

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - AFYA
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

BEATRIZ CARDOSO DIAZ PAGLIARINI

AS IMPLICAÇÕES DIAGNÓSTICAS-TERAPÊUTICAS DA DEPRESSÃO GERIÁTRICA

RIO DE JANEIRO

2025

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - AFYA
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

BEATRIZ CARDOSO DIAZ PAGLIARINI

AS IMPLICAÇÕES DIAGNÓSTICAS-TERAPÊUTICAS DA DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Unigranrio como requisito para a
obtenção do grau de médico

Orientadora: Dra. Mariana Antunes Pereira

Coorientadora: Dra. Izabela de Oliveira

RIO DE JANEIRO

2025

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - AFYA
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

BEATRIZ CARDOSO DIAZ PAGLIARINI

AS IMPLICAÇÕES DIAGNÓSTICAS-TERAPÊUTICAS DA DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Unigranrio como requisito para a
obtenção do grau de médico

Aprovado por: Prof. _____

Prof. _____

Em _____ de _____ de _____

RIO DE JANEIRO

2025

AGRADECIMENTOS

De imediato, gostaria de agradecer a todo suporte e contribuições vindos da minha preceptora e orientadora, Izabela Oliveira, que se tornou um exemplo de profissional firme em suas palavras e convicções, que dá seu melhor em qualquer situação, principalmente ao se compadecer do sofrimento de um paciente psiquiátrico, sem deixar suas opiniões interferirem no seu trabalho como médica, sem medo de apontar e fazer a coisa certa como motivação principal.

Amor incondicional de sacrifícios e esforços deles para providenciar tudo do bom e do melhor dentro das condições e limitações. Meu coração bombeia o sangue e DNA deles, as histórias e emoções de uma vida antes de nascer. Uma coisa é crescer escutando que devemos dizer que somos gratos, a outra é de fato entender o que é sentir gratidão. Não poderia ter mais orgulho em ser filha de Elizabete e Luciano, e escolheria carregar o peso da minha autocobrança em poder retribuir todo esforço deles de me proverem conforto do que uma vida sem eles. Também sou eternamente grata pelos meus avós, não só porque deram à luz aos meus pais, mas por contribuírem com o carinho que tenho pela geriatria. Amar é estar aberto a maravilhas e desgostos, amar não é só simbolismo de romance, mas de sentir devoção e credibilidade por algo. Amar também é se permitir ser amado, aceitar receber, além de dar. Existe um mundo invisível e vibracional ao nosso redor, é preciso ter muita fé e boa vontade para não se deixar contaminar pelo ceticismo dos outros.

Por último, se me perguntarem para lembrar da primeira pessoa que marcou minha vida acadêmica, mencionarei meu falecido professor de ciências naturais do ensino fundamental II, no Colégio Santo Agostinho. Reynaldo Pinto da Costa foi um dos primeiros professores a me mostrar o significado de ser mentor e como uma palavra pode mudar o humor ou o dia de alguém. Ele viu meu potencial e me fez acreditar que o futuro me aguardava grandes conquistas. Quando soube do seu falecimento, meu único conforto foi ter tido a chance de uma última conversa meses antes, de ter agradecido pessoalmente por todas as coisas lindas que me disse, por todas as vezes que suas palavras me tiraram da solidão numa sala cheia de estudantes. Essa cicatriz me revelou uma verdade: aproveitar qualquer oportunidade de dizer e demonstrar carinho/afeto por quem mais gostamos, sempre ser gentil e oferecer ajuda a quem precisa, independentemente se conhecermos bem ou não aquela pessoa. Nunca sabemos o que o outro está passando e para compensar que o tempo é cruel, devemos ser espontâneos e verdadeiros, pois nunca sabemos quando será a última vez.

“De que adianta curar e controlar doenças se não conseguimos fazer com que o paciente entenda que a saúde conquistada pode ser a ponte para a realização de experiências plenas de sentido na sua vida? O papel mais importante do médico em relação ao seu paciente é o de não o abandonar”

*- Ana Claudia Quintana Arantes
em ‘A morte é um dia que vale a pena viver’*

RESUMO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) constitui um desafio relevante na população idosa, especialmente pela apresentação clínica atípica, pela frequente sobreposição com comorbidades e pelo uso recorrente de múltiplas medicações. A forma como o diagnóstico é conduzido influencia diretamente na definição de uma abordagem terapêutica segura e eficaz, sendo fundamental considerar as especificidades biopsicossociais do paciente idoso. Esta revisão narrativa tem como objetivo analisar os critérios diagnósticos do DSM-5-TR para o TDM, descrever os principais aspectos observáveis em um exame psíquico compatível com o transtorno, e explorar as escalas diagnósticas utilizadas na prática clínica, destacando suas finalidades e limitações, especialmente no contexto geriátrico. O tratamento demanda uma integração cuidadosa entre intervenções farmacológicas e não farmacológicas, com atenção às interações medicamentosas e aos efeitos adversos, que podem ser particularmente significativos nessa população. Assim, tanto o diagnóstico quanto o manejo terapêutico devem ser realizados de forma criteriosa e individualizada, com base em evidências científicas atualizadas e com olhar atento à complexidade do envelhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno Depressivo Maior; Psiquiatria Geriátrica; Diagnóstico Clínico; Diagnóstico Diferencial; Terapêutica;

ABSTRACT

Major Depressive Disorder (MDD) represents a significant clinical challenge in the elderly population, especially due to atypical presentations, frequent overlap with comorbidities, and the recurrent use of multiple medications. The diagnostic approach directly influences the choice of a safe and effective therapeutic strategy, requiring careful consideration of the biopsychosocial characteristics of older adults. This narrative review aims to analyze the DSM-5-TR diagnostic criteria for MDD, describe the main features observed during a compatible mental status examination, and explore the diagnostic scales commonly used in clinical practice, highlighting their purposes and limitations within geriatric contexts. Treatment requires an integrated approach involving both pharmacological and non-pharmacological interventions, with special attention to drug interactions and adverse effects, which can be particularly impactful in this population. Thus, both diagnosis and therapeutic management must be carried out with precision and individualization, grounded in current scientific evidence and with a careful understanding of the complexities of aging.

KEYWORDS: Major Depressive Disorder; Geriatric Psychiatry; Clinical Diagnosis; Differential Diagnosis; Therapeutics;

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ATCs	Antidepressivos Tricíclicos
CANMAT 2023	Rede Canadense para Transtornos de Humor e Ansiedade/ <i>Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments</i> - versão de 2023
CSDD/ECDD	Escala de Cornell para Depressão na Demência/ <i>Cornell Scale for Depression in Dementia</i>
DSM-5-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição - Versão Revisada
ECT	Eletroconvulsoterapia
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
GDS-30	Escala de Depressão Geriátrica - 30 questões
GDS-15	Escala de Depressão Geriátrica - 15 questões
GDS-4	Escala de Depressão Geriátrica - 4 questões
HAM-D/HDRS	Escala de Hamilton para Depressão/ <i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>
IMAOs	Inibidores de Monoaminoxidase
IPT	Psicoterapia Interpessoal
IRSN/SNRI	Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
ISRS/ SSRIS	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina
MBCT	Terapia cognitiva baseada no mindfulness
MEEM	Mini-exame do Estado mental
MVSR	Redução do estresse baseada no mindfulness
SDS	Escala de Zung para Depressão / <i>Zung Self-Rating Depression Scale</i>
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TCC	Terapia Cognitiva-Comportamental
TDM	Transtorno Depressivo Maior

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Compilação comparativo de todas as escalas diagnósticas mencionadas	18
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Sumário das recomendações dos antidepressivos	26
Tabela 2 - Sumário dos efeitos colaterais dos antidepressivos de 1ª linha	29
Tabela 3 - Sumário comparativo da favorabilidade dos antidepressivos de 1ª linha	30
Tabela 4- Sumário das recomendações de antidepressivos conforme especificidades e sintomas de acordo com o DSM-5-TR	31
Tabela 5 - Sumário das psicoterapias recomendadas	35-36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Escala Geriátrica de Depressão (GDS) adaptada pela revista científica Geriatrics, Gerontology and Aging	15
Figura 2 – Tradução da escala original de Cornell para Depressão na Demência	16-17
Figura 3 – Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior - DSM-5-TR	19-20
Figura 4 – Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior Ansioso - DSM-5-TR	21
Figura 5 – Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior Melancólico - DSM-5-TR	22
Figura 6 – Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior Psicótica - DSM-5-TR	22
Figura 7 – Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior Atípica - DSM-5-TR	22
Figura 8 – Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior Mista - DSM-5-TR	23
Figura 9 - Fluxograma textual do processo de seleção dos estudos sobre depressão geriátrica de forma sequencial	37

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	11
2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1 – CRITÉRIOS CLÍNICO-DIAGNÓSTICOS	12
2.1.1 – EXAME PSÍQUICO	12
2.1.2 – ESCALAS DIAGNÓSTICAS	13
2.1.3 – CRITÉRIOS CLÍNICOS	19
2.2 – MANEJO TERAPÊUTICO DO TDM	24
2.2.1 – MANEJO FARMACOLÓGICO	24
2.2.2 – NÃO FARMACOLÓGICO	33
3 – MATERIAL E MÉTODOS	36
3.1 – METODOLOGIA DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	36
3.2 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	38
3.3 – CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	38
4 – RESULTADOS	38
5 – DISCUSSÃO	40
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
8 – ANEXOS	48
9 – APÊNDICES	54

1 – INTRODUÇÃO

O humor é a lente afetiva basal do indivíduo, cuja elasticidade auxilia na forma como recebe, canaliza e interpreta as diferentes informações e acontecimentos experienciados rotineiramente. Sua alteração patológica decorre de um prejuízo funcional, um sofrimento psíquico de intensidade, qualidade e/ou duração significativos ao longo da vida. O Transtorno Depressivo Maior (TDM), considerado o protótipo popular de “depressão”, é relativamente a condição psiquiátrica mais comum, de curso crônico, recorrente e progressivo. Definido pela presença de humor deprimido persistente (sentimentos de tristeza, desânimo, desesperança, de inutilidade, de abandono, de vazio), acompanhada de anedonia (perda de prazer em atividades que outrora proporcionavam), ansiedade, baixa autoestima, possíveis pensamentos de morte/suicídio, alterações fisiológicas, dentre outros critérios de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5). [1, 2].

No geral, a clínica do transtorno depressivo se mantém similar em todas as faixas etárias, tanto em fatores de risco, etiologia, clínica e tratamento. Ao mesmo tempo, pode-se dizer que a depressão geriátrica é pouco assentida. O humor deprimido nem sempre é a queixa principal do idoso, visto que os sintomas somáticos, irritabilidade e ansiedade costumam se sobressair aos cognitivos e emocionais, porém, não significam que sejam os de maior urgência ou o suficiente para o profissional da saúde investigar à fundo ou são subestimados e generalizados pelos familiares. Os Sintomas depressivos são mais recorrentes nos idosos do que em adultos jovens com TDM e podem ser facilmente confundidos com outras doenças e manifestações gerais do envelhecimento [3]. Logo, há importância de priorizar detalhes que podem auxiliar no acompanhamento clínico e terapêutico, como os subgrupos específicos (ex: idosos internados, institucionalizados, portadores de demência), o discurso (vitimista, querelante), aparência descuidada (higiene e vestes prejudicadas), histórico de doenças e a existência ou não de uma rede de apoio do paciente (família, amigos, vizinhos, cuidadores, etc). As alterações fisiológicas de sono e apetite, diminuição da concentração e da psicomotricidade, memória afetada, hipotonicidade (perda de energia), indecisão e restrições afetivas são mais problemáticas no Transtorno Depressivo Maior do que quando presentes nos quadros neurológicos como a demência, Alzheimer ou Parkinson. Em contrapartida, outras doenças clínicas (cardiovasculares, hematológicas, endócrinas, gastroenterológicas, reumatológicas, etc) podem causar tais modificações, mascarando ou reforçando o transtorno mental existente [3,4]. Para uma melhor visualização clínica, é preciso de uma anamnese bem

descritiva com o auxílio de escalas de depressão geriátrica, facilitando o tratamento correspondente ao tipo de quadro depressivo em questão.

Fatores predispositores, sejam causas orgânicas ou situacionais, coletadas desde a anamnese, e um bom rastreamento sindrômico são relevantes para filtrar as suspeitas diagnósticas e exclusão de diagnósticos diferenciais [4]. Existe uma certa dificuldade por parte dos profissionais na abordagem geriátrica de diferenciar a “origem” da depressão no idoso: se faz parte do temperamento do próprio envelhecimento, se é por sintoma secundário ou se é uma questão apenas psíquica-comportamental. Com isso, o transtorno depressivo é bastante subdiagnosticado e subtratado, principalmente nesta população, visto que apresentam várias comorbidades concomitantes, forte polifarmácia e multifatoriedade emocional acumulada por longos períodos de vida, dificultando a detecção precoce ou precisa antes de repercussões clínicas irreversíveis. É perceptível a importância de revisar este assunto dentro da psicogeriatría, mesmo que seja mais prevalente entre profissionais da geriatria, psiquiatria e neurologia, a abrangência interdisciplinar proporcionada pelo paciente idoso é indiscutível e atemporal, e como a pirâmide etária brasileira está se invertendo durante os últimos anos, é necessário ter conhecimento amplo sobre abordagens adequadas com a terceira idade.

Acima de tudo, o objetivo do estudo é uma análise e aprofundamento literário sobre os critérios diagnósticos de Transtorno Depressivo Maior (TDM), o manejo terapêutico e quais as particularidades da faixa etária geriátrica frente aos efeitos colaterais e interações medicamentosas dos psicofármacos, independentemente da existência de doenças adjacentes dentro do contexto da polifarmácia.

2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 - CRITÉRIOS CLÍNICO-DIAGNÓSTICOS:

2.1.1 - EXAME PSÍQUICO:

Desde o princípio da medicina, aprende-se que a anamnese contém informações pertinentes que auxiliam na avaliação clínica do paciente integralmente, principalmente com relação a elaboração das hipóteses diagnósticas, mas cada área médica tem sua maneira e prioridades durante o atendimento. Na psiquiatria, o exame psicopatológico é fundamentado em duas dimensões, a dimensão longitudinal e a dimensão transversal que, respectivamente,

se baseiam nos relatos do próprio paciente e nas observações médicas sobre o paciente durante a mesma entrevista. Neste contexto, a anamnese se insere no corte longitudinal, enquanto o exame psíquico, no corte transversal, estando interligados. Os fatores de risco na população idosa podem ser bastante diversificados como em qualquer outra faixa etária, alguns são imodificáveis como natureza biológicos (redução de neurotransmissores, doenças físicas-clínicas, dores crônicas, distúrbios do sono), sexo feminino, história prévia de transtornos mentais e histórico familiar de transtornos de humor; outros são dinâmicos como as questões socioambientais (distanciamento ou negligência familiar, luto/perda de cônjuge, recorrentes eventos estressantes, ansiedade, isolamento social, desemprego/dificuldades financeiras, bullying, abuso sexual, abuso psicológico, sentimento de abandono ou de inutilidade, insônia, sedentarismo). Basicamente, tudo que atinge a fragilidade emocional afeta as funções psíquicas e reflete no exterior [1,5,6].

