

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

LAYLA MATOS SILVA

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS INTERNADOS EM UM
HOSPITAL DA REDE PÚBLICA DA REGIÃO TOCANTINA**

IMPERATRIZ
2018

LAYLA MATOS SILVA

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS INTERNADOS EM UM
HOSPITAL DA REDE PÚBLICA DA REGIÃO TOCANTINA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Medicina da
Universidade Federal do Maranhão,
Campus Imperatriz, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de
Bacharel em Medicina

Orientador: Prof Ms. Arlane Silva Chaves

Co-orientador:

IMPERATRIZ
2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

MATOS SILVA, LAYLA.

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS INTERNADOS EM UM
HOSPITAL DA REDE PÚBLICA DA REGIÃO TOCANTINA / LAYLA MATOS
SILVA. - 2018.

26 f.

Orientador(a): ARLANE SILVA CHAVES.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
IMPERATRIZ-MA, 2018.

1. DEPRESSÃO. 2. IDOSOS HOSPITALIZADOS. 3.
PREVALENCIA. I. SILVA CHAVES, ARLANE. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Layla Matos Silva

Título do TCC: Prevalência de Depressão em Idosos Internados em um Hospital da Rede Pública da Região Tocantina

Orientador: Arlane Silva Chaves
Co-orientador:

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a ...13.../...07.../...2017, considerou

Aprovado

Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome: **Aldicléya Lima Luz**
Instituição: **Universidade Federal do Maranhão**

Examinador (a): Assinatura:
Nome: **Iraciane Rodrigues Nascimento Oliveira**
Instituição: **Universidade Federal do Maranhão**

Presidente: Assinatura:
Nome: **Arlane Silva Chaves**
Instituição: **Universidade Federal do Maranhão**

COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL DA

REDE PÚBLICA DA REGIÃO TOCANTINA Pesquisador: ARLANE SILVA CARVALHO CHAVES

Área Temática: Versão: 2 CAAE: 80209717.9.0000.5087 Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.742.937

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 28 de Junho de 2018

Assinado por:

Flávia Castello Branco Vidal Cabral (Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho **Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040 **UF:** MA **Município:** SAO LUIS **Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades

A Universidade Federal do Maranhão-Ufma, pela oportunidade de fazer o curso.

A minha orientadora Arlane Silva Chaves, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais Luís Jorge e Laíres, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos meus amores Allan e Maria Luísa por todo amor e dedicação a mim proporcionado, para que pudesse seguir com meus objetivos.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS

DSM-IV MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS

EDG ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

EDG-15 ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA 15 ITENS

HAS HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

TCLE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

RESUMO

Objetivou-se avaliar a prevalência de depressão em idosos internados em um hospital da rede pública da Região Tocantina. É um estudo quantitativo e descritivo do qual participaram 42 idosos com idade igual ou superior a 60 anos. A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto a setembro 2017, utilizou-se um questionário contendo características sociodemográficas e a escala de depressão geriátrica (EDG-15), em versão reduzida. Encontrou-se uma prevalência significativa de sintomas sugestivos de depressão (33,2%).

Palavras-chaves: Depressão. Idosos hospitalizados. Prevalência.

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	METODOLOGIA	11
3	RESULTADOS E DISCUSSÕES	12
4	CONCLUSÃO	20
	REFERÊNCIAS.....	21

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento progressivo da população, passou-se a desenvolver uma abordagem geriátrica mais globalizada dos problemas relacionados a essa faixa etária. Estima-se que, considerando a população mundial, que o número de pessoas com 60 anos ou mais irá crescer 300% em 50 anos e que, de 606 milhões no ano 2000, passará para quase 2 bilhões em 2050. Em 2000 havia no Brasil 13 milhões de idosos (acima de 60 anos). Espera-se que esse número aumente para 58 milhões em 50 anos, correspondendo a 23,6% da população total (Sczufca et al,2002). Estes dados vem se confirmando com aumento da expectativa de vida dos brasileiros, segundo censo do IBGE (2015), que em brasileiros nascidos em 2014 era de 75,2 anos e já os nascidos em 2015 passou a ser 75,5 anos.

Envelhecer é um fato inevitável e irreversível uma vez que se envelhece dia após dia sem outra alternativa (Mignhelli, 2013). Assim, preparar uma velhice serena e saudável em todos os pontos de vista deve ser uma preocupação dos indivíduos e da sociedade. Nas últimas décadas tem sido muito discutida a questão do envelhecimento da população a nível mundial, e, estas considerações conduzem ao debate sobre as transições demográficas e epidemiológicas consideradas como aspectos importantes na abordagem do envelhecimento como doença crônica, incluindo a depressão e processos demenciais (Drago, 2012).

