



## Depressão no Idoso

Irineide Beserra Braga<sup>1</sup>; Renata Cosme Santana<sup>2</sup>; Débora Maria Gonçalves Ferreira<sup>3</sup>

**Resumo:** O aumento da população de pessoas idosas é um fenômeno mundial. Apesar de sua relevância, a depressão é uma morbidade de difícil mensuração, isso se deve ao fato de que o quadro depressivo é composto de sintomas que traduzem estados de sentimentos que diferem acentuadamente em grau e, algumas vezes, em espécie. O objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão da literatura sobre a depressão no idoso. Foram consultadas as bases de dados Scielo, Medline e Bireme, utilizando-se depressão, *depressão no idoso*, e *doenças do envelhecimento* como palavras-chave nos idiomas inglês e português, bem como livros clássicos pertinentes à temática, como forma de delimitar a busca. As desordens do humor podem ser causadas ou exacerbadas pela presença de transtorno cerebral ou físico e pelo uso de substâncias químicas. A depressão de início tardio está fortemente associada com desordens demenciais, podendo ser um preditor ou fator causal para demência subsequente. Sabe-se, entretanto, que as síndromes depressivas do idoso são heterogêneas.

Palavras-Chave: Depressão, Idoso, Envelhecimento.

## Depression in Late Life

**Abstract:** The increasing population of older people is a worldwide phenomenon. Despite its relevance, a morbidity of depression is difficult to measure this is due to the fact that the depression consists of symptoms that reflect feeling states that differ markedly in degree and sometimes in kind. The aim of this study was to review the literature on depression in the elderly. We consulted the databases SciELO, MEDLINE and BIREME, using depression, depression in the elderly, and diseases of aging such as keywords in English and Portuguese as well as classic books relevant to the topic as a way to narrow your search. The mood disorders may be caused or exacerbated by the presence of brain or physical disorder and the use of chemicals. The late onset of depression is strongly associated with dementia disorders, and may be a predictor or causal factor for subsequent dementia. It is known, however, that the depressive syndromes of the elderly are heterogeneous.

**Keywords:** Depression, Elderly, Aging.

## Introdução

O aumento da população de pessoas idosas é um fenômeno mundial, muitos fatores contribuem para seu desenvolvimento, dentre eles, estão os biológicos/genéticos, psicológicos e sociais. Nesse contexto, submetidos a realidades altamente produtoras de sofrimento psíquico, aliado as dificuldades de acesso aos tratamentos, observa-se a incidência maior de depressão entre os idosos no Brasil e no mundo (SCAZUFCA; MATSUDA, 2002). A prevalência está entre 1% e 10% da população com mais de 60 anos e varia de acordo com a população estudada e com os critérios diagnósticos utilizados. A ocorrência de síndromes depressivas é maior em indivíduos com outras doenças clínicas e em idosos institucionalizados (RAMOS, 2003).

<sup>1</sup> Psicóloga pela Faculdade Leão Sampaio – FALS. Mestre em Ciências da Educação, Especialista em Saúde Mental pela Faculdade Leão Sampaio – FALS. Email: irineidebraga@msn.com;

<sup>2</sup> Assistente Social. Mestranda em Ciências da Educação. E-mail: renatasocial107@hotmail.com;

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda em Ciências da educação. E-mail: deboramgf@hotmail.com.



Pesquisas apontam, por exemplo, que a depressão é um dos diagnósticos mais frequentes encontrados nos serviços de psiquiatria destinados ao atendimento da população idosa (LAKS, 1995), sendo responsável pelo aumento na morbidade e na mortalidade de doenças clínicas, na procura por serviços médicos e no consumo de medicações (GRINBERG, 2006).

Além disso, apesar de sua relevância, a depressão é uma morbidade de difícil mensuração, isso se deve ao fato de que o quadro depressivo é composto de sintomas que traduzem estados de sentimentos que diferem acentuadamente em grau e, algumas vezes, em espécie. Sabe-se que particularmente na população idosa os quadros depressivos têm características clínicas peculiares. Nessa faixa etária há uma diminuição da resposta emocional (erosão afetiva), acarretado um predomínio de sintomas como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminações sobre o passado e perda de energia (GAZALLE et al, 2004).