O perfil padrão de um paciente com Transtorno Depressivo Maior é uma aparência descuidada, ter atitude não cooperativa - podendo ser destrinchada como atitude negativista, inibida, indiferente, esquiva (não quer fazer contato), lamuriosa (queixosa), querelante (discute por achar algo errado), etc -, humor deprimido, anedonia (perda de interesse em coisas que antes proporcionam prazer), hipobulia ou abulia (diminuição/abolição da vontade de fazer e/ou concluir tarefas), hipopragmatismo (sem capacidade de concluir tarefas), lentificação psicomotora, alteração da expressão do pensamento/linguagem - mutismo (abolição da resposta verbal), hipofonia (tom baixo da fala), mussitação (falar para dentro) -, psicomotricidade diminuída, aumento da latência de resposta, desorientação temporoespacial, desorientação apática, menor concentração cognitiva, hipersonia ou insônia, alto ou baixo apetite, diminuição de libído, dentre outros elementos que fazem parte do diagnóstico sindrômico depressivo [1, 5, 7].

2.1.2 - ESCALAS DIAGNÓSTICAS:

Um dos principais recursos ambulatoriais de rastreamento sintomático, ou de qualquer alteração do humor significativa, são as escalas diagnósticas. A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (*Geriatric Depression Scale*), a mais utilizada no Brasil, realiza o rastreio diagnóstico de quadro depressivo de forma isolada na população idosa [8,9,10]. Historicamente, existem outros escores para avaliar a depressão em um contexto geral, como a Escala de Cornell para Depressão (*Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSDD)) [11,12,13], a Escala de Hamilton (*Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D ou

HDRS)) [14] - e a Escala de Zung (*Zung Self-Rating Depression Scale* (SDS)) [15], que possuem diferentes finalidades e utilidades.

Criada por Yesavage em 1982, cuja composição inicial era de 100 questões, a GDS foi desenhada especificamente para avaliar a depressão na população idosa e mostrar maior confiabilidade em seus resultados do que nas outras escalas pré-existentes de Hamilton e de Zung [8]. Atualmente, existem as duas versões mais conhecidas, a GDS-30 e GDS-15, com base no número de questões - 30 questões mais relacionadas aos sintomas precisamente e de pontuações altas, e dentre elas, 15 questões se destacam como forma resumida e mantendo a integridade intencional da escala, conforme a adaptação na [Figura 1](#). São perguntas objetivas e fáceis de compreensão. Ainda existe uma versão simplificada, a GDS-4, que apresenta uma evasão devido a sua otimização, não sendo tão precisa quanto às outras, colaborando para uma hipótese semi-corrta e superficial. As escalas GDS conseguem ser utilizadas por qualquer profissional da saúde, por leigos e pelo próprio paciente, de alta acurácia, e as perguntas não incluem os sintomas somáticos que podem confundir com os pontos citados anteriormente. Conforme a pontuação do questionário de “sim” ou “não” é estabelecido o grau de severidade com relação aos sentimentos do paciente na última(s) semana(s), sendo que quanto mais respostas positivas, maiores as indicações de altos sintomas depressivos [8,9].

A GDS-30 sugere depressão moderada de 11-20 pontos ou 8-9 pontos acima de 21, enquanto na GDS-15, depressão leve a moderada é em torno de 6-10 pontos, e grave de 11-15 pontos. Infelizmente, nem todos os profissionais estão dispostos a fazer ou tenham confiança em fazê-lo, uma vez que no Brasil a cultura da especialização médica e priorização de consultas ultra rápidas proporcionam consultas integrativas menores e encaminhamentos frequentes para outras áreas médicas, o que dificulta não só a qualidade de vida do paciente, mas um bom diagnóstico e manejo inicial. Um adendo sobre a pontuação da GDS-15: sua pontuação final não deve ser multiplicada por 2x, pois não abrange fatores como idade, sexo e o Mini Exame do Estado Mental (Mini Mental State Examination (MMSE)). Logo, existe uma fórmula ($GDS-30 = 1.57 + 1.95 \times GDS-15$) para equivaler sua pontuação com a GDS-30 e apresentar menor percentual de erro e manter integridade na prática dos escores e nos diagnósticos, além da fórmula possibilidade regressão linear das pontuações do GDS-30 para o 15 [10].

Figura 1: Escala de Depressão Geriátrica (GDS) adaptada pela revista científica *Geriatrics, Gerontology and Aging*, pertencente à Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Quadro 1. Escala de Depressão Geriátrica		
	SIM	NÃO
1. De maneira geral, o senhor está satisfeito com a vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O senhor abandonou muitas das coisas que fazia ou gostava de fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O senhor acha sua vida sem sentido atualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. O senhor está geralmente aborrecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O senhor se sente otimista em relação a sua vida futura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O senhor está aborrecido com pensamentos que não consegue tirar da cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O senhor está de bom humor a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. O senhor se sente inseguro achando que alguma coisa de ruim vai lhe acontecer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. De maneira geral, o senhor costuma se sentir feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. O senhor costuma se sentir desamparado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. O senhor se sente cansado e irritado muitas vezes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. O senhor prefere ficar em casa em vez de sair e fazer alguma outra coisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. É comum que o senhor se preocupe com o futuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. O senhor tem mais dificuldades para se lembrar das coisas do que a maioria das pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. O senhor acha que vale à pena estar vivo hoje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. O senhor costuma se sentir desanimado e triste com frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. O senhor costuma se sentir menos útil com a idade que tem hoje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. O senhor pensa muito no passado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. O senhor acha sua vida emocionante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. É difícil para o senhor começar a trabalhar em novos projetos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. O senhor se sente bem disposto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. O senhor acha que sua situação não pode ser melhorada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. O senhor acha que a maioria das pessoas está em melhores condições que o senhor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. O senhor costuma ficar incomodado com coisas sem grande importância que acontecem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. O senhor sente vontade de chorar com frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. O senhor tem dificuldade para se concentrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. O senhor gosta de se levantar cedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. O senhor prefere evitar encontros com outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. O senhor acha fácil tomar decisões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. A sua memória funciona hoje tão bem quanto antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GDS 1: Questão 1		
GDS 4: Questões 1, 3, 8 e 9		
GDS 15: Questões com destaque		

Fonte: *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 2007

A Escala de Cornell para depressão em demência (CSDD ou ECDD), como propriamente dita, é direcionada para avaliar sintomas depressivos de TDM em idosos com diagnóstico prévio de síndrome demencial. Composta por 5 categorias de questionários, totalizando 19 itens pontuados, os quais o paciente e o cuidador devem responder separadamente. Realizada por um profissional que tenha contato regular com o caso, é mais indicada para o paciente que tenha pontuação igual ou maior que 17 no Teste do Mini Mental. Contudo, a CSDD não pode ser confundida como escala diagnóstica para depressão, seu real objetivo é servir de instrumento para investigação farmacológica ao quantificar os sintomas psiquiátricos - no total, a CSDD apresenta pontuação máxima de 48 -, cuja serventia ao público alvo não a exclui totalmente do estudo por ser um instrumento complementar de assistência ao idoso de comorbidade paralela, visto que a depressão pode coexistir com quadro demencial, ser fator de risco ou ser originada a partir de. A escala original datada em 1988 por George S. Alexopoulos se mantém íntegro até os dias de hoje, e a [Figura 2](#) representa a sua versão traduzida por este trabalho [11, 12, 13].

Figura 2: Tradução da escala original de Cornell para Depressão na Demência

ESCALA DE CORNELL PARA DEPRESSÃO NA DEMÊNCIA				
Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Data: __/__/__				
Endereço: _____ Telefone: _____				
<p>Cotação: A = não avaliável ----- 0 = ausente ----- 1 = ligeiro ou intermitente ----- 2 = grave</p> <p>→ A avaliação deve ser baseada nos sintomas e sinais ocorridos durante a semana anterior à esta entrevista.</p> <p>→ Não pontuar se sintomas forem resultados de desabilitação física ou doença.</p>				
A - SINAIS RELACIONADOS AO HUMOR				
1. Ansiedade - expressão ansiosa, preocupações, ruminções	A	0	1	2
2. Tristeza - expressão e/ou voz triste, choro fácil	A	0	1	2
3. Falta de reatividade a acontecimentos agradáveis	A	0	1	2
4. Irritabilidade - facilmente fica aborrecido, impaciência	A	0	1	2

B - PERTURBAÇÕES COMPORTAMENTAIS				
5. Agitação - inquietude, torcer as mãos, puxar os cabelos	A	0	1	2
6. Lentificação - de movimentos, discursos, reações	A	0	1	2
7. Queixas somáticas múltiplas (se sintomas gastrointestinais, pontuar como 0)	A	0	1	2
8. Perda de interesse (Anedonia) - menor envolvimento em atividades habituais (pontuar apenas se mudança repentina em menos de 1 mês)	A	0	1	2
C - SINAIS FÍSICOS				
9. Perda de apetite - comer menos que o habitual	A	0	1	2
10. Perda de peso - se superior a 2,5 kg/mês, pontuar 2	A	0	1	2
11. Perda de energia - fadiga facilmente, incapaz de manter atividades (pontuar apenas se foi repentino, no caso, em menos de 1 mês)	A	0	1	2
D - FUNÇÕES CLÍNICAS				
12. Variação diurna do humor - sintomas acentuados durante manhã	A	0	1	2
13. Insônia - adormece mais tarde que seu habitual	A	0	1	2
14. Despertares múltiplos durante sono	A	0	1	2
15. Despertar diurno cedo - acordar mais cedo do que seu habitual	A	0	1	2
E - PERTURBAÇÕES DO PENSAMENTO				
16. Suicídio - sente de que não vale a pena viver, apresenta desejos suicidas, ou fez tentativas de suicídio	A	0	1	2
17. Baixa auto-estima - sentimento de culpa, autodepreciação, sentimento de fracasso	A	0	1	2
18. Pessimismo - antecipação do pior	A	0	1	2
19. Delírios congruentes com humor - delírios de ruína, de perda ou hipocondríacos	A	0	1	2

Fonte: Pagliarini BCD, 2025

A HAM-D é referida como uma escala de acompanhamento terapêutico do paciente, em qualquer faixa etária, que já tenha diagnóstico anterior de depressão. Ou seja, avalia o nível de gravidade do estado emocional do paciente durante seu tratamento, analisando eficácia, se há possibilidade de surgimento de novos sintomas depressivos e correções viáveis. Sendo assim, pode servir para a população idosa como manutenção diagnóstica, mas não como etapa inicial. A Escala de Hamilton, criada na década de 1960, foi atualizada com 21 itens e a pontuação máxima final classifica o nível de depressão do paciente. Contém critérios quanto ao humor deprimido (tristeza, desesperança, desamparo e sentimento de inutilidade), sentimento de culpa, indício suicida, insônia antes, durante e após período noturno, grau de capacidade de executar tarefas diárias, ansiedade somática - isto é, concomitantes fisiológicos da ansiedade como manifestações gastrointestinais, cardíacas, respiratórias, frequência urinária e sudorese -, hipocondríaco, alteração no peso/apetite e grau de compreensão cognitiva. [14].

Quadro 1: Compilação comparativa de todas as escalas diagnósticas mencionadas

Escala	Nº de itens	Aplicação	Pontuação	Indicação Clínica	Objetivo
GDS-30	30	Autoaplicável	0-9: Normal // 10-19: leve a moderada // 20-30: grave	Avaliação mais detalhada se possível Idoso com boa cognição	quando há mais tempo para aplicação ou incerteza da triagem rápida
GDS-15	15	Autoaplicável	0-4: normal // 5-8: leve // 9-11: moderada // 12-15: grave	Idoso com boa cognição	Triagem rápida
Cornell	19	Aplicada por profissional da saúde ou pelo cuidador	0-7: sem depressão // 8-12: provável depressão // ≥ 13 : depressão clinicamente significativa	Idoso com demência ou demais alterações cognitivas	Identificar possível quadro de depressão secundário/adjacente à demência
Hamilton (HAM-D)	17	Aplicada por profissional da saúde treinado	0-7: normal // 8-13: leve // 14-18: moderada // 19-22: grave // ≥ 23 : muito grave	Em geral, usado nos adultos (incluindo idosos), mas requer treinamento clínico	Quantificar gravidade da depressão já diagnosticada (e em tratamento)
Zung	20	Autoaplicável	20-44: normal // 45-59: leve a mod. // 60-69: moderada a grave // 70-80: grave	Triagem e monitoramento de sintomas depressivos em tratamento	Pode ser usado em idosos, mas menos válido que a GDS
Mini Mental (MEEM)	30	Aplicado por profissional da saúde	≤ 24 pontos: sugere déficit cognitivo \rightarrow ajuste de corte conforme a escolaridade	Ajuda a fazer diagnóstico diferencial entre depressão de demência	Avalia função cognitiva global

Fonte: Pagliarini, BCD, 2025

De qualquer maneira, a GDS e HAM-D são significativos para o processo de diagnóstico de transtorno depressivo do que a Escala de Zung, que é curta e de autoaplicação, aferindo os sintomas somáticos e psicológicos, nivelando os tipos de transtorno depressivo, distúrbios psicomotores e fisiológicos presentes no paciente. A autoavaliação consiste em uma série de 20 afirmações positivas e negativas das quais o paciente deve escolher por maior identificação, existindo uma pontuação dependendo da concordância. A questão é que a SDS tem validade precisa se em conjunto de outras escalas e os critérios do DSM-5 [15].

2.1.3 - CRITÉRIOS CLÍNICOS:

Concomitantemente, é indispensável o uso dos critérios diagnósticos do DSM-5-TR para avaliação personalizada e confirmação de TDM nas faixas etárias adulta e geriátrica, visto que é uma condição heterogênea com uma miríade de sintomas e apresentações. Por no mínimo 2 semanas, é necessário apresentar os sintomas obrigatórios - humor deprimido e/ou anedonia - e pelo menos outros dos 5 sintomas a seguir: alteração de sono, apetite, psicomotricidade, hipotonia, sentimento de inutilidade, sentimento de culpa, alteração da concentração, pensamentos de morte ou ideação suicida. Retirado diretamente do DSM-5-TR, a [Figura 3](#) destaca os critérios diagnósticos oficiais do TDM, nomeados como critérios A/B/C/D/E de acordo com o grau de importância [1].

Figura 3: Critérios diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior - DSM-5-TR

Critérios Diagnósticos
A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança no funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.
Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.
1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente, sem um plano específico, um plano específico de suicídio ou tentativa de suicídio.

- B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.
- Nota:** Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.
- Nota:** Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por desastre natural, doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.¹
- D. Pelo menos um episódio depressivo maior não é mais bem explicado pelo transtorno esquizoafetivo e não se sobrepõe a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos especificado ou não especificado.
- E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.
- Nota:** Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de outra condição médica.

Fonte: DSM-5-TR

Não há evidências de rotina para eletrocardiograma, encefalograma ou neuroimagens, exceto se o paciente apresentar comorbidades relacionadas a tais indicações ou quadro depressivos muito severos. Geralmente, a entrevista psíquica, exame físico e critérios clínicos costumam fechar diagnóstico, mas exames laboratoriais podem complementar por checarem níveis hormonais e vitamínicos, perfil toxicológico, ou uso/abstinência de substâncias que podem influenciar no humor depressivo. Ademais, existem os “especificadores” que são considerados os “subtipos” de depressão, conforme a caracterização dessa sintomatologia que o paciente está apresentando: ansiosa, melancólica, psicótica, atípica, mista, psicóticas congruentes ou não ao humor, com catatonia, sazonal, pós parto, disfórico pré-menstrual, ou até mesmo em estado de remissão. Os especificadores funcionam como uma particularidade do paciente conforme seu contexto psicossocial [1].

A Depressão Ansiosa (Figura 4) é a mais comum por preencher os critérios para depressão (humor deprimido e/ou anedonia) com dois ou mais sintomas de ansiedade (tensão, nervosismo, inquietude, dificuldade de se concentrar, pessimismo, sensação de perder controle, tremor), mas ainda não são suficientes para diagnosticar Transtorno de Ansiedade simultaneamente à depressão. Já a Depressão Melancólica (Figura 5) é a “verdadeira” por ser bastante extremista, ou seja, composta por humor deprimido e/ou anedonia nos períodos mais graves do episódio, de duração prolongada, com três ou mais sintomas a seguir: humor deprimido por prostração profunda, desespero ou humor vazio, além de apresentar piora matinal, acentuada agitação ou retardo psicomotor, anorexia e culpa excessiva. Nestes casos, há uma ausência quase total da capacidade de sentir algum prazer, mesmo que em eventos muito desejados o humor não se altera, no máximo uma melhora parcial por alguns minutos.