A depressão é considerada uma das maiores causas de sofrimento emocional e diminuição da qualidade de vida, pois a ansiedade e os transtornos depressivos são alterações que acontecem com bastante frequência entre os idosos, constituindo um problema de grande magnitude para a saúde pública, devido à sua alta morbidade e mortalidade (Mignhelli, 2013a).

É indiscutível que a depressão é um problema de saúde pública, atinge cerca de 154 milhões de pessoas mundialmente, tendo sua incidência crescente nos últimos anos. Frente a esta problemática, destaca-se neste contexto o idoso com um percentual de 15% de prevalência para algum sintoma depressivo, o que requer uma atenção especial e ações de prevenção e cuidado para tal população (Lima, 2016).

No idoso, a depressão tem sido caracterizada como uma síndrome que envolve inúmeros aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento. As causas da depressão no idoso configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes onde atuam

fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros. Cabe ressaltar que a depressão no idoso frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves. Se não tratada, a depressão aumenta o risco de morbidade clínica e de mortalidade, principalmente em idosos hospitalizados com enfermidades gerais (Santos, 2011).

Com o envelhecimento, ocorrem várias alterações que podem dificultar o diagnóstico da depressão em idosos como a presença de patologias crônicas dolorosas, a diminuição da libido, o retardo psicomotor, os sintomas subjetivos de perda da concentração e da memória e diversas alterações do sono (Paradela, 2011).

Para o auxílio no diagnóstico das síndromes depressivas na população idosa, o uso sistemático de instrumentos padronizados pode facilitar sua detecção tanto em estudos populacionais quanto na prática clínica. Atualmente, muitas escalas estão disponíveis para a avaliação de sintomas depressivos, algumas já foram validadas e são confiáveis (Paradela, 2011a).

A escala de depressão geriátrica (EDG), descrita inicialmente na língua inglesa por Yesavage et al., em 1983 é uma das mais utilizadas. A escala original tem 30 itens e a versão reduzida tem 15 itens (EDG-15). Paradela et al. (2005) estudaram a validade concorrente da versão em português da EDG com 15 itens em uma amostra de 217 idosos atendidos em um ambulatório geral, de acordo com os critérios do DSM IV para o episódio de depressão maior ou distímia. Os casos de sintomas depressivos detectados pela escala, após sua categorização no ponto de corte 5/6, foram de 82 (37,8%). Os casos de episódio depressivo maior e/ou distímia diagnosticados na consulta médica foram de 17%.

Por conseguinte este estudo objetivou avaliar a prevalência de depressão em idosos internados nas enfermarias em um Hospital Municipal da Região Tocantina e verificar a associação entre sintomas depressivos e características sócio-demográficas dos idosos, com a utilização da Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida com 15 itens (EDG-15).

Sabendo que a depressão é uma patologia de grande influência sobre a morbidade, o padecimento, a incapacidade e que traz prejuízo na qualidade de vida dos indivíduos que sofrem deste transtorno, e assim fazer com que os profissionais de saúde atentem para o diagnóstico precoce e tratamento de maneira adequada da

depressão, melhorando não só o processo saúde-doença do idoso, mas sua qualidade de vida.

METODOLOGIA

A pesquisa seguiu um delineamento descritivo e quantitativo, com levantamento de resultados e frequência dados a partir das características sociodemográficas, de acordo com grau de sintomas detectados nos pacientes idosos (ausente, leve a moderada e grave) e prevalência de sintomas depressivos conforme variáveis em estudo. Os dados levantados foram analisados com a utilização da planilha estatística do Excel® (Microsoft, versão 2013) e programa Word® (Microsoft, versão 2013), sendo agrupados, ordenados, contabilizados e tabulados. Posteriormente os dados foram expressos em forma de tabela.

A população em estudo foi formada com a participação de 42 pacientes idosos internados nas enfermarias de um hospital público da cidade de Imperatriz Maranhão, durante o período de setembro a outubro de 2017. A coleta foi realizada a partir de visitas ao hospital conforme horário estabelecido pela unidade, na oportunidade foram abordados um membro familiar ou responsável e o idoso no leito de internação, realizou-se uma breve explanação acerca do objetivo do estudo, em seguida o idoso era convidado a participar da pesquisa, mediante assinatura do termo de consentimento escrita ou digital (daqueles que não assinavam o nome).

Incluíram-se pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, que foram identificados de forma aleatória, e verificados, através de prontuário, pacientes idosos lúcidos, que fossem capazes e estivessem dispostos, com condições clínicas, a responder à Escala EDG-15, após a assinatura ou coleta da digital do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos pacientes com rebaixamento do nível de consciência por delirium ou outra causa clínica grave, alteração na cognição determinada por demência pré-existente e com queixa corrente de dor.

