

# **Persistência de sintomatologia depressiva no idoso com diagnóstico de depressão e terapêutica antidepressiva instituída**

**Matilde Pereirinha Henriques Fonseca Gaiola**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(mestrado integrado)

Orientador: Dra. Celina Pires Rosa  
Co-orientadores: Professora Doutora Sara Monteiro Morgado Dias Nunes  
Professora Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso

**março de 2024**



## **Declaração de Integridade**

Eu, Matilde Pereirinha Henriques Fonseca Gaiola, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41504 de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 27 /03 /2024



## **Agradecimentos**

À minha família por ser porto seguro, pelos valores que me transmitem e pelo apoio constante. Ao meu pai por ser o meu maior exemplo de trabalho, perseverança e organização. À minha mãe, por fazer dos meus sonhos os seus e acreditar sempre em mim. Às minhas irmãs, Clarisse e Verónica, as minhas pessoas preferidas, que vibram a cada conquista minha como se delas fosse - à Clarisse pelo pragmatismo, perspicácia e amor q.b. e à Verónica por ser o meu exemplo de empatia, esforço e dedicação. É uma sorte ter-vos sempre do meu lado, esta conquista também é vossa!

Ao Tigui, por ser a calma e a serenidade. Por toda a leveza que me transmite, pela paciência infinita. O meu melhor colo.

Aos meus avós, por expressarem sempre o orgulho que têm em mim e por todos os gestos de carinho.

Aos meus amigos de longa data, que acompanham este sonho desde o início. À Márcia, à Maria, à Bia e à Ana, em especial, que ouvem inquietações, aconselham e acreditam em mim quando eu duvido, materializando o verdadeiro significado de Amizade.

Aos amigos que levo da Faculdade, que partilham esta aventura comigo e a tornam tão mais leve. Um obrigada especial à Leti (Joana L), pela amizade, sinceridade e compreensão, por ser o meu anjinho da guarda ao longo destes 6 anos.

Por último, à minha Orientadora, Dra. Celina Rosa e às minhas Coorientadoras, a Professora Doutora Sara Nunes e a Professora Doutora Rosa Marina, pela disponibilidade, apoio e incentivo ao longo deste trabalho.



## Resumo

**Introdução:** A depressão é uma patologia com elevada prevalência na população geriátrica portuguesa, sendo considerada a doença psiquiátrica mais comum na terceira idade e uma das principais causas de incapacidade, comorbilidade e vulnerabilidade entre os idosos. O subdiagnóstico resulta da atipia de sintomas no idoso, do estigma associado à doença e do erro de considerar a depressão geriátrica uma consequência natural do envelhecimento.

O Médico de Família é o elo de ligação entre o idoso e os cuidados de saúde e, portanto, o seu papel na abordagem à depressão geriátrica é fundamental. A elevada prevalência e incidência desta patologia e a possibilidade de ser mascarada por doença orgânica devem torná-la uma prioridade em contexto de consulta.

A depressão geriátrica afigura-se dentro de um amplo conjunto de componentes onde atuam fatores genéticos, psicossociais, culturais e socioeconómicos. A crescente prevalência do número de idosos deprimidos e os grandes encargos para o Serviço Nacional de Saúde justificam o investimento na identificação dos fatores de risco de depressão no idoso, especialmente os modificáveis, que permitem o desenvolvimento de intervenções passíveis de serem aplicadas à prática clínica.

**Objetivos e metodologia:** Com o objetivo de avaliar a persistência de sintomatologia depressiva em idosos com diagnóstico de depressão e terapêutica antidepressiva instituída, foi construído um questionário original baseado nos fatores de risco da depressão geriátrica e complementado por ferramentas como o Mini Mental State Examination (MMSE) e a Escala de Yesavage.

A metodologia integra a revisão de literatura acerca dos fatores de risco da depressão geriátrica e serve de base à construção do questionário supracitado.

Os critérios de inclusão e exclusão aplicados foram previamente definidos, o questionário foi validado e aplicado à amostra.

**Resultados:** A análise de resultados do presente estudo destaca que os fatores de risco que se afiguram como relevantes na persistência de sintomatologia depressiva no idoso com diagnóstico de depressão e terapêutica antidepressiva instituída são o estatuto socioeconómico, o apoio do grupo de pares, o défice de visão e o cumprimento da

terapêutica. Contudo, é importante destacar que o tamanho diminuto da amostra pode contribuir para algum enviesamento dos resultados.

## **Palavras-chave**

Depressão geriátrica; Fatores de risco; Idoso; Sintomatologia depressiva; Escala de depressão geriátrica

## Abstract

**Introduction:** Depression is a highly prevalent pathology in the Portuguese geriatric population and is considered the most common psychiatric illness in the elderly and one of the main causes of disability, comorbidity, and vulnerability. Underdiagnosis is a result of the atypical nature of symptoms in the elderly, the stigma associated with the illness, and the mistake of considering geriatric depression a natural consequence of aging.

The Primary Care Doctor is the link between the elderly person and healthcare. Therefore, he has a fundamental role to play in dealing with geriatric depression. The high prevalence and incidence of this condition and the possibility of it being masked by organic disease should make it a priority in the consultation context.

Geriatric depression appears within a broad set of components in which genetic, psychosocial, cultural, and socioeconomic factors play a role. The growing prevalence of depressed elderly people and the heavy burden on the National Health System justify investment in identifying risk factors for depression in the elderly, especially those that can be modified and that allow for the development of interventions that can be applied to clinical practice.

**Objectives and methodology:** To assess the persistence of depressive symptoms in elderly people diagnosed with depression and on antidepressant therapy, an original questionnaire was constructed based on the risk factors for geriatric depression and complemented by tools such as the MMSE and the Yesavage Scale.

The methodology includes a literature review of the risk factors for geriatric depression and serves as the basis for constructing the questionnaire mentioned above.

The inclusion and exclusion criteria applied were previously defined, and the questionnaire was validated and applied to the sample.

**Results:** The analysis of the results of this study highlights that the risk factors that appear to be relevant in the persistence of depressive symptomatology in the elderly with a diagnosis of depression and instituted antidepressant therapy are socioeconomic status, peer group support, vision deficit, and compliance with therapy. However, it is important to emphasize that the small sample size may contribute to some bias in these results.

## **Keywords**

Geriatric depression; Risk factors; Elderly; Depressive symptomatology; Geriatric Depression Scale

# Índice

1.	Introdução	1
2.	Fatores de risco da Depressão Geriátrica	3
2.1.	Caraterísticas sociodemográficas	3
2.2.	Fatores psicossociais	4
2.3.	Estilo de vida	6
2.4.	Afeções de saúde	7
2.5.	Adesão à terapêutica	13
3.	Objetivos do estudo	15
4.	Metodologia	17
4.1.	Desenho do estudo e seleção da amostra	17
4.2.	Aplicação dos questionários e recolha de dados	18
4.3.	Questionário	18
4.4.	Análise estatística	19
5.	Resultados	21
5.1.	Caraterização da amostra	21
5.2.	Análise descritiva e comparativa	25
6.	Discussão dos Resultados	33
6.1.	Fatores de risco da depressão geriátrica com impacto na persistência da sintomatologia depressiva	33
6.1.1.	Autoperceção do estatuto socioeconómico	33
6.1.2.	Apoio do grupo de pares	33
6.1.3.	Défice de visão	34
6.1.4.	Adesão à terapêutica	34
6.2.	Limitações e pontos fortes do estudo	34
6.2.1.	Limitações	34
6.2.2.	Pontos Fortes	35
7.	Conclusão	37
8.	Bibliografia	39
9.	Apêndice	43
9.1.	Mini Mental State Examination	43
9.2.	Questionário-Fatores de Risco da Depressão Geriátrica	43
9.3.	Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	46



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra	21
Tabela 2 - Fatores psicossociais	22
Tabela 3 - Estilo de vida	23
Tabela 4 - Condições médicas	24
Tabela 5 - Cumprimento da terapêutica	24
Tabela 6 - Aplicação da Escala de Yesavage	25
Tabela 7 - Relação entre idade e grau de depressão	25
Tabela 8 - Relação entre sexo e grau de depressão	25
Tabela 9 - Relação entre estado civil e grau de depressão	26
Tabela 10 - Relação entre coabitação e grau de depressão	26
Tabela 11 - Relação entre habilitações literárias e grau de depressão	26
Tabela 12 - Relação entre autopercepção do estatuto socioeconómico e grau de depressão	27
Tabela 13 - Relação entre a participação nas atividades do quotidiano (atividades domésticas) e grau de depressão	27
Tabela 14 - Relação entre apoio do grupo de pares e grau de depressão	27
Tabela 15 - Relação entre ligação à família/apoio familiar e grau de depressão	27
Tabela 16 - Relação entre envolvimento em atividades sociais/passatempos e grau de depressão	28
Tabela 17 - Relação entre acontecimentos de vida stressantes e grau de depressão	28
Tabela 18 - Relação entre autopercepção do estado de saúde e grau de depressão	28
Tabela 19 - Relação entre história de doença mental pessoal ou familiar e grau de depressão	28
Tabela 20 - Relação entre consumo de álcool e grau de depressão	29
Tabela 21 - Relação entre consumo de Tabaco e grau de depressão	29
Tabela 22 - Relação entre prática de atividade física e grau de depressão	29
Tabela 23 - Relação entre autopercepção da qualidade do sono e grau de depressão	29
Tabela 24 - Relação entre autopercepção dos hábitos alimentares e grau de depressão	30
Tabela 25 - Relação entre práticas religiosas e grau de depressão	30
Tabela 26 - Relação entre alterações na mobilidade e grau de depressão	30
Tabela 27 - Relação entre défice de audição e grau de depressão	30
Tabela 28 - Relação entre défice de visão e grau de depressão	31
Tabela 29 - Relação entre comorbilidades ME e grau de depressão	31
Tabela 30 - Relação entre comorbilidades cardiometabólicas e grau de depressão	31
Tabela 31 - Relação entre cumprimento da terapêutica e grau de depressão	31



## Lista de Acrónimos

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
AVD's	Atividades de Vida Diárias
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GDS	Geriatric Depression Scale
HPA	Hipotálamo-Pituitária-Adrenal
ICPC-2	International Classification of Primary Care
IMB	International Business Machines
ME	Músculo-esquelético
MMSE	Mini Mental State Examination
MimUF	Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
P76	Perturbações Depressivas
SF-12	12-Item Short Form Health Survey
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados



## 1. Introdução

A depressão é uma patologia altamente prevalente na população geriátrica portuguesa, sendo considerada a doença psiquiátrica mais comum na terceira idade e uma das principais causas de incapacidade, comorbilidade e vulnerabilidade entre os idosos. (1) Assim, pelo peso crescente da população idosa em Portugal, quer devido à diminuição da taxa de natalidade, quer devido ao aumento da esperança média de vida, esta temática assume grande relevância em saúde pública. (2) A definição de depressão não é consensual, sendo os sistemas de classificações mais reconhecidos e aceites, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-V), criado pela Associação Americana de Psiquiatria. (3) Ainda assim, existem algumas diferenças entre ambos os sistemas, no que diz respeito ao diagnóstico de depressão.