Existe um certo padrão esperado do humor melancólico se repetir mais em pacientes internados do que nos ambulatoriais, e nos que também apresentam características psicóticas. Depressão Psicótica (Figura 6) apresenta delírios e alucinações, congruentes com o humor (delírios de negação relacionados a tristeza, culpa) ou incongruentes (sem relação com temas depressivos ou mistura temas depressivos e não depressivos). Depressão Atípica (Figura 7) é centrada em uma reatividade do humor com dois ou mais sintomas associados: ganho de peso/apetite e hipersonia. Essa “reatividade do humor” é a capacidade do indivíduo de se alegrar em eventos positivos, podendo ser pessoas ou o ambiente em si, dentre outros fatores externos, que estão lhe proporcionando um humor eufímico (não triste), durante longos períodos de tempo enquanto há estímulo. Outra particularidade é a “hipersonia” como “paralisia de chumbo” (sensação de corpo pesado) nos membros superiores e inferiores, durando no mínimo uma hora, além de vários cochilos diurnos e/ou período de sono noturno estendido, totalizando 10 horas no mínimo de sono por dia [1]. Por fim, a Depressão Mista (Figura 8) é aplicada quando há predomínio de sintomas maníacos/hipomaníacos durante os episódios de depressão maior (ou de algum transtorno em remissão). Geralmente, os sintomas maníacos remetem a humor expansivo anormal e persistentemente elevado, podendo ser uma “alegria” exagerada (estado de euforia) ou uma “irritação” patológica, junto de impulsividade, hiperatividade, hipervigilância, autoestima inflada, logorreia (fala acelerada e desconexa) e/ou pressão do discurso (não deixa o outro falar), enquanto os sintomas hipomaníacos são similares, mas não causam prejuízos graves ao paciente ou a terceiros e não necessitam de hospitalização em razão de características psicóticas como a mania. São recorrentes do Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), quando o paciente experimenta 2 fases marcantes, episódios maníacos e depressivos que se alternam dependendo do subtipos da (I ou II), por isso, é comentada junto da TDM, pois ambos apresentam episódios depressivos [1].

Figura 4: Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior Ansioso - DSM-5-TR

Com sintomas ansiosos: Definido como a presença de pelo menos dois dos seguintes sintomas durante a maioria dos dias de um episódio depressivo maior (ou mais recente se o transtorno estiver em remissão parcial ou completa) ou transtorno depressivo persistente:

1. Sentir-se nervoso ou tenso.
2. Sentir-se incomumente inquieto.
3. Dificuldade de se concentrar devido a preocupações.
4. Temor de que algo terrível aconteça.
5. Sentimento de que o indivíduo possa perder o controle de si mesmo.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Dois sintomas.

Moderada: Três sintomas.

Moderada-grave: Quatro ou cinco sintomas.

Grave: Quatro ou cinco sintomas e com agitação motora.

Figura 5: Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior Melancólico - DSM-5-TR

<p>Com características melancólicas:</p> <p>A. Uma das características seguintes está presente durante o período mais grave do episódio depressivo maior atual (ou mais recente se o transtorno estiver em remissão parcial ou completa):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Perda de prazer em todas ou quase todas as atividades.2. Falta de reatividade a estímulos em geral prazerosos (não se sente muito bem, mesmo temporariamente, quando acontece alguma coisa boa). <p>B. Três (ou mais) das seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Uma qualidade distinta de humor depressivo caracterizado por prostração profunda, desespero e/ou morosidade ou pelo chamado humor vazio.2. Depressão regularmente pior pela manhã.3. Despertar muito cedo pela manhã (i. e., pelo menos duas horas antes do despertar habitual).4. Acentuada agitação ou retardo psicomotor.5. Anorexia ou perda de peso significativa.6. Culpa excessiva ou inadequada.
--

Figura 6: Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior Psicótico - - DSM-5-TR

<p>Com características psicóticas: Quando delírios e/ou alucinações estão presentes durante o período mais grave do episódio depressivo maior atual (ou mais recente se o transtorno estiver em remissão parcial ou completa). Se as características psicóticas estão presentes, <i>especificar</i> se congruentes ou incongruentes com o humor:</p> <p>Com características psicóticas congruentes com o humor: Delírios e alucinações cujo conteúdo é coerente com os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida.</p> <p>Com características psicóticas incongruentes com o humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve temas depressivos típicos ou inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida ou cujo conteúdo é uma mistura de temas incongruentes e congruentes com o humor.</p> <p>Com catatonia: Este especificador é aplicado ao episódio depressivo maior atual (ou mais recente se o transtorno estiver em remissão parcial ou completa) se características catatônicas estiverem presentes durante a maior parte do episódio. Ver os critérios para catatonia associada a um transtorno mental no capítulo "Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos".</p>
--

Figura 7: Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior Atípico - DSM-5-TR

<p>Com características atípicas: Este especificador é aplicado quando essas características predominam durante a maioria dos dias do episódio depressivo maior atual (ou mais recente se o transtorno estiver em remissão parcial ou completa) ou do transtorno depressivo persistente atual.</p> <p>A. Reatividade do humor (i. e., o humor melhora em resposta a eventos positivos reais ou potenciais).</p> <p>B. Duas (ou mais) das seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ganho de peso ou aumento do apetite significativos.2. Hipersonia.3. Paralisia "de chumbo" (i. e., sensação de peso nos braços ou nas pernas).4. Um padrão persistente de sensibilidade à rejeição interpessoal (não limitado aos episódios de perturbação do humor) que resulta em prejuízo social ou profissional significativo. <p>C. Não são satisfeitos os critérios para "com características melancólicas" ou "com catatonia" durante o mesmo episódio.</p>

Figura 8: Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior Misto - DSM-5-TR

<p>Com características mistas:</p> <p>A. Esse especificador é aplicado quando pelo menos três dos sintomas maníacos/hipomaníacos a seguir predominam durante a maioria dos dias do episódio depressivo maior atual (ou mais recente se o transtorno estiver em remissão parcial ou completa):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Humor elevado, expansivo.2. Autoestima inflada ou grandiosidade.3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.5. Aumento na energia ou na atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente).6. Envolvimento aumentado ou excessivo em atividades com elevado potencial para consequências prejudiciais (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).7. Redução da necessidade de sono (sente-se descansado apesar de dormir menos que o habitual; deve ser contrastado com insônia). <p>B. Sintomas mistos são passíveis de observação por outras pessoas e representam uma alteração em relação ao comportamento habitual do indivíduo.</p> <p>C. Para os indivíduos cujos sintomas satisfazem todos os critérios para mania ou hipomania, o diagnóstico deve ser transtorno bipolar tipo I ou bipolar tipo II.</p> <p>D. Os sintomas mistos não são consequência de efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento).</p> <p>Nota: As características mistas associadas a um episódio depressivo maior se revelaram como fator de risco significativo para o desenvolvimento de transtorno bipolar tipo I ou bipolar tipo II. Desse modo, é clinicamente útil observar a presença desse especificador para o planejamento do tratamento e o monitoramento da resposta a ele.</p>
--

Fonte das figuras 4-8: DSM-5-TR

A síndrome demencial é o principal diagnóstico diferencial e uma das condições neurológicas que mais acomete a população idosa, cerca de 90% dos pacientes expressam sintomas psiquiátricos - alucinações, delírios, alterações de humor, ansiedade e depressão, sendo este último um dos mais prevalentes-, durante progressão do quadro neurodegenerativo, assim como podem ser ocasionados se o paciente possui histórico prévio ou familiar de outros distúrbios psiquiátricos se tornando fator de risco para demência. Ou seja, existem dois tipos de cenários que podem explicar essa relação, um influenciando no outro, favorecendo quantitativamente casos de depressão subdiagnosticados e subtratados [16]. É difícil mensurar a depressão na demência devido a sobreposição de outros sintomas (alucinações, delírios, diminuição de apetite e peso) do que o padrão “clássico” de TDM - sentimentos de inutilidade, culpa excessiva ou humor triste -, devido aos déficits de memória, linguagem, senso crítico e ação executiva que interferem na percepção e resgate de emoções e acontecimentos cronológicos, elementos interligados com os fatores de risco psicossociais, biológicos ou genéticos por trás da depressão [16, 17]. Por isso, o Mini-exame Estado Mental (MEEM) é imprescindível componente da avaliação neuropsicológica por ser também um instrumento de rastreamento, mas que avalia exclusivamente as funções

cognitivas (de forma global), como orientação temporal e espacial, memória imediata/de evocação, grau de concentração e distraibilidade, capacidade verbal (nomeação e repetição) e motora (obedecer comando escrito, escrever frase e desenhar). Criado em 1975 nos Estados Unidos, o Mini-exame mental persiste intacto até os dias de hoje pela fácil linguagem e aplicabilidade na faixa etária adulta e geriátrica, consiste em um questionário pequeno que vale 30 pontos, mas é necessário considerar o nível de escolaridade do paciente para não gerar falsos positivos (acima de 24 pontos, aproximadamente). Costuma ser mais associado à avaliação especificamente de sintomatologia demencial, mas como há interseção clínica entre depressão e demência, o MEEM e a GDS se complementam, um analisa a existência de alteração cognitiva, outro analisa alteração humoral-comportamental, respectivamente [18].

2.2 - MANEJO TERAPÊUTICO DO TDM:

Os objetivos consistem em adesão, acessibilidade, segurança, remissão sintomática e recuperação de funcionamento pleno para melhor qualidade de vida e prevenção de recorrências. Tradicionalmente na medicina trabalha-se com as etapas não farmacológica e farmacológica, e na Psiquiatria, se valoriza a psicoterapia e mudanças no estilo de vida de forma obrigatória e a prescrição medicamentosa de forma complementar, na prática em alguns casos [1, 19]. O CANMAT 2023 apresenta tabelas quanto ao nível de evidência benéfica das linhas de tratamento, dos antidepressivos, comparado os efeitos adversos, eficácia, aceitabilidade, interações medicamentosas e tolerabilidade, dentre outros, que foram anexados nesta pesquisa. Tratamentos de primeira linha exigem evidências de maior qualidade (evidências de nível 1 ou nível 2) e geralmente devem ser considerados primeiro na tomada de decisão. Segunda e terceira linha terapêutica são considerados quando há falha ou contra-indicação da primeira linha, além de considerar as evidências clínicas individuais. [20].

2.2.1 - MANEJO FARMACOLÓGICO:

O guideline da *The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT), de 2023, traduzido para o português como “Rede Canadense para Transtornos de Humor e Ansiedade”, expõe as recomendações recentes baseadas em evidências com relação ao manejo do TDM em adultos e idosos, considerando particularidades, demandas, histórico

prévio terapêutico e intervenções no estilo de vida do paciente (atividade física, dieta alimentar e higiene do sono) pré-existentes ou não. A Tabela 1, retirada do CANMAT 2023, faz listagem das 3 linhas de tratamento medicamentos tradicionais de TDM com base no nível de evidência e eficácia. A farmacoterapia é combinada com a psicoterapia para casos em que seja mais vantajoso do que fazer apenas os fármacos ou quando a psicoterapia não for o suficiente sozinha, na maioria das vezes são casos agudos e de alto risco severo [20].

A seleção medicamentosa para TDM se baseia em qual fase o paciente se encontra (fase aguda ou fase de manutenção), a eficácia, indicações e contra indicações de cada um, e as preferências do paciente para uma melhor adesão, como viabilidade financeira e efeitos colaterais. Existem aproximadamente cerca de 31 antidepressivos recomendados, dentre eles, havendo 17 deles considerados de primeira linha para os pacientes depressivos a partir da faixa etária adulta. A prioridade é iniciar qualquer um dos fármacos da classe dos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS/SSRIS), considerados na atualidade a principal classe de antidepressivos. Ainda de primeira linha, há os Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN/ SNRI) - também denominados de Inibidores duais -, a Bupropiona, a Mirtazapina, a Agomelatina, a Trazodona e a Vortioxetina. Em seguida, a grande representante da segunda linha é a classe dos Antidepressivos Tricíclicos (ATCs). [20].

O mecanismo de ação do ISRS consiste em inibir as bombas de recaptação na fenda pré-sináptica para haver mais serotonina livre disponível na fenda sináptica, e por não possuírem efeito anti-alfa-1, anti colinérgico, anti-histamínico ou toxicidade cardiovascular como os Antidepressivos Tricíclicos, regulam maioria dos sintomas depressivos e paciente apresenta grande tolerabilidade, mesmo que o efeito não seja instantâneo. Seus principais representantes são a Fluoxetina, Escitalopram, Sertralina, Fluvoxamina, Paroxetina e Citalopram. Os principais efeitos colaterais leves que toda classe ISRS têm são: (1) manifestações gastrointestinais (náuseas, enjôos, vômitos, constipação) - por isso a recomendação de administrá-los com estômago cheio nas primeiras 2 a 4 semanas -, (2) cefaléia; (3) disfunção sexual (retardo ejaculatório/diminuição do libido/anorgasmia/impotência/ ou mais de dois) - sendo este último o que persiste por mais tempo -; (4) piora da ansiedade nas primeiras 2 a 4 semanas de tratamento. Além de outros sintomas como pesadelo noturno, bruxismo, sonolência/insônia, nervosismo/ansiedade, tremor, síndrome das pernas inquietas, sudorese, bocejo (sem ter sono), boca seca, fadiga, embotamento emocional, efeitos hematológicos (alteração da agregação plaquetária que pode

implicar para riscos maiores de sangramento), hiponatremia, efeitos colinérgicos, etc. No geral, os ISRS são cardiosseguros, mas o Citalopram é o mais cardiotoxico especificamente para idosos em doses altas devido ao risco de prolongar o intervalo QT no eletrocardiograma, enquanto a Sertralina é a opção mais segura para portadores de comorbidades cardiovasculares. A Paroxetina pode diminuir o metabolismo de antiarrítmicos e antipsicóticos caso o paciente esteja fazendo uso concomitante, além de ser o ISRS que mais causa efeitos colaterais (risco de abstinência, maior disfunção sexual, maior apetite, sonolência, constipação), diferente da Fluvoxamina que causa menos disfunções sexuais [20].