Se por um lado, a depressão em idosos é considerada uma entidade heterogênea, ocorrendo, com frequência, no contexto de outras desordens clínicas e neurológicas, demandando considerações especiais para o diagnóstico e o tratamento, por outro, pode ser subdividida, de acordo com a época de início dos sintomas, em depressão de início precoce e depressão de início tardio (HALFN, 2007). A forma de início tardio é considerada aquela que se inicia após os 50 anos.

Nesse sentido, a depressão com início tardio é geralmente considerada qualitativamente diferente da depressão com início na idade adulta. Os fatores genéticos são menos proeminentes, e os fatores cerebrais orgânicos tem significado etiológico mais amplo na depressão de início tardio (AGUIAR; DUNNINGHAM, 1993). A depressão de início tardio também podem incluir um subgrupo de pacientes que apresentam depressão como parte de doença demencial (ALMEIDA, 1999). Estudos recentes demonstram que um número considerável de pacientes com depressão de início tardio desenvolve demência no acompanhamento (FORLENZA; CARAMELLI, 2000).

Portanto, algumas síndromes clínicas, como as demências frontotemporais, tem apresentação inicial com sintomas psiquiátricos, dentre eles a depressão (CORREA, 1996, 1997), na doença de Alzheimer, os sintomas depressivos ocorrem em até 30% dos pacientes (CORREA, 1997). A coexistência de depressão e demência, principalmente em fases iniciais do processo, tem sido apontada em vários trabalhos (RASKIND, 1998). A associação entre essas desordens é forte, podendo a depressão de início tardio ser um sintoma de demência, representar eventos concomitantes ou ser um preditor de demência subsequente (PLATI et al., 2006).

Dada a relevância da depressão nas pessoas idosas, é importante que os serviços e os profissionais de saúde possam adotar formas de tratamento baseados em evidências empíricas. Com essa perspectiva, neste artigo são revisados ensaios clínicos publicados em revistas científicas, compreendo o curso e a evolução da depressão, apresentando a importância do diagnóstico.



## Método

### *Critérios de inclusão*

Foram incluídos ensaios clínicos e com alocação aleatória publicados em revistas científicas indexadas em bases de dados internacionais, no período de 1988 a 2008, que sublinharam o início precoce ou tardio da depressão no idoso.

### *Estratégias de busca*

Foi feita busca nos bancos eletrônicos *Medline*, *Scielo* e *Bireme* usando-se as seguintes palavras chave: "depressão", "depressão no idoso", e "doenças do envelhecimento", bem como livros clássicos sugeridos pelos autores dos artigos lidos, pertinentes à temática, como forma de delimitar a busca.

## Resultados

A depressão no idoso pode ter apresentação clínica semelhante à que ocorre em pacientes jovens; entretanto, algumas características são peculiares. A expressão sintomatologia em pacientes idosos pode não ser tão estereotipada quanto em pacientes jovens. A diferenciação entre sintomas do humor e síndromes do humor, particularmente entre tristeza e depressão, é essencial, uma vez que sintomas depressivos são comuns nessa faixa etária e ocorrem com frequência no contexto de distúrbios médicos e neurológicos (RAMOS, 2003). O que reforça a necessidade de singularidade nas intervenções terapêuticas, particularmente no situar tristeza e depressão em situações graves, complexas e urgentes. O fluxo e limites tênues construídos no cotidiano do idoso sugere a importância de se resgatar o aspecto emocional na atenção e cuidado, interligados a experiência do sofrimento, naquilo que perfaz o desenho de um campo de conhecimento e práticas, pois condensam princípios distintos que, por sua vez, determinam a experiência clínica e a posição ética a ser adotada ante as mais variadas demandas impostas pela depressão.

