será possível introduzir melhorias nas estratégias de tratamento e alcançar os melhores resultados.

Da leitura das diversas obras e estudos sobre os três temas em que o presente trabalho incide, parece resultar evidente e reconhecidamente importante compreender como a depressão é um fator de risco para o suicídio na terceira idade. Evidentemente, cada um de tais temas – envelhecimento, depressão e suicídio – constitui *de per si* pretexto mais do que suficiente para um estudo estrito.

À medida que fomos progredindo na revisão da literatura pudemos aperceber-nos da vastidão desta área da medicina, não suscetível de ser tratada num trabalho com a natureza do presente (por razões de tempo e de espaço), mas que nos suscitou a vontade de continuar a aprofundar este assunto e desenvolver um estudo aplicado, tanto mais porque não abundam trabalhos sobre o caso português.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo, agradeço a sua orientação científica e por me ter despertado para uma temática que me proporcionou um espaço de encontro com os meus interesses.

Ao Dr. Alexandre Mendes, pela sua valiosa co-orientação, inestimável disponibilidade e ajuda, o meu sincero reconhecimento.

Ao meu Avô, pelos seus preciosos conselhos e sabedoria.

À minha Família, pelo seu apoio e incentivo incondicionais.

Ao meu Pai dedico este trabalho.

Referências bibliográficas

1. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. In: Saúde DGd, editor. Lisboa: Ministério da Saúde; 2004.
2. United Nations DoEaSA, Population Division. World Population Prospects: The 2012 Revision. 2013.
3. Nazareth JM. A demografia portuguesa no contexto da Europa Comunitaria no início dos anos noventa. Estudos demográficos. Revista do Gabinete de Estudos Demográficos do Instituto Nacional de Estatística. 1993(31): 21-8.
4. Olshansky SJ, Rudberg, M.A., Carnes, B.A., Cassel, C.K., Brody, J.A. Trading of longer life for worsening health: the expansion of morbidity hypothesis. *Journal of Aging and Health* 1991; 3(2).
5. Comissão Europeia (CE) (2011). Population, Key figures on Europe – 2011 edition. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2011.
6. Instituto Nacional de Estatística (INE). As pessoas. Lisboa: INE; 2011.
7. Portugal IDADE MAIOR em números, 2014: A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade. Lisboa: Direção-Geral de Saúde - Direção de Serviços de Informação e Análise, 2014.
8. Instituto Nacional de Estatística (INE). Projeções de população residente 2012-2060. 2014.
9. Ahmed A, Tollefsbol T. Telomeres and telomerase: basic science implications for aging. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001; 49(8): 1105-9.
10. Blazer DG, Steffens DC, Koenig HG. Textbook of Geriatric Psychiatry. Blazer DG, Steffens DC, editors. Washington D.C.: The American Psychiatric Publishing; 2009.
11. Herskind AM, McGue M, Holm NV, Sorensen TI, Harvald B, Vaupel JW. The heritability of human longevity: a population-based study of 2872 Danish twin pairs born 1870-1900. *Human genetics*. 1996;97(3): 319-23.
12. Ljungquist B, Berg S, Lanke J, McClearn GE, Pedersen NL. The effect of genetic factors for longevity: a comparison of identical and fraternal twins in the Swedish Twin Registry. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 1998; 53(6): M441-6.
13. Perls TT, Bubrick E, Wager CG, Vijg J, Kruglyak L. Siblings of centenarians live longer. *Lancet*. 1998; 351(9115): 1560.
14. Robert L. Aging - Facts and Theories (Interdisciplinary Topics in Gerontology, Vol. 39). 1995.
15. Bittles AH. Biological Aspects of Human Ageing. In: Jacoby R, Oppenheimer C, Denning T, Thomas A, editors. *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry*: Oxford University Press; 2007. p. 3-15.
16. Orgel LE. Ageing of clones of mammalian cells. *Nature*. 1973; 243(5408): 441-5.
17. Ly DH, Lockhart DJ, Lerner RA, Schultz PG. Mitotic misregulation and human aging. *Science*. 2000; 287(5462): 2486-92.
18. Fleming TP, Nahlik MS, Neilands JB, McIntosh MA. Physical and genetic characterization of cloned enterobactin genomic sequences from *Escherichia coli* K-12. *Gene*. 1985; 34(1): 47-54.
19. Fonseca AM. O envelhecimento. Uma abordagem psicológica. 2006.