Tabela 1: Sumário das Recomendações dos Antidepressivos

Line of treatment	Antidepressant	Daily dose ¹	Mechanism	Level of evidence
First line	Citalopram	20–40 mg	SSRI	●
	Escitalopram	10–20 mg	SSRI	●
	Fluoxetine	20–60 mg	SSRI	●
	Fluvoxamine	100–300 mg	SSRI	●
	Paroxetine	20–50 mg	SSRI	●
	Sertraline	50–200 mg	SSRI	●
	Desvenlafaxine	50–100 mg	SNRI	●
	Duloxetine	60–120 mg	SNRI	●
	Levomilnacipran*	40–120 mg	SNRI	●
	Venlafaxine-XR	75–225 mg	SNRI	●
	Bupropion	150–450 mg ²	NDRI	●
	Mirtazapine	30–60 mg	α_2 antagonist; 5-HT ₂ antagonist	●
	Vilazodone ⁴	20–40 mg	SRI; 5-HT _{1A} agonist	●
	Vortioxetine	10–20 mg	SRI; 5-HT _{1A} , 5-HT _{1B} agonist; 5-HT _{1D} , 5-HT _{3A} , 5-HT ₇ antagonist	●
	Agomelatine [#]	25–50 mg	MT ₁ , MT ₂ agonist; 5-HT ₂ antagonist	●
	Mianserin [#]	30–90 mg	α_2 antagonist; 5-HT ₂ antagonist	●
Milnacipran [#]	50–200 mg	SNRI	●	
Second line	Amitriptyline	75–300 mg	TCA	●
	Clomipramine	150–300 mg	TCA	●
	Desipramine	100–300 mg	TCA	●
	Doxepin	75–300 mg	TCA	●
	Imipramine	75–300 mg	TCA	●
	Nortriptyline	75–150 mg	TCA	●
	Protriptyline	30–60 mg	TCA	●
	Trimipramine	75–300 mg	TCA	●
	Moclobemide	150–450 mg ³	RIMA	●
	Trazodone	150–400 mg	SRI; 5-HT ₂ antagonist	●
	Quetiapine	150–300 mg	DA, 5-HT, α_1 & α_2 antagonist; NRI	●
	Dextromethorphan-bupropion* [#]	45mg/105mg-90mg/210mg	NMDA antagonist; NDRI, sigma-1 agonist	●
Nefazodone [#]	300–600 mg	SRI, 5-HT ₂ antagonist	●	
Selegiline transdermal [#]	6–12 mg	MAO-B inhibitor	●	
Third line	Phenelzine	45–90 mg	MAO inhibitor	●
	Tranylcypromine	30–60 mg	MAO inhibitor	●
	Reboxetine [#]	8–12 mg	NRI	●

● Level 1; ● Level 2; ● Level 3; ● Level 4.

Já os inibidores duais - Desvenlafaxina, Venlafaxina e Duloxetina - agem bloqueando os receptores de noradrenalina e serotonina, cuja vantagem é melhora dos sintomas dolorosos e não reproduzir efeitos colaterais similares dos Tricíclicos, mas por mexerem em receptores de noradrenalina, causam taquicardia, sudorese e principalmente elevação da pressão arterial, podendo prejudicar a ação de anti-hipertensivos ou servir como fator de risco, mas na prática, os Duais são muito parecidos com os ISRS em benefícios. A Bupropiona é a única “representante” de sua classe, cujo mecanismo de ação é a inibição da recaptação de dopamina e noradrenalina, indicada para depressão unipolar (bons resultados para retardo psicomotor, falta de energia e prazer) e depressão bipolar no Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), além de combater efeitos colaterais de outros antidepressivos - não causa disfunção sexual -, participa do tratamento de cessação ao tabagismo e de obesidade, não causa abstinência e potencializa efeito de outros antidepressivos quando associada a ISRS, IRSN e Mirtazapina, por isso, é considerada uma excelente opção terapêutica para o idoso. Sua desvantagem é ser contra indicada para tratar Transtorno de Ansiedade em si por piora extrema do quadro. A Mirtazapina age na antagonização do receptor adrenérgico alfa 2 (pré-sináptico) e de forma indireta aumenta liberação de noradrenalina e serotonina (não age na bomba de serotonina igual os IRSN), logo, é facilmente associada com ISRS e com Inibidor Dual, e similar a Bupropiona, é muito usada para idosos por não provocar interação farmacológica e efeitos colaterais perigosos [20].

A maioria dos antidepressivos tricíclicos são inibidores de serotonina, noradrenalina e antagonistas de 5HT_{2A} e 5HT_{2C}, e se dividem em dois grandes grupos, Aminas terciárias (mais efeitos colaterais) e Aminas secundárias (menos efeitos colaterais). OS três representantes das Aminas terciárias são a Amitriptilina (usada para dor crônica pelo efeito sedativo ao bloquear receptores de histamina), Imipramina (boa opção para Transtorno do Pânico) e Clomipramina (usada para Transtorno Compulsivo-Obsessivo por ser mais serotoninérgico). Dentre Aminas secundárias, Nortriptilina é a considerada a mais adequada para os idosos por causar menores efeitos de hipotensão e ortostática, além de cessação do tabagismo. No total, são indicados como alternativa ao ISRS na Depressão, para Transtorno de Ansiedade, Transtornos Dolorosos (dor neuropática crônica e profilaxia da enxaqueca e cefaléia tensional), Insônia (efeito sedativo), Transtorno do Déficit de Atenção (TDAH), Ejaculação precoce e Enurese na infância. Mas por bloquearem receptores indesejáveis são considerados “sujos” por gerarem muitos efeitos colaterais, em superdosagem. O que muda entre eles é a genética da pessoa que vai ter resposta individual com relação ao fármaco.

Possuem efeitos anti-histamínicos (positivo para insônia), anticolinérgicos (constipação, retenção urinária, taquicardia, disfunção sexual, elevação da pressão intra-ocular e visão turva, convulsões e delirium), anti alfa1-adrenérgico (hipotensão/alto risco para idoso), bloqueio de canais de sódio, corroborando para maiores riscos de arritmias/parada cardíaca/óbito e intoxicação no sistema nervoso, gerando coma e convulsões, além de outras alterações no eletrocardiograma como alargamento do intervalo QT, achatamento da onda T, depressão do ST no eletrocardiograma. Uma especificidade da superdosagem dos tricíclicos é que podem ser altamente tóxicos para pacientes com tendência suicida, sendo a principal causa do óbito, uma característica bastante pertinente para pacientes depressivos da faixa etária adulta e geriátrica. Com isso, os tricíclicos possuem bastantes contra-indicações e altamente incentivados à desmame assim que possível, sendo considerados de 2ª linha em extrema exclusividade. [20].

Enquanto a Tabela 2 é uma tradução de uma das tabelas presentes no CANMAT 2023 que ilustra de maneira simplificada a frequência (em porcentagem) dos efeitos colaterais mais recorrentes dos antidepressivos de 1ª linha, a Figura 12 também é a tradução de outra tabela do CANMAT 2023 a respeito dos efeitos adversos dos antidepressivos de 1ª linha, que são avaliados com base na eficácia, aceitabilidade, interações medicamentosas, efeitos de descontinuação e tolerabilidade. As marcações de favorabilidade referem-se à probabilidade de um antidepressivo de apresentar características desejáveis, ou seja, as marcações em verde indicam que o medicamento tem um perfil mais favorável a ter aquela determinada característica desejável, de alta eficácia, boa aceitabilidade (menor descontinuação), poucas interações medicamentosas e boa tolerabilidade. Já os em vermelho indicam ser menos favorável significam que há maior probabilidade de apresentar perfil indesejável, como baixa eficácia, alta taxa de descontinuação, muitas interações medicamentosas e baixa tolerabilidade. Os em branco tem perfil neutro/sem desvantagem esclarecida [20].

Fazendo um adendo às tabelas 2 e 3, a simplificação dos efeitos colaterais e tolerabilidade são baseadas em dados de meta-análise, ensaios clínicos randomizados e consenso de especialistas/autores coligados, sempre devendo haver consciência de que a escolha do antidepressivo deve sempre considerar a individualidade do paciente, envolvendo histórico de comorbidades, uso de medicação prévia, grau de resposta aos medicamentos e aos efeitos colaterais, além da preferência pessoal e médica [20].

Tabela 2: Sumário dos efeitos colaterais dos antidepressivos de 1ª linha

	náusea	vômito	constipação	diarreia	boca seca	cefaleia	tontura	sonolência	nevosismo	ansiedade	agitação	insônia	fadiga	subresse	anestesia	tremor	anorexia	apetite aumentado	
ISRS																			
Citalopram	21	4		8	19			17	4	3	2		5	11		8	4		
Escitalopram	15		4	8	7	2	6	4	2	2		8	5	3		2	2		2
Fluoxetina	21				10			13	14	12		16		8	9	10	11		
Fluoxaminile			18	6	26	22	15	26	2	2	16	14		11	5	11	15		
Paroxetina	26	2	14	12	18	18	13	23	5	5	2	13		11	15	8	6		1
Sertralina	26	4	8	18	16	20	12	13	3	3	6	16	11	8		11	3		1
IRSN																			
Desvenlafaxina	22	3	9	11	11	20	13	4	<1	<1	0	9	7	10		2	5		2
Duloxetina	20	5	11	8	15		9	7				11	8	6		3	8		
Levomilnacipram	17	5	9		10	17	8					6		9			3		
Milnacipram	37	7	16		5	18	10					12		9		2	2		
Venlafaxina-IR		6	15	8	22	25	19	23	13	13	2	18		12	12	5	11		
Venlafaxina-RX	31	4	8	8	12	26	20	17	10	10	3	17		14	8	5	8		
Outros																			
Agomelatina	≤9	≤9	≤9	≤9	≥10		≤9	≤9	≤9	≤9	<1	≤9	≤9	<1			≤1		≤9
Bupropiona SR	11		≥10	4	≥10	≥10	7	3	5	5		≥10		2	2	3			
Bupropiona XL	15	2	10		19		8			5		10		2		4	5		
Mirtazapina			13		25		7								8	2			17
Vilazodona	24	5		29	7	14	8	5				6	3						3
Vortetina	23	4	4	5	6		5	3				3	3	2			1		
Legenda:																			
0-9%																			
10-29%																			
≥30%																			

Fonte: Pagliarini, BCD, 2025 /CANMAT 2023

Tabela 3: Sumário comparativo da favorabilidade dos antidepressivos de 1ª linha

Coluna 1	Eficácia	Aceitabilidade	Interação medicamentosa	Descontinuação	Sedação	Ganho de peso	Disfunção sexual	outras tolerabilidades
ISRS								
Citalopram								
Escitalopram								
Fluoxetina								
Fluvoxamina								
Paroxetina								
Sertralina								
IRSN								
Desvenlafaxina								
Duloxetina								
Levomilnaciprano								
Venlafaxina-XR								
Outros								
Bupropiona								
Mirtazapina								
Vilazodona								
Vortioxetina								
Agomelatina								
Mianserin								
Milnacipram								

Legenda:	neutro
mais favorável	especificidade
menos favorável	tolerabilidade

Fonte: Pagliarini, BCD, 2025 /CANMAT 2023

Existem alguns especificadores no DSM-5-TR descritos num episódio de depressão maior que podem estar presentes tanto em sintomas depressivos como maníacos subsindrômicos, podendo tornar a diferenciação complexa, mas não muda as principais recomendação de antidepressivos para TDM. Resumindo a Tabela 4, qualquer um dos antidepressivos de 1ª linha servem para os episódios especificadores do TDM (angústia ansiosa, melancolia, atípicos e mistos), já sintomas dimensionais possuem recomendações mais direcionadas como uso de Vortioxetina (1ª linha) e Bupropiona/Duloxetina/SSRIs (2ª linha) para disfunção cognitiva; Agomelatina (1ª linha) e Mirtazapina/Quetiapina/Trazodona (2ª linha) para distúrbios do sono, e Duloxetina/Bupropiona (1ª linha) e outros Duais (2ª linha) para sintomas somáticos [20].

Tabela 4: Sumário das recomendações de antidepressivos conforme especificidades e sintomas de acordo com o DSM-5-TR - CANMAT 2023

Linha de Tratam.	Especificadores do DSM-5-TR				Sintomas do DSM-5-TR		
	Angústia Atípicas Melancolia	caráter misto	caráter psicótico	caráter catatônico	disfunção cognitiva	distúrbio do sono	sintomas somáticos
1ª linha	qualquer AD de 1ª linha	qualquer AD de 1ª linha	qualquer AD de 1ª linha + Antipsicótico Atípico	Benzodiazepínicos + qualquer AD de 1ª linha	Vortioxetina	Agomelatina	Duloxetina (dor) Bupropiona (fadiga)
2ª linha	qualquer AD de 2ª linha	Lurasidona			Bupropiona Duloxetina ISRSs	Mirtazapina Quetiapina Trazodona	Duloxetina (fadiga) Outros IRSNS (dor) ISRSs (fadiga)

Fonte: Pagliarini, BCD, 2025 / CANMAT 2023

Mesmo após protagonismo dos antidepressivos no TDM, nota-se que o quadro de depressão também pode ser mediado por outras alternativas. O Lítio, um dos principais estabilizadores de humor, tem papel fundamental no Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) para prevenção e manutenção dos episódios maníacos e depressivos, mas também revela eficácia em pacientes idosos com TDM resistente à terapia, na redução de sintomas depressivos, na alta funcionalidade entre idade global superior, tem efeito preventivo ao suicídio, uso seguro concomitante a diuréticos, outros exemplos. Entretanto, é preciso ter cautela ao prescrevê-lo devido aos riscos de desenvolver problemas renais a longo prazo [21]. Os antipsicóticos são mais utilizados se o idoso apresentar sintomas psicóticos (delírios/alucinações/sintomas negativos) - recorrentes em demência e alzheimer - e depressivos graves (embotamento afetivo, isolamento social, anedonia, redução de motivação), se não, não tem função. Pertencente a classe dos antipsicóticos atípicos, a Quetiapina vem ganhando bastante visibilidade para esta população, além de ser prescrita para idosos depressivos com resistência medicamentosa, é indicada para tratamento de transtornos psicóticos (esquizofrenia e transtorno bipolar) - melhora os sintomas positivos e negativos - tem grande efeito sedativo para os quadros de insônia e agitação, e poucos riscos de causar sintomas extrapiramidais [22,23].

Segundo a *American Geriatric Society* (AGS), os critérios de Beers (2023) funcionam como um guia para determinação de 5 categorias farmacológicas de possíveis interações

medicamentosas de acordo com o grau de risco: (1) categoria 1 seriam os medicamentos potencialmente inadequados para todos os idosos, devendo serem evitados; (2) categoria 2 seriam os fármacos potencialmente inadequados para os idosos cardiopatas, neuropatas, com histórico de quedas/fraturas, distúrbios gastrointestinais, renais e geniturinários; (3) categoria 3, os fármacos de uso cauteloso para pacientes com idade superior aos 70 anos; (4) categoria 4, a problemática são as interações medicamentosas e efeitos adversos; (5) categoria 5, fármacos que precisam ser administrados em doses reduzidas, principalmente em quadro de insuficiência renal. A intenção dos critérios de Beers é reduzir a exposição química desnecessária ao abranger as múltiplas comorbidades que um paciente idoso pode apresentar, infelizmente alguns efeitos colaterais não podem ser totalmente evitados em prol de medicamentos essenciais para o transtorno mental, pelo menos amenizados o suficiente para não desenvolver lesões irreversíveis de outros sistemas (cardíaco, renal, gastrointestinal, etc), ou reduzindo dose, substituindo ou rearranjo de combinação medicamentosa. [24].

Partindo do ponto de vista das interações medicamentosas que os psicofármacos em questão podem causar, os antidepressivos tricíclicos, os benzodiazepínicos e os antipsicóticos estão inseridos dentro da categoria 1, alta evidência de risco severo, o que condiz muito com a quantidade de efeitos colaterais que proporcionam, coincidindo com o fato dos Tricíclicos serem designados como 2ª linha de escolha para TDM, e os Antipsicóticos de acordo com o fenótipo e doença neurológica adjunta. Um dos principais estabilizadores de humor é o Lítio, inserido na quarta categoria por apresentar maior toxicidade quando combinado com outras drogas como inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA) ou diuréticos de alça, logo, um paciente cardio/pneumopata poder ser prejudicado se não for dosado na recomendação adequada, ou até mesmo ser substituído em prol dos outros, por exemplo. Na quinta categoria, temos os medicamentos que devem ser evitados ou reduzidos em pacientes portadores de insuficiência renal, dentre eles não há menção a restrição dos antidepressivos, mas há quanto ao lítio e antipsicóticos por serem nefrotóxicos e possibilidade de abrirem quadro de lesão renal aguda se em superdosagem ou uso indevido a longo prazo, antiepilépticos (pregabalina e gabapentina em caso de clearance de creatinina < 60 mL/min), anticoagulantes, analgésicos (anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)) quando clearance de creatinina menor que 30 mL/min), antibióticos (taxa de filtração glomerular <30 ou < 60 mL/min), dentre outros. Mesmo se algum dos psicofármacos precisarem sofrer mudanças de alterações posológicas, são baseadas de acordo com a melhora/piora da clínica psíquica do paciente e casos de

interações medicamentosas, e no fim, não há como evitar os efeitos colaterais, vindo a necessidade ou não do tratamento de doenças adjacentes se adaptar à receita controlada [24].