Por um lado, o diagnóstico de depressão segundo a CID-10 requer a presença de dois dos três sintomas principais- humor deprimido, anedonia e perda de energia, enquanto o DSM-V vincula apenas a presença de um dos dois primeiros. Por outro lado, não existe uma correspondência direta entre os diagnósticos de depressão ligeira, moderada ou grave da CID e a depressão minor ou major do DSM. (4) (5) É, ainda, importante salientar que estas classificações são revistas periodicamente e que, apesar de já vigorar a CID-11, os artigos com menção à mesma são, ainda, escassos.

As perturbações depressivas no idoso caracterizam-se por uma considerável complexidade diagnóstica e por um elevado grau de polimorfismo clínico, que se reflete na dificuldade de reconhecimento de sintomas depressivos e na presença de queixas somáticas frequentes. Estes pontos, aliados ao risco de incapacidade que a patologia acarreta e ao impacto potencialmente grave da mesma na qualidade de vida do idoso, distinguem-na das perturbações depressivas em adultos mais jovens. (6)

Na população geriátrica, o humor deprimido, a anedonia e a ideação suicida são sintomas menos referidos, dando lugar à desesperança, fadiga, irritabilidade e aos pensamentos relacionados com a morte. Os sintomas somáticos e as alterações neurovegetativas, considerados secundários no diagnóstico pelo DSM-V, tornam-se preponderantes e contemplam exacerbação da dor, alterações de peso significativas não intencionais, perda de apetite, perturbações de sono e diminuição da energia. (7) Os sintomas cognitivos incluem as dificuldades de concentração, a diminuição da memória de trabalho e de recuperação, da velocidade de processamento e das novas aprendizagens, bem como a disfunção executiva e os sentimentos de inutilidade e culpa excessiva. (8) (9)

A atipia dos sintomas da depressão geriátrica e o erro de os considerar uma consequência natural do envelhecimento, resultam em altas taxas de subdiagnóstico e subtratamento. Contudo, existem outros fatores subjacentes e relacionados quer com o idoso e o seu médico, quer com o contexto, que influem na problemática do subdiagnóstico.

Os idosos referem receio em falar das suas alterações de humor devido à consciencialização do estigma associado à doença e à normalização da depressão enquanto parte integrante do processo de envelhecimento. Além disso, tendem a considerar as suas doenças crónicas de longa duração como uma causa justificável do seu humor deprimido. (10)(11)

Os Médicos de Família, embora reconheçam a elevada prevalência e incidência da depressão no idoso, bem como a sua recorrência e cronicidade, tendem a não a priorizar em contexto de consulta. Esta relutância em estabelecer diagnósticos de depressão e reavaliar sintomas após a instituição de terapêutica prende-se com o tempo limitado de consulta e com a dificuldade de encaminhamento aos cuidados de Saúde Mental. Além disto, é importante frisar que a depressão geriátrica é, muitas vezes, mascarada por outras patologias e pode coexistir com doenças físicas a que tanto os doentes como os médicos de Medicina Geral e Familiar dão prioridade. (3)(10)

Por último, a fragmentação do sistema é um obstáculo comum nos cuidados de Saúde Mental na idade geriátrica, uma vez que neles estão frequentemente envolvidos vários setores e prestadores de serviços. Esta problemática aumenta o fosso entre as necessidades de saúde mental dos idosos e as forças de trabalho dos profissionais de saúde que prestem estes serviços. (11)

## **2. Fatores de risco da Depressão Geriátrica**

Enquanto perturbação do humor complexa e comum no idoso, com elevada comorbilidade com doenças psiquiátricas e físicas, a depressão está associada a défices funcionais, cognitivos, físicos e sociais, com elevada incapacidade e aumento da mortalidade. (12) (4) Assim, a identificação do início e das condições específicas em que o quadro depressivo surge, são importantes para estabelecer o diagnóstico etiológico, tratamento e prognóstico. Nesse sentido, diversos estudos têm sido conduzidos com o objetivo de identificar as causas da depressão no idoso e qual a relação entre a idade avançada e a patologia depressiva. (2)

A depressão geriátrica afigura-se dentro de um amplo conjunto de componentes onde atuam fatores genéticos, psicossociais, culturais e socioeconómicos, pelo que a identificação dos fatores de risco de depressão no idoso assume grande relevância. Em primeiro lugar, a presença e persistência de sintomas depressivos, associadas a incapacidade funcional, aumentam a morbidade, conduzindo à diminuição da esperança de vida e uma maior mortalidade suicida e não suicida. (1) (13) Em segundo lugar, a investigação evidencia que a depressão no idoso está associada a um pior prognóstico das outras doenças e que estas, por sua vez, também impactam negativamente o curso da depressão. Por último, o prognóstico é significativamente pior do que o da depressão em faixas etárias mais jovens. (9) (13)

A crescente prevalência do número de idosos deprimidos e os grandes encargos que esta causa no Sistema Nacional de Saúde justificam o investimento na identificação de grupos e fatores de risco, especialmente os modificáveis que permitem o desenvolvimento de intervenções primárias, secundárias e terciárias, facilmente aplicadas à prática clínica e com impacto na redução dos custos de saúde. (1)(11) Com efeito, diversas investigações e revisões sistemáticas, centradas nos fatores de risco e protetores da patologia depressiva no idoso, têm sido conduzidas. Os resultados, na sua maioria, sugerem uma combinação entre fatores genéticos, sociodemográficos e psicossociais. São também enfatizados o estado de saúde física e mental, a incapacidade, o estilo de vida, a alimentação, as doenças pré-existentes e as medicações crónicas como potenciais influências na vulnerabilidade à depressão. (13) Contudo, é importante considerar a possível subjetividade de resultados, já que estes vão sempre variar de acordo com as populações em estudo.

### **2.1. Caraterísticas sociodemográficas**

As variáveis sociodemográficas incluem género, idade, estado civil e coabitação, escolaridade e autoperceção do estatuto socioeconómico. Por um lado, as taxas de depressão

geriátrica são mais altas no sexo feminino, independentemente da idade. Por outro, existem mais idosos com diagnóstico de depressão nas faixas etárias mais velhas (>85 anos), quando comparados com as camadas de idosos mais jovens (>65-<85 anos), independentemente do sexo. Assim sendo, a literatura identifica o sexo feminino e idade avançada como potenciais fatores de risco. (14)

Relativamente ao estado civil, ao categorizar os grupos em casados, viúvos, divorciados e solteiros, o maior número de idosos com diagnóstico de depressão divide-se entre os divorciados e os solteiros. As taxas mais baixas encontram-se no grupo com o regime conjugal casado. Existem, também, dados que reportam maior prevalência de depressão entre os que vivem sozinhos. (7)(14)(15)

Análises acerca da escolaridade revelam uma correlação significativa entre a depressão e as habilitações literárias, na relação inversa, ou seja, uma menor prevalência de patologia depressiva em indivíduos com mais habilitações, quando comparados com grupos com níveis médio e baixo de educação. (14)

A autoperceção do estatuto socioeconómico é, também, um fator com impacto na depressão, já que, os idosos com pior autoperceção experienciam maior stress financeiro e, conseqüentemente, apresentam taxas de depressão superiores. (13)(16)

## **2.2. Fatores psicossociais**

Os fatores psicossociais reúnem variáveis como a participação em atividades quotidianas, a ligação à família e o apoio do grupo de pares, os acontecimentos de vida stressantes, a perceção do estado de saúde e a história de doença mental pessoal ou familiar anterior. (14)(17)(18)

A depressão associa-se à diminuição da energia, ao aumento da fadiga e da incapacidade funcional, com perda de interesse nas atividades outrora rotineiras e pouca concentração na realização das mesmas. A perda de independência para as atividades de vida diárias (AVD's) está, portanto, associada a níveis mais altos de depressão, o que pode justificar-se pela relação bidirecional entre a incapacidade funcional e a depressão em que a perda de função física contribui para a depressão e a depressão pode também expressar-se através pela incapacidade funcional. (19)

Na mesma linha, também a não participação em atividades físicas aumenta os níveis de depressão na população geriátrica. (15) O exercício físico tem papel protetor na depressão, na medida em que, por um lado, funciona como uma distração dos pensamentos negativos,

permite o contacto social e a aquisição de novas competências e, por outro, tem efeitos fisiológicos como a libertação de endorfinas, norepinefrina e serotonina, hormonas com um papel preventivo na ocorrência de depressão. Além disto, os benefícios do exercício físico estendem-se ao domínio das doenças cardiovasculares e músculo-esqueléticas, contribuindo, assim, para um melhor nível global de saúde. (6)(17)

O apoio emocional e a frequência do contacto familiar tal como suporte do grupo de pares são considerados fatores protetores contra o aparecimento da depressão. Em congruência, a solidão e o isolamento social são constantemente identificados como fatores de risco para a saúde física e mental dos idosos, podendo levar à diminuição da funcionalidade e à maior dificuldade em realizar as atividades de vida diárias. (13)

As consequências do isolamento para a saúde mental da população geriátrica, têm vindo a ser amplamente estudadas no contexto da pandemia de COVID-19, avaliando o impacto da adoção de medidas de saúde pública como o confinamento e o encerramento de locais de convívio social. (15) Os resultados sugerem que o isolamento físico e as preocupações com a saúde tornam os idosos mais suscetíveis a sentirem-se deprimidos e ansiosos. (1)

Em congruência, o envolvimento em atividades de lazer ou passatempos é considerado uma mais-valia na manutenção da saúde mental e, portanto, um fator protetor da depressão geriátrica. (17)

Relativamente aos eventos de vida geradores de stress, vários artigos identificam o luto, os problemas com familiares, o sofrimento de entes próximos e as experiências traumáticas do passado como potenciadores de stress psicológico e, por inerência, relevantes para o risco de depressão. (13) Além disso, outros eventos pessoais modificadores da qualidade de vida como fraturas da anca, acidentes vasculares cerebrais e neoplasias também têm o seu impacto, visto que estes diagnósticos são, por si só, fatores de risco para a depressão no idoso, e têm também um papel cumulativo, gerador de padrões de multimorbilidade, que aumenta a prevalência de depressão geriátrica. (9) (14)

A perceção do estado de saúde é facilmente avaliada através do SF-12: "Em geral, diria que a sua saúde é: excelente, muito boa, boa, razoável ou má?" e permite fazer associações não só com problemas de saúde específicos e recuperação de episódios de doença, como também com a utilização dos serviços de saúde e as características sociodemográficas. (20) Segundo a perspetiva do idoso, a identificação dos fatores de risco e de proteção que impactam na sua saúde, especialmente os modificáveis e ambientais, pode desempenhar um papel orientador no ajuste dos seus hábitos de vida e na aquisição de práticas mais saudáveis. Este

autoconhecimento é considerado um modificador positivo da percepção do estado de saúde e, por conseguinte, um fator protetor da depressão. (1)(15) Em contrapartida, uma pior autoavaliação da saúde tem sido consistentemente considerada fator de risco para a depressão no idoso. (13)