As evidências sugerindo a possibilidade de diferenciação entre depressão que ocorre tardiamente e aquela que ocorre em outras fases da vida, com base nas características clínicas e aspectos fenomenológicos, são controversas. Alguns estudos apontam diferenças entre elas (PORCU et.al., 2002), enquanto outros sugerem que ambas são indistinguíveis utilizando-se apenas parâmetros clínicos (CHAIMOWICZ, 1997). Alguns aspectos fenomenológicos, entretanto, tem sido consistentemente descritos (BOWLING, 1994), como o expressar da angústia e a



ansiedade resultantes de situações depressivas e/ou negligência a que os idosos são submetidos em seus contextos sociais e familiares, refletindo na verdade, um pedido de ajuda.

A complexidade do fenômeno conjugam fatores orgânicos e psicossociais, traz enormes desafios para as políticas públicas. No âmbito da saúde mental, a maior frequência de quadros psicóticos foi encontrada por alguns autores em pacientes idosos deprimidos, quando comparados com pacientes jovens (BALLONE, 2001). Naqueles com sintomas psicóticos, a ideiação de culpa e suicídio parece ser menos frequente, sendo mais graves os delírios de perseguição e de ser portador de alguma doença grave, delírios niilistas, hipocondríacos e de ciúmes (CORREA, 1997b).

Além disso, identificamos que os idosos deprimidos apresentam maior grau de hipocondria e ansiedade somática, com tendência à supervalorização dos sintomas físicos, aumento do consumo de medicações e procura por serviços de saúde (ARGIMON;STEIN, 2005). Estudos concomitantes, como o de Forlenza e Caramelli (2000) encontraram o maior número de medicações prescritas entre os pacientes idosos com depressão de início precoce. O aumento dos sintomas melancólicos foi descrito como sendo o principal indicador preditivo do sofrimento psíquico intenso, condicionando o idoso a perspectivas delimitadas e, não raro, esvaziadas de sentido. (FREIRE, 2000).

Destacamos ainda que o distúrbio psicomotor é considerado uma característica essencial na depressão maior. Os indivíduos deprimidos diferem daqueles com outras desordens psiquiátricas e de pessoas normais em padrões objetivamente mensuráveis de atividade motora. Apresentam redução da atividade motora grosseira; alterações dos movimentos corporais discretos, como aumento na frequência de toques corporais, redução do contato direto do olhar com o entrevistador, redução da frequência de sorrisos e nos movimentos de sobrancelhas; pobreza da fala, lentidão das respostas, frases monotônicas e articulação pobre da fala; aumento no tempo de decisão e no tempo de resposta motora (GOLDMAN;BENNETT,2001).

Dessa forma, o envelhecimento normal resulta em alterações na produção de dopamina e alterações no sistema motor, tornando menos óbvia a relação entre depressão e sintomas motores. Em alguns estudos, os distúrbios psicmotores foram proeminentes em idosos deprimidos, com agitação frequentemente encontrada em alguns trabalhos (FORLENZA; ALMEIDA,1997); em outros, os distúrbios mais frequentes foram apatia, perda de interesse (GRIMBERG, 2006) e maior dificuldade em atividades da vida diária (LAKS,1995). Os idosos deprimidos tendem a apresentar maior prejuízo no funcionamento geral e social e maior incapacidade física que idosos não deprimidos. (HALFN, 2007).

Observa-se que as investigações epidemiológicas sugerem uma relação entre déficit auditivo e sintomas depressivos e demência (VERA; COUTINHO,1991). Trigo (2001) encontrou déficits auditivos em idosos deprimidos com início tardio da doença do que aqueles com início precoce. O exame neurológico em pacientes com depressão de início tardio revela mais alterações, como sinais de



neurônio motor superior, incluindo liberação frontal e assimétricas motoras (FORLENZA; ALMEIDA,1997).

