

Aplicação da escala de depressão geriátrica em idosos do ambulatório do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

Juliana Aparecida Ribeiro Parreira* Débora Pastore Bassitt, D.Sc.**

**Enfermeira, Mestranda em Ciências da Saúde pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, docente no Departamento de Saúde da Universidade Nove de Julho, **Professora de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do IAMSPE, Preceptora da Residência de Psiquiatria do IAMSPE*

Resumo

Trata-se de um estudo de campo que teve como o objetivo investigar a prevalência de depressão em idosos do ambulatório do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE) por meio da aplicação da escala de depressão geriátrica (GDS) e correlacionar a presença desta com doenças clínicas e fatores sociodemográficos. A população do estudo foi composta por 301 pacientes atendidos no ambulatório de geriatria do IAMSPE com idade igual ou superior a 65 anos. Os idosos responderam à GDS com trinta itens e ao questionário sociodemográfico. Verificou-se que os pacientes do sexo feminino apresentam estatisticamente maior GDS que os pacientes do sexo masculino. Outro dado significativo é que os pacientes com câncer apresentaram GDS 40% menor que os pacientes sem câncer. A presença de hipertensão nos pacientes entrevistados também aumentou o GDS em 18%. Sugere-se que outros estudos sejam realizados com o intuito de incluir ações que sejam direcionadas a esta população com a finalidade de detectar precocemente a depressão e tratá-la adequadamente.

Palavras-chave: depressão, idoso, fatores de risco, hipertensão, câncer.

Abstract

Application of geriatric depression scale in elderly at the clinic of Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

This is a field study aiming at investigating the prevalence of depression in elderly who attended the Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE) using the Geriatric Depression Scale (GDS) and correlate depression with clinical diseases and socio-demographic factors. The study population was composed by 301 patients, 65 years old or older, who attended the Geriatrics Department at IAMSPE. The elderly answered the GDS with thirty

Recebido em 13 de outubro de 2014; aceito em 20 de novembro de 2014.

Endereço para correspondência: Juliana Aparecida Ribeiro Parreira, Avenida Engenheiro Thomas Magalhães, 225, 03211-020 São Paulo SP, E-mail: julianaparreira@uninove.br

items and the socio-demographic questionnaire. We observed that the female patients statistically showed higher GDS scores than the male gender. Another significant datum is that the patients with cancer showed GDS scores 40% lower than in non-cancer patients. The presence of hypertension in the interviewed patients also increased the GDS in 18%. Other studies should be carried out aiming at including actions which are directed to this population, in order to early detect depression and to provide adequate treatment.

Key-words: depression, elderly, risk factors, hypertension, cancer.

Resumen

Aplicación de la escala de depresión geriátrica en mayores del ambulatorio del Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE)

Se trata de un estudio de campo, con el objetivo de investigar la prevalencia de depresión en personas mayores del ambulatorio del Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE) a través de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y correlacionar la presencia de estas enfermedades clínicas y factores sociodemográficos. La población del estudio fue compuesta de 301 pacientes que frecuentan el ambulatorio de geriatría del IAMSPE con edad igual o superior a 65 años. Los mayores respondieron la GDS con treinta ítems y el cuestionario sociodemográfico. Se ha verificado que los pacientes del sexo femenino presentaron estadísticamente mayor GDS que los pacientes masculinos. Otro dato significativo es que los pacientes con cáncer presentaron GDS 40% menor que los pacientes sin cáncer. La presencia de hipertensión en los pacientes entrevistados también aumentó el GDS en 18%. Se sugiere que otros estudios se realicen con el intuito de incluir acciones dirigidas a esta población con la finalidad de detectar precozmente la depresión y tratarla adecuadamente.

Palabras-clave: depresión, anciano, factores de riesgo, hipertensión, cáncer.

Introdução

Ao analisarmos o processo de envelhecimento populacional, nota-se que o mesmo vem acompanhado pelo aumento das doenças psiquiátricas; a depressão se destaca como um dos transtornos mais comuns em idosos [1].