Todos os antidepressivos possuem risco generalizado de: (1) síndrome serotoninérgica - principalmente a partir da combinação entre: ISRS/Bupropiona/Tricíclicos e Inibidores de Monoaminoxidase (IMAOs); ISRS/IRSN e Inibidores da Colinesterase (IChE); ISRS e outros fármacos serotoninérgicos; (2) crise hipertensiva - destaca-se a interação entre Tricíclicos e IMAOs, e IMAOs com os inibidores de colinesterase; (3) efeitos anticolinérgicos que são potencializados por antipsicóticos em caso de depressão com fenótipo psicótico, ou por Tricíclicos com relação a Memantina. No geral, os ATCs são bastante suscetíveis a interações se administrados em conjunto com inibidores ou indutores do citocromo P450 (principal enzima hepática responsável pelo metabolismo da maioria dos psicotrópicos). Além disso, os benzodiazepínicos sempre precisam ser prescritos com cautela no idoso, visto que seus benefícios são em menor proporção que seus efeitos adversos (perda de memória, déficit motor, aumento do risco de quedas/fraturas, sedação diurna), e quando associados a opióides podem mascarar sintomas depressivos ao gerarem sedação excessiva, depressão respiratória e dependência química. Outras interações a serem mencionadas: anticolinérgicos podem piorar os sintomas e interferir na eficácia dos antidepressivos; corticosteróides e anti-hipertensivos agravam sintomas depressivos em idosos especialmente; betabloqueadores também são controversos, mas possuem associação. De certa forma, observa-se que cardiopatas são os que mais sofrem com interações medicamentosas que envolvem a fisiologia do sistema cardiovascular [25,26].

2.2.2 - NÃO FARMACOLÓGICO:

A psicoterapia é de intervenção centralizada nas características individuais, sendo adaptativa conforme a educação, cultura e etnia. Em média, 12 a 16 sessões são sugestivas para bons resultados, e a frequência estimada a ser duas vezes por semana, visto que é diretamente proporcional a eficácia da terapia, ou seja, quanto maior a frequência das sessões, maior o suporte e melhor o surgimento dos resultados para o paciente. Além disso, evidências dos benefícios do exercício físico presente no tratamento para TDM, independentemente se paciente faz uso ou não de fármacos, precisam ser considerados. Enquanto a atividade física altamente aeróbica e moderada intensidade é recomendada para redução de sintomas

depressivos em adolescentes e adultos jovens, atividades de baixa a moderada intensidade (em torno de 30 a 40 minutos, 3-4 vezes na semana) para faixa etária da meia-idade e 3ª idade. A atividade física para 3ª idade proporciona benefícios como melhora da saúde mental (liberação de endorfinas responsáveis pela sensação de felicidade; redução de sintomas de ansiedade e depressão; melhora da autoestima e sociabilidade), fortalecimento muscular e ósseo, perda de peso, preservação de mobilidade/postura/equilíbrio e prevenção de queda, melhora qualidade do sono, controle de doenças crônicas - diminui risco cardiovascular, melhora da função pulmonar e cognitiva (memória, concentração, raciocínio, foco, atenção e menor risco de demência), dentre outros. Em conjunto da atividade física, uma melhora da dieta alimentar influencia na absorção de nutrientes que sejam fundamentais para produção de serotonina e reduzir sintomas depressivos (triptofano, magnésio, cálcio, vitamina B6, vitamina B12, ácido fólico, etc) [20].

Retornando às psicoterapias, existem vários tipos que podem ser escolhidos de acordo com a preferência do profissional e do paciente, mas a de “primeira escolha” na maioria dos transtornos psiquiátricos é a Terapia Cognitiva comportamental (TCC), cujo objetivo é reconstruir a forma de pensar e agir para melhor adaptação à determinadas situações do cotidiano que o aflige inconscientemente, visto que a parte física, mental e emocional estão interconectadas, explorando o passado e o presente. É bem vista por todos que buscam aprender a lidar com os próprios pensamentos e comportamentos disfuncionais, independentemente da severidade da sua saúde mental e presença de comorbidades associadas. Existe uma relação segura e aberta entre paciente e terapeuta, cujo melhora é gradativa ao longo do acompanhamento contínuo. Além de transtornos depressivos, a TCC pode ser utilizada para demais transtornos psíquicos (ex: transtornos de ansiedade, alimentares, obsessivo-compulsivo, de estresse pós-traumático, fobias) até para situações gerais e estressantes do cotidiano (ex: crises existenciais, problemas familiares, mal-estar emocional, dificuldades escolares). Diferente da Psicoterapia Interpessoal (IPT) que é uma terapia de curto prazo focada em eventos interpessoais atuais que impactam no humor e comportamento do paciente [20]. A [Tabela 5](#) foi traduzida diretamente do CANMAT 2023.

O Departamento de Psiquiatria e Psicologia da Universidade de Cologne realizou um estudo randomizado e controlado a respeito da utilidade da TCC para depressão de um grupo de pacientes com idade mínima de 60 anos, para avaliar depressão moderada à severa. Tem se em mente que a eficácia da TCC em jovens adultos é mais estudada por não possuir tópicos

específicos da faixa etária como aposentadoria, deficiência física, sensação da proximidade do fim da vida, perda de entes queridos com frequência, etc. O estudo conclui que a TCC reduz mais os sintomas depressivos do que qualquer suporte inespecífico de intervenção não farmacológica, mas não chega a existir uma superioridade extrema. Mesmo que TCC continue sendo preferida por boa tolerância, visibilidade social e benéfica a longo prazo, qualquer uma das psicoterapias consideradas de 1ª linha são de ótima escolha, dependendo muito da experiência individual, permitindo ao paciente explorar outras técnicas [20, 27].

O *Mindfulness* (traduzido para “atenção plena”), considerado segunda linha de tratamento, é uma terapia com repercussões positivas nas últimas décadas que se baseia em práticas meditativas com o intuito de centralizar a consciência do paciente para o presente, existindo duas versões: redução do estresse baseada no mindfulness (MVSR) e a terapia cognitiva baseada no mindfulness (MBCT). É um curso de oito semanas que consiste em oito sessões semanais de duas horas em grupo e um dia de retiro silencioso, com foco no treinamento sistemático e bastante indicado para pacientes com estresse crônico, o que não exclui sua utilidade para controle e manutenção de quadro ansioso-depressivo. Necessário destacar que a terapia cognitiva baseada no mindfulness (MBCT) é mais recomendada para depressão do que a de redução de estresse (MVSR), visto que mescla elementos da TCC tradicional [28].

Tabela 5: Sumário das psicoterapias recomendadas

Linha de Tratamento	Psicoterapia	Nível de evidência
1ª linha	<ul style="list-style-type: none"> → Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) → Psicoterapia Interpessoal (IPT) → Ativação Comportamental (BA) 	Nível 1 
2ª linha	<ul style="list-style-type: none"> → Sistema de análise cognitivo-comportamental de psicoterapia (CBASP) → Mindfulness baseada na terapia cognitiva (MBCT) → Terapia de resolução de problemas (PST) → Psicoterapia psicodinâmica de curto prazo (STPP) → Tratamento psicológico trans diagnóstico de transtornos emocionais 	Nível 2 
3ª linhas	<ul style="list-style-type: none"> → Terapia de aceitação e compromisso (ACT) → Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo (PDT) → Terapia Metacognitiva (MCT) → Entrevista motivacional (MI) 	Níveis 3 e 4 

Nota: A ordem de recomendação das psicoterapias dentro de cada linha é listada de acordo com o nível de evidência, em seguida por ordem alfabética.

Fonte: Pagliarini BCD, 2025 / CANMAT 2023

Outro método não farmacológico é a Eletroconvulsoterapia (ECT), em conjunto com a HAM-D, que é específica para quadros psiquiátricos - transtornos de humor (transtorno depressivo e transtorno afetivo bipolar), transtornos psicóticos (esquizofrenia) e ideação suicida. Como técnica de neuromodulação, de forma não invasiva, em ambiente hospitalar, por meio de eletrodos na cabeça do paciente sedado (e sob monitoramento cerebral, cardíaco, pressórico e de oxigênio), consiste em induzir uma série de convulsões controladas para restauração da excitabilidade dos neurotransmissores, isto é, uma forma de “reiniciar” as fendas sinápticas e reorganizar seus fluxos. Sua eficácia se destaca nos casos de pacientes depressivos resistentes à medicamentos, à depressão bipolar (TAB), à psicose (esquizofrenia) e pacientes com altas tendências suicidas, ou seja, ECT é mais restrita a casos graves. As funções cognitivas são inalteradas e pacientes idosos apresentam melhores rendimentos que os pacientes mais jovens. Porém, deve-se atentar ao fato de que a Eletroconvulsoterapia ainda é risco para os pacientes idosos que são frágeis e mais sensibilizados aos efeitos colaterais do que a faixa etária jovem e adulta, de certa forma evita-se usar na geriatria, apenas em casos extremos e específicos [20, 29].

3 – MATERIAL E MÉTODOS

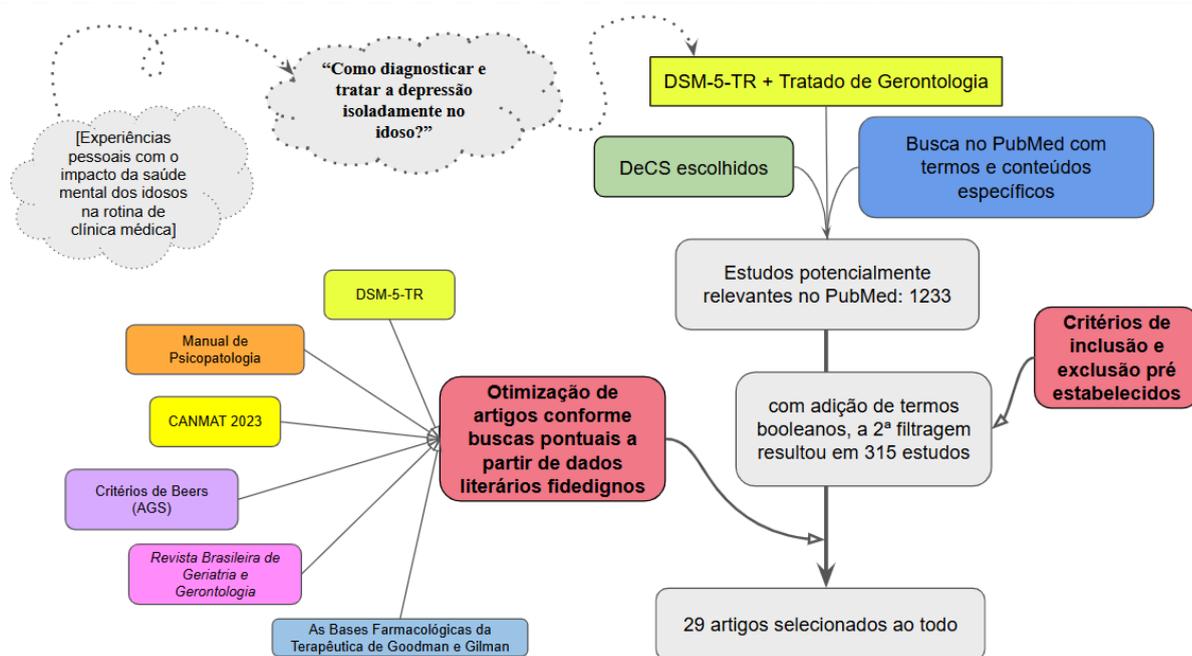
3.1 – METODOLOGIA DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

A partir da questão norteadora “Quais as ferramentas disponíveis para diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior em idosos, e quais particularidades estão presentes quanto ao manejo terapêutico?” Como diagnosticar e tratar a depressão isoladamente no idoso?”, foi conduzida uma revisão bibliográfica, com os seguintes critérios e etapas de coleta de informações para este estudo. Primeiro, a base de dado acadêmico consultada para coleta de artigos foi o PubMed Central (PMC) via *National Library of Medicine (NIH)*, para melhor pontuar temas e atualizações das bases referenciais do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), especificamente sua versão atualizada (DSM-5-TR), o Tratado de Geriatria e Gerontologia, as Bases Farmacológicas de Goodman, dentre outras referências literárias fidedignas. Os descritores em ciências da Saúde (DeCS) iniciais - Transtorno

Depressivo Maior; Psiquiatria Geriátrica; Diagnóstico Clínico; Diagnóstico Diferencial; Terapêutica - foram utilizados na sua versão em inglês e em combinação com o termo booleano ‘AND’, ‘*depression in old age*’, ‘*depression in old age treatment*’, ‘*geriatric depression scale validity*’, ‘*cognitive behavioral therapy depression*’, ‘CANMAT 2023’ e “*AGS Beers Criteria*”. Ao longo da pesquisa, outros descritores como ‘Interações Medicamentosas’ e ‘Polifarmácia’ complementaram buscas pertinentes ao contexto do tratamento geriátrico. A coleta de dados sobre interações farmacológicas foi singular para melhor filtragem e implementação ao contexto dos efeitos colaterais/adversos e a crítica da polifarmácia na geriatria, não sendo incluso nos objetivos listar e detalhar a bioquímica e cinética dos fármacos.

Para garantir a inclusão de uma diversidade de fontes relevantes, foram incluídos artigos e livros publicados em inglês e português considerando a proficiência nos idiomas e a presença de literatura científica expressiva nas duas línguas. O intervalo global de publicação consultada para este projeto percorre os anos 2000 a 2025 devido a abrangência literária que persiste nas áreas da Psiquiatria e da Geriatria, com ênfase em artigos dos anos 2019 a 2025 em questão de atualizações, permitindo uma análise comparativa de tendência e achados recentes. Também foram referidos os artigos originais de Yesavage de 1992 e Alexopoulos de 1988 para veracidade na tradução das tabelas diagnósticas.

Figura 9: Fluxograma textual do processo de seleção dos estudos sobre depressão geriátrica de forma sequencial:



3.2 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram artigos que tratavam diretamente do tema central - faixa etária alvo, comparativo clínico, critérios diagnósticos e opções terapêuticas diversas -, apresentavam metodologia clara e resultados replicáveis, além de estudos empíricos que ofereciam dados robustos e relevantes para os objetivos da pesquisa.

Posteriormente a pré-seleção dos artigos encontrados, foi feita uma leitura dos títulos e eixos temáticos, transformados em uma coletânea de informações condizentes com o Manual dos Transtornos Mentais e Tratado de Gerontologia. Esta metodologia de pesquisa bibliográfica foi conduzida para garantir a qualidade e a relevância das fontes, apoiando a construção de uma análise crítica e fundamentada dos achados científicos.

3.3 – CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos artigos opostos ao da procura, ou seja, trabalhos que não atendiam aos critérios de inclusão, não possuíam revisão por pares, metodologia pouco detalhada ou revisões sistemáticas reduzidas e fora da janela de publicação estipulada. Publicações duplicadas e estudos que não estavam disponíveis na íntegra também foram desconsiderados.