20. Paúl MC. *Psicologia Positiva, Saúde e Longevidade. Intervenção Social – saberes e contextos*. Porto: Escola Superior de Educação Paula Frassinetti. 2006.
21. Paúl M. A construção de um modelo de envelhecimento humano. In: Paúl CF, A, editor. *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores; 2005. p. 15-41.
22. Shephard RJ. "Envelhecimento, Atividade Física e Saúde". São Paulo: Phorte Editora; 2007.
23. Fernández-Ballesteros R., *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2000.
24. Harper S. Sociological approaches to age and ageing. In: Jacoby R, Oppenheimer C, Denning T, Thomas A, editors. *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2008.
25. Félix AMT. *Quem cuida do cuidador? O custo invisível do acto de cuidar*. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2010.
26. Ferreira PM, Jerónimo P, Cabral MV, Silva PA. Representações da reforma e envelhecimento ativo. Conferência internacional sobre envelhecimento; 14 outubro de 2011; Lisboa, 2011.
27. Gusmão, R.M., Xavier, M., Heitor, M.J., Bento, A. & Caldas de Almeida J.M., O Peso das Perturbações depressivas: aspetos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Ata Médica Portuguesa*. 2005(18): 129-46.
28. ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - 1º RELATÓRIO. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; 2013.
29. Barua A, Kar N. Screening for depression in elderly Indian population. *Indian journal of psychiatry*. 2010;52(2): 150-3.
30. McCall WV, Kintziger KW. Late life depression: a global problem with few resources. *The Psychiatric clinics of North America*. 2013; 36(4): 475-81.
31. Gustafson Y, Nogueira V, O'Dwyer S, Roller RE, Egger T, Firmino H, et al. Depression in old age in Austria, Ireland, Portugal and Sweden. *European Geriatric Medicine*. 4(3): 202-8.
32. Vaz Serra A. *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do Autor; 2002.
33. Wilkinson G, Moore B, P Moore. *Guia Prático do Tratamento da Depressão*. Lisboa: Climepsi; 2005. 21 p.
34. World Health Organization, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th revision*. 2014.
35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 2013. Fifth Edition*
36. Aziz R, Steffens DC. What are the causes of late-life depression? *The Psychiatric clinics of North America*. 2013; 36(4): 497-516.
37. Baldwin R. *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry*. Jacoby R, Oppenheimer C, Denning T, Thomas A, editors. New York: Oxford University Press; 2008.
38. Glover J, Srinivasan S. Assessment of the person with late-life depression. *The Psychiatric clinics of North America*. 2013; 36(4): 545-60.
39. Thompson DJ, Borson S. Major Depression and Related Disorders in Late Life. In: Agronin ME, Maletta GJ, editors. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. 2006.
40. Bhalla R, Butters M. Cognitive functioning in late-life depression. *British Columbia Medical Journal*. 2011: Vol. 53, No. 7, pages 357-360. *Envelhecimento Depressão e Suicídio*
41. Ellison JM, Kyomen HH, Harper DG. Depression in later life: an overview with treatment recommendations. *The Psychiatric clinics of North America*. 2012; 35(1): 203-29.