Os antecedentes familiares de depressão, nomeadamente pais e irmãos, são fatores de risco para o desenvolvimento de depressão, facto justificado por muitos autores pela hereditariedade das perturbações de humor. (13) Por sua vez, também os episódios depressivos vivenciados no passado aumentam a probabilidade de reincidência. (19) Já as perturbações de ansiedade, passadas ou presentes, pela sua íntima relação com as disfunções interpessoais, também são *triggers* para o desenvolvimento de depressão no idoso. (13)(16)

### **2.3. Estilo de vida**

Os fatores relacionados com o estilo de vida, interligam-se com os fatores psicossociais, previamente referidos, e avaliam consumos de álcool e tabaco, atividades sociais e passatempos, atividade física, duração e qualidade do sono, hábitos alimentares e práticas religiosas. (14)(17)(18)

Quanto ao tabaco, as taxas de depressão são superiores nos idosos fumadores. Contudo, a mesma relação não se verifica no consumo de álcool, já que, as taxas de depressão são superiores nos idosos abstinentes, quando comparados com aqueles com consumo alcoólico normal ou de risco. (17)

Os distúrbios do sono são frequentemente referidos em doentes com perturbação depressiva, havendo na literatura referências ao impacto na continuidade e na qualidade do mesmo. (15) As perturbações mais referidas são a insónia, a hipersónia e a alteração nos ciclos sono-vigília. Assim, estudos que apontam para uma associação bidirecional entre perturbações do sono (sobretudo insónia) e depressão corroboram a tese de que os distúrbios de sono são fator de risco da depressão geriátrica. Contudo, existe, contrariamente ao expectável, evidência descrita de muitos antidepressivos também eles com efeitos adversos na qualidade e continuidade do sono. (21)

Os défices e as carências nutricionais, decorrentes de dietas pobres, também aumentam o risco de depressão no idoso. (17) Por um lado, a literatura relaciona a alimentação com a constituição do microbioma, reforçando que a adesão a uma dieta mediterrânea, baseada na ingestão de vegetais, frutas, legumes, feijão, soja e peixe, se associa positivamente a

marcadores de menor fragilidade e melhor função cognitiva e negativamente a marcadores inflamatórios. (1)(22) Por outro lado, há uma evidência crescente das interações bidirecionais entre o cérebro e a microbiota intestinal, que desempenham um papel no envelhecimento e em doenças neuropsiquiátricas como a depressão. (23) Assim, compreendendo que o microbioma pode refletir-se na saúde cerebral e, indiretamente, na depressão geriátrica, justifica-se o investimento em melhorar a dieta dos idosos, modulando a microbiota intestinal que, por sua vez, tem o potencial de promover um envelhecimento mais saudável.

A religião e as práticas religiosas estão presentes no quotidiano de uma larga fatia da população geriátrica portuguesa. De facto, o envolvimento religioso, enquanto constructo que inclui não só a força da crença religiosa como também comportamentos e relações, representa um recurso natural em alguns grupos, como os idosos e é, portanto, considerado um fator protetor da depressão geriátrica. A literatura reforça, contudo, que não é a crença religiosa em si que é protetora, mas sim os comportamentos ativos, estimulantes e/ou sociais que lhe estão associados. (24)

## **2.4. Afeções de saúde**

O défice de visão tem um impacto global na vida do idoso estando, portanto, associado a uma diminuição da capacidade funcional, quedas, isolamento social e redução da qualidade de vida, fatores que por si só também têm impacto negativo na saúde mental. Estudos de amplas bases populacionais confirmam a associação entre a deficiência visual e a depressão, alertando para as maiores taxas de subdiagnóstico de depressão nos indivíduos com baixa visão, quando comparado com indivíduos com boa visão. Esta realidade assume particular relevância no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, em que doenças como a diabetes e os acidentes vasculares cerebrais, que impactam negativamente a visão, são comuns na prática clínica. (20)

A par do défice de visão, também os problemas auditivos são potenciais fatores de risco no desenvolvimento de depressão no idoso. Apesar de a literatura não ser tão vasta relativamente a este défice, é sugerido que o seu tratamento melhora o prognóstico da doença já instituída. (1)

A multimorbilidade, definida como a coocorrência de múltiplas doenças crónicas, é uma condição complexa multifatorial, frequente na população geriátrica, que prejudica o estado funcional e a qualidade de vida. A investigação epidemiológica aponta para a coexistência frequente de multimorbilidade e depressão no idoso, reforçando que a sua copresença

despoleta uma cascata de perturbações, resultantes do envelhecimento acelerado e do esgotamento dos sistemas compensatórios, que culminam no aumento da incapacidade e mortalidade. (25)

Até à data, nenhum estudo investigou simultaneamente ambas as hipóteses, ou seja, a multimorbilidade que leva a depressão e a depressão que leva a multimorbilidade. Contudo, apesar da heterogeneidade entre os critérios clínicos nas diversas escalas de depressão e entre as definições de multimorbilidade, a literatura aponta que a patologia depressiva é mais provável em idosos com várias doenças crónicas, quando comparados com os que têm uma ou nenhuma, e que a presença de múltiplas doenças crónicas está associada a uma maior incidência de perturbações depressivas. (25)(26)

Muitas vezes, os mesmos fatores biológicos, psicossociais e relacionados com os cuidados estão implicados na depressão e na multimorbilidade, o que explica a transição de uma síndrome para outra e os potenciais mecanismos subjacentes à associação bidirecional entre ambas. Sendo os fatores psicossociais e relacionados com os cuidados de saúde sobreponíveis aos fatores de risco da depressão geriátrica, já anteriormente descritos, importa focar os fatores biológicos que são a inflamação, a sobrecarga vascular e metabólica. (25)

A maioria das doenças crónicas caracteriza-se por uma elevada carga inflamatória, prejudicial tanto para as funções físicas como cognitivas. A inflamação crónica acelera a evolução das doenças pré-existentes e pode ser acelerada pelo stress psicossocial, dieta pobre e inatividade física, fatores frequentemente presentes tanto na multimorbilidade quanto na depressão. As linhas de evidência que sugerem que a inflamação pode causar depressão apoiam-se, por um lado, em doenças caracterizadas por marcadores inflamatórios aumentados, como a síndrome metabólica ou doenças autoimunes, nas quais a resposta ao stress pode levar à depressão.

Por outro lado, sinais de funções imunológicas desreguladas, evidenciados por níveis elevados de marcadores inflamatórios no sistema periférico e por citocinas inflamatórias que enviam sinais para aumentar a inflamação cerebral no sistema nervoso central de indivíduos deprimidos, sugerem que a (neuro)inflamação é fator causal putativo da depressão. O facto de alguns agentes anti-inflamatórios mostrarem eficácia contra a depressão apoia, também, a hipótese da inflamação estar implicada nas causas de depressão. (25)(26)

Quanto à sobrecarga vascular, a depressão vascular define-se pelo início tardio ou pelo agravamento do curso da depressão de início precoce após o aparecimento de doença vascular, capaz de predispor, precipitar ou perpetuar síndromes depressivas geriátricas. É de destacar que a depressão de início precoce não permite excluir o diagnóstico de depressão vascular, uma vez que a história de depressão aumenta o risco de doença vascular e de acidente vascular.

A ligação bidirecional entre a doença vascular e a depressão apoia-se na presença de marcadores de disfunção vascular periférica e cerebral associados à depressão tardia e na carga cardiovascular, causada por aterosclerose, rigidez vascular e disfunção endotelial, ligada ao aparecimento e progressão da maioria das doenças crônicas e, portanto, ao aparecimento de multimorbidade e à má resposta aos antidepressivos. De facto, o controlo dos fatores de risco vascular, através de modificações do estilo de vida e terapêutica farmacológica, tem sido proposto como um alvo para a prevenção tanto da depressão como das doenças somáticas. (25)(26)

Relativamente à sobrecarga metabólica, as deficiências em vários sistemas endócrinos estão, também, intimamente ligadas à depressão e à acumulação de doenças crônicas. A desregulação da função do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) causa alterações estruturais cerebrais que podem traduzir-se em alterações de humor e sintomas cognitivos. Da mesma forma, respostas exageradas ao stress podem exercer um efeito prejudicial em quase todos os sistemas do corpo, facilitando o aparecimento de doenças crônicas. (25)

Referências consistentes à relação de reciprocidade entre a depressão e doenças crônicas e o envelhecimento, na medida em que a depressão acelera o envelhecimento biológico e predispõe ao aparecimento de doenças, e estas, por sua vez, também aumentam o risco de depressão no final da vida, vêm corroborar a associação bidirecional entre as duas condições. Portanto, a multimorbidade pode, efetivamente, constituir um fator de risco para a depressão posterior e a depressão pode predispor ao desenvolvimento da multimorbidade. (26)

A dificuldade reside, portanto, na categorização dos padrões de multimorbidade. Por um lado, a definição baseada na contagem de doenças (ou seja, a presença de 2 ou mais doenças) pode ser excessivamente simplista e carecer de poder discriminatório, uma vez que até 89% de uma população com mais de 60 anos seria abrangida no padrão de multimorbidade sob essa classificação. (25)

Por outro lado, a definição baseada na taxa de acumulação de doenças ao longo do tempo, pode ser mais adequada para captar o processo dinâmico do envelhecimento acelerado, mas é difícil de transpor para o contexto clínico. Por último, a definição baseada na agregação de tipos específicos de doenças físicas (por exemplo, musculoesqueléticas ou cardiovasculares) pode destacar uma associação diferencial adicional com a depressão, caracterizando mecanismos específicos que ligam a carga da doença e a depressão, o que pode facilitar a identificação de grupos de risco. (25)

Investigações recentes defendem a focalização nos sintomas ou grupos de sintomas individuais, destacando que diferentes doenças crônicas têm impacto diferencial no quadro clínico da depressão de cada doente. Ainda assim, as doenças mais frequentemente referidas nos padrões de multimorbilidade do idoso com depressão contemplam as cardiometabólicas e musculoesqueléticas. (25)

As doenças cardiovasculares são consideradas fator de risco da depressão geriátrica, não só pelo seu impacto na autopercepção do estado de saúde e nas capacidades físicas e cognitivas dos idosos, como também pelo impacto financeiro causado pela necessidade de medicação a longo prazo. Quanto à incapacidade funcional, diminui a independência dos idosos, desafia continuamente a gestão e readaptação de rotinas e estilos de vida e contribui para o isolamento social. Todas estas adversidades agravam a saúde mental e acentuam os sintomas depressivos. (27)

Assim, é natural que os fatores etiológicos das doenças cardiovasculares, que incluem hipertensão, diabetes, obesidade, alterações vasculares e hormonais, também tenham, direta ou indiretamente, um papel no desenvolvimento dos sintomas depressivos no idoso.