4 – RESULTADOS

Os descritores empregados na base de dados pesquisada resultaram numa grande quantidade generalizada de artigos sobre as áreas médicas abrangidas no trabalho (Psiquiatria e Geriatria), mas sendo necessário aplicar filtragens mais específicas, resultou em 1233 estudos inicialmente. Considerando fatores de objetividade e complementaridade à literaturas fidedignas como DSM-5-TR, o Manual de Psicopatologia e Tratado de Gerontologia, os critérios de inclusão e exclusão permitiram uma coleta mais seletiva e direta para a etapa final de 24 artigos do PubMed.

O estudo de Hyegyeong Son et al. (2022) foi direto ao ponto de que pacientes acima dos 65 anos geralmente apresentam alguma comorbidade crônica e/ou declínio cognitivo-funcional adjacente a depressão por conta de determinados fatores intrínsecos como a solidão, além de externos que influenciam no declínio cognitivo e humoral camuflados em outras queixas sistêmicas. De forma semelhante, Alejandro de la Torre-Luque (2020) e Vahit Can Cavdar (2024) enfatizam o olhar integral com relação às queixas clínicas do paciente e seu contexto de vida para explicar a conexão entre o estado emocional/mental e orgânico.

Então, pode-se dizer que esses três artigos reforçam o quão complexo a observação clínica do exame psíquico e o detalhamento da anamnese são preditores para hipótese diagnóstica, paralelamente com o auxílio dos critérios diagnósticos do DSM-5-TR, que é o livro de grande referência da área de Psiquiatria, e o Manual de Psicopatologia que proporciona uma análise padrão do exame psíquico de um paciente com TDM.

Com isso, o próximo passo é buscar compreender o poder que a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) tem para identificação em primeira instância da depressão no idoso de maneira isolada, ou seja, apenas extraindo as informações centradas no humor, criada por Yesavage em 1982 e adaptada cientificamente pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia desde 2007, mantendo o padrão original eficiente até hoje. As demais escalas dos autores originais Alexopoulos, de Hamilton e Zung foram mencionadas como uma forma de comparar o que é uma escala de rastreio (no caso, a GDS) com escalas de acompanhamento pós diagnóstico fechado. Além dos originais, foram postas no trabalho as adaptações, traduções e análise entre si das escalas por Korner A et al (2006), Carthery-Goulart et al. (2007) e Jokelainen J et al (2019), respectivamente. Também é feito um breve comentário por meio dos estudos por Tomasovic S(2022) e Sibley AA (2021) como o quadro depressivo pode se apresentar em paciente geriátrico com síndrome demencial, exemplificando a coexistência do transtorno depressivo com outras comorbidades como dito anteriormente.

A Rede Canadense para Tratamentos de Humor e Ansiedade (CANMAT), tendo Raymond W Lam et al (2024) como autor principal, teve uma recente atualização em 2023 a respeito do guideline clínico e manejo terapêutico sobre TDM, contribuindo muito para a pesquisa por estar em paralelo aos dados científicos do DSM-5-TR, amplamente utilizado pelos profissionais da saúde especializados. Os Critérios de Beers, oficializados pela Sociedade Geriátrica Americana, faz uma divisão de categorias com base no grau de risco das interações medicamentosas a partir dos fármacos mais usados pela faixa etária, servindo como orientação padrão com bases científicas de risco-benefícios. O artigo de Silva AG et al. (2021) que aborda os cuidados farmacológicos do idoso com depressão, publicado na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, destaca duas interações psicotrópicas, Tricíclicos associados a IMAOs e o uso Benzodiazepínicos, visto que sua utilidade se torna específica para quadros agudos/crise, e não contínua como o papel dos antidepressivos. Tondo L., Christl J. e McKeown L. trazem um adendo sobre o lítio, mas para conscientização base como estabilizador de humor.

Finalizando, a respeito do tratamento não farmacológico, Dafsari FS. e Sverre KT et al. (2023) trazem seus estudos explicando mais sobre a TCC e o mindfulness, respectivamente, que foram previamente apresentados pelo CANMAT 2023. Dominiak M. trouxe uma perspectiva sobre situações adequadas de uso e funcionalidade da Eletroconvulsoterapia.

5 – DISCUSSÃO

Percebe-se a maior parte do exame psíquico de um paciente com TDM se enquadra nos critérios diagnósticos do DSM-5, mas como nem tudo na psiquiatria é “fixo” ou facilmente explícito, não necessariamente a primeira impressão será estereotipada, em especial na população idosa que sofre sobreposição de sintomas somáticos, sendo preciso relembrar a diferenciação dos métodos de investigações frente aos fatos fidedignos. Anteriormente foi mostrado que a TDM pode apresentar combinação com outros quadros como ansioso ou psicótico, mas no que se refere a diagnóstico de “depressão isolada”, é tendencioso associar ao fenótipo melancólico, que seria a depressão popularmente conhecida devido a predominância do humor deprimido, mas tecnicamente não há como afirmar isso, visto que cada caso é um caso, e cabe muitas vezes à interpretação do médico responsável. Porém, essa revisão busca trazer uma perspectiva de diagnóstico isolado que seria uma visualização idealmente apenas do transtorno em si, e não do TDM acompanhado de qualquer outra doença ou transtorno mental que possa confundir a clínica. Para chegar a uma hipótese diagnóstica, é a junção de sintomatologia com exame psíquico (anamnese e observação médica). [1,5,7]

Com relação às escalas diagnósticas, a GDS mostra-se com ferramenta útil na detecção de graus variados de depressão nos cuidados primários, a partir de qualquer indício fornecido ou suspeitado do paciente ou por relatos de terceiros, independente do histórico pregresso. Já a Escala de Cornell, que ao ser utilizada em paciente com doença prévia, demonstra justamente estar nivelando a depressão secundária a partir de uma síndrome neurológica, exemplificando qual o diferencial de um questionário individualizado a respeito dos sentimentos e pensamentos deprimidos com um questionário no qual já se sabe que quadro demencial é propenso a desenvolver quadro depressivo. Destaca-se que a GDS é um questionário em que é possível fazer diretamente ao paciente na maioria das vezes, enquanto a de Cornell provavelmente será respondida pelo cuidador responsável devido a demência do

idoso. Quanto às demais escalas discutidas, mesmo centradas em acompanhamento terapêutico, não deixam de serem “diagnósticas”, pois a qualquer instante a sintomatologia pode alterar, e conseqüentemente, o tratamento. Assim, é possível compreender o papel de cada uma, como manejá-las a seu favor quando for preciso [8,9,10,11,12,13].

O MEEM costuma ser mais associado à avaliação especificamente de sintomatologia demencial, mas como existe uma interseção clínica considerável entre depressão e demência, o MEEM e a GDS se complementam, então, podem ser referenciados como etapa inicial - um analisa a existência de alteração cognitiva, outro analisa alteração humoral-comportamental, respectivamente -, sem restrições quanto a múltiplas replicações, para um rastreamento ideal no paciente idoso, independentemente se são ou não portadores de demência, além de acompanhar o grau de severidade dos sintomas depressivos e se estão progredindo, regredindo ou estabilizados. De qualquer forma, o acompanhamento a longo prazo do quadro depressivo deve ser frequente, visto que a meta terapêutica é moldável conforme a evolução e prognóstico conforme o estado atual do paciente. Entende-se que a clínica de TDM e depressão secundária possuem certas diferenças, mas todas passam pelo mesmo protocolo universal de avaliação neuropsicológica, sendo de grande importância abranger o contexto psicossocial e história pregressa do paciente para traçar suspeita e confirmação diagnóstica [9,11,13,16,17,18].

Tanto o TDM quanto uma depressão secundária se beneficiam do uso de antidepressivos, estabilizadores de humor e antipsicóticos, a diferença é o objetivo pelo qual estão sendo prescritos e o grau de intervenção eficaz. É importante discernir que não é via de regra todos os efeitos colaterais existentes de determinado fármaco acontecer com todos que o consomem, mas se surgirem, serão medidos conforme o nível de incômodo e impacto que está exercendo no cotidiano, além de discutir se será o caso retirar ou permanecer, ponderando os riscos e benefícios. Entretanto, o cenário da polifarmácia influencia as prescrições médicas quanto aos efeitos colaterais, às (contra)indicações e riscos das interações medicamentosas que o paciente idoso pode sofrer, podendo agravar comorbidades adjacentes ou induzir novas doenças/transtornos mentais, assim como alguns fármacos podem prejudicar o tratamento para depressão. Logo, a importância de considerar a polifarmácia como risco à saúde do paciente se não bem revisada e planejada. E a partir do próprio CANMAT 2023 (explicitado anteriormente na Fundamentação Teórica) pode-se tirar conclusões dos fármacos antidepressivos mais apropriados para a faixa etária geriátrica com relação ao quadro

depressivo (humor alterado), destacando-se o Escitalopram, a Sertralina, a Bupropiona e a Mirtazapina [20].

Os Critérios de Beers (2023) da Sociedade Geriátrica Americana, a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e a literatura farmacológica de Goodman, quando combinadas ao CANMAT 2023, podem se tornar ferramentas estratégicas para um melhor manejo do idoso pelo fato de apontarem quais são as interações medicamentosas prevalentes mais, com isso, percebe-se que o impacto da polifarmácia pode passar despercebido, sobretudo em pacientes idosos que apresentam muitas somatizações. Enquanto os Critérios de Beers abordam as interações medicamentosas generalizadas que podem ser prejudiciais para público idoso de acordo com suas comorbidades, sejam mentais ou orgânicas, as bases farmacológicas de Goodman e Gilman possui sessões que explicam quais são maiores interações medicamentosas dos psicotrópicos e as consequências mais recorrentes como síndrome serotoninérgica, crise hipertensiva e mascaramento dos sintomas depressivos, proporcionando conclusões de que a qualidade e continuidade do tratamento para TDM são afetadas. Algumas interações medicamentosas chegam a coincidirem com os efeitos colaterais, podendo não serem tão nocivas, mas nos casos em que existe interação medicamentosa entre ISRS e Inibidores de Colinesterase, é preciso repensar na melhor combinação para um idoso depressivo portador de demência, logo, optar pela Memantina é uma opção que traria maior segurança. A mesma lógica para prescrições que não sejam mais monoterapia, a síndrome serotoninérgica é uma das principais consequências a partir da interação entre ATCs e IMAOs, sendo caso repensar o uso de um deles ou ambos, levando em consideração os riscos-benefícios de cada um de forma isolada também. Mesmo que haja crescentes estudos atuais sobre interações específicas dos psicotrópicos, a conscientização nas práticas cotidianas e nos centros universitários ainda é vaga, por ser um assunto muito vasto e complexo frente a grande demanda de serviços mais objetivos/ rápidos e a tendência dos profissionais de replicarem receita no automático. O discernimento sobre o assunto prevalece em quem investiga mais a fundo a área da psicogeriatría, logo, as interações medicamentosas são uma pauta necessária a ser mais destrinchada dentro da psicogeriatría e enfatizar que o acompanhamento deve ser individualizado e multidisciplinar para não haver sobrecargas e equívocos [20, 25, 26].

A respeito das psicoterapias, a TCC e a IPT se mantêm firmes como 1ª linha por causa do alto nível de evidência - com destaque na TCC sendo a primeira escolha na maioria das

vezes - sem limitação com relação à faixa etária, logo, aplicável perfeitamente para o público idoso. O Mindfulness não é praticado isoladamente, por isso, suas versões são combinadas com outras psicoterapias para reforço, e mesmo assim é vista como uma alternativa a ser complementada à gosto do paciente, mas seu processo gradativo de visibilidade, adesão e estudo na atualidade a põe como 2ª linha, por estar bastante vinculada a um estilo de vida conectada a assuntos de espiritualidade e neurociência. Demais terapias na listagem do CANMAT não são aprofundadas na revisão, visto que o objetivo é centrar nas melhores opções do cotidiano e público alvo idoso [1, 20, 27, 28].

Conclui-se que tratamento clássico para TDM é o envolvimento da psicoterapia e/ou dos psicofármacos por conta da complexidade clínica e bioquímica do transtorno mental, enquanto quadros depressivos secundários podem se resolver com a psicoterapia e/ou medicação, de acordo com a preferência do médico, mas em tese, procura-se iniciar e manter a psicoterapia em casos leves ou quando há preferência em evitar ingestão de remédios desnecessários, e adicionar os fármacos em casos mais graves ou quando a terapia é insuficiente [1, 20].

Sobre as limitações do estudo, pode-se dizer que a revisão não tem o mesmo efeito que um ensaio clínico de testar diretamente intervenções diagnósticas e terapêuticas, mas pode servir de alerta, considerando que a área da geriatria está sempre em evolução, novas pesquisas e perspectivas adicionais surgem rotineiramente, especialmente envolvendo questões de saúde mental, e ao buscar literatura em depressão geriátrica, é possível propagar e apontar mais ainda temáticas quanto o impacto diagnóstico e do tratamento exercem na qualidade de vida do paciente e dos familiares, e como é um quadro interdisciplinar e frequente no cotidiano. Todo conteúdo do trabalho foi embasado em fontes de evidência fidedignas, nada tirado de experimentos pessoais sem comprovação científica.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manejo do Transtorno Depressivo Maior na população idosa exige uma abordagem cuidadosa, individualizada e integral. Trata-se de um público especialmente vulnerável, marcado por múltiplas comorbidades, alterações fisiológicas próprias do envelhecimento e uso frequente de diversos medicamentos, o que amplia os riscos de efeitos adversos e

interações farmacológicas. É possível concluir que diagnosticar um quadro depressivo de maneira isolada no idoso é um desafio, uma vez que a somatização tende a se sobressair, e o tratamento representa o passo seguinte, que deve considerar toda a história de vida e o contexto psicossocial do paciente.

Diante disso, o diagnóstico precisa ir além dos critérios formais do DSM-5-TR, exigindo escuta clínica qualificada, aplicação de escalas adaptadas ao contexto geriátrico e observação sensível do estado psíquico. O tratamento, por sua vez, reflete o impacto direto da qualidade do diagnóstico e a competência do profissional em confirmar a hipótese diagnóstica, acolher o paciente e estabelecer um diálogo claro, capaz de gerar adesão e confiança. Portanto, não se deve restringi-lo à prescrição farmacológica. A integração entre intervenções psicoterapêuticas, suporte familiar e mudanças no estilo de vida deve ser incentivada sempre que possível. O cuidado ao idoso deprimido requer empatia, escuta atenta e base técnica sólida, com o propósito de aliviar os sintomas sem perder de vista a autonomia, a subjetividade e a dignidade. Enfrentar a depressão no envelhecimento é, antes de tudo, um exercício de clínica, ciência e humanidade.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Association AP. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5-TR: Texto Revisado*. (5th edição). Ledur Serviços Editoriais Ltda: Grupo A; 2023.
2. Freitas, E.V.; Py, L.; Neri, A. L.Cançado, F. A. X.C. Gorzoni, M.L.; Doll, J. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4ª. Edição. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016.
3. Son H, Cho HJ, Cho S, Ryu J, Kim S. The Moderating Effect of Social Support between Loneliness and Depression: Differences between the Young-Old and the Old-Old. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 17;19(4):2322. doi: 10.3390/ijerph19042322. PMID: 35206508; PMCID: PMC8871923.
4. de la Torre-Luque A, Ayuso-Mateos JL. The course of depression in late life: a longitudinal perspective. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020 Jul 29;29:e147. doi: 10.1017/S204579602000058X. PMID: 32723402; PMCID: PMC7443808.