42. Haykal RF, Akiskal HS. The long-term outcome of dysthymia in private practice: clinical features, temperament, and the art of management. *The Journal of clinical psychiatry*. 1999; 60(8): 508-18.
43. American Psychiatric Association. Major Depressive Disorder and the “Bereavement Exclusion”. American Psychiatric Association; 2013 [cited 2014 25-10-2014]. Available from: <http://www.dsm5.org/Documents/Bereavement%20Exclusion%20Fact%20Sheet.pdf>.
44. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kakuma T, Silbersweig D, Charlson M. Clinically defined vascular depression. *The American journal of psychiatry*. 1997; 154(4): 562-5.
45. Gleason OC, Pierce AM, Walker AE, Warnock JK. The two-way relationship between medical illness and late-life depression. *The Psychiatric clinics of North America*. 2013; 36(4): 533-44.
46. Morimoto SS, Alexopoulos GS. Cognitive deficits in geriatric depression: clinical correlates and implications for current and future treatment. *The Psychiatric clinics of North America*. 2013; 36(4): 517-31.
47. Balsis S, Cully JA. Comparing depression diagnostic symptoms across younger and older adults. *Aging & mental health*. 2008; 12(6): 800-6.
48. Sheehan B, Bass C, Briggs R, Jacoby R. Somatic symptoms among older depressed primary care patients. *International journal of geriatric psychiatry*. 2003; 18(6): 547-8.
49. Veríssimo MT. Avaliação multidimensional do idoso. In: Firmino H, editor. *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica; 2006.
50. Hegeman JM, Kok RM, van der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2012; 200(4): 275-81.
51. Marques L, Firmino H. Depressão e comportamentos suicidários no idoso. *Medicina, temas atuais - Depressão, Atral Cipan*. 2003: 133-62.
52. Buckley RM, Lachman VD. Depression in older patients: Recognition and treatment. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*. 2007; 20(8): 34-41.
53. Hoogendijk WJ, Lips P, Dik MG, Deeg DJ, Beekman AT, Penninx BW. Depression is associated with decreased 25-hydroxyvitamin D and increased parathyroid hormone levels in older adults. *Archives of general psychiatry*. 2008; 65(5): 508-12.
54. Fleming KC, Rummans TA, Maletta GJ. Medical Assessment of the Elderly Psychiatric Patient. In: Agronin ME, Maletta GJ, editors. *Principles and Practise of Geriatric Psychiatry*: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
55. Verríssimo MT. Avaliação diagnóstica dos síndromes demenciais - Escala da Depressão Geriátrica. Porto: Universidade do Porto; 1988.
56. Roman MW, Callen BL. Screening instruments for older adult depressive disorders: updating the evidence-based toolbox. *Issues in mental health nursing*. 2008; 29(9): 924-41.
57. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Annals of family medicine*. 2010; 8(4): 348-53.
58. Kok RM. What is the role of medications in late life depression? *The Psychiatric clinics of North America*. 2013; 36(4): 597-605.
59. Barreto J. Tratamento atual da depressão no idoso. In: Firmino H, editor. *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica; 2006.
60. Kok RM, Nolen WA, Heeren TJ. Efficacy of treatment in older depressed patients: a systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials with antidepressants. *Journal of affective disorders*. 2012; 141(2-3): 103-15.

61. Francis JL, Kumar A. Psychological treatment of late-life depression. *The Psychiatric clinics of North America*. 2013; 36(4): 561-75.
62. Miller MD. Using interpersonal therapy (IPT) with older adults today and tomorrow: a review of the literature and new developments. *Current psychiatry reports*. 2008; 10(1): 16-22.
63. Riva-Posse P, Hermida AP, McDonald WM. The role of electroconvulsive and neuromodulation therapies in the treatment of geriatric depression. *The Psychiatric clinics of North America*. 2013; 36(4): 607-30.
64. Saraiva CB, Gil NP. Conceitos e limites em suicidologia. In: Saraiva CB, Peixoto B, Sampaio D, editors. *Suicídio e Comportamentos Autolesivos*. 2014.
65. Wiktorsson S, Runeson B, Skoog I, Ostling S, Waern M. Attempted suicide in the elderly: characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2010; 18(1): 57-67.
66. Andrade J, Seabra D. Idosos e comportamentos suicidários. In: Saraiva CB, Peixoto B, Sampaio D, editors. *Suicídio e comportamentos autolesivos*. Lisboa: Lidel 2014.
67. Chehil S, Kutcher SP. *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*: Wiley; 2012.
68. Sociedade Portuguesa de Suicidologia - Estatísticas [cited 2014 20-11-14]. Available from: <http://www.spsuicidologia.pt/sobre-o-suicidio/estatistica>.
69. Marques L, Ramalheira C. Os idosos e o suicídio. In: Firmino H, editor. *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica; 2006.
70. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll P W, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & life-threatening behavior*. 2007; 37(3): 264-77.
71. Harwood D. Mood disorders: suicide in older persons. In: Jacoby R, Oppenheimer C, Denning T, Thomas A, editors. *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry*. 2008.
72. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann J, Forbes N, Caine ED. Age differences in behaviors leading to completed suicide. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 1998; 6(2): 122-6.
73. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of internal medicine*. 2004; 164(11): 1179-84.
74. Marnin JH, Duberstein PR, Lyness JM, Feldman MD. Screening for suicide ideation among older primary care patients. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*. 2010; 3(2): 260-9.
75. Wiktorsson S, Marlow T, Runeson B, Skoog I, Waern M. Prospective cohort study of suicide attempters aged 70 and above: one-year outcomes. *Journal of affective disorders*. 2011; 134(1-3): 333-40.
76. Pfaff JJ, Almeida OP. Identifying suicidal ideation among older adults in a general practice setting. *Journal of affective disorders*. 2004; 83(1): 73-7.
77. Leuret S, Perret-Vaille E, Mulliez A, Gerbaud L, Jalenques I. Elderly suicide attempters: characteristics and outcome. *International journal of geriatric psychiatry*. 2006; 21(11): 1052-9.
78. Dombrowski AY, Szanto K, Duberstein P, Conner KR, Houck PR, Conwell Y. Sex Differences in Correlates of Suicide Attempt Lethality in Late Life. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2008; 16(11): 905-13.