Relativamente à hipertensão arterial, a evidência de uma interligação entre a saúde mental e a hipertensão, resultante numa menor qualidade de vida, menor taxa de adesão ao tratamento e maior mortalidade entre os idosos é ampla. Os dados relatam uma correlação positiva entre hipertensão e depressão, sendo que a depressão aumenta o risco de hipertensão e, por sua vez, a hipertensão aumenta a gravidade da depressão. Um outro ponto de destaque é o facto de idosos hipertensos e deprimidos necessitarem de doses superiores de fármacos anti-hipertensores para um bom controlo da sua pressão arterial. (28)

A diabetes e a obesidade visceral, dois componentes-chave da síndrome metabólica, pela hiperatividade crónica do eixo HPA, aumentam, também, o risco de desenvolver depressão e doenças físicas crónicas. (25) A diabetes inclui não só a gestão dos sintomas como a dor

neuropática, a sensação de formiguelo nas mãos e nos pés e complicações como a retinopatia e a nefropatia, como também o cumprimento da medicação, o respeito pelas diretrizes dietéticas e a monitorização da glicemia. A junção de todos estes fatores impacta fortemente a qualidade de vida dos idosos e causa disfunção ou distúrbios psicológicos. Existem, inclusive, estudos de meta-análise que documentam que pessoas com diabetes têm uma probabilidade duas vezes superior de sofrer de depressão, pelo que, é expectável que a prevenção e o tratamento da depressão nos doentes diabéticos melhorem a sua qualidade de vida. (27) A obesidade, por seu turno, está documentada como um fator favorecedor da cronicidade da depressão. (18)

As alterações vasculares, extensamente abordadas no contexto da sobrecarga vascular, sugerem também a importância da patologia cerebrovascular, nomeadamente das lesões da substância branca, na etiologia da depressão geriátrica. (28) As hiperintensidades da substância branca, localizadas em estruturas subcorticais e nas suas projeções frontais, refletem anomalias microestruturais nos tratos de substância branca que ligam ao córtex pré-frontal a regiões subcorticais e corticais posteriores e associam-se à disfunção executiva. Esta associação levanta a hipótese da síndrome depressão-disfunção executiva, descrita em cerca de 30% dos idosos com depressão, com uma apresentação clínica distinta - anedonia, atraso psicomotor, incapacidade acentuada, falta de discernimento e desconfiança, mas ideação depressiva menos proeminente -, e uma fraca resposta aos antidepressivos. Esta apresentação é consistente com a rutura das redes frontais-subcorticais, já que a depressão se desenvolve em idosos com perturbações pré-existentes destas estruturas, nomeadamente, demência vascular, doença de Parkinson e acidente vascular cerebral. (26)

Dados que corroboram a associação entre a depressão e o acidente vascular cerebral documentam, por um lado, o crescente número de idosos deprimidos pós-AVC e destacam a importância de considerar a doença cerebrovascular uma característica cardinal da depressão vascular. Por outro lado, o risco 45% superior de indivíduos deprimidos sofrerem AVC, quando comparados a indivíduos não deprimidos e a maior taxa de mortalidade associada ao evento, bem como a superior probabilidade de acidentes vasculares cerebrais silenciosos em indivíduos deprimidos destacam a relação bidirecional entre as duas patologias. (26)

A patologia músculo-esquelética, com os défices na função motora e alterações na mobilidade associados, estão amplamente relacionados com níveis de depressão mais altos. De entre os vários problemas, a dor lombar é o que causa maiores limitações funcionais e maior agravamento da qualidade de vida dos idosos. O sofrimento psicológico tem sido associado à doença lombar persistente ou debilitante, tese corroborada por um estudo

longitudinal que mostrou que os idosos com pontuações mais elevadas de sintomas depressivos na linha de base duplicavam o risco de ter doença lombar 4 anos mais tarde. Da mesma forma, a lombalgia persistente pode ter um efeito recíproco na depressão tardia. (29)

A atividade física, já supracitada e descrita como fator protetor na patologia depressiva, tem também um papel importante na redução do risco de dor lombar crônica em idosos. Os múltiplos efeitos benéficos contemplam a redução da sarcopenia, a melhoria da postura e a ativação muscular e o aumento da autoeficácia e contribuem, indiretamente, para um melhor humor, atenuando a catastrofização da dor e a sintomatologia depressiva. (29)

A fratura da anca, traduzida no déficit ou incapacidade de mobilidade, também está altamente relacionada com a depressão geriátrica. Por um lado, os doentes com déficit cognitivo e depressão associada têm um risco acrescido de queda, o que valida dados que reportam que cerca de metade dos doentes com fraturas da anca têm déficit cognitivo e depressão. Por outro lado, a patologia depressiva é mais comum entre os pacientes com fratura da anca do que na população, em geral, e é um indicador de mau prognóstico da recuperação da mesma, o que é explicado pela perda de autonomia e de independência física do idoso. (30)

A síndrome de fragilidade, definida por défices de força e mobilidade, diminuição da capacidade energética e dos níveis de atividade física e perda de peso significativa, é considerada um fator de risco para a depressão geriátrica. A fragilidade é descrita como um estado de resiliência diminuída devido a uma desregulação multissistêmica nos sistemas músculo-esquelético, metabólico e de resposta ao stress, estando estes sistemas previamente apontados como perturbados na depressão tardia. (31)

A elevada prevalência desta síndrome e a sua associação bidirecional à depressão, destaca um subgrupo de idosos de elevado risco de morbimortalidade. Neste, incluem-se os idosos com envelhecimento biológico acelerado (quando a idade biológica é superior à idade cronológica), devido a doença psiquiátrica no início e no meio da idade adulta, por exemplo. (31)

Portanto, o desenvolvimento de métodos clínicos escaláveis para reconhecer o envelhecimento biológico acelerado, cuja manifestação comportamental clinicamente observada a meio ou no fim da vida é a síndrome de fragilidade física, pode ajudar a identificar os idosos com fenótipo biologicamente mais envelhecido, com disfunções fisiológicas específicas. (31)

O fenótipo do idoso frágil-deprimido é altamente prevalente e com elevado risco de mortalidade da depressão tardia. Os dados de investigação apontam que estes idosos têm taxas de respostas e remissão aos antidepressivos mais baixas e, quando o tratamento da depressão é eficaz, o contributo dos antidepressivos para melhoria da fragilidade é praticamente nulo. Estes resultados estabelecem a necessidade de investir na pesquisa de potenciais alvos de prevenção e tratamento, apontando diretamente para o resgate da fragilidade e da sua correspondente fisiopatologia como um alvo terapêutico neste fenótipo de alto risco. (31)

A literatura apresenta, inclusive, estudos que associam a depressão à doença de Parkinson, já que esta se manifesta por défices na mobilidade funcional e por agravamento progressivo da capacidade motora. (15)

## **2.5. Adesão à terapêutica**

Os cuidados de saúde primários são, na maioria das vezes, a primeira fonte à qual os idosos com sintomas depressivos recorrem e, conseqüentemente, os maiores prescritores antidepressivos à população geriátrica. Assim, é natural que os médicos de Medicina Geral e Familiar tenham um papel de relevo na adesão dos idosos à terapêutica antidepressiva. (32)

A literatura aponta a adesão à terapêutica antidepressiva como uma pedra basilar da melhoria sintomática. A não adesão associa-se a piores resultados clínicos, com taxas superiores de hospitalizações e mais idas às urgências, isto é, uma maior utilização dos serviços médicos. Existem, também, dados que apontam que a interrupção prematura da medicação se associa a um aumento de 77% do risco de recaída/recorrência. (32)

Numa perspetiva idílica, é expectável que o médico assuma um papel facilitador na adesão dos idosos à terapêutica antidepressiva. As intervenções devem focar-se em estratégias personalizadas que coloquem o doente no centro da decisão terapêutica. Ao valorizar a sua perspetiva, identificando as barreiras à adesão e os objetivos do tratamento e fornecendo literacia em saúde, nomeadamente acerca dos perfis de efeitos secundários dos fármacos, o médico promove a adesão do idoso. (32)

Um outro fator descrito como facilitador da adesão ao tratamento com medicação antidepressiva é a associação da psicoterapia à farmacoterapia, quando possível. Infelizmente, esta prática é pouco recorrente e os antidepressivos continuam a ser o

tratamento de primeira linha e, por vezes, o único oferecido aos idosos nos cuidados primários. (32)

De facto, estas estratégias de adesão são, ainda, intangíveis. Embora a integração dos serviços de apoio à saúde mental nos contextos dos cuidados primários seja amplamente recomendada, existem muitos desafios, incluindo a falta de recursos, infraestruturas deficientes e uma força de trabalho sobrecarregada e com elevada rotatividade. Estes fatores contribuem, indiretamente, para uma adesão mais fraca às terapêuticas. (32)

### **3. Objetivos do estudo**

Com o objetivo de avaliar a persistência de sintomatologia depressiva em idosos com diagnóstico de depressão e terapêutica antidepressiva instituída, foi construído um questionário original baseado nos fatores de risco da depressão geriátrica.

Já os objetivos secundários visados com esta investigação pretendem estabelecer relações entre estes fatores de risco e a persistência da sintomatologia depressiva, com recurso à Escala de Yesavage.



## 4. Metodologia

Este capítulo descreve o desenho do estudo, os critérios de seleção da amostra, os procedimentos de aplicação dos questionários e recolha de dados, bem como a abordagem utilizada para análise estatística dos resultados.

Os elementos metodológicos foram cuidadosamente delineados para investigar a persistência da sintomatologia depressiva em idosos diagnosticados com depressão e em terapêutica antidepressiva instituída.

### 4.1. Desenho do estudo e seleção da amostra

A primeira parte deste trabalho resulta de uma revisão da literatura e deve, em si mesma, ser entendida como parte integrante da investigação, e não apenas como contextualização da parte empírica, dado que se procura elencar os principais fatores de risco da depressão geriátrica. A construção do estado da arte baseou-se na leitura e análise de vários artigos científicos, recorrendo à base de dados da PubMed.

A pesquisa foi conduzida entre o dia 1 e o dia 7 de junho de 2023, tendo sido realizada através da seguinte equação de pesquisa: “*((Depression OR Depressive disorder OR Depressive Symptom OR Emotional Depression OR Geriatric Depression OR Late-life depression) AND (Aged OR Elderly OR Older people) AND (Risk Factors OR antidepressants OR Antidepressive Agents OR Anti depressive Agents OR Antidepressant Drug OR Antidepressant Medication OR Depression risk factors))*”.

A pesquisa foi realizada em língua inglesa e portuguesa. Os artigos selecionados têm datas de publicação entre 2018 e 2023 e foram escolhidos após leitura e análise dos seus abstracts. Foram ainda analisados artigos considerados relevantes encontrados nas referências dos trabalhos inicialmente selecionados e dissertações de mestrado presentes nos repositórios das Universidades. No total, foram utilizados 35 artigos na realização da presente dissertação.

Após a revisão de literatura na qual se baseia o questionário, e dada a parceria estabelecida com a UCSP de Belmonte, pertencente ao ACeS da Cova da Beira, surgiu a oportunidade de validar o questionário supracitado, aplicando-o aos utentes com idade igual ou superior a 65 anos e diagnóstico de depressão, pertencentes a esta UCSP.

Em relação aos utentes participantes no estudo, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão a aplicar. Os critérios de inclusão consideram os idosos inscritos na UCSP de Belmonte com idade igual ou superior a 65 anos, à data da recolha dos dados, e diagnóstico de depressão.