5. Ramos LR, Cendoroglo MS. *Guia de Geriatria e Gerontologia*. (2nd edição). Fundação de Apoio à Universidade Federal de São Paulo (FAP). Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Editora Manole; 2011.
6. Cavdar VC, Ballica B, Aric M, Karaca ZB, Altunoglu EG, Akbas F. Exploring depression, comorbidities and quality of life in geriatric patients: a study utilizing the geriatric depression scale and WHOQOL-OLD questionnaire. *BMC Geriatr*. 2024 Aug 14;24(1):687. doi: 10.1186/s12877-024-05264-y. PMID: 39143531; PMCID: PMC11325729.
7. Cheniaux, Elie. *Manual de psicopatologia* - 6. ed. Rio de Janeiro: Grupo Gen - Guanabara Koogan; 2021.
8. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982-1983;17(1):37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4. PMID: 7183759.
9. Castelo MS, Filho JM, Neto JI, Noletto JCS, Lima JWO. Geriatric Depression Scale (GDS): a valid tool to screen for depression in older primary care patients in Brazil. *Geriatrics, Gerontology and Aging*. 2007;1:26-31.
10. Zhang Y, Hoozemans M, Pijnappels M, Bruijn SM. A formula for calculating 30-item Geriatric Depression Scale (GDS-30) scores from the 15-item version (GDS-15). *Exp Gerontol*. 2023 Feb;172:112077. doi: 10.1016/j.exger.2022.112077. Epub 2022 Dec 29. PMID: 36587798.
11. Kørner A, Lauritzen L, Abelskov K, Gulmann N, Marie Brodersen A, Wedervang-Jensen T, Marie Kjeldgaard K. The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia. A validity study. *Nord J Psychiatry*. 2006;60(5):360-4. doi: 10.1080/08039480600937066. PMID: 17050293.
12. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*. 1988 Feb 1;23(3):271-84. doi: 10.1016/0006-3223(88)90038-8. PMID: 3337862.
13. Carthery-Goulart MT, Areza-Fegyveres R, Schultz RR, Okamoto I, Caramelli P, Bertolucci PHF, Nitrini R. Versão Brasileira da Escala Cornell de Depressão em Demência (Cornell Depression Scale in Dementia). *Arquivos de Neuro-psiquiatria*; 2007; 65: 912-915.

14. HAMILTON M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960 Feb;23(1):56-62. doi: 10.1136/jnnp.23.1.56. PMID: 14399272; PMCID: PMC495331.
15. Jokelainen J, Timonen M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Härkönen P, Jurvelin H, Suija K. Validation of the Zung self-rating depression scale (SDS) in older adults. *Scand J Prim Health Care*. 2019 Sep;37(3):353-357. doi: 10.1080/02813432.2019.1639923. Epub 2019 Jul 9. PMID: 31286810; PMCID: PMC6713148.
16. Tomasović S, Sremec J, Koščak Lukač J, Sedlić M, Klepac N. The Prevalence of Depression in Dementia Syndrome. *Psychiatr Danub*. 2022 Winter;34(4):700-705. doi: 10.24869/psyd.2022.700. PMID: 36548884.
17. Sibley AA, Shrestha S, Lipovac-Dew M, Kunik ME. Examining Depression Symptoms With/Without Coexisting Anxiety Symptoms in Community-Dwelling Persons With Dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2021 Jan-Dec;36:1533317521990267. doi: 10.1177/1533317521990267. PMID: 33530695; PMCID: PMC10624070.
18. de Melo DM, Barbosa AJ. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática [Use of the Mini-Mental State Examination in research on the elderly in Brazil: a systematic review]. *Cien Saude Colet*. 2015 Dec;20(12):3865-76. Portuguese. doi: 10.1590/1413-812320152012.06032015. PMID: 26691810.
19. Kloppe T, Pohontsch NJ, Scherer M. Types of Utilization and Types of Treatment Response in a Collaborative Care Approach for Depressive Disorders in Old Age in Primary Care. *Front Psychiatry*. 2020 Oct 23;11:565929. doi: 10.3389/fpsy.2020.565929. PMID: 33192688; PMCID: PMC7644545.
20. Lam RW, Kennedy SH, Adams C, Bahji A, Beaulieu S, Bhat V, Blier P, Blumberger DM, Brietzke E, Chakrabarty T, Do A, Frey BN, Giacobbe P, Gratzner D, Grigoriadis S, Habert J, Ishrat Husain M, Ismail Z, McGirr A, McIntyre RS, Michalak EE, Müller DJ, Parikh SV, Quilty LS, Ravindran AV, Ravindran N, Renaud J, Rosenblat JD, Samaan Z, Saraf G, Schade K, Schaffer A, Sinyor M, Soares CN, Swainson J, Taylor VH, Tourjman SV, Uher R, van Ameringen M, Vazquez G, Vigod S, Voineskos D, Yatham LN, Milev RV. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults: Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023 : Mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise

- en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes. *Can J Psychiatry*. 2024 Sep;69(9):641-687. doi: 10.1177/07067437241245384. Epub 2024 May 6. PMID: 38711351; PMCID: PMC11351064.
21. Tondo L, Alda M, Bauer M, Bergink V, Grof P, Hajek T, Lewitka U, Licht RW, Manchia M, Müller-Oerlinghausen B, Nielsen RE, Selo M, Simhandl C, Baldessarini RJ; International Group for Studies of Lithium (IGSLi). Clinical use of lithium salts: guide for users and prescribers. *Int J Bipolar Disord*. 2019 Jul 22;7(1):16. doi: 10.1186/s40345-019-0151-2. PMID: 31328245; PMCID: PMC6643006.
 22. Christl J, Müller-Oerlinghausen B, Bauer M, Kamp D, Fußer F, Benninghoff J, Fehrenbach RA, Lange-Asschenfeldt C, Rapp M, Ibach B, Schaub R, Wollmer A, Strotmann-Tack T, Hüll M, Biermann S, Roscher K, Meissnest B, Menges A, Weigel B, Maliszewski-Makowka D, Mauerer C, Schaefer M, Joachimsmeier B, Kayser S, Rump LC, Supprian T. Lithium Therapy in Old Age: Recommendations from a Delphi Survey. *Pharmacopsychiatry*. 2023 Sep;56(5):188-196. doi: 10.1055/a-2117-5200. Epub 2023 Jul 28. Erratum in: *Pharmacopsychiatry*. 2023 Sep;56(5):e1. doi: 10.1055/a-2158-9744. PMID: 37506737; PMCID: PMC10484639
 23. McKeown L, Taylor RW, Day E, Shah R, Marwood L, Tee H, Kerr-Gaffney J, Oprea E, Geddes JR, McAllister-Williams RH, Young AH, Cleare AJ. Patient perspectives of lithium and quetiapine augmentation treatment in treatment-resistant depression: A qualitative assessment. *J Psychopharmacol*. 2022 May;36(5):557-565. doi: 10.1177/02698811221089042. Epub 2022 Apr 27. PMID: 35475375; PMCID: PMC9112618.
 24. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2023 Jul;71(7):2052-2081. doi: 10.1111/jgs.18372. Epub 2023 May 4. PMID: 37139824.
 25. Phd LLBPBCKM. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman e Gilman*. (14th edição). [Tiele Patricia Machado - 90220-190-Porto Alegre-RS]: Grupo A; 2024.
 26. Silva AG, Rodrigues MM. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e cuidados farmacológicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2021;24(1):1–12.
 27. Dafsari FS, Bewernick B, Böhringer S, Domschke K, Elsaesser M, Löbner M, Lupp M, Preis L, Püsken J, Schmitt S, Szekely AJ, Hellmich M, Müller W, Wagner M, Peters O, Frölich L, Riedel-Heller S, Schramm E, Hautzinger M, Jessen F. Cognitive

- Behavioral Therapy for Late-Life Depression (CBTlate): Results of a Multicenter, Randomized, Observer-Blinded, Controlled Trial. *Psychother Psychosom.* 2023;92(3):180-192. doi: 10.1159/000529445. Epub 2023 Mar 31. PMID: 37004508.
28. Sverre KT, Nissen ER, Farver-Vestergaard I, Johannsen M, Zachariae R. Comparing the efficacy of mindfulness-based therapy and cognitive-behavioral therapy for depression in head-to-head randomized controlled trials: A systematic review and meta-analysis of equivalence. *Clin Psychol Rev.* 2023 Mar;100:102234. doi: 10.1016/j.cpr.2022.102234. Epub 2022 Dec 5. PMID: 36527794.
29. Dominiak M, Antosik-Wójcińska AZ, Wojnar M, Mierzejewski P. Electroconvulsive Therapy and Age: Effectiveness, Safety and Tolerability in the Treatment of Major Depression among Patients under and over 65 Years of Age. *Pharmaceuticals (Basel).* 2021 Jun 18;14(6):582. doi: 10.3390/ph14060582. PMID: 34207157; PMCID: PMC8234688.

8 – ANEXOS

Figura 1: Escala Geriátrica de Depressão (GDS)

Quadro 1. Escala de Depressão Geriátrica		
	SIM	NÃO
1. De maneira geral, o senhor está satisfeito com a vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O senhor abandonou muitas das coisas que fazia ou gostava de fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O senhor acha sua vida sem sentido atualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. O senhor está geralmente aborrecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O senhor se sente otimista em relação a sua vida futura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O senhor está aborrecido com pensamentos que não consegue tirar da cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O senhor está de bom humor a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. O senhor se sente inseguro achando que alguma coisa de ruim vai lhe acontecer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. De maneira geral, o senhor costuma se sentir feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. O senhor costuma se sentir desamparado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. O senhor se sente cansado e irritado muitas vezes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. O senhor prefere ficar em casa em vez de sair e fazer alguma outra coisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. É comum que o senhor se preocupe com o futuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. O senhor tem mais dificuldades para se lembrar das coisas do que a maioria das pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. O senhor acha que vale à pena estar vivo hoje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. O senhor costuma se sentir desanimado e triste com frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. O senhor costuma se sentir menos útil com a idade que tem hoje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. O senhor pensa muito no passado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. O senhor acha sua vida emocionante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. É difícil para o senhor começar a trabalhar em novos projetos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. O senhor se sente bem disposto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. O senhor acha que sua situação não pode ser melhorada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. O senhor acha que a maioria das pessoas está em melhores condições que o senhor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. O senhor costuma ficar incomodado com coisas sem grande importância que acontecem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. O senhor sente vontade de chorar com frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. O senhor tem dificuldade para se concentrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. O senhor gosta de se levantar cedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. O senhor prefere evitar encontros com outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. O senhor acha fácil tomar decisões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. A sua memória funciona hoje tão bem quanto antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GDS 1: Questão 1		
GDS 4: Questões 1, 3, 8 e 9		
GDS 15: Questões com destaque		
<small>Fonte: Ribeiro et al. 1994</small>		

Fonte: Adaptação da Escala Geriátrica de Depressão (GDS) pela Geriatrics, Gerontology and Aging, original de Yesavage de 1982

Figura 2: Critérios diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior - DSM-5-TR

Critérios Diagnósticos

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança no funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Nota:** Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente, sem um plano específico, um plano específico de suicídio ou tentativa de suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por desastre natural, doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.¹

D. Pelo menos um episódio depressivo maior não é mais bem explicado pelo transtorno esquizoafetivo e não se sobrepõe a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos especificado ou não especificado.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de outra condição médica.

Fonte das figuras 3: DSM-5-TR

Figura 4: Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior Ansioso - DSM-5-TR

Com sintomas ansiosos: Definido como a presença de pelo menos dois dos seguintes sintomas durante a maioria dos dias de um episódio depressivo maior (ou mais recente se o transtorno estiver em remissão parcial ou completa) ou transtorno depressivo persistente:

1. Sentir-se nervoso ou tenso.
2. Sentir-se incomumente inquieto.
3. Dificuldade de se concentrar devido a preocupações.
4. Temor de que algo terrível aconteça.
5. Sentimento de que o indivíduo possa perder o controle de si mesmo.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Dois sintomas.

Moderada: Três sintomas.

Moderada-grave: Quatro ou cinco sintomas.

Grave: Quatro ou cinco sintomas e com agitação motora.

Nota: Foi observado que sintomas ansiosos são uma característica proeminente do transtorno bipolar e do transtorno depressivo maior em ambientes tanto de atenção primária quanto de cuidados especializados. Altos níveis de ansiedade têm sido associados a risco aumentado de suicídio, maior duração do transtorno e maior probabilidade de não resposta ao tratamento. Desse modo, é clinicamente útil especificar com precisão a presença e os níveis de gravidade dos sintomas ansiosos para o planejamento do tratamento e o monitoramento da resposta a ele.

Figura 5: Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior Melancólico - DSM-5-TR

Com características melancólicas:

A. Uma das características seguintes está presente durante o período mais grave do episódio depressivo maior atual (ou mais recente se o transtorno estiver em remissão parcial ou completa):

1. Perda de prazer em todas ou quase todas as atividades.
2. Falta de reatividade a estímulos em geral prazerosos (não se sente muito bem, mesmo temporariamente, quando acontece alguma coisa boa).

B. Três (ou mais) das seguintes:

1. Uma qualidade distinta de humor depressivo caracterizado por prostração profunda, desespero e/ou morosidade ou pelo chamado humor vazio.
2. Depressão regularmente pior pela manhã.
3. Despertar muito cedo pela manhã (i. e., pelo menos duas horas antes do despertar habitual).
4. Acentuada agitação ou retardo psicomotor.
5. Anorexia ou perda de peso significativa.
6. Culpa excessiva ou inadequada.

Figura 6: Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior Psicótico - DSM-5-TR

Com características psicóticas: Quando delírios e/ou alucinações estão presentes durante o período mais grave do episódio depressivo maior atual (ou mais recente se o transtorno estiver em remissão parcial ou completa). Se as características psicóticas estão presentes, *especificar* se congruentes ou incongruentes com o humor:

Com características psicóticas congruentes com o humor: Delírios e alucinações cujo conteúdo é coerente com os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida.

Com características psicóticas incongruentes com o humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve temas depressivos típicos ou inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida ou cujo conteúdo é uma mistura de temas incongruentes e congruentes com o humor.

Com catatonia: Este especificador é aplicado ao episódio depressivo maior atual (ou mais recente se o transtorno estiver em remissão parcial ou completa) se características catatônicas estiverem presentes durante a maior parte do episódio. Ver os critérios para catatonia associada a um transtorno mental no capítulo "Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos".

Figura 7: Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior Atípico - DSM-5-TR

Com características atípicas: Este especificador é aplicado quando essas características predominam durante a maioria dos dias do episódio depressivo maior atual (ou mais recente se o transtorno estiver em remissão parcial ou completa) ou do transtorno depressivo persistente atual.

A. Reatividade do humor (i. e., o humor melhora em resposta a eventos positivos reais ou potenciais).

B. Duas (ou mais) das seguintes características:

1. Ganho de peso ou aumento do apetite significativos.
2. Hipersonia.
3. Paralisia "de chumbo" (i. e., sensação de peso nos braços ou nas pernas).
4. Um padrão persistente de sensibilidade à rejeição interpessoal (não limitado aos episódios de perturbação do humor) que resulta em prejuízo social ou profissional significativo.

C. Não são satisfeitos os critérios para "com características melancólicas" ou "com catatonia" durante o mesmo episódio.

Figura 8: Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior Misto - DSM-5-TR

Com características mistas:

A. Esse especificador é aplicado quando pelo menos três dos sintomas maníacos/hipomaniacos a seguir predominam durante a maioria dos dias do episódio depressivo maior atual (ou mais recente se o transtorno estiver em remissão parcial ou completa):

1. Humor elevado, expansivo.
2. Autoestima inflada ou grandiosidade.
3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
5. Aumento na energia ou na atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente).
6. Envolvimento aumentado ou excessivo em atividades com elevado potencial para consequências prejudiciais (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
7. Redução da necessidade de sono (sente-se descansado apesar de dormir menos que o habitual; deve ser contrastado com insônia).

B. Sintomas mistos são passíveis de observação por outras pessoas e representam uma alteração em relação ao comportamento habitual do indivíduo.