Após o consentimento dos idosos, procedeu-se a entrevista com aplicação de um questionário e a escala aplicada face-a-face, pelo pesquisador responsável da pesquisa.

O questionário continha informações dos aspectos socioeconômicos (nome, idade, gênero, estado civil, arranjo familiar, atividade física realizada, grau de escolaridade) e diagnóstico principal da doença que levou o idoso a internação.

A Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS-15). Amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. As respostas são dicotômicas (sim/não). De modo a se tornar mais simples e mais adequada a pacientes com distúrbios cognitivos, adotou-se o formato em versão reduzida de apenas 15 questões da GDS. Os itens presentes nesta escala não são os critérios de depressão maior do DSM-IV mas sim uma lista de questões que os investigadores, com base na sua experiência clínica, acreditaram estar mais relacionados com a depressão geriátrica (Gournellis, et al. 2006).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelos Comitê de Ética e Pesquisa Plataforma Brasil sob parecer nº 2.742.937 e Comitê de Ética e Bioética, da Faculdade de Imperatriz (COEB)-Facimp, sob parecer nº 037-2/201 . Solicitou-se autorização da instituição através de ofício, encaminhado ao gestor. A pesquisa somente iniciou-se após autorizações legais para a mesma. Os participantes assinaram ou foi colhido a digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os resultados foram analisados e encontram-se guardados de modo sigiloso pelo responsável da pesquisa, afim de minimizar os riscos que se remetem a possibilidade de divulgação das informações de maneira indevida, a ponto de quebrar o sigilo dos idosos internados, e sendo mantidos por um período de cinco anos e posteriormente destruídos (incinerados).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 especifica as características sócio-demográficas da população estudada. Nela observa-se que dos 42 participantes entrevistados, 24 (57,14%) eram masculinos e 18 (42,86%) femininos. Quanto à faixa etária, maior parte encontrava-se na faixa etária de 60 a 65 anos 15 (35,71%). A maior parcela era de indivíduos casados 20 (47,62%) ou viúvos 10 (23,81%), em relação ao arranjo familiar prevaleceu a condição de moradia com Esposo (a) e filho(a)e/ou neto(os) 16 (38,09%), no quesito escolaridade 18 (42,86%) declaram-se analfabetos, e em sua maioria tinham renda 1 a 3 salários mínimos 37 (88,10%). O sedentarismo foi presente em 24 (57,14%) dos entrevistados e a principal co-comorbidade foi o diabetes 18 (42,86%).

TABELA 1- Características sócio-demográficas dos idosos internados em Hospital da Região Tocantina, Imperatriz/MA, 2017.

GÊNERO	N(42)	%(100)
MASCULINO	24	57,14
FEMININO	18	42,86
IDADE		
60-65	15	35,71
66-70	7	16,67
71-75	7	16,67
76-80	9	21,43
80 OU MAIS	4	9,52
ESTADO CIVIL		
CASADO	20	47,62
SOLTEIRO	3	7,14
VIÚVO	10	23,81
SEPARADO	5	11,90
UNIÃO ESTÁVEL	4	9,52
ARRANJO FAMILIAR		
ESPOSO(A)	3	7,14
FILHO(A) OU FILHOS(AS) E NETOS(OS)	10	23,81
ESPOSO(A) E FILHO(A)E/OU NETO(OS)	16	38,09
SOZINHO(A)	8	19,05
COMPANHEIRO(A) E OUTROS FAMILIARES	5	12
ESCOLARIDADE		
ANALFABETO	18	42,86
ALFABETIZADO	14	33,33
ENSINO FUNDAMENTAL	5	11,90
ENSINO MÉDIO	4	9,52
ENSINO SUPERIOR	1	2,38
RENDA		
MENOR 1 SALÁRIO MÍNIMO	5	11,90
1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS	37	88,10
ATIVIDADE FÍSICA		
SEDENTÁRIO	24	57,14
REALIZA ATIVIDADE FÍSICA	18	42,86
MOTIVO DA INTERNAÇÃO		
DIABETES MELLITUS	18	42,86
HAS (HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA)	8	19,05
OUTRAS CAUSAS (BRONQUITE, PNEUMONIA, DOENÇA VASCULAR, ERISPELA, INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO, CÂNCER E DOENÇAS DO TRATO GASTROINTESTINAL).	17	40,48

Fonte: Dados do Pesquisador

Apesar de alguns autores afirmam que as mulheres sofrem mais frequentemente de depressão e sintomas depressivos que os homens, e tendem a apresentar mais sintomas somáticos associados a distúrbios depressivos (Kockler e Heun, 2002), na caracterização sócio-demográficas com relação ao gênero e faixa etária, dados semelhantes foram encontrados no estudo de Sousa et al. (2007) onde observou-se que a idade variou de 60 a 85 anos ($71,1 \pm 6,02$), sendo 52% dos participantes do sexo masculino. Em estudo realizado por Cohen, Manganelli e Gigliola (2013), não foi observada correlação significativa entre sintomas depressivos e sexo, faixa etária e anos de estudo.