Vê-se que a depressão está frequentemente associada com distúrbios cognitivos e pior desempenho em testes neuropsicológicos (FREIRE,2000). Existe consenso crescente sugerindo que a disfunção cognitiva é intrínseca à depressão e diretamente relacionada com a neurobiologia da doença (RAMOS,2003). Esta síndrome tem recebido inúmeras denominações, algumas sugerindo a reversibilidade da desordem: “pseudodemência, demência da depressão, depressão com demência reversível, desordem cognitivo-afetiva, estupor depressivo, síndrome afetiva orgânica, síndrome demencial da depressão e desordem cognitiva associada à depressão (TRIGO,2001).

Em outros termos, o conceito de pseudodemência foi introduzido em 1880, por Wernicke, para descrever um número de situações clínicas em que os prejuízos intelectuais em pacientes com desordens funcionais psiquiátricas poderiam mimetizar uma síndrome demencial (GASGUPTA, 2001). Pamerlee, Katz e Lawton (1989, 11), ressaltaram que o diagnóstico de pseudodemência era “puramente descritivo e não possuía significado diagnóstico”. Eles insistiram na predominância de etiologia depressiva nessas situações. Ramos (2003) também observou que a disfunção cognitiva da pseudodemência tinha início abrupto e curta duração dos sintomas anteriormente à procura por auxílio médico (PAMERLEE et al.,1989). Almeida (1999, p.12) acrescentou que havia “nesses sujeitos uma marcada incongruência entre as queixas e o desempenho nos testes neuropsicológicos”. Observou, também que os pacientes apresentavam desempenho pobre em um ou mais testes geralmente usados para medir a disfunção orgânica, mas havia marcada inconsistência no desempenho entre os teste, o que depunha contra a hipótese de uma disfunção orgânica na gênese do distúrbio. Para esse autor, a demência e pseudodemência depressiva poderiam ser diferenciadas utilizando-se parâmetros clínicos apenas (ALMEIDA, 1999). Forlenza e Almeida (1997), observaram que o desempenho de pacientes deprimidos no Mini Exame do estado mental assemelhava-se ao de pessoas demenciadas e propuseram o termo síndrome demencial da depressão.

Tradicionalmente, o prejuízo cognitivo presente na depressão era considerado uma desordem benigna, tendendo a ceder com a melhora da doença. Recentemente, sabe-se que alguns pacientes mantêm déficits cognitivos mesmo após a melhora da depressão (AGUIAR; DUNNINGHAM,1993). Mesmo nos pacientes com função cognitiva global normal, alguns aspectos da cognição podem estar prejudicados. Correa (1997), em uma amostra de 29 pessoas com depressão, encontrou déficits na evocação, na memória de reconhecimento, na memória de curto prazo e na linguagem. Segundo esses autores, a disfunção cognitiva foi homoganeamente distribuída, e não houve evidencia de um subgrupo que pudesse ser definido como demenciado.

A avaliação do desempenho cognitivo em idosos deprimidos não tem revelado piora no funcionamento global de forma consistente. Alguns estudos demonstraram que pacientes idosos com depressão de início tardio apresentavam escores mais baixos no Mini Exame do Estado Mental



(MMSE) (BOWLING, 1994); em outros, não houve diferenças estatísticas entre os grupos (ARGIMON;STEIN,2005).

Os pacientes com início tardio da doença apresentam pior desempenho na fluência verbal, no funcionamento executivizado (RAMOS, 2003). Esses achados reforçam a hipótese de que o prejuízo cognitivo em deprimidos com início tardio da doença possa refletir alterações fisiológicas no sistema nervoso central (DASGUPTA, 2001).