O transtorno depressivo é uma condição médica séria e letal. O quadro clínico consiste em alterações de humor, comportamento e também nas funções cognitivas [2]. Embora seja uma patologia comum entre os idosos, a depressão muitas vezes não é diagnosticada, e o acometido não recebe tratamento adequado [1]. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a década de 1990, a depressão é considerada um problema de saúde pública. Em 2010 só perdeu para as doenças cardíacas isquêmicas e no ano de 2020, pesquisas apontam que a depressão será a segunda moléstia que afetará os países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento [3].

A depressão em idosos, muitas vezes pode ser mascarada ou potencializada pelo processo de envelhecimento, pelas doenças associadas e também pelo uso de medicações. O humor deprimido

pode ser menos evidente no idoso, o que dificulta o diagnóstico [4]. O envelhecimento é rodeado de inúmeras perdas como: perda do companheiro, da saúde, dos papéis sociais, e estas, junto com as doenças associadas e uso de certas medicações podem aumentar o risco de desenvolvimento de síndrome depressiva [3].

Se observarmos a epidemiologia, 15% dos idosos apresentam algum sintoma depressivo. Na população hospitalizada ou institucionalizada, o índice de idosos com depressão varia de 5% a 44%. Já em idosos residentes em asilos, estes números variam de 12% a 16%. Em idosos portadores de doenças clínicas, estas taxas são ainda mais elevadas. Em portadores de doenças coronarianas, 45% destes apresentam sintomas depressivos. Estudos demonstram que idosos com Parkinson, Alzheimer e doenças cerebrovasculares também apresentam taxas parecidas [3,5]. Diante destas prevalências, a investigação da depressão em idosos torna-se importante; ainda mais porque pode ser indicativa de uma morbidade que causa graves danos à qualidade de vida do idoso e de seus familiares resultando em altos custos para a sociedade em geral [6]. Nos idosos, os sintomas de depressão são muito variados,

indo das sensações de tristeza que é considerada uma resposta comum a eventos da vida, passando pelos pensamentos negativos até alterações da sensação corporal (dores e enjoos) [3,7].

Ao fecharmos o diagnóstico para depressão, é necessário termos como base os sintomas que consideramos centrais, ou seja, a perda de energia ou interesse, humor deprimido, dificuldade de concentração, alteração do apetite e sono, sentimento de fracasso e lentificação das atividades físicas e mentais [3]. Como estamos falando em idosos, estes sintomas podem vir acompanhados de queixas somáticas, hipocondria, baixa autoestima, sentimento de inutilidade, humor disfórico, tendência autodestrutiva, ideação paranoide e pensamento recorrente de suicídio [3]. Na população idosa, é de fundamental importância registrar o comprometimento nutricional, a dor, a diminuição da autonomia e a perda da mobilidade física, pois estes fatores podem contribuir para a evolução dos sintomas depressivos. Muitas vezes, o medo da piora da doença física, da perda da dignidade, do trabalho que vão dar a seus familiares são fenômenos psicológicos que comprometem a condição física deste indivíduo [3].

É de fundamental importância que os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros conheçam as características da depressão no idoso e estejam preparados para investigar a presença de sintomas depressivos nesta população. Neste caso, o uso de uma escala de depressão facilita a detecção destes casos na prática clínica [3].

A GDS é um instrumento criado para facilitar o diagnóstico de depressão na população idosa [5]. Trata-se de uma escala dicotômica na qual os entrevistados assinalam a presença ou a ausência de depressão (sim x não). As perguntas são relacionadas a mudança de humor, sentimento como desesperança, desamparo, aborrecimento, desinteresse e felicidade [8]. Muitos estudos mostram que esta escala oferece medidas válidas e confiáveis de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, quarta edição (DSM IV) e da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão; portanto vem sendo utilizada com frequência [3,8].