79. Turecki G, Ernst C, Jollant F, Labonte B, Mechawar N. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Trends in neurosciences*. 2012; 35(1): 14-23.
80. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in Older Adults. *The Psychiatric clinics of North America*. 2011; 34(2): 451-68.
81. Qin P. The impact of psychiatric illness on suicide: differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of psychiatric research*. 2011; 45(11): 1445-52.
82. Dong X, Chang E-S, Zen P, Simon MA. Suicide in the Global Chinese Aging Population: A Review of Risk and Protective Factors, Consequences, and Interventions. *Aging and Disease*. 2014; 5(5).
83. Clark L, Dombrovski AY, Siegle GJ, Butters MA, Shollenberger CL, Sahakian BJ, et al. Impairment in risk-sensitive decision-making in older suicide attempters with depression. *Psychology and aging*. 2011; 26(2): 321-30.
84. Wiktorsson S, Berg AI, Billstedt E, Duberstein PR, Marlow T, Skoog I, et al. Neuroticism and extroversion in suicide attempters aged 75 and above and a general population comparison group. *Aging & mental health*. 2013; 17(4): 479-88.
85. Iliceto P, Fino E, Sabatello U, Candilera G. Personality and suicidal ideation in the elderly: factorial invariance and latent means structures across age. *Aging & mental health*. 2014; 18(6): 792-800.
86. Quan H, Arboleda-Florez J, Fick GH, Stuart HL, Love EJ. Association between physical illness and suicide among the elderly. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2002; 37(4): 190-7.
87. Bergman Levy T, Barak Y, Sigler M, Aizenberg D. Suicide attempts and burden of physical illness among depressed elderly inpatients. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2011; 52(1): 115-7.
88. Beautrais AL. A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide & life-threatening behavior*. 2002; 32(1): 1-9.
89. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*. 2010; 7(7): e1000316.
90. Szanto K, Dombrovski AY, Sahakian BJ, Mulsant BH, Houck PR, Reynolds CF, 3rd, et al. Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2012; 20(3): 257-65.
91. Gilman SE, Bruce ML, Ten Have T, Alexopoulos GS, Mulsant BH, Reynolds CF, 3rd, et al. Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013; 48(1): 59-69.
92. Ferreira LG, Vieira DN, Firmino H. Violência sobre os mais velhos. In: Firmino H, editor. *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica; 2006.
93. Wu L, Shen M, Chen H, Zhang T, Cao Z, Xiang H, et al. The relationship between elder mistreatment and suicidal ideation in rural older adults in China. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2013;21(10):1020-8.
94. Waern M, Beskow J, Runeson B, Skoog I. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet*. 1999; 354(9182): 917-8.