Excluem-se deste estudo os idosos hospitalizados, os que não falam ou compreendem a língua portuguesa bem como os que apresentam défices sensoriais que invalidam a sua compreensão, nomeadamente a surdez e a presbiacúsia. São também excluídos os idosos com diagnóstico de demência já que o défice cognitivo inviabiliza a validação dos dados de autorrelato. Numa segunda fase, são excluídos os utentes com codificação de diagnóstico de Perturbação Depressiva (P76 na ICPC-2) desatualizada, ou seja, os utentes que mantêm a codificação de depressão na sua “Lista de Problemas”, mas sem cumprir terapêutica há mais de 12 meses. Adicionalmente, é critério de exclusão a inexistência de consultas de seguimento na UCSP há mais de 6 meses, justificado pela ausência de dados recentes relativos ao estado da doença e controlo da mesma. Por último, não farão parte da amostra todos os idosos que não pretendam participar no questionário.

Este estudo de investigação foi previamente aprovado pelo Centro de Saúde de Belmonte e pelo Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Cova da Beira.

## **4.2. Aplicação dos questionários e recolha de dados**

No que diz respeito à aplicação do questionário, a mesma foi feita, pela investigadora, aos idosos. Estes foram aleatoriamente escolhidos e o seu consentimento informado foi sempre previamente obtido, verbalmente, pela Orientadora.

Os questionários foram aplicados entre o dia 21 de dezembro de 2023 e o dia 12 de janeiro de 2024.

## **4.3. Questionário**

Num primeiro momento, foram explicados o desenho e os objetivos da investigação aos idosos contactados, com o intuito de obter o seu consentimento livre, informado e esclarecido. Foi garantida a proteção integral dos seus dados e a possibilidade de desistir da participação a qualquer momento.

Na amostra de utentes que aceitou participar no questionário, foi aplicada uma versão curta do Mini Mental State Examination (MMSE), para excluir idosos com défice cognitivo, já que, tal como na demência, a sua presença impede a validação dos dados de autorrelato.

Esta versão curta do MMSE é baseada na versão portuguesa do mesmo, com um tempo de aplicação não excede os 5 minutos, que não envolve material extra como cartões, papel e lápis e que apresenta valores de sensibilidade e especificidade semelhantes aos da versão original. (33)

Para a discriminação entre sujeitos normais e sujeitos com défice cognitivo ligeiro, utilizamos o ponto de corte 5/6, que apresenta uma boa sensibilidade (0,97) apesar de baixa especificidade (0,47). No entanto, a baixa especificidade significa que muitos sujeitos normais poderão ser considerados como tendo defeito (falsos positivos), o que não é uma questão importante no contexto de um teste de triagem/rastreio. (34)

Nos idosos em que foi garantida a ausência de défice cognitivo, a investigadora aplicou um questionário, baseado na revisão dos principais fatores de risco identificados na depressão geriátrica (em apêndice), elaborado no Google Forms, no qual consta um total de 24 questões de escolha múltipla (resposta única).

Num último momento, foi aplicada a escala de depressão geriátrica de Yesavage- versão curta. A versão inicial da escala de Yesavage é composta por 30 itens (GDS-30) e deu lugar à forma abreviada com 15 itens (GDS-15), validada e amplamente utilizada na população idosa, que permite a obtenção dos mesmos resultados com a vantagem de requerer menos tempo (6 minutos, aproximadamente), ideal para aplicandos com capacidade limitada de concentração durante longos períodos. (33)

A GDS-15 pontua as respostas sugestivas de existência de depressão com 1 ponto, devendo a soma da pontuação final das 15 questões corresponder a uma de três categorias – sem depressão (0-5 pontos), depressão ligeira (6-10 pontos) e depressão grave (11-15 pontos).

O questionário foi sujeito a uma pré-validação de 4 utentes, escolhidos aleatoriamente, que obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão. Após a análise da coerência das respostas obtidas, do tempo do questionário, que rondou os 15 minutos, e das dificuldades percecionadas pelos utentes, foi elaborado o questionário definitivo. Os idosos que participaram na validação do questionário foram convidados a integrar o estudo.

#### **4.4. Análise estatística**

Para a análise estatística do estudo recorreu-se aos programas informáticos Microsoft Excel 2023 e International Business Machines (IBM) Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 27.0. Numa primeira fase, foi realizada uma análise descritiva das variáveis em

estudo. De seguida, exploraram-se as relações entre as diferentes variáveis recorrendo à inferência estatística, tendo sido considerado um nível de significância de 5%.

## 5. Resultados

Neste capítulo, são apresentados e interpretados os resultados da investigação acerca da persistência da sintomatologia depressiva em idosos com diagnóstico de depressão e tratamento antidepressivo estabelecido.

### 5.1. Caracterização da amostra

Aquando da consulta dos dados na Plataforma MimUF, pela Orientadora da presente dissertação e médica de família na UCSP de Belmonte, a Dra Celina Rosa, a 10 de julho de 2023, o número de idosos com idade igual ou superior a 65 anos, à data, e diagnóstico de depressão, remete para um universo composto por 306 utentes. A amostra será o resultado da aplicação dos critérios de exclusão.

Após a aplicação dos critérios supracitados, com recurso à consulta dos processos clínicos na plataforma SClínico, foram excluídos 99 utentes com codificação de diagnóstico desatualizada, 4 indivíduos sem consultas de seguimento na UCSP, há mais que 6 meses, 17 doentes com diagnóstico de demência e 5 indivíduos codificados com “Surdez” ou “Presbiacusia”.

Os utentes foram selecionados aleatoriamente e contactados telefonicamente. Dos 41 que aceitaram participar no estudo, 8 foram excluídos após a aplicação da versão curta do MMSE, por apresentarem défice cognitivo. Portanto, o questionário e a escala de Yesavage foram aplicados a uma amostra de 33 idosos.

Segundo os dados expressos na Tabela 1, a amostra é constituída maioritariamente por jovens idosos (60.6%) e indivíduos do sexo feminino. Dos 33 idosos inquiridos, 18 são casados ou em união de facto. Relativamente à coabitação, cerca de metade da amostra vive com cônjuge.

As habilitações literárias de 3 em cada 4 dos utentes são “igual ou inferiores ao 9ºano” e o mesmo número autoperciona um estatuto socioeconómico médio.

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra

Idade	Frequência absoluta	%
Jovens Idosos (65-74)	20	60.6
Idosos (75-84)	13	39.4
Grandes Idosos ( $\geq$ 85)	0	0

<b>Sexo</b>		
Feminino	21	63.6
Masculino	12	36.4
<b>Estado Civil</b>		
Casado/a ou união de facto	18	54.5
Divorciado/a	5	15.2
Solteiro/a	1	3.0
Viúvo/a	9	27.3
<b>Coabitação</b>		
Cônjuge	16	48.5
Família Alargada	5	15.2
Vive sozinho/a	12	36.4
<b>Habilitações Literárias</b>		
Analfabetismo	2	6.1
9º ano ou inferior	22	66.7
12º ano	4	12.1
Bacharelato, licenciatura ou superior	5	15.2
<b>Autoperceção do estatuto socioeconómico</b>		
Baixo	8	24.2
Médio	25	75.8

A análise da tabela 2 permite inferir que a maioria dos inquiridos participa nas atividades do quotidiano e envolve-se em atividades sociais/passatempos, tendo apoio do grupo de pares e uma ligação de proximidade com a família. Na amostra, 80% dos utentes refere acontecimentos de vida stressantes e percentagem semelhante percebe o seu estado de saúde como “médio”.

Tabela 2 - Fatores psicossociais

Participação nas atividades do quotidiano	Frequência Absoluta	%
Não	6	18.2
Sim	27	81.8
<b>Apoio do grupo de pares</b>		
Não	3	9.1
Sim	30	90.9
<b>Ligação à família/ apoio familiar</b>		
Não	2	6.1

Sim	31	93.9
<b>Envolvimento em atividades sociais/passatempos</b>		
Não	10	30.3
Sim	23	69.7
<b>Acontecimentos de vida stressantes</b>		
Não	7	21.2
Sim	26	78.8
<b>Autopercepção do estado de saúde</b>		
Boa	3	9.1
Média	26	78.8
Má	4	12.1
<b>História de doença mental pessoal ou familiar anterior</b>		
Não	27	81.8
Sim	6	18.2

Os consumos de tabaco e etanoicos dos idosos da amostra, expressos na tabela 3, afiguram-se pouco comuns. A prática de exercício físico é pouco frequente entre os indivíduos da amostra, contudo, a maioria afirma ter uma alimentação saudável.

Dois em cada três inquiridos reporta uma qualidade de sono média e as práticas religiosas fazem parte do quotidiano de metade dos utentes.

Tabela 3 - Estilo de vida

Consumo de álcool	Frequência Absoluta	%
Não/esporádico	29	87.9
Sim	4	12.1
<b>Consumo de tabaco</b>		
Não	23	69.7
Sim	10	30.3
<b>Prática de atividade física</b>		
Não	25	75.8
Sim	8	24.2
<b>Autopercepção da qualidade do sono</b>		
Boa	5	15.1
Média	22	66.7
Má	6	18.2
<b>Autopercepção dos hábitos alimentares</b>		

Bons/saudáveis	29	87.9
Maus/pouco saudáveis	4	12.1
<b>Práticas religiosas</b>		
Não	18	54.5
Sim	15	45.5

Os dados expressos na tabela 4 permitem concluir que cerca de metade dos idosos inquiridos apresenta alterações na mobilidade e 40% tem comorbilidades cardiometabólicas ou músculo-esqueléticas. Constata-se, igualmente, que os défices de visão e audição não apresentam expressão significativa na amostra em causa.

Tabela 4 - Condições médicas

Alterações na mobilidade	Frequência Absoluta	%
Não	17	51.5
Sim	16	48.5
<b>Défice de Audição</b>		
Não	23	69.7
Sim	10	30.3
<b>Défice de Visão</b>		
Não	30	90.9
Sim	3	9.1
<b>Comorbilidades cardiometabólicas</b>		
Não	20	60.6
Sim	13	39.4
<b>Comorbilidades ME</b>		
Não	19	57.6
Sim	14	42.4

A maioria dos utentes refere cumprir com rigor a terapêutica médica antidepressiva, não havendo nenhum idoso a admitir o não cumprimento total da mesma (tabela 5).

Tabela 5 - Cumprimento da terapêutica

Cumprimento da terapêutica	Frequência Absoluta	%
Sim	26	78.8
Algumas Falhas	7	21.2
Não	0	0

Após a análise da Escala de Yesavage, verifica-se que 22 utentes não apresentam sintomatologia depressiva, havendo 9 com depressão ligeira e 2 com depressão grave (tabela 6).

Tabela 6 - Aplicação da Escala de Yesavage

Grau de depressão	Frequência Absoluta	%
Sem depressão	22	66.7
Depressão leve	9	27.3
Depressão Grave	2	6.0

## 5.2. Análise descritiva e comparativa

A idade e o grau de depressão não são variáveis com associação estatisticamente significativa. Ainda assim, é importante reforçar que os jovens idosos são, na sua maioria, não deprimidos (n=15; 68.2%) e que todos os utentes com depressão grave pertencem ao grupo dos idosos (tabela 7).

Tabela 7 - Relação entre idade e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Jovens Idosos	15 (68.2%)	5 (55.6%)	0	0.192
Idosos	7 (31.8%)	4 (44.4%)	2 (100%)	(não significativo)

O teste de Fisher evidencia que não existe qualquer associação entre o sexo dos utentes e o nível de depressão dos indivíduos da amostra (tabela 8).