Foi descrita em língua inglesa por Yesavage *et al.* [10]. A escala original é composta de trinta itens, desenvolvida especialmente para rastrear os transtornos de humor em idosos. As perguntas são fáceis, com pequena variação na possibilidade de respostas e evitam a esfera de queixas somáticas [3,11]. Existe também a versão com quinze itens que

é uma versão curta da escala elaborada a partir dos itens que mais se correlacionam com o diagnóstico de depressão [11]. Conforme os estudos realizados sobre a validade desta escala no Brasil, nota-se que a GDS de trinta itens é mais sensível e fidedigna que a versão de quinze itens [12]. Outro estudo sobre a validação desta escala em um hospital geral mostrou que, no Brasil, a versão reduzida foi aplicada em 64 idosos de um ambulatório geral psiquiátrico e o ponto de corte foi de 5/6, sensibilidade de 85,4% e a especificidade de 67,7%, portanto para estes autores a GDS na versão de quinze itens também é válida e confiável comparada a estudos realizados em Jerusalém onde o ponto de corte foi de 5/6 com sensibilidade de 72% e especificidade de 57%. Já nos EUA, estudo mostrou uma sensibilidade de 92%, e especificidade de 81% com ponto de corte de 5/6. Os resultados destes estudos evidenciaram que a GDS seja na versão completa ou reduzida é um instrumento válido para o rastreamento dos transtornos do humor podendo ser utilizada na prática clínica a fim de identificar depressão na população idosa [11].

Tendo em vista o grande interesse pelo tema e observado que são poucos os estudos com relação à prevalência de depressão na população idosa, faz-se necessário um estudo mais detalhado a essa população. Esta pesquisa teve como objetivo investigar a prevalência de depressão em idosos do ambulatório do IAMSPE por meio da aplicação da GDS e correlacionar a presença desta com doenças clínicas e fatores sociodemográficos [13].

Material e métodos

Trata-se de um estudo de campo, de natureza exploratória, descritiva, de abordagem quantitativa. O tipo de abordagem quantitativa envolveu dados numéricos, trabalhados a partir de procedimentos estatísticos [14].

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Geriatria do IAMSPE, um hospital de grande porte localizado na Zona Sul da cidade de São Paulo.

A população do estudo foi composta por pacientes atendidos neste ambulatório com idade igual ou superior a 65 anos. Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos, que apresentassem bom nível cognitivo e que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido. Já os critérios de exclusão foram: pacientes com patologias que pudessem interferir

na avaliação da escala e que não se predisusessem a responder o questionário.

Os dados foram coletados entre os meses de junho e julho de 2012, nos períodos manhã e tarde em dias alternados, após a aprovação da pesquisa pelo CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) da instituição onde foi realizado o estudo e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante. O estudo não expôs os sujeitos a riscos de qualquer natureza.

Os dados foram coletados a partir de questionários aplicados aos pacientes que são atendidos no ambulatório de geriatria do IAMSPE, um hospital de grande porte localizado na Zona Sul da cidade de São Paulo.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário que teve como finalidade caracterizar sócio demograficamente a população do estudo (idade, sexo, naturalidade, procedência, estado civil, profissão, grau de escolaridade e presença de doenças clínicas). A segunda parte tratou-se do registro da pontuação obtida na aplicação da GDS que avaliou a sintomatologia depressiva nos idosos do ambulatório. Esta escala é composta por trinta perguntas contendo duas alternativas (sim e não) com valor de 1 ponto conforme a resposta. O escore será dado pela somatória total das alternativas. Foi considerado de 0 – 10 pts: ausência de depressão; 11-20 pts: depressão ligeira e de 21-30 pts: depressão grave. Os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora. Após a coleta, os dados foram tabulados no programa de estatística SPSS - versão 20.0, analisados posteriormente e visto a necessidade do aumento da amostra. Inicialmente de 50 pacientes para 301. A nova coleta de dados se deu no mesmo ambulatório no período de outubro de 2013 a janeiro de 2014.

As características pessoais e clínicas dos pacientes foram descritas com uso de frequências absolutas e relativas para as medidas qualitativas e medidas resumo (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo) para as medidas quantitativas.

Os valores de GDS foram descritos segundo cada característica de interesse e comparado entre as categorias com uso de testes Mann-Whitney ou testes Kruskal-Wallis [15]. Para a idade e número de doenças dos pacientes foram calculadas as correlações de Spearman [15] com o GDS para verificar a presença de correlação.