Em decorrência do conjunto de resultados apresentados, caberia ainda elencar que as desordens psiquiátricas em fases tardias da vida tem impacto negativo na sobrevivência. Os pacientes idosos com depressão tendem a ter respostas ao tratamento vigoroso semelhantes às dos jovens (LAKS,1995); entretanto, a possibilidade de recaídas torna-se maior com a passagem do tempo, havendo aumento da frequência de episódios de depressão por tempo de risco (GRINBERG,2006). Em 1993, Elanie Murphy acompanhou 124 idosos deprimidos por 01 ano e encontrou bom prognóstico em apenas um terço dos casos. Raskind (1998), em estudo prospectivo com 1.070 idosos ao longo de 3 anos, relataram que 72% dos pacientes com depressão psicótica e 62,3% daqueles com neurose depressiva estavam mortos ou apresentavam algum tipo de doença psiquiátrica; 60% daqueles com depressão moderada morreram ou desenvolveram alguma doença mental crônica. Vera e Coutinho (2001), em estudo prospectivo de 2 anos com 87 pacientes deprimidos, encontraram maior frequência de recaídas e recorrências de depressão entre os indivíduos com depressão psicótica do que naqueles com depressão sem psicose. O pior prognóstico esteve associado com a gravidade do quadro inicial, presença de delírios, problemas de saúde física e graves eventos vitais (MURPHY, 1993).

Os dados indicam, por exemplo, que a depressão em idosos tem sido considerada uma condição amplamente subdiagnosticada. As explicações para isso sugerem déficits dos serviços psiquiátricos por idosos, relutância em relatar sintomas psiquiátricos, a tendência em relatar sintomas psíquicos como queixas físicas, a crença de que a depressão é consequência normal da velhice (LAKS,1995) e as dificuldades na identificação da síndrome e na diferenciação com outras desordens neuropsiquiátricas.

O diagnóstico da depressão maior em adultos exige a presença de uma série de sintomas: humor alterado, alterações na habilidade de experimentar prazer, autoconfiança, interesse no ambiente, sentimentos de vitalidade física e mental, atividade motora, sono, apetite e dificuldades cognitivas (CID-10, 1993).

A identificação e a avaliação da intensidade desses sintomas não são tarefas das mais fáceis e, para isso, várias escalas e entrevistas estruturadas foram elaboradas, algumas úteis na população idosa. Entre elas, as mais utilizadas são a Escala de Halmiton (Hamilton Depression Rating Scale) (HAMILTON, 1960), a Montgomery and Asberg Depression Scale (MADRS) (MONTGOMERY; ASBERG, 1979) e a Beck Depression Inventory (BECK, 1961). Muitos idosos não apresentam sintomas em número e intensidade suficientes para preencher os critérios necessários para o



diagnóstico de depressão maior; no entanto, apresentam síndrome clínica de elevada morbidade e impacto no funcionamento social e ocupacional.

A identificação dos idosos com queixa depressiva e que devem receber tratamento medicamentoso deve ser rotineira e realizada por meio da procura ativa dos sintomas. Outro fator que complica ainda mais a identificação desses indivíduos é que a depressão ocorre, com frequência, associada a outras desordens clínicas e neuropsiquiátricas.

A entrevista semi-estruturada do CAMDEX (ROTH, 1986) abrange os principais diagnósticos psiquiátricos encontrados na população idosa e é de fácil aplicação, podendo ser utilizada de rotina por todos os profissionais de saúde na seleção dos pacientes. A coexistência de depressão e demência é bastante comum e aponta para a necessidade do uso de escalas específicas para avaliação clínica de depressão em pacientes com demência; destas, a mais usada é a Escala de Cornell para depressão (ALEXOPOULOS et.al.,1988).

## **Discussão**

Os artigos analisados apresentam que as desordens do humor podem ser causadas ou exacerbadas pela presença de transtorno cerebral ou físico e pelo uso de substâncias químicas. Quando o transtorno afetivo está temporalmente relacionado ao fator orgânico e não representa uma resposta emocional ao distúrbio, ela deve ser considerada etiológicamente relacionado ao distúrbio orgânico (OMS,1993).

Muitas desordens clínicas e neurológicas e agentes farmacológicos podem produzir sintomas de depressão, como doenças endocrinológicas (hipotireodismo, doença de Addison, hiperaldosteronismo, hiper e hipoparatiroidismo), doenças infecciosas e inflamatórias (SIDA/AIDS, mononucleose, pneumonia, síndrome de fadiga crônica, artrite reumatóide, lúpus e tuberculose), câncer (especialmente de pâncreas), doenças cardiovasculares e problemas metabólicos (deficiência de vitamina B12, ácido fólico).