Tabela 8 - Relação entre sexo e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Feminino	14 (63.6%)	6 (66.7%)	1 (50%)	1.00
Masculino	8 (36.4%)	3 (33.3%)	1 (50%)	(não significativo)

Em relação ao estado civil, a tabela 9 mostra que a maioria dos idosos sem depressão estão casados ou em união de facto (n=13; 59.1%) e que todos os indivíduos com depressão grave (n=2; 100%) são viúvos. Contudo, não se observa associação estatisticamente significativa entre o grau de depressão e a variável do estado civil.

Tabela 9 - Relação entre estado civil e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Casado/a	13 (59.1%)	5 (55.6%)	0	0.357 (não significativo)
Divorciado	4 (18.2%)	1(11.1%)	0	
Solteiro	1 (4.5%)	0	0	
Viúva	4 (18,2%)	3 (33.3%)	2 (100%)	

Sobre a variável da coabitação, a tabela 10 ressalva que todos os idosos que apresentam depressão grave (n=2; 100%) vivem sozinhos, ao passo que entre os indivíduos que não apresentam depressão, metade (n=11; 50%) coabita com o respetivo cônjuge. No entanto, apesar de dar destaque às associações supracitadas, o teste de Fisher não permita estabelecer uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis (p-value > 0.05).

Tabela 10 - Relação entre coabitação e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Cônjuge (se aplicável)	11 (50%)	5 (55.6%)	0	0.091 (não significativo)
Família alargada	2 (9.1%)	3 33.3%)	0	
Vive sozinho/a	9 (40.9%)	1 (11.1%)	2 (100%)	

A análise comparativa expressa na tabela 11 não permite observar uma associação estatisticamente significativa entre grau de depressão e habilitações literárias.

Tabela 11 - Relação entre habilitações literárias e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Analfabetismo	1 (4.5%)	0	1 (50%)	0.210 (não significativo)
9º Ano ou inferior	14 (63.6%)	7 (77.8%)	0	
12º Ano	2 (9.1%)	2 (22.2%)	0	
Bacharelato, Licenciatura ou superior	5 (22.7%)	0	1 (50%)	

Segundo o teste de Fisher, há uma associação estatisticamente significativa entre o grau de depressão e a autoperceção do estatuto socioeconómico (p-value < 0.05). Neste tópico, salienta-se o facto de 90.9% dos idosos sem depressão se percecionarem num estatuto socioeconómico médio, ao passo que todos os indivíduos com depressão grave se posicionam num baixo estatuto (tabela 12).

Tabela 12 - Relação entre autopercepção do estatuto socioeconômico e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Baixo	2 (9.1%)	4 (44.4%)	2 (100%)	0.004
Médio	20 (90.9%)	5 (55.6%)	0	

A participação nas atividades do cotidiano e o grau de depressão não são variáveis com associação estatisticamente significativa (tabela 13).

Tabela 13 - Relação entre a participação nas atividades do cotidiano (atividades domésticas) e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Não	4 (18.2%)	1 (11.1%)	1 (50%)	0.548 (não significativo)
Sim	18 (81.8%)	8 (88.9%)	1 (50%)	

A tabela 14 destaca que todos os idosos sem depressão (n=22, 100%) têm apoio do grupo de pares. Segundo o teste de Fisher, as variáveis supracitadas têm associação estatisticamente significativa (p-value<0.05).

Tabela 14 - Relação entre apoio do grupo de pares e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Não	0	2 (22.2%)	1 (50%)	0.019
Sim	22 (100%)	7 (77.8%)	1 (50%)	

A tabela 15 permite inferir que, independentemente do nível de depressão, a maioria dos idosos da amostra em estudo tem ligação à família. Contudo, o nível de significância não permite estabelecer com confiança uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Tabela 15 - Relação entre ligação à família/apoio familiar e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Não	0	2 (22.2%)	0 (50%)	0.104 (não significativo)
Sim	22 (100%)	7 (77.8%)	2 (100%)	

Segundo a tabela 16, o envolvimento em atividades sociais e passatempos não é uma variável que apresente associação estatisticamente significativa com o grau de de depressão. Contudo, é de salientar que a maior parte dos idosos sem depressão (n=17, 77.3%) ou com depressão leve (n=6, 66.7%) se envolve em atividades. Destaca-se, também, que todos os idosos com depressão grave (n=2, 100%) negam o envolvimento em passatempos.

Tabela 16 - Relação entre envolvimento em atividades sociais/passatempos e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Não	5 (22.7%)	3 (33.3%)	2 (100%)	0.104 (não significativo)
Sim	17 (77.3%)	6 (66.7%)	0	

Embora o teste de Fisher não permita estabelecer uma associação com significância estatística entre a presença de acontecimentos de vida stressantes e o grau de depressão dos idosos da amostra, é interessante notar, na tabela 17, que todos os idosos com depressão grave e a maioria dos que apresenta depressão ligeira (n=8, 88.9%) referem a presença de eventos geradores de stress.

Tabela 17 - Relação entre acontecimentos de vida stressantes e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Não	6 (27.3%)	1 (11.1%)	0	0.778 (não significativo)
Sim	16 (72.7%)	8 (88.9%)	2 (100%)	

Comparando as variáveis da autoperceção do estado de saúde e do grau de depressão, à luz do Teste de Fisher, não existe associação estatística entre ambas. Ainda assim, pode destacar-se que grande parte dos idosos da amostra se revê num estado de saúde médio. Quanto à perceção de um bom estado de saúde, é apenas referida por 3 dos 33 utentes (tabela 18).

Tabela 18 - Relação entre autoperceção do estado de saúde e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Boa	3 (13.6%)	0	0	0.118 (não significativo)
Média	18 (81.8%)	7 (77.8%)	1 (50%)	
Má	1 (4.5%)	2 (22.2%)	1 (50%)	

O teste de Fisher evidencia que não existe qualquer associação entre a presença de história de doença mental pessoal ou familiar e o grau de depressão dos indivíduos da amostra (tabela 19).

Tabela 19 - Relação entre história de doença mental pessoal ou familiar e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Não	18 (81.8%)	7 (77.8%)	2 (100%)	1.0 (não significativo)
Sim	4 (18.2%)	2 (22.2%)	0	

Para a variável consumo de álcool e grau de depressão, o teste de Fisher não permite estabelecer associações estatisticamente significativas. Contudo, a tabela 20 destaca que a

grande maioria da amostra não refere hábitos etanoicos- 90.9% dos idosos sem depressão, 77.8% dos que apresentam nível de depressão leve e 100% dos utentes com depressão grave.

Tabela 20 - Relação entre consumo de álcool e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Não/ esporádico	20 (90.9%)	7 (77.8%)	2 (100%)	0.661 (não significativo)
Sim	2 (9.1%)	2 (22.2%)	0	

O consumo de tabaco não apresenta significância estatística quando comparado com o grau de depressão. Na tabela 21, destaca-se que, independentemente do nível de depressão, a maior parte dos idosos da amostra são não fumadores.

Tabela 21 - Relação entre consumo de Tabaco e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Não	14 (63.6%)	7 (77.8%)	2 (100%)	0.577 (não significativo)
Sim	8 (36.4%)	2 (22.2%)	0	

Segundo a tabela 22, a grande maioria dos utentes inquiridos não pratica atividade física – 63.3% dos não deprimidos e 100% dos que apresentam depressão ligeira e grave. Ainda assim, o teste de Fisher não permite estabelecer com confiança uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis (p-value >0.05).

Tabela 22 - Relação entre prática de atividade física e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Não	14 (63.6%)	9 (100%)	2 (100%)	0.096 (não significativo)
Sim	8 (36.4%)	0	0	

A auto percepção da qualidade do sono e o grau de depressão não são variáveis com associação estatisticamente significativa (tabela 23).

Tabela 23 - Relação entre auto percepção da qualidade do sono e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Boa	4 (18.2%)	1 (11.1%)	0	0.749 (não significativo)
Média	15 (68.2%)	6 (66.7%)	1 (50%)	
Má	3 (13.6%)	2 (22.2%)	1 (50%)	

Segundo o teste de Fisher, não existe associação estatisticamente significativa entre a variável do grau de depressão e a auto percepção dos hábitos alimentares (p-value >0.05). Ainda assim, é importante destacar que os idosos não deprimidos ou com depressão leve

referem, na sua maioria, hábitos saudáveis, enquanto os indivíduos com depressão grave se dividem de igual modo entre os bons hábitos e os poucos saudáveis (tabela 24).

Tabela 24 - Relação entre autopercepção dos hábitos alimentares e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Bons/saudáveis	21 (95.5%)	7 (77.8%)	1 (50%)	0.057 (não significativo)
Maus/pouco saudáveis	1 (4.5%)	2 (22.2%)	1 (50%)	

A tabela 25 evidencia que não existe associação estatisticamente significativa entre as práticas religiosas e o grau de depressão dos idosos da amostra.

Tabela 25 - Relação entre práticas religiosas e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Não	14 (63.6%)	3 (33.3%)	1 (50%)	0.278 (não significativo)
Sim	8 (36.4%)	6 (66.7%)	1 (50%)	

Apesar de não existir associação estatisticamente significativa entre as variáveis da tabela 26, os idosos sem depressão não apresentam, na sua maioria, alterações na mobilidade. Por outro lado, mais de metade dos indivíduos com depressão moderadas (n=5, 55.6%) e a totalidade dos indivíduos com depressão grave (n=2, 100%) refere queixas.

Tabela 26 - Relação entre alterações na mobilidade e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Não	13 (59.1%)	4(44.4%)	0	0.327 (não significativo)
Sim	9 (40.9%)	5 (55.6%)	2(100%)	

Quanto ao déficit de audição, embora o teste não permita que se estabeleça uma associação estatisticamente significativa com o nível de depressão (p-value > 0.05), não podemos deixar de destacar que todos os idosos com depressão grave (n=2, 100%) têm déficit de audição e que a maioria dos indivíduos não deprimidos ou com nível de depressão leve não têm (tabela 27).

Tabela 27 - Relação entre déficit de audição e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Não	15 (68.2%)	8 (88.9%)	0	0.060 (não significativo)
Sim	7 (31.8%)	1 (11.1%)	2(100%)	

O Teste de Fisher permite estabelecer uma associação estatisticamente significativa entre déficit de visão e o grau de depressão dos idosos ( $p\text{-value} < 0.05$ ), salientando-se que todos os idosos não deprimidos apresentam visão intacta (tabela 28).

Tabela 28 - Relação entre déficit de visão e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Não	22 (100%)	7 (77.8%)	1 (50%)	0.019
Sim	0	2 (22.2%)	1 (50%)	

As comorbidades não apresentam associação estatisticamente significativa quando comparadas com o grau de depressão (tabela 29). Ainda assim, é de notar que mais de metade dos idosos com depressão leve tem doenças cardiometabólicas ( $n=5$ , 55.6%) e que todos os idosos com depressão grave ( $n=2$ , 100%) apresentam patologia músculo-esquelética (tabela 30).