Foi ajustado o modelo de regressão linear múltipla para explicar o GDS dos pacientes segundo as características avaliadas conjuntamente com uso

de modelo linear generalizado (MLG) com distribuição normal e função de ligação logarítmica [16] devido à assimetria de distribuição do GDS entre os pacientes. Foram introduzidas no modelo todas as características que apresentaram níveis descritivos menores que 0,2 nos testes bivariados ($p < 0,2$), restando no modelo final apenas as variáveis significativas ao GDS.

Os testes foram realizados com nível de significância de 5%.

Resultados

Na Tabela I descrevemos as variáveis dos entrevistados como: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, as principais doenças pré-existentes, a média, a mediana, o resultado da GDS e a porcentagem em relação ao N. Percebemos que a maioria dos pacientes avaliados era do sexo feminino (79,4%), com idade entre 70 e 89 anos (77,7%), a doença mais frequente dentre os idosos foi HAS (71,8%) e 33,3% dos pacientes apresentaram algum grau de depressão na escala.

Tabela 1 - Descrição das características pessoais e clínicas avaliadas.

| Variável | Descrição (N = 301) / (%) |
|---|------------------------------|
| Sexo | |
| masculino | 62 (20,6) |
| feminino | 239 (79,4) |
| Faixa etária | |
| 60 a 69 anos | 58 (19,3) |
| 70 a 79 anos | 136 (45,2) |
| 80 a 89 anos | 98 (32,6) |
| 90 anos ou mais | 9 (3) |
| média (DP) | 76,5 (7,1) |
| mediana (mín.; máx.) | 76 (61; 94) |
| Estado civil | |
| casado união estável | 137 (45,5) |
| solteiro | 26 (8,6) |
| divorciado, separado | 17 (5,6) |
| viúvo (a) | 121 (40,2) |
| Escolaridade | |
| analfabeto | 11 (3,7) |
| 1° à 4° série incompleta (antigo primário, 1° grau ou E.F.) | 34 (11,3) |
| 4 série completa (Ensino Fundamental) | 97 (32,2) |
| 5° à 8° série incompleta (antigo ginásio, 1° grau ou E.F.) | 15 (5) |
| Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1° grau) | 19 (6,3) |

| | |
|--|------------|
| Ensino Médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) | 6 (2) |
| Ensino Médio completo (antigo colegial ou 2º grau) | 54 (17,9) |
| Educação Superior incompleta | 4 (1,3) |
| Educação Superior completa | 61 (20,3) |
| Doença pré existente | 296 (98,3) |
| Câncer | 16 (5,3) |
| Diabetes Melilitus (DM) | 100 (33,2) |
| Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) | 216 (71,8) |
| Tireóide | 16 (5,3) |
| Depressão | 13 (4,3) |
| Alzheimer | 8 (2,7) |
| Dislipidemia (DLP) | 64 (21,3) |
| Cardiopatía | 75 (24,9) |
| Vasculopatia | 11 (3,7) |
| Incontinência Urinária | 7 (2,3) |
| Osteoporose | 57 (18,9) |
| Acidente Vascular Cerebral (AVC) | 10 (3,3) |
| Pneumopatia | 14 (4,7) |
| Artrite/Artrose | 35 (11,6) |
| Gastro | 7 (2,3) |
| Músculo Esquelético | 34 (11,3) |
| Oftalmo | 12 (4) |
| Próstata | 10 (3,3) |
| Otorrino | 11 (3,7) |
| Outros | 33 (11) |

| Nº de doenças | |
|-----------------------|------------|
| média (DP) | 2,5 (1,3) |
| mediana (mín.; máx.) | 2 (0; 8) |
| GDS | |
| Ausência de depressão | 201 (68,7) |
| Depressão leve | 86 (28,6) |
| Depressão grave | 14 (4,7) |

Na Tabela II descrevemos o resultado da correlação da GDS com a idade e o número de doenças pré-existentes conforme as características pessoais dos entrevistados. Mostra que os pacientes do sexo feminino apresentaram estatisticamente maior GDS que pacientes do sexo masculino ($p = 0,046$).