No que se refere ao estado civil, arranjo familiar ou condições de moradia, escolaridade e renda, características semelhantes da população do estudo de Almeida (2010), em que mais de um terço dos indivíduos eram casados, e cerca de metade completou o ensino fundamental. Aproximadamente um terço dos idosos tinham renda mensal de 1 a 3 salários mínimos. Mais de um terço dos indivíduos do estudo moravam com filhos, divergindo apenas a escolaridade que nesse estudo tinham mais analfabetos. No que diz respeito à situação conjugal, a condição de não ter companheiro (solteiro/viúvo/divorciado) mostrou-se associada com a presença de sintomas depressivos.

Para Castro-Costa et al. (2008) acredita-se que o nível educacional possibilita que o indivíduo amplie os recursos de enfrentamento das situações estressantes da vida, dessa forma indivíduos analfabetos apresentariam maior risco de desenvolver sintomas depressivos. As taxas de depressão significativamente mais elevadas foram encontradas em estudos entre os idosos de baixa renda (Ramos, 2008).

O alto índice de sedentarismo dos idosos encontrado no estudo, se torna um relevante fator de risco para depressão, vários estudos apontam correlação positiva entre a prática de atividade física e a diminuição de sintomas depressivos em idosos. Colaborando com este estudo, Juárez, Angélica e Vicky (2012), também explanam sobre os benefícios da atividade física, em que idosos que praticam atividades físicas, possuem uma tendência a menor prevalência de sintomas depressivos.

A prática regular de atividade física em estudo realizado por Stella (2002), os achados mostraram efeitos protetores na depressão em indivíduos idosos, independentemente de portarem ou não incapacidades. Corroborando com essa

informação, Borges, Benedetti e Mazo (2010) apontam uma redução de 50% nos sintomas depressivos em idosas que praticam atividades físicas, sendo, portanto, uma intervenção terapêutica importante.

Em relação depressão e o motivo de sua internação, vários estudos apontam doenças crônicas do idoso como fatores de risco para depressão. Em estudo realizado por Silva et al. (2016), o resultado da EDG-15 foi normal em aproximadamente 72% dos idosos sem doença crônica e 56% daqueles com alguma doença crônica ($P < 0,001$). As seguintes doenças apresentaram associação significativa ($P < 0,05$) com o resultado da escala de sintomas depressivos: HAS, DM, doença coronariana, insuficiência cardíaca e AVC.

A literatura evidencia que os sintomas depressivos em idosos também estão associados aos declínios cognitivos e funcionais, falta ou perda de contato social, viuvez, eventos estressantes, baixa renda, isolamento social, falta de atividade social, baixa escolaridade e uso de medicações (Hegadoren. et al., 2009).

Diante disso se faz necessário caracterizar os idosos internados de forma geral, tendo em vista que o idoso deve ser tratado conforme suas singularidades, portanto, não é possível generalizar, no intuito de promover saúde e bem-estar ao indivíduo idoso antes, durante e após o período de sua internação.

Os dados contidos na tabela 2 expressam as dimensões avaliadas a partir da Escala de Depressão Geriátrica. Cada pergunta da Escala Geriátrica de Yesavage foi analisada e utilizou-se quatro dimensões estudadas por Alvarenga et al.(2012), apatia/ansiedade (itens 2, 3, 4, 6, 8, 10 e 15), ânimo/ desesperança (questões 11, 12, 13 e 14), infelicidade/desmotivação (itens 1, 5 e 7) e isolamento (questão 9), a frequência e porcentagem de respostas positivas e negativas, foram agrupadas para direcionar o risco de depressão.

TABELA 2- Dimensões avaliadas a partir da Escala de Depressão Geriátrica, aplicada aos idosos internados em Hospital da Região Tocantina, Imperatriz/MA, 2017.

DIMENSÕES	N (42)		% (100)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
APATIA/ ANSIEDADE (ITENS 2, 3, 4, 6, 8, 10 E 15)				
2.DIMINUIU A MAIOR PARTE DE SUAS ATIVIDADES E INTERESSES?	25	17	59,5	40,5
3.SENTE QUE A VIDA ESTÁ VAZIA?	12	30	28,5	71,5