Tabela 29 - Relação entre comorbidades ME e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Não	14 (63.6%)	5 (55.6%)	0	0.254
Sim	8 (36.4%)	4 (44.4%)	2 (100%)	(não significativo)

Tabela 30 - Relação entre comorbidades cardiometabólicas e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Não	15 (68.2%)	4 (44.4%)	1 (50%)	0.428
Sim	7 (31.8%)	5 (55.6%)	1 (50%)	(não significativo)

De acordo com o Teste de Fisher, existe associação estatisticamente significativa entre o grau de depressão e o cumprimento da terapêutica antidepressiva ( $p\text{-value} < 0.05$ ). Observa-se que o grupo de idosos sem depressão cumpre, na sua maioria, a terapêutica, ao passo que, todos os idosos com depressão grave ( $n=2$ , 100%) admitem algumas falhas no cumprimento da mesma (tabela 31).

Tabela 31 - Relação entre cumprimento da terapêutica e grau de depressão

	Sem Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	p-value
Algumas falhas	2 (9.1%)	3 (33.3%)	2 (100%)	0.007
Sim	20 (90.9%)	6 (66.7%)	0	



## **6. Discussão dos Resultados**

A depressão geriátrica é uma patologia comum e modificável, porém pouco reconhecida e, conseqüentemente, subtratada. A sua prevalência deve-se à maior vulnerabilidade na velhice, em que fatores como a solidão, a falta de interação social e de atividades agradáveis, as doenças crônicas e o luto são prevalentes. (11) Assim, pelo facto de ser uma patologia impactada por tantos fatores, os idosos com diagnóstico de depressão devem ser reavaliados com alguma periodicidade.

Com efeito, a aplicação da escala de Yesavage aos utentes da amostra evidencia que 11 dos 33, ou seja, um em cada três, continuam a apresentar sintomatologia depressiva apesar do diagnóstico de depressão estabelecido e da terapêutica antidepressiva instituída.

De facto, a sobrelotação dos serviços e a escassez de recursos humanos contribuem, não só para uma prevenção e diagnóstico insuficientes, como também para um seguimento ineficiente dos idosos diagnosticados, resultando na persistência de sintomas em idosos diagnosticados e medicados com terapêutica antidepressiva.

### **6.1. Fatores de risco da depressão geriátrica com impacto na persistência da sintomatologia depressiva**

Segundo a análise de resultados do presente estudo, os fatores de risco que se afiguram como relevantes para a persistência de sintomatologia depressiva no idoso com diagnóstico de depressão e terapêutica antidepressiva instituída são o estatuto socioeconómico, o apoio do grupo de pares, o défice de visão e o cumprimento da terapêutica.

#### **6.1.1. Autoperceção do estatuto socioeconómico**

A autoperceção do estatuto socioeconómico é um fator com impacto na persistência da sintomatologia depressiva, sendo que os idosos com pior autoperceção experienciam maior stress financeiro e, conseqüentemente, apresentam taxas de depressão superiores. Segundo a literatura, os países que apostam em projetos de luta contra a pobreza nas camadas mais velhas da sociedade, têm resultados positivos em saúde, reforçando que uma melhoria do rendimento pode levar a menos perturbações psicossociais. (16)

#### **6.1.2. Apoio do grupo de pares**

O apoio do grupo de pares é apresentado como um fator protetor da depressão geriátrica. Neste tema, a literatura é vasta e socorre-se essencialmente de estudos de intervenção

precoce e eficaz na saúde mental durante a Pandemia de COVID-19. Segundo os autores, o isolamento social e a falta de atividade social são fatores geradores de sofrimento psicológico identificados como um grave problema de saúde pública entre os adultos mais velhos. (1)

### **6.1.3. Défice de visão**

Quanto ao défice de visão, pelo impacto global que tem na vida do idoso, tanto a nível funcional, como na esfera social, é descrito como um fator de relevo na persistência da sintomatologia depressiva. De facto, a relação bidirecional entre o défice de visão e a depressão enfatiza que uma função visual mais fraca pode levar à perda de interesse em atividades outrora valorizadas e que o humor deprimido pode influenciar a perceção que o idoso tem da sua função visual. (20)

Adicionalmente, é importante destacar que o maior preditor de depressão é a pior função visual autorrelatada, facto que deve alertar os médicos a não assumir a probabilidade de depressão apenas com base no nível de visão avaliado pela acuidade visual. Não obstante, pelo impacto que estes défices apresentam na depressão geriátrica, devem ser feitos esforços no sentido da correção daqueles que se apresentem como reversíveis.

### **6.1.4. Adesão à terapêutica**

O desafio de proporcionar um tratamento eficaz para a depressão geriátrica, em contexto de cuidados de saúde primários, é constante e, de facto, o cumprimento da terapêutica antidepressiva associa-se positivamente ao melhor controlo da sintomatologia depressiva. Segundo as diretrizes, a associação de psicoterapia com intervenções personalizadas centradas na identificação de barreiras à adesão permite melhorar significativamente a adesão dos idosos à farmacoterapia. Contudo, numa perspetiva realista, em que os recursos e o tempo de consulta são escassos, nem sempre é fácil para o médico investir em estratégias de adesão personalizadas. (32)

## **6.2. Limitações e pontos fortes do estudo**

### **6.2.1. Limitações**

O trabalho de investigação desenvolvido apresenta algumas limitações. A primeira a destacar deve-se à eventualidade de este questionário original, elaborado pela autora, poder não contemplar fatores de risco para a depressão geriátrica mais vincados nos idosos das

populações do interior, como é o caso da população alvo deste estudo. Contudo, não foi encontrada bibliografia que pesasse esta distinção.

A segunda limitação deve-se ao tamanho diminuto da amostra, que pode contribuir para algum enviesamento nos resultados obtidos.

### **6.2.2. Pontos Fortes**

Os pontos fortes deste projeto prendem-se com a extensa e meticulosa revisão dos fatores de risco da depressão geriátrica, na qual foi baseada a elaboração do questionário. Este, pela rigorosa forma de aplicação, proporciona uma base sólida para as conclusões alcançadas.

A linguagem utilizada ao longo do inquérito é perceptível e adequada à população em estudo, estando a investigadora disponível a responder a possíveis dúvidas que as questões pudessem suscitar. O facto de a generalidade das questões serem de escolha múltipla, facilitou as respostas.

Por fim, o facto de o questionário ser facilmente aplicável, quer a outras populações geriátricas, quer a outras faixas etárias de utentes com diagnóstico de depressão e terapêutica antidepressiva instituída, permite retirar conclusões de relevo para eventuais melhorias na personalização dos serviços de saúde mental.



## 7. Conclusão

As patologias de Saúde Mental são, ainda, alvo de grande estigma, sendo a população geriátrica particularmente afetada por esta estigmatização. Por um lado, a depressão é vulgarmente considerada parte do processo normal de envelhecimento e, por outro, os próprios idosos sentem relutância em procurar ajuda. Assim, esta temática carece de muito investimento quer ao nível dos recursos disponíveis, quer ao nível da literacia da população.

O facto de os utentes com diagnóstico de depressão estabelecido e terapêutica antidepressiva instituída manterem sintomatologia deve criar um sentido de alerta nos médicos de família, incitando-os à reavaliação frequente da condição clínica dos utentes, com eventuais ajustes terapêuticos e referência à consulta de Psiquiatria, nos que se apresentem refratários à terapêutica.

O desenvolvimento de modelos colaborativos de cuidados escalonados e de apoio de pares que integrem serviços comunitários de saúde mental e de cuidados a idosos para resolver a fragmentação do sistema tem vindo a ganhar ênfase noutros países. A sua implementação visa os princípios de envelhecimento produtivo e de recuperação, em que os idosos são envolvidos como apoiantes de pares, ajudando a resolver a questão dos recursos humanos. (11)

Portanto, apesar de ainda embrionários, estes projetos para lidar com a fragmentação do sistema de saúde mental também existente em Portugal, principalmente no interior, podem representar um aliado na avaliação dos idosos que mantêm sintomatologia depressiva apesar da terapêutica instituída. As evidências produzidas até então, juntamente com a investigação futura, podem ser o caminho para reformar os atuais serviços de saúde mental da população geriátrica. (11)



## 8. Bibliografia

1. Wu Q, Feng J, Pan C-W. Risk factors for depression in the elderly: An umbrella review of published meta-analyses and systematic reviews. *J Affect Disord.* 2022 Jun;307:37–45.
2. Correia C. Perfil do idoso com sintomas depressivos. [Covilhã]: Universidade da Beira Interior; 2016.
3. Sousa M, Nunes A, Guimarães AI, Cabrita JM, Cavadas LF, Alves NF. Depressão em idosos: Prevalência e factores associados. *Rev Port Clínica Geral.* 2010;26(4):284–391.
4. Erazo M, Fors M, Mullo S, González P, Viada C. Internal Consistency of Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS 15-Item Version) in Ecuadorian Older Adults. *Inq (United States).* 2020;57.
5. Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):1–12.
6. Hidalgo JL-T, Sotos JR. Effectiveness of Physical Exercise in Older Adults With Mild to Moderate Depression. *Ann Fam Med.* 2021;19(4):302–9.
7. Kasa AS, Lee S-C, Chang H-CR. Prevalence and factors associated with depression among older adults in the case of a low-income country, Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2022 Nov;22(1):675.
8. Frazer CJ, Christensen H, Griffiths KM. Effectiveness of treatments for depression in older people. *Med J Aust.* 2005;182(12):627–32.
9. Glover J, Srinivasan S. Assessment of the Person with Late-life Depression. *Psychiatr Clin North Am.* 2013;36(4):545–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.004>
10. Overend K, Bosanquet K, Bailey D, Foster D, Gascoyne S, Lewis H, et al. Revealing hidden depression in older people: a qualitative study within a randomised controlled trial. *BMC Fam Pract.* 2015;16(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-015-0362-2>

11. Liu T, Leung DKY, Lu S, Kwok W-W, Sze LCY, Tse SSK, et al. Collaborative community mental health and aged care services with peer support to prevent late-life depression: study protocol for a non-randomised controlled trial. *Trials*. 2022 Apr;23(1):280.
12. Jellinger KA. Pathomechanisms of vascular depression in older adults. *International Journal of Molecular Science*. 2022;23(1).
13. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Lupp A. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review [Internet]. Vol. 16, PLoS ONE. United States; 2021. 1–38 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0251326>
14. Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Jessen F, Maier W, Fuchs A, et al. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord* [Internet]. 2008;111(2–3):153–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.02.008>
15. Ciuffreda G, Cabanillas-Barea S, Carrasco-Uribarren A, Albarova-Corral MI, Argüello-Espinosa MI, Marcén-Román Y. Factors associated with depression and anxiety in adults ≥60 years old during the covid-19 pandemic: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov;18(22).
16. Zhao D, Hu C, Chen J, Dong B, Ren Q, Yu D, et al. Risk factors of geriatric depression in rural China based on a generalized estimating equation. *Int Psychogeriatrics*. 2018;30(10):1489–97.
17. Disu TR, Anne NJ, Griffiths MD, Mamun MA. Risk factors of geriatric depression among elderly Bangladeshi people: A pilot interview study. *Asian J Psychiatr*. 2019;44(July):163–9.
18. Bruin MC, Comijs HC, Kok RM, Van der Mast RC, Van den Berg JF. Lifestyle factors and the course of depression in older adults: A NESDO study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33(7):1000–8.
19. Chau R, Kissane DW, Davison TE. Risk Factors for Depression in Long-Term Care: A Systematic Review. *Clin Gerontol* [Internet]. 2019;42(3):224–37. Available from: <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1490371>