Na Tabela III mostra o resultado dos testes comparativos conforme a presença de cada doença. Observa-se que pacientes com câncer apresentaram estatisticamente menor GDS que pacientes sem câncer ($p = 0,014$), já as demais doenças não influenciaram estatisticamente o valor da GDS quando olhadas isoladamente ($p > 0,05$).

Na Tabela IV temos o resultado da regressão múltipla para explicar a GDS em função das características pessoais e físicas dos entrevistados. Observa-se que pacientes com câncer apresentam GDS 40% menor que pacientes sem câncer, a presença de hipertensão nos pacientes aumentou o valor do GDS em 18%, a presença de depressão

Tabela II - Descrição da GDS segunda características pessoais, qualquer doença pré-existente, resultados comparativos e correção da GDS com idade e número de doença.

| Variável | Média | DP | Mediana | Mínimo | Máximo | N | p |
|-----------------------------|-------------|-------------|----------|----------|-----------|------------|---------------|
| Sexo | | | | | | | 0,046 |
| Masculino | 7,76 | 5,07 | 7 | 1 | 25 | 62 | |
| Feminino | 9,42 | 5,92 | 8 | 0 | 26 | 239 | |
| Estado civil | | | | | | | 0,244# |
| Casado união estável | 8,75 | 5,68 | 8 | 1 | 25 | 137 | |
| Solteiro | 8,38 | 6,21 | 7 | 1 | 25 | 26 | |
| Divorciado, separado | 8,65 | 7,41 | 9 | 0 | 26 | 17 | |
| Viúvo (a) | 9,66 | 5,57 | 9 | 0 | 26 | 121 | |
| Escolaridade | | | | | | | 0,078# |
| Analfabeto | 9,82 | 7,18 | 7 | 4 | 26 | 11 | |
| Fundamental (I/C) | 9,62 | 5,89 | 9 | 0 | 26 | 165 | |
| Médio (I/C) | 9,13 | 5,57 | 8 | 1 | 23 | 60 | |
| Superior (I/C) | 7,54 | 5,29 | 7 | 0 | 21 | 65 | |
| Doença pré existente | | | | | | | 0,483 |
| Não | 7,40 | 6,47 | 6 | 1 | 16 | 5 | |
| Sim | 9,11 | 5,78 | 8 | 0 | 26 | 296 | |
| Idade (anos) | | | | | | | 0,401 |
| correlação | | | 0,049 | | | 301 | |
| Nº de doenças | | | | | | | 0,064 |
| correlação | | | 0,107 | | | 301 | |
| Total | 9,08 | 5,78 | 8 | 0 | 26 | 301 | |

Resultado do teste Mann-Whitney; # Resultado do teste Kruskal-Wallis; Resultado da correlação de Spearman

Tabela III - Descrição da GDS segundo presença de cada doença e resultado dos testes comparativos.