C. Para os indivíduos cujos sintomas satisfazem todos os critérios para mania ou hipomania, o diagnóstico deve ser transtorno bipolar tipo I ou bipolar tipo II.

D. Os sintomas mistos não são consequência de efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento).

Nota: As características mistas associadas a um episódio depressivo maior se revelaram como fator de risco significativo para o desenvolvimento de transtorno bipolar tipo I ou bipolar tipo II. Desse modo, é clinicamente útil observar a presença desse especificador para o planejamento do tratamento e o monitoramento da resposta a ele.

Fonte das figuras 4-8: DSM-5-TR

Tabela 1: Sumário das Recomendações dos Antidepressivos

Line of treatment	Antidepressant	Daily dose ¹	Mechanism	Level of evidence
First line	Citalopram	20–40 mg	SSRI	●
	Escitalopram	10–20 mg	SSRI	●
	Fluoxetine	20–60 mg	SSRI	●
	Fluvoxamine	100–300 mg	SSRI	●
	Paroxetine	20–50 mg	SSRI	●
	Sertraline	50–200 mg	SSRI	●
	Desvenlafaxine	50–100 mg	SNRI	●
	Duloxetine	60–120 mg	SNRI	●
	Levomilnacipran*	40–120 mg	SNRI	●
	Venlafaxine-XR	75–225 mg	SNRI	●
	Bupropion	150–450 mg ²	NDRI	●
	Mirtazapine	30–60 mg	α_2 antagonist; 5-HT ₂ antagonist	●
	Vilazodone [#]	20–40 mg	SRI; 5-HT _{1A} agonist	●
	Vortioxetine	10–20 mg	SRI; 5-HT _{1A} , 5-HT _{1B} agonist; 5-HT _{1D} , 5-HT _{3A} , 5-HT ₇ antagonist	●
	Agomelatine [#]	25–50 mg	MT ₁ , MT ₂ agonist; 5-HT ₂ antagonist	●
Mianserin [#]	30–90 mg	α_2 antagonist; 5-HT ₂ antagonist	●	
Milnacipran [#]	50–200 mg	SNRI	●	
Second line	Amitriptyline	75–300 mg	TCA	●
	Clomipramine	150–300 mg	TCA	●
	Desipramine	100–300 mg	TCA	●
	Doxepin	75–300 mg	TCA	●
	Imipramine	75–300 mg	TCA	●
	Nortriptyline	75–150 mg	TCA	●
	Protriptyline	30–60 mg	TCA	●
	Trimipramine	75–300 mg	TCA	●
	Moclobemide	150–450 mg ³	RIMA	●
	Trazodone	150–400 mg	SRI; 5-HT ₂ antagonist	●
	Quetiapine	150–300 mg	DA, 5-HT, α_1 & α_2 antagonist; NRI	●
	Dextromethorphan-bupropion* [#]	45mg/105mg-90mg/ 210mg	NMDA antagonist; NDRI, sigma-1 agonist	●
	Nefazodone [#]	300–600 mg	SRI, 5-HT ₂ antagonist	●
	Selegiline transdermal [#]	6–12 mg	MAO-B inhibitor	●
Third line	Phenelzine	45–90 mg	MAO inhibitor	●
	Tranylcypromine	30–60 mg	MAO inhibitor	●
	Reboxetine [#]	8–12 mg	NRI	●

● Level 1; ● Level 2; ● Level 3; ● Level 4.

Fonte: CANMAT 2023

9 – APÊNDICES

Figura 2: Tradução da escala original de Cornell para Depressão na Demência

ESCALA DE CORNELL PARA DEPRESSÃO NA DEMÊNCIA				
Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Data: __/__/__				
Endereço: _____ Telefone: _____				
<p>Cotação: A = não avaliável ----- 0 = ausente ----- 1 = ligeiro ou intermitente ----- 2 = grave</p> <p>→ A avaliação deve ser baseada nos sintomas e sinais ocorridos durante a semana anterior à esta entrevista.</p> <p>→ Não pontuar se sintomas forem resultados de desabilitação física ou doença.</p>				
A - SINAIS RELACIONADOS AO HUMOR				
20. Ansiedade - expressão ansiosa, preocupações, rumações	A	0	1	2
21. Tristeza - expressão e/ou voz triste, choro fácil	A	0	1	2
22. Falta de reatividade a acontecimentos agradáveis	A	0	1	2
23. Irritabilidade - facilmente fica aborrecido, impaciência	A	0	1	2
B - PERTURBAÇÕES COMPORTAMENTAIS				
24. Agitação - inquietude, torcer as mãos, puxar os cabelos	A	0	1	2
25. Lentificação - de movimentos, discursos, reações	A	0	1	2
26. Queixas somáticas múltiplas (se sintomas gastrointestinais, pontuar como 0)	A	0	1	2
27. Perda de interesse (Anedonia) - menor envolvimento em atividades habituais (pontuar apenas se mudança repentina em menos de 1 mês)	A	0	1	2
C - SINAIS FÍSICOS				
28. Perda de apetite - comer menos que o habitual	A	0	1	2
29. Perda de peso - se superior a 2,5 kg/mês, pontuar 2	A	0	1	2
30. Perda de energia - fadiga facilmente, incapaz de manter atividades (pontuar apenas se foi repentino, no caso, em menos de 1 mês)	A	0	1	2

D - FUNÇÕES CLÍNICAS				
31. Variação diurna do humor - sintomas acentuados durante manhã	A	0	1	2
32. Insônia - adormece mais tarde que seu habitual	A	0	1	2
33. Despertares múltiplos durante sono	A	0	1	2
34. Despertar diurno cedo - acordar mais cedo do que seu habitual	A	0	1	2
E - PERTURBAÇÕES DO PENSAMENTO				
35. Suicídio - sente de que não vale a pena viver, apresenta desejos suicidas, ou fez tentativas de suicídio	A	0	1	2
36. Baixa auto-estima - sentimento de culpa, autodepreciação, sentimento de fracasso	A	0	1	2
37. Pessimismo - antecipação do pior	A	0	1	2
38. Delírios congruentes com humor - delírios de ruína, de perda ou hipocondríacos	A	0	1	2

Fonte: Pagliarini, BCD, 2025 / Escala diagnóstica original de Alexopoulos, 1988

Quadro 1: Compilado comparativo de todas as escalas diagnósticas mencionadas

Escola	Nº de itens	Aplicação	Pontuação	Indicação Clínica	Objetivo
GDS-30	30	Autoaplicável	0-9: Normal // 10-19: leve a moderada // 20-30: grave	Avaliação mais detalhada se possível	quando há mais tempo para aplicação ou incerteza da triagem rápida
GDS-15	15	Autoaplicável	0-4: normal // 5-8: leve // 9-11: moderada // 12-15: grave	Idoso com boa cognição	Triagem rápida
Escala de Cornell	19	Aplicada por profissional da saúde ou pelo cuidador	0-7: sem depressão // 8-12: provável depressão // ≥ 13 : depressão clinicamente significativa	Idoso com demência ou demais alterações cognitivas	Identificar possível quadro de depressão secundário/adjacente à demência
Hamilton (HAM-D)	17	Aplicada por profissional da saúde treinado	0-7: normal // 8-13: leve // 14-18: moderada // 19-22: grave // ≥ 23 : muito grave	Em geral, usado nos adultos (incluindo idosos), mas requer treinamento clínico	Quantificar gravidade da depressão já diagnosticada (e em tratamento)
Zung	20	Autoaplicável	20-44: normal // 45-59: leve a mod. // 60-69: moderada a grave // 70-80: grave	Triagem e monitoramento de sintomas depressivos em tratamento	Pode ser usado em idosos, mas menos válido que a GDS
Mini Mental (MEEM)	30	Aplicado por profissional da saúde	≤ 24 pontos: sugere déficit cognitivo \rightarrow ajuste de corte conforme a escolaridade	Distinguir depressão de demência \rightarrow diagnóstico diferencial	Avalia função cognitiva global

Fonte: Pagliarini, BCD, 2025

Tabela 2: Sumário dos efeitos colaterais dos antidepressivos de 1ª linha

ISRS	náusea	vômito	constipação	diarreia	boca seca	cefaleia	tonitura	sonolência	nervosismo	ansiedade	agitação	insônia	fadiga	sudorese	anestesia	tremor	anorexia	apetite aumentado	
Chlortalpram	21	4		8	19			17	4	3	2		5	11		8	4		
Escitalpram	15		4	8	7	2	6	4	2	2		8	5	3		2	2		
Fluoretina	21				10			13	14	12		16		8	9	10	11		
Fluoxamina			18	6	26	22	15	26	2	2	16	14		11	5	11	15		
Paroetina	26	2	14	12	18	18	13	23	5	5	2	13		11	15	8	6	1	
Sertralina	26	4	8	18	16	20	12	13	3	3	6	16	11	8		11	3	1	
IRSN																			
Desvenlafaxina	22	3	9	11	11	20	13	4	<1	<1	0	9	7	10		2	5	2	
Duloxetina	20	5	11	8	15		9	7				11	8	6		3	8		
Levomilnacipram	17	5	9		10	17	8					6		9			3		
Milnacipram	37	7	16		5	18	10					12		9		2	2		
Venlafaxina-IR		6	15	8	22	25	19	23	13	13	2	18		12	12	5	11		
Venlafaxina-RX	31	4	8	8	12	26	20	17	10	10	3	17		14	8	5	8		
Outros																			
Agomelatina	≤9	≤9	≤9	≤9		≥10	≤9	≤9	≤9	≤9	<1	≤9	≤9	<1			≤1	≤9	
Bupropiona-SR	11		≥10	4	≥10	≥10	7	3	5	5		≥10		2	2	3			
Bupropiona-XL	15	2	10		19		8			5		10		2		4	5		
Mirtazapina			13		25		7								8	2		17	
Vilazodona	24	5		29	7	14	8	5				6	3					3	
Voxetina	23	4	4	5	6		5	3				3	3	2			1		
Legenda:																			
0-9%																			
10-29%																			
≥ 30%																			

Fonte: Pagliarini, BCD, 2025 /CANMAT 2023

Tabela 3: Sumário comparativo da favorabilidade dos antidepressivos de 1ª linha

Coluna 1	Eficácia	Aceitabilidade	Interação medicamentosa	Descontinuação	Sedação	Ganho de peso	Disfunção sexual	outras tolerabilidades
ISRS								
Citalopram								
Escitalopram								
Fluoxetina								
Fluvoxamina								
Paroxetina								
Sertralina								
IRSN								
Desvenlafaxina								
Duloxetina								
Levomilnaciprano								
Venlafaxina-XR								
Outros								
Bupropiona								
Mirtazapina								
Vilazodona								
Vortioxetina								
Agomelatina								
Mianserin								
Milnacipram								

Legenda:	neutro
mais favorável	especificidade
menos favorável	tolerabilidade

Fonte: Pagliarini, BCD, 2025 /CANMAT 2023

Tabela 4: Sumário das recomendações de antidepressivos conforme especificidades e sintomas de acordo com o DSM-5-TR

Linha de Tratam.	Especificadores do DSM-5-TR				Sintomas do DSM-5-TR		
	Angústia Atípicas Melancolia	caráter misto	caráter psicótico	caráter catatônico	disfunção cognitiva	distúrbio do sono	sintomas somáticos
1ª linha	qualquer AD de 1ª linha	qualquer AD de 1ª linha	qualquer AD de 1ª linha + Antipsicótico Atípico	Benzodiazepínicos + qualquer AD de 1ª linha	Vortioxetina	Agomelatina	Duloxetina (dor) Bupropiona (fadiga)
2ª linha	qualquer AD de 2ª linha	Lurasidona			Bupropiona Duloxetina ISRSs	Mirtazapina Quetiapina Trazodona	Duloxetina (fadiga) Outros IRSNS (dor) ISRSs (fadiga)

Fonte: Pagliarini, BCD, 2025 / CANMAT 2023

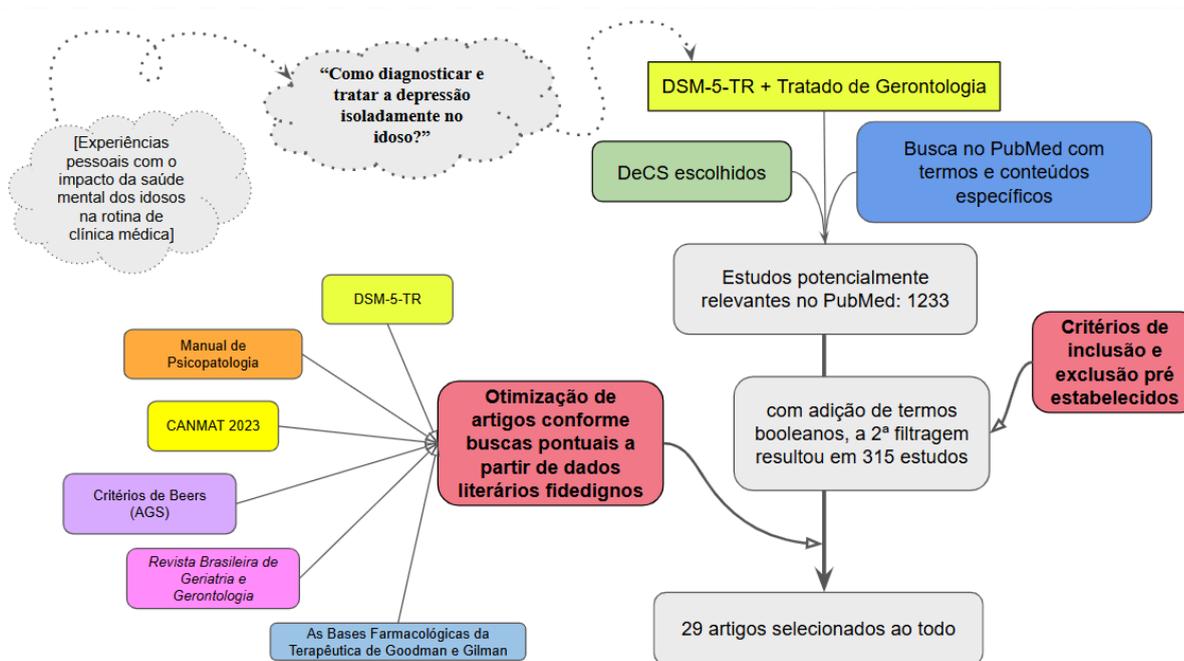
Figura 14: Sumário das psicoterapias recomendadas presente

Linha de Tratamento	Psicoterapia	Nível de evidência
1ª linha	<ul style="list-style-type: none"> → Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) → Psicoterapia Interpessoal (IPT) → Ativação Comportamental (BA) 	Nível 1 ●
2ª linha	<ul style="list-style-type: none"> → Sistema de análise cognitivo-comportamental de psicoterapia (CBASP) → Mindfulness baseada na terapia cognitiva (MBCT) → Terapia de resolução de problemas (PST) → Psicoterapia psicodinâmica de curto prazo (STPP) → Tratamento psicológico trans diagnóstico de transtornos emocionais 	Nível 2 ●
3ª linhas	<ul style="list-style-type: none"> → Terapia de aceitação e compromisso (ACT) → Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo (PDT) → Terapia Metacognitiva (MCT) → Entrevista motivacional (MI) 	Níveis 3 e 4 ● e ●

Nota: A ordem de recomendação das psicoterapias dentro de cada linha é listada de acordo com o nível de evidência, em seguida por ordem alfabética.

Fonte: Pagliarini BCD, 2025 / CANMAT 2023

Figura 9: Fluxograma textual do processo de seleção dos estudos sobre depressão geriátrica de forma sequencial:



Fonte: Pagliarini BCD, 2025