4.ABORRECE-SE COM FREQUÊNCIA?	21	22	47,7	52,3
6.TEME QUE ALGO RUIM POSSA LHE ACONTECER?	14	28	33,3	66,7
8.SENTE-SE FREQUENTEMENTE DESAMPARADO (A)?	10	32	23,9	76,1
10.ACHA QUE TEM MAIS PROBLEMAS DE MEMÓRIA QUE A MAIORIA?	19	23	45,2	54,8
15.ACHA QUE TEM MUITA GENTE EM SITUAÇÃO MELHOR?	0	42	0	100
ÂNIMO/ DESESPERANÇA (QUESTÕES 11, 12, 13 E 14)	SIM	NÃO	SIM	NÃO
11.ACHA QUE É MARAVILHOSO ESTAR VIVO AGORA?	40	2	95,2	4,7
12.VALE A PENA VIVER COMO VIVE AGORA?	41	1	97,6	2,4
13.SENTE-SE CHEIO(A) DE ENERGIA?	36	6	85,8	14,2
14.ACHA QUE SUA SITUAÇÃO TEM SOLUÇÃO?	41	1	97,6	2,3
INFELICIDADE/DESMOTIVAÇÃO (ITENS 1, 5 E 7)	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1.ESTÁ SATISFEITO (A) COM SUA VIDA?	36	6	85,8	14,2
5.SENTE-SE DE BEM COM A VIDA NA MAIOR PARTE DO TEMPO?	35	7	83,3	16,7
7.SENTE-SE FELIZ A MAIOR PARTE DO TEMPO?	36	6	85,8	14,2
ISOLAMENTO (ITEM 9).	SIM	NÃO	SIM	NÃO
9.PREFERE FICAR EM CASA A SAIR E FAZER COISAS NOVAS?	17	24	40,5	57,1

Fonte: dados do pesquisador

Na análise da dimensão/apatia, houve um maior apontamento do item 2. (“Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?”), 25 (59,5%). A primeira pergunta requer atenção especial, pois, quando respondida negativamente apresenta alto valor preditivo positivo para depressão (Castelo et al., 2010). Dados semelhantes também foram encontrados por Alvarenga et al. (2012), em que no estudo mais de 70,0% dos idosos responderam que interromperam muitas de suas atividades (item 2), juntamente com outros itens como: que preferiam ficar em casa a sair e fazer

coisas novas (item 9) e que há muita gente em situação melhor que a sua (item 15). No estudo de Raldi et al. (2016), a pergunta número dois “Você deixou de lado muitas de suas atividades e interesses?”, evidenciou-se que 73,3% dos idosos responderam que “Sim”, confirmando a prevalência dos dados encontrados na pesquisa.

É comum a presença de maiores reflexões acerca da vida e da morte nos leitos hospitalares, que podem tornar o paciente mais sensível a perguntas como: “Você sente que sua vida está vazia?” (Item 3 da GDS-15); “Teme que algo ruim possa lhe acontecer?” (item 6) ; “Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?” (Item10). Esses itens foram negativados pela maioria dos entrevistados, apesar da situação vivenciada de estresse, como a hospitalização, que podem ser agentes desencadeadores relevantes de depressão.

Porém as enfermarias hospitalares são locais que podem incitar sintomas ansiosos e depressivos, uma vez que grande parte dos pacientes, principalmente os idosos lá internados, têm sua capacidade funcional diminuída (Ortiz e Wanderley, 2013). O início dessa incapacidade, a imobilidade, a dor, a necessidade de hospitalização demorada e a reabilitação intensiva geram considerável estresse e alterações negativas do estilo de vida (Ballone e Moura, 2006). Partindo dessas informações, não deve ser descartado que esses pacientes possam desenvolver sintomas psiquiátricos posteriormente, em algum momento durante a hospitalização.

Na dimensão ânimo/desesperança o item 13 “Sente-se cheio (a) de energia?” apresentou maior frequência, este pode ser considerado um fator de alerta, quando é realizada uma anamnese completa pelo profissional que realiza o atendimento daquele idoso, com a finalidade da detecção de sintomas prévios a internação. Tendo em vista que a os idosos tendem a apresentar maior número de sintomas somáticos, com queixas relacionadas a falta de energia, diminuição do sono e apetite, perda de prazer nas atividades habituais e ruminções sobre o passado (Diniz e Forlenza, 2009).

Os item 12 “Vale a pena viver como vive agora? “ e 14 “Acha que sua situação tem solução?”, foram pouco apontados pelos idosos, isso nos remete que apesar da situação estressante vivenciada por esse idoso, afirmada por Sales e Santos (2007), que a fragilidade dos pacientes desta clínica expressa a vulnerabilidade aos desafios do próprio ambiente e com a presença de doenças agudas, a própria hospitalização e outras situações de risco são agentes estressores importantes. Diante desse apontamento positivo encontrado na pesquisa, conclui-se que a esperança designa a

sensação de determinação triunfante sobre a realização de objetivos no presente e no futuro da vida desse idoso, apesar da situação de fragilidade que se encontra.