| Variável | Média | DP | Mediana | Mínimo | Máximo | N | p |
|-------------------------------|-------|------|---------|--------|--------|-----|--------------|
| Câncer | | | | | | | 0,014 |
| Não | 9,26 | 5,82 | 8 | 0 | 26 | 285 | |
| Sim | 5,81 | 3,83 | 4,5 | 1 | 16 | 16 | |
| DM | | | | | | | 0,168 |
| Não | 8,86 | 5,88 | 8 | 1 | 26 | 201 | |
| Sim | 9,53 | 5,59 | 9 | 0 | 22 | 100 | |
| HAS | | | | | | | 0,106 |
| Não | 8,27 | 5,45 | 7 | 1 | 25 | 85 | |
| Sim | 9,40 | 5,89 | 8 | 0 | 26 | 216 | |
| Tireóide | | | | | | | 0,182 |
| Não | 9,00 | 5,81 | 8 | 0 | 26 | 285 | |
| Sim | 10,50 | 5,23 | 10 | 2 | 21 | 16 | |
| Depressão | | | | | | | 0,157 |
| Não | 8,97 | 5,71 | 8 | 0 | 26 | 288 | |
| Sim | 11,62 | 6,92 | 1 | 0 | 22 | 513 | |
| Alzheimer | | | | | | | 0,861 |
| Não | 9,06 | 5,76 | 8 | 0 | 26 | 293 | |
| Sim | 9,63 | 7,11 | 8,5 | 2 | 26 | 8 | |
| DLP | | | | | | | 0,836 |
| Não | 9,14 | 5,98 | 8 | 1 | 26 | 237 | |
| Sim | 8,88 | 5,01 | 8 | 0 | 23 | 64 | |
| Cardiopatia | | | | | | | 0,449 |
| Não | 9,06 | 6,09 | 8 | 0 | 26 | 226 | |
| Sim | 9,13 | 4,77 | 9 | 1 | 21 | 75 | |
| Vasculopatia | | | | | | | 0,787 |
| Não | 9,10 | 5,81 | 8 | 0 | 26 | 290 | |
| Sim | 8,55 | 5,34 | 7 | 2 | 18 | 11 | |
| Incontinência Urinária | | | | | | | 0,684 |
| Não | 9,07 | 5,79 | 8 | 0 | 26 | 294 | |
| Sim | 9,43 | 5,74 | 12 | 1 | 15 | 7 | |
| Osteoporose | | | | | | | 0,115 |
| Não | 8,76 | 5,58 | 8 | 0 | 26 | 244 | |
| Sim | 10,44 | 6,46 | 8 | 1 | 26 | 57 | |
| AVC | | | | | | | 0,346 |
| Não | 9,06 | 5,83 | 8 | 0 | 26 | 291 | |
| Sim | 9,80 | 4,26 | 10 | 1 | 16 | 10 | |
| Pneumopatia | | | | | | | 0,805 |
| Não | 9,07 | 5,74 | 8 | 0 | 26 | 287 | |
| Sim | 9,21 | 6,87 | 6,5 | 2 | 22 | 14 | |
| Artrite/Artrose | | | | | | | 0,684 |
| Não | 8,96 | 5,62 | 8 | 0 | 26 | 266 | |
| Sim | 10,00 | 6,89 | 7 | 1 | 26 | 35 | |
| Gastro | | | | | | | 0,867 |
| Não | 9,07 | 5,77 | 8 | 0 | 26 | 294 | |
| Sim | 9,29 | 6,95 | 8 | 3 | 20 | 7 | |
| Músculo Esquelético | | | | | | | 0,871 |
| Não | 9,06 | 5,73 | 8 | 0 | 26 | 267 | |
| Sim | 9,21 | 6,28 | 7 | 1 | 22 | 34 | |
| Ofタルmo | | | | | | | 0,758 |
| Não | 9,11 | 5,81 | 8 | 0 | 26 | 289 | |
| Sim | 8,25 | 5,22 | 8 | 1 | 20 | 12 | |
| Prostata | | | | | | | 0,477 |
| Não | 9,13 | 5,82 | 8 | 0 | 26 | 291 | |
| Sim | 7,50 | 4,40 | 6,5 | 11 | 5 | 10 | |
| Otorrino | | | | | | | 0,486 |
| Não | 9,14 | 5,83 | 8 | 0 | 26 | 290 | |
| Sim | 7,55 | 4,18 | 7 | 1 | 16 | 11 | |
| Outros | | | | | | | 0,963 |
| Não | 9,07 | 5,78 | 8 | 0 | 26 | 268 | |
| Sim | 9,12 | 5,86 | 7 | 1 | 22 | 33 | |

Resultado do teste Mann-Whitney

prévia aumenta o GDS em 38% e a presença de osteoporose aumenta o GDS em 18%.

Tabela IV - Resultado do modelo de regressão múltipla para explicar a GDS em função das características pessoais e clínicas dos pacientes.

| Variável | RR | IC (95%) | | P |
|-------------|------|----------|----------|-------|
| | | Inferior | Superior | |
| Câncer | 0,60 | 0,37 | 0,99 | 0,045 |
| Hipertensão | 1,18 | 1,00 | 1,40 | 0,049 |
| Depressão | 1,38 | 1,05 | 1,81 | 0,020 |
| Osteoporose | 1,18 | 1,00 | 1,39 | 0,049 |