Dentre as desordens neuropsiquiátricas, podem ser citados demências degenerativas (doença de Alzheimer, demência frontotemporal, demência dos corpos difusos de Lewy), demências vasculares, doença de Parkinson, doença de Huntington, depressão pós AVC, traumatismo craniano, esclerose múltipla, epilepsia e neoplasias.

A lista de medicações que podem estar associadas com depressão é longa, incluindo anti-hipertensivos, esteróides e hormônios, analgésicos e antiinflamatórios, antipsicóticos, hipnóticos e sedativos. A avaliação dos pacientes com depressão, principalmente os idosos, deve incluir uma história clínica detalhada, colhida com o paciente e seus familiar(es), e uma revisão sistemática das medicações em uso.



De toda maneira, a depressão de início tardio está fortemente associada com distúrbios demenciais, podendo ser um preditor ou fator causal para demência subsequente. Sabe-se, entretanto, que as síndromes depressivas do idoso são heterogêneas. A identificação dos fatores presentes na depressão do idoso que aumentem a probabilidade de desenvolvimento de demência representa o maior desafio no momento. A identificação precoce de possíveis casos permitiria maior racionalização das medidas terapêuticas e elaboração de estratégias de estimulação-reabilitação. O prolongamento da vida com qualidade de vida, a melhora do status funcional, a redução dos custos com cuidados médicos e a diminuição do uso de serviços hospitalares e de cuidados domiciliares justificam que esforços vigorosos sejam depositados nesse sentido.

### Considerações Finais

As evidências empíricas sobre o curso e evolução de depressão no idoso enfatizam uma avaliação multidimensional, abrangendo aspectos diagnósticos e terapêuticos. Depressão e envelhecimento estão ambos, fortemente relacionados com a diminuição de saúde física e nível de atividade, a sintomas de disfunção cognitiva, queixas somáticas, diminuição da independência, número de doenças e aumento do uso de medicações. Em relação à depressão menor, há menos evidências sobre os tratamentos do que para depressão maior.

A presente revisão aponta para a necessidade de novos ensaios clínicos metodologicamente bem conduzidos com populações de idosos diversas

### Referências

AGUIAR, W.M., DUNNINGHAM, W. Depressão geriátrica: aspectos clínicos e terapêuticos. Boletim do Comitê Brasileiro para Prevenção e Tratamento de Depressão. **Arquivo Brasileiro de Medicina**. 1993; 63:291-310.

ALEXOPOULOS, G.S.; ABRAMS, R.C.; YOUNG, R.C. Cornell scale for depression in dementia. **Biol Psychiatry**, 1988; 23:271-84.

ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 1999; 21(1):. 12-18.

ARGIMON IIL, STEIN LM. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Caderno de Saúde Pública**. 2005; 21(1):64-72.

BALLONE, G. J. **Depressão no Idoso**, 2001. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso.html>>. Acesso em: 23 ago. 2011.