Assim também o fator infelicidade/desmotivação o item 5” Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? “, apresentou maior frequência entre os outros itens da dimensão. Pessoas com depressão podem mostrar-se apáticas, desmotivadas e muito sensíveis aos acontecimentos negativos da vida (Martins, 2008). Como já abordado a internação pode inferir como um acontecimento negativo e essa sensação ser despertada.

Porém autores, como Freire (2000) afirma que o idoso possui a capacidade de ajustar seus projetos de vida segundo suas condições presentes. Portanto, a satisfação com a vida se mantém elevada quando há empenho para o alcance de metas significativas na manutenção ou restabelecimento do seu bem-estar.

O item 9, que representa isolamento, ainda que não tenha sido maioria, apresentou dado significativo 17 (40,5%) sugerindo uma sintomatologia depressiva, que pode implicar algum grau de sofrimento para as pessoas afetadas, por isso deve-se dar atenção a estas. Com o avançar da idade a maioria das pessoas idosas reduzem a sua participação na comunidade, o que pode originar sentimentos de solidão e desvalorização, com efeitos ao nível da integração social e familiar, e ao nível da saúde física e psíquica (Texeira, 2010). O desejo de isolamento remete no idoso, inabilidade em lidar com o espaço que ocupa, pois, mesmo quando rodeados de várias pessoas da família, sentem falta de uma comunicação afetiva e compreensiva, muitos demonstraram que se percebem como estorvo, pois creem que incomodam e ficam incomodados, fazendo com que optem pelo isolamento.

Ao observar os resultados obtidos com a aplicação da escala nota-se que houve, em sua maioria, respostas negativas para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Isto pode-se remeter ao fato de que idosos hospitalizados, dada a condição mais frágil, podem ter dificuldade em verbalizar uma tristeza, podendo referi-la como irritabilidade, falta de sentimentos ou emoções, culpa, desamparo, perda do interesse ou prazer. A tristeza é comumente negada e o choro é incomum, podendo dificultar ainda mais a legitimidade das respostas obtidas pela escala (Ferrari e Dalacorte, 2007).

Diversos autores sugerem meios para um envelhecimento considerado saudável e importantes para a qualidade de vida do idoso. Tais como: manter hábitos saudáveis; praticar atividade física; o tratamento adequado das doenças crônicas; a

alimentação saudável; a atividade de lazer; a afetividade; a projeção do futuro, participando ativamente em decisões; as atividades intelectuais (ler, jogos de raciocínio); manter o equilíbrio mental (ter fé; cultivar a espiritualidade); fazer o uso adequado dos medicamentos prescritos pelo médico (Silva et al., 2012).

Quanto aos sintomas depressivos conforme os resultados da aplicação da EDG-15, evidenciados na tabela 3, os resultados apontam que houve prevalência de 14 (33,2%). Destes, 13 (30,9%) obtiveram escore equivalente a um quadro sugestivo para depressão leve a moderada e 1 (2,3%) alcançaram pontuação sugestiva de depressão grave, e em 28 (66,8%) dos participantes, foi ausente.

TABELA 3- Grau de risco para depressão de acordo com a escala de depressão geriátrica(GDS-15), em Hospital da região Tocantina, Imperatriz/MA, 2017.

GRAU DE RISCO PARA DEPRESSÃO	N(42)	%(100)
AUSENTE	28	66,80
SUGESTIVO PARA DEPRESSÃO LEVE A MODERADA	13	30,90
SUGESTIVO PARA DEPRESSÃO GRAVE	1	2,30

Fonte: dados do pesquisador

Dados parecidos com que foram encontrados por Pinheiro, Carvalho e Castro (2013), realizado nas mesmas condições deste estudo, no qual 45,5% dos idosos apresentaram pontuações sugestivas de depressão. Em pesquisas realizadas em serviços de emergência norte-americanos apontam para a prevalência de depressão entre 15 e 30% dos idosos hospitalizados (Shah et al., 2011). Ressaltando que neste estudo foram excluídos os pacientes com dor e doenças graves.

Fazendo uma associação dos 14 pacientes detectados com algum grau de risco para depressão com as variáveis sociodemográficas do estudo, caracterizou-se a população depressiva como sendo maioria era do sexo feminino (78,6%), 60-65 anos (42,3%), analfabetos (50%), a maioria morava com filho(a) e ou filhos e netos (35,7%), tinham renda entre 1 a 3 salários mínimo (78,6%) e 78,6% eram sedentários.

A depressão com predominância no gênero feminino foi pesquisada entre 150 idosos cujos resultados obtiveram uma prevalência do episódio depressivo em 1,9% dos homens e 3,2% das mulheres (Santos, 2010). Na investigação da prevalência de depressão em 50 idosos internados em um hospital terciário, identificaram-se 68% do

sexo feminino e, em outro estudo, essa prevalência chega a 72,7% (Ferrari e Delacorte, 2007a).