20. Nollett C, Ryan B, Bray N, Bunce C, Casten R, Edwards RT, et al. Depressive symptoms in people with vision impairment: a cross-sectional study to identify who is most at risk. *BMJ Open*. 2019 Jan;9(1):e026163.
21. Cao B, Park C, Rosenblat JD, Chen Y, Iacobucci M, Subramaniapillai M, et al. Changes in sleep predict changes in depressive symptoms in depressed subjects receiving vortioxetine: An open-label clinical trial. *J Psychopharmacol*. 2019 Nov;33(11):1388–94.
22. Ghosh TS, Rampelli S, Jeffery IB, Santoro A, Neto M, Capri M, et al. Mediterranean diet intervention alters the gut microbiome in older people reducing frailty and improving health status: The NU-AGE 1-year dietary intervention across five European countries. *Gut*. 2020;69(7):1218–28.
23. Melanie Lee S, Milillo MM, Krause-Sorio B, Siddarth P, Kilpatrick L, Narr KL, et al. Gut Microbiome Diversity and Abundance Correlate with Gray Matter Volume (GMV) in Older Adults with Depression. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4).
24. Zahodne LB. Psychosocial Protective Factors in Cognitive Aging: A Targeted Review. *Arch Clin Neuropsychol Off J Natl Acad Neuropsychol*. 2021 Oct;36(7):1266–73.
25. Triolo F, Harber-Aschan L, Belvederi Murri M, Calderón-Larrañaga A, Vetrano DL, Sjöberg L, et al. The complex interplay between depression and multimorbidity in late life: risks and pathways. *Mech Ageing Dev*. 2020;192(September).
26. Alexopoulos GS. Mechanisms and treatment of late-life depression. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2019;9(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41398-019-0514-6>
27. Qiu Q wei, Qian S, Li J yu, Jia R xia, Wang Y quan, Xu Y. Risk factors for depressive symptoms among older Chinese adults: A meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2020;277(199):341–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.036>
28. Turana Y, Tenglawan J, Chia YC, Shin J, Chen C-H, Park S, et al. Mental health problems and hypertension in the elderly: Review from the HOPE Asia Network. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2021 Mar;23(3):504–12.
29. Wong CK, Mak RY, Kwok TS, Tsang JS, Leung MY, Funabashi M, et al. Prevalence, Incidence, and Factors Associated With Non-Specific Chronic Low Back Pain in

Community-Dwelling Older Adults Aged 60 Years and Older: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J pain*. 2022 Apr;23(4):509–34.

30. Olofsson E, Gustafson Y, Mukka S, Tengman E, Lindgren L, Olofsson B. Association of depressive disorders and dementia with mortality among older people with hip fracture. *BMC Geriatr*. 2023 Mar;23(1):135.

31. Brown PJ, Ciarleglio A, Roose SP, Montes Garcia C, Chung S, Fernandes S, et al. Frailty and Depression in Late Life: A High-Risk Comorbidity With Distinctive Clinical Presentation and Poor Antidepressant Response. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2022 May;77(5):1055–62.

32. Sirey JA, Woods A, Solomonov N, Evans L, Banerjee S, Zanotti P, et al. Treatment Adequacy and Adherence as Predictors of Depression Response in Primary Care. *Am J Geriatr psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. 2020 Nov;28(11):1164–71.

33. Duque AS, Gruner H, Clara JG, Ermida JG, Veríssimo MT. Avaliação geriátrica. *Geriatr Fundam Saber e Prat* [Internet]. 2014;103–17. Available from: [https://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)

34. Machado BCP. Versão curta do Mini Mental State Examination (NMSE) para screening de Defeito Cognitivo Ligeiro (DCL). 2019;(Dcl):57. Available from: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/40348>

## 9. Apêndice

### 9.1. Mini Mental State Examination

Na amostra de utentes que aceitou participar no questionário, aplicou-se uma versão curta do Mini Mental State Examination (MMSE), para excluir idosos com défice cognitivo, já que, tal como na demência, a sua presença impede a validação dos dados de autorrelato. Esta versão curta do MMSE é baseada na versão portuguesa do mesmo, com um tempo de aplicação não excede os 5 minutos, não envolve material extra como cartões, papel e lápis e que apresenta valores de sensibilidade e especificidade semelhantes aos da versão original. (33)

**MMSE-8** versão curta de 8 itens para deteção de défice cognitivo ligeiro, também designada como Mini-Teste de Rastreio (MTR)

- 1- Orientação temporal (OT): dia do mês, dia da semana, mês, ano atual e estação do ano (0-5 pontos) \_\_\_\_
- 2- Evocação: repetição de 3 itens (pera; gato; bola) para posterior evocação (0-3 pontos) \_\_\_\_
- 3- Retenção (é aplicada, mas não cotada): repetição de 3 itens (pera; gato; bola) é um passo necessário para a posterior evocação

Para a discriminação entre sujeitos normais e sujeitos com défice cognitivo ligeiro, utilizamos o ponto de corte 5/6, que apresenta uma boa sensibilidade (0,97) apesar de baixa especificidade (0,47). No entanto, a baixa especificidade significa que muitos sujeitos normais poderão ser considerados como tendo defeito (falsos positivos), o que não é uma questão importante no contexto de um teste de triagem/rastreio. (34)

### 9.2. Questionário-Fatores de Risco da Depressão Geriátrica

Nos idosos em que foi garantida a ausência de défice cognitivo, procedeu-se à realização de um inquérito original que se baseou na revisão dos principais fatores de risco identificados na depressão geriátrica.

1. Idade:
  - a. \_\_\_\_ 65-74 anos
  - b. \_\_\_\_ 75-84 anos
  - c. \_\_\_\_ > 85anos
2. Sexo:

- a. \_\_\_ masculino
  - b. \_\_\_ feminino
  - c. \_\_\_ outro/prefiro não especificar
3. Estado civil:
- a. \_\_\_ casado/ união de facto
  - b. \_\_\_ solteiro
  - c. \_\_\_ divorciado
  - d. \_\_\_ viúvo
4. Coabitação:
- a. \_\_\_ vive sozinho
  - b. \_\_\_ cônjuge (se aplicável)
  - c. \_\_\_ família alargada
  - d. \_\_\_ instituição
5. Habilitações literárias:
- a. \_\_\_ analfabetismo
  - b. \_\_\_ 9º ano ou inferior
  - c. \_\_\_ 12º ano
  - d. \_\_\_ bacharelato, licenciatura ou superior
6. Autoperceção do estatuto socioeconómico
- a. \_\_\_ baixo
  - b. \_\_\_ médio
  - c. \_\_\_ alto
7. Participação nas atividades do quotidiano (atividades domésticas):
- a. \_\_\_ sim
  - b. \_\_\_ não
8. Apoio do grupo de pares:
- a. \_\_\_ sim
  - b. \_\_\_ não
9. Ligação à família/ apoio familiar:
- a. \_\_\_ sim
  - b. \_\_\_ não
10. Envolvimento em atividades sociais/passatempos:
- a. \_\_\_ sim
  - b. \_\_\_ não
11. Acontecimentos de vida stressantes (luto, problemas com familiares, sofrimento de entes próximos, experiências traumáticas):
- a. \_\_\_ sim

b. \_\_\_\_ não

12. Autopercepção do estado de saúde:

a. \_\_\_\_ boa

b. \_\_\_\_ média

c. \_\_\_\_ má

13. História de doença mental pessoal ou familiar anterior (pais ou irmãos):

a. \_\_\_\_ sim

b. \_\_\_\_ não

14. Consumo de álcool:

a. \_\_\_\_ sim

b. \_\_\_\_ não/esporádico

15. Consumo de tabaco:

a. \_\_\_\_ sim

b. \_\_\_\_ não

16. Prática de atividade física:

a. \_\_\_\_ sim

b. \_\_\_\_ não

17. Autopercepção da qualidade do sono:

a. \_\_\_\_ boa

b. \_\_\_\_ média

c. \_\_\_\_ má

18. Autopercepção dos hábitos alimentares:

a. \_\_\_\_ bons/saudáveis

b. \_\_\_\_ maus/pouco saudáveis

19. Práticas religiosas:

a. \_\_\_\_ sim

b. \_\_\_\_ não

20. Alterações na mobilidade:

a. \_\_\_\_ sim

b. \_\_\_\_ não

21. Défice de audição:

a. \_\_\_\_ sim

b. \_\_\_\_ não

22. Défice de visão:

a. \_\_\_\_ sim

b. \_\_\_\_ não

23. Comorbilidades:

- a. Doenças cardiometabólicas:
    - i. \_\_\_ sim
    - ii. \_\_\_ não
  - b. Doenças músculo-esqueléticas:
    - i. \_\_\_ sim
    - ii. \_\_\_ não
24. Cumprimento da terapêutica:
- a. \_\_\_ sim
  - b. \_\_\_ algumas falhas
  - c. \_\_\_ não

### 9.3. Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

Num último momento, é aplicada a escala de depressão geriátrica de Yesavage- versão curta. A versão inicial da escala de Yesavage é composta por 30 itens (GDS-30) e deu lugar à forma abreviada com 15 itens (GDS-15), validada e amplamente utilizada na população idosa, que permite a obtenção dos mesmos resultados com a vantagem de requerer menos tempo (6 minutos, aproximadamente), ideal para aplicandos com capacidade limitada de concentração durante longos períodos. (33)

A GDS-15 pontua as respostas sugestivas de existência de depressão com 1 ponto, devendo a soma da pontuação final das 15 questões corresponder a uma de três categorias – sem depressão (0-5 pontos), depressão ligeira (6-10 pontos) e depressão grave (11-15 pontos).

1. Está satisfeito com a sua vida? \_\_\_ 0 \_\_\_ 1
2. Abandonou muitos dos seus interesses e atividades? \_\_\_ 0 \_\_\_ 1
3. Sente que a sua vida está vazia? \_\_\_ 0 \_\_\_ 1
4. Sente-se frequentemente aborrecido? \_\_\_ 1 \_\_\_ 0
5. Na maior parte do tempo está de bom humor? \_\_\_ 0 \_\_\_ 1
6. Tem medo de que algo de mal lhe aconteça? \_\_\_ 1 \_\_\_ 0
7. Sente-se feliz na maior parte do tempo? \_\_\_ 0 \_\_\_ 1
8. Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas? \_\_\_ 1 \_\_\_ 0
9. Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade? \_\_\_ 1 \_\_\_ 0
10. Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo? \_\_\_ 0 \_\_\_ 1
11. Sente-se inútil? \_\_\_ 1 \_\_\_ 0
12. Sente-se cheio de energia? \_\_\_ 0 \_\_\_ 1
13. Sente-se sem esperança? \_\_\_ 1 \_\_\_ 0

14. Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.? \_\_\_\_1 \_\_\_\_0

Pontuação final: \_\_\_\_\_