- BECK, A.T. An inventory for measuring depression. **Geriatry Psychiatry**, 1961; 4:561-71.
- BOWLING A. **La medida de la salud**: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona: Masson; 1994. p.107-9.
- CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10 (1993). Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, 1997; 31(2):180-200.
- CORREA, A.C.O. Envelhecimento: depressão e doença de Alzheimer. Belo Horizonte (MG): **Health**; 1996, p.185
- \_\_\_\_\_. Depressão e poliqueixas no idoso. **Journal Brasileiro de Psiquiatria**. 1997; 46(1):13-6.
- \_\_\_\_\_. Depressão e suicídio no idoso: uma crucial questão em psicogeriatría. **Journal Brasileiro de Psiquiatria**, 1996; 45(3), p.149-157.
- \_\_\_\_\_. Epidemiologia psicogerítrica e uso de psicofármacos no Brasil. **Journal Brasileiro de Psiquiatria**, 1997; . 46(4):191-200.
- DASGUPTA, Krishna. Tratamento da Depressão em Pacientes Idosos. **JAMABrasil**, 2001; 5(1):69-76.
- FREIRE, A.S. **Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico**. In: NERI, A.L.; FREIRE, A.S.( orgs.). E por falar em boa velhice. Campinas:Papirus; 2000. p. 21-31
- FORLENZA, O.V. Transtornos Depressivos em Idosos. Em Forlenza, O.V., Caramelli, P. (Ed.). Neuropsiquiatria Geriátrica, São Paulo: **Atheneu**, 2000, p. 299-308.
- RASKIND, M.A. The clinical interface of depression and dementia. **Journal of Clinical Psychiatry**, 1998; 59 (Supl. 10): 9-12.
- GAZALLE, F.K., LIMA, M.S., TAVARES, B.F., HALLAL, P.C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2004, 38(3):365-71.
- GORESTEIN, C. et al. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000.
- GRINBERG, L.P. Depressão em idosos: desafios no diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Medicina**. 2006; 63(7):317-30
- HALFN, A. Depressão: Os benefícios do tratamento precoce e apropriado. **American Journal Managed Care**. 2007; 13(11):92-7.
- HAMILTON, M. A rating scale for depression. **Journal Neurologist Neurosurg Psychiatry**, 1960; 23:56-62.
- INOUYE, S. K. **Aspectos neuropsiquiátricos do envelhecimento**. In: GOLDMAN, L.; BENNETT, J. C. (Ed.). Cecil: Tratado de Medicina Interna. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. vol.1, p.18-21.



LAKS, J. O que há de tão especial em ter 65 anos? **Journal Brasileiro de Psiquiatria**, 1995; 44:341-3.

MURPHY, E. The prognosis of depression in old age. **Bristh Journal Psychiatry**. 1993; 142:111-9.

MONTGOMERY, A.S.; ASBERG, M. A new depression sclae designed to be sensitive to change. **Journal Psychiatry**, 1979;134:382-9.

PAMERLEE, P. A.; KATZ, I. R.; LAWTON, M. P. Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. **Journal of Gerontology**, 1989;44: 22-29.

PLATI, M.C.F.; COVRE, P.; LUKASOVA, K.; MACEDO, E.C. Sintomas depressivos e desempenho cognitivo nos idosos: relações entre institucionalização e realização de atividades. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2006; 28(2):118-21

PORCU, M., SCANTAMBURLO, V.M., ALBRECHT, N.R., SILVA, S.P., VALLIM, F.L., ARAUJO, C.R., DELTREGGIA, C.F., FAIOLA, R.V. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. **Acta Sci**. 2002; 24(3):713-7.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de Saúde Publica** 2003; 19(3):793-7

ROTH, M.; TYM, E.; MOUNTJOY, C. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference for the early detection of dementia. **Journal Psychiatry**, 1986; 149:698-709.

STOPPE Jr, A. Características Clínicas da Depressão em Idosos. In: FORLENZA, O. V., ALMEIDA, O. P. (Eds.). Depressão e Demência no Idoso: Tratamento Psicológico e Farmacológico. São Paulo: Lemos Editorial,1997, p.46-7.

SCAZUFCA, M., MATSUDA, C.M.C.B. Revisão sobre a eficacia de psicoterapia vs. Farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2002, 24(Supl.1):64-9.

TRIGO, J.A.L. La depresión em el paciente anciano. **Revista Eletrônica de Geriatria e Gerontologia**. 2001;3(2): 75-9

VERA, R.P., COUTINHO, E.S.F. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos. Brasil. **Revista de Saúde Publica**. 1991; 25(3):209-17.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The uses of epidemiology in the study of the elderly**. 1993.

**Como citar este artigo (Formato ABNT):**

BRAGA, I.B.; SANTANA, R.C.; FERREIRA, D.G. A Depressão no Idoso. **Id on Line Revista de Psicologia**, Abril de 2015, vol.9, n.26, Supl. Esp. p. 142-151. ISSN 1981-1189.

Recebido: 25/01/2015

Aceito: 09/02/2015