Diversas literaturas abordam a relação entre sintomas depressivos e idosos mais velhos como fator de risco, neste trabalho, essa associação não foi estatisticamente significativa. Segundo Castro-Costa et al. (2008), a associação entre envelhecimento e depressão tem sido inconsistente e tende a desaparecer após o ajuste para a incapacidade funcional, distúrbios médicos e comorbidades.

Infere-se que o aparecimento de sintomas depressivos pode estar relacionado com o frágil suporte social ou a dificuldades de adaptação decorrente da perda do cônjuge, gerando sentimentos de tristeza e solidão (Cohen, Manganelli e Gigliola, 2015). Em relação aos idosos que residem sozinhos terem apresentado menor suscetibilidade ao desenvolvimento de sintomas depressivos, é possível que esse seja um achado decorrente do acaso. Porém a literatura aponta que o isolamento social pode desencadear sintomas depressivos; entretanto, residir sozinho não necessariamente implica solidão (Alexopoulos, 2005).

O Artigo de Lanuez et al. (2011), explana sobre a influência dos exercícios físicos para a melhora da flexibilidade e equilíbrio em idosos depressivos. Uma associação muito importante é com atividade física, que tem como objetivo principal a valorização do indivíduo idoso, enquanto ser pensante ativo e participante da sociedade (Mazo et al., 2005)

As diversas prevalências identificadas pelos estudos, independentemente de apresentarem variabilidade atribuída aos tamanhos amostrais, às diferentes escalas e pontos de corte utilizados para sintomas depressivos, aos pontos de corte de idade como critério de inclusão ou às peculiaridades regionais de cada grupo populacional estudado, salientam a relevância do tema. As prevalências registradas não são desprezíveis e alertam para a necessidade de cuidados especiais com a população idosa, sobretudo considerando o acelerado processo de envelhecimento populacional que o Brasil vivencia nos últimos anos (Brasil, 2009).

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos demonstram que houve uma prevalência significativa de sintomas sugestivos para depressão em idosos.

Ao analisar os resultados desta pesquisa, constata-se um aumento significativo do grau de risco de depressão em idosos (em especial hospitalizados), visto que este público com o passar da vida, torna-se vulnerável a tais problemáticas. Quanto ao perfil dos idosos, constatou-se os que desenvolveram sintomas sugestivos para depressão, estavam na faixa etária 60 a 65 anos, alertando que essa patologia deve ser rastreada em idosos de qualquer idade, e não somente em idades mais avançadas, que por vezes tem maior índice de déficit cognitivo, associado aos sintomas depressivos.

A atividade física mostrou-se como um relevante fator de proteção no desenvolvimento da patologia, visto que em boa parte dos estudos, idosos que não apresentam depressão, praticam atividades físicas regulares e diárias.

A aplicação rotineira de instrumentos de triagem de depressão, por parte dos profissionais de saúde, como a escala EDG-15 pode funcionar como complemento para o diagnóstico e conhecimento a respeito da saúde mental do idoso internado, contribuindo com intervenções precoces e mais qualificadas, seja no preparo da alta hospitalar ou no acompanhamento durante a internação.

Tendo a prevalência de depressão em idosos internados aponta-se que o diagnóstico precoce é a melhor estratégia para diminuir as possíveis consequências, como piora do quadro clínico do idoso e até mesmo o suicídio e que o tratamento pode resultar em melhora funcional, cognitiva e social, visando idosos com melhor saúde e, conseqüentemente, maior expectativa e qualidade de vida.

Portanto, considerando a depressão condição clínica de grande relevância em idosos, pois aumenta a morbimortalidade e impacta negativamente a capacidade funcional e a qualidade de vida destes indivíduos, deve ser investigada de maneira rotineira, pois é uma condição muito prevalente e tratável; a melhora dos sintomas e a remissão completa do quadro são possíveis e deve ser perseguida.

REFERÊNCIAS

Alexopoulos, G.S. (2008). Depression in the Elderly. *Lancet*; 365 (9475): 1961-70.

Almeida, A.J.P.S. e Rodrigues, V.M.C.P. A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 16 (6), 1025-1031.

Almeida, M. S. C. (2010). Efetividade da escala de depressão geriátrica de cinco itens em população idosa da comunidade. Porto Alegre: PUCRS.

Borges, L. J.; Benedetti, T. R. B; Mazo, G. Z. (2010). Influencia del ejercicio físico en los síntomas depresivos y en la aptitud funcional de ancianos en el sur de Brasil. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 45(2),72-78. Madrid.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Informe de situação e tendências: demografia e saúde. Brasília:MS.

Brown, P.J. Woods, C.M. Storandt, M. (2007). Model stability of the 15-item geriatric depression scale across cognitive impairment and severe depression. *Psychol Aging.*, 22(2): 372-379.

Castelo, MS, et al. (2010). Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. *Int Psychogeriatr.*, 22(1): 109-113.

Castro-Costa, E. et al. (2008). Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr.*, 30(2): 104-109.

Cohen, R. e Manganelli, L.G.P. Gigliola, R. G. P. (2015). Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 18(2): 307-317.

De Oliveira et al. (2012). Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17.

Diniz, B.S.O. Forlenza, O.V. (2009). *Depressão Geriátrica*. In: De Lacerda ALT, Quarantini LC, Miranda-Scippa AMA, Del Porto JA. *Depressão: do neurônio ao funcionamento social*. Porto Alegre: Artmed.

Drago, S.M.M. Martins, R, M, L. (2012) A depressão no idoso. *Rev. Millenium*, 43: 79-94.

Evans, M. Hammond, M. Wilson, K. Lye, M. Colepand, J. (1997). Treatment of depression in the elderly: effect of physical illness on response. *International Journal of Geriatric Psychiatry.*, 12(12): 1189-1194.

Ferrari, J.F. e Dalacorte, R.R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Rev. Scientia Medica*, 7(1), 3-8.

Gournellis. R, et al. . (2006). Psychotic (delusional) major depression among elderly patients in primary care settings. *Ann Intern Med.*, 144:496.

Hegadoren, K. et al.(2009). The many faces of depression in primary care. *Texto & Contexto Enferm.*, 18(1):155-64.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística(IBGE). Censo demográfico 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=censo%202015&searchphrase=all>
Acesso: 03.set. 2017.

Juárez, J. M. Angélica, L.F. Vicky, A.L. (2012). Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA. HH “Viña alta” – La Molina, Lima-Perú. *Rev Horiz Med.*, 12(2): 28-31.

Kockler, M. e Heun R. (2002). Gender differences of depressive syntoms in depressed and nondepressed elderly persons. *Int J Geriatr Psychiatry.*, 17: 65-72.

Lacerda, M.R. (2010). Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. *Rev.Ciência & saúde coletiva*, 15(5): 2621-2626.

Lanuez, F.V. et al. (2011). Comparative study of the effects of two programs of physical exercises in flexibility and balance of health elderly individuals with and without major depression. Einstein.

Lima, A.M.P. (2016). Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6427>. Acessado: 18/10/2017.

Mazo, G.Z. et al. (2005). Tendência a estados depressivos em idosos praticantes de atividade física. *Revista Brasileira Cineantropometria & Desempenho Humano*; 7(1): 45-9.

Minghelli, B. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Rev psiq clín*, 40 (2): 71-76.

Ortiz, B.R. e Wanderley, K.D.A.S. (2013). Reflexões Sobre o Uso da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) em Idosos Hospitalizados. *Revista Kairós Gerontologia*, 16 (3):307-316.

Paradela, E.M.P. (2011). Depressão em idosos. *Rev. hupe.uerj*. 10.

Paradela, E.M.P., Lourenço, R.A. & Veras, R.P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev. Saúde Pública*, 39 (6), 918-923.

Pinheiro, A.H.B. Carvalho, D.M.L. Castro, J.C.R. (2013) Prevalência de Depressão em Idosos Hospitalizados (Campina Grande-PB): Aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Editora Realize. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Poster_idinscrito_4822_5f27_b6e42000d1ee2e0fcfa1a3295aba.pdf. Acesso em: 06/08/2017.

Ramos, LR. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. São Paulo. *Cad Saúde Publica*, 19 (3):793-7.

Sales, M.F. e Santos, I. (2007). Perfil de Idosos Hospitalizados e Nível de Dependência de Cuidados de Enfermagem: Identificação de Necessidades. *Rev. Texto Contexto Enferm*, 16 (3): 495-502.

Santos, L.M. Cortina I. (2011) Fatores que contribuem para a depressão no idoso. *Rev enferm unisa*; 12 (2): 112-6.

Santos, S.S.C. et al. (2010). Diagnósticos e intervenções de enfermagem para idosos deprimidos e residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). *Rev Eletrônica Enfermeria.*, 20 (1):2-14.

Scazufca, M. et al. (2002). Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Rev saúde pública.*, 36:773-778.

Shah, M.N. et al. (2011). Prevalence of depression and cognitive impairment in older adults EMS patients. *Prehosp Emerg Care*, 15(1):4-11.

Silva, E.M.M. (2007). Enfermidades do Paciente Idoso. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.*, 7 (1):83-8.

Stella, F. et al. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz, Rio Claro*, 8(3): 91-98.

Teixeira, L. M. F. (2010). Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia.

Tourigny, R.M.F. et al. (2006). The assessment and treatment of depression. Toronto: Canadian Coalition for Seniors Mental Health.