Discussão

A depressão é uma doença comum entre a população idosa, sua prevalência varia de 5% a 35% conforme pesquisas. Neste estudo identificamos que 26,6% dos pacientes apresentaram depressão ligeira e 4,7% depressão grave conforme GDS. Estes achados são elevados quando comparados a estudos internacionais devido as diferentes escalas empregadas ou até mesmo pelas diferenças sociodemográficas. Observamos também que o sexo feminino apresentou estatisticamente maior GDS do que a população masculina (Tabela II). Um estudo realizado em Passo Fundo (RS) também observou maior incidência de depressão entre o sexo feminino. O autor relaciona este fato a maior longevidade entre as mulheres devido a menor exposição destas a fatores como álcool, tabaco e a sua menor exposição à morbimortalidade por causas externas [17]. A questão da longevidade das mulheres estaria ligada aos padrões de comportamento e ao estilo de vida mais saudável das mesmas [18,19]. Outros estudos colocam que a depressão é mais comum no sexo feminino, pois estas procuram mais os serviços de saúde e admitem e descrevem mais seus sentimentos depressivos do que os homens [20,21]. Um estudo realizado em Fortaleza [22] também encontrou maior incidência de depressão no sexo feminino. No Brasil e em outros países do mundo, há um maior número de mulheres idosas o que pode ser explicado pela maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens. Os fatores socioculturais podem estar associados a experiências adversas e aos fatores psicológicos associados, sem contar com a maior vulnerabilidade aos eventos estressores que podem contribuir para esta diferença entre os sexos [22]. Como vimos, a influência de gênero tem sido alvo de vários estudos. A prevalência é mais frequente no gênero feminino, embora

outros fatores também possam contribuir com esta diferença de gênero [23]. Além disso, o número de homens (62) neste estudo é muito pequeno em relação ao número de mulheres entrevistadas (239) impossibilitando a correlação. O que corrobora o estudo realizado em Minas Gerais [24]. Portanto seriam necessários novos estudos, mais específicos para que esta correlação possa ser inferida.

Outro dado importante encontrado neste estudo foi a correlação do câncer com a depressão. Em 2004, a depressão foi considerada a terceira causa de doenças no mundo. Esta também pode afetar de forma adversa o curso e resultados das condições crônicas como o câncer. A associação entre o câncer e as doenças clínicas pode levar a uma evolução ruim tanto do quadro psíquico quanto do clínico. Nos pacientes oncológicos, podemos associar a depressão com a queda da sobrevida e da aderência ao tratamento, levando a piora do diagnóstico [25]. Conforme pesquisa, não temos uma relação direta entre a depressão e o câncer, não existe evidência de que a depressão provoque algum tipo de câncer [26]. Estudos afirmam que cerca de 10 a 25% dos pacientes portadores de câncer podem apresentar quadro depressivo. São observados com frequência sentimentos de descrença, ansiedade, tristeza, irritabilidade, alteração do sono e mudança no apetite [25,26]. Estudo revela que os sintomas de depressão apareceram nos pacientes submetidos à quimioterapia em maior escala no meio e final do tratamento [25]. No presente estudo, os idosos com diagnóstico de câncer não apresentaram sintomas depressivos podendo ser justificado pelo tempo de doença, pois estes idosos apresentavam de um (1) a vinte e três (23) anos entre a descoberta do diagnóstico do câncer e a realização do tratamento. Muitas são as hipóteses em torno desta relação. Alguns veem os sintomas depressivos como sintoma da neoplasia. Outros acreditam que pacientes depressivos tem maior tendência a desenvolver neoplasias. Estudos mostram que os sintomas depressivos são de fato mais comuns em pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, o que não era o caso de nenhum dos idosos entrevistados neste estudo [25,26].

Um estudo realizado em uma enfermaria geriátrica no Estado de São Paulo mostrou que a religião/espiritualidade influencia no processo de doença/tratamento. Para os idosos, a hospitalização e o diagnóstico podem ser considerados um evento agressor. O medo e a insegurança apresentada por eles neste momento podem ser amenizados pela

religião/ espiritualidade, evitando, muitas vezes, um quadro grave de depressão [27]. A depressão pode estar relacionada com a falta de aceitação em relação ao diagnóstico. O significado do adoecer com câncer para os idosos muitas vezes provoca medo. Porém quando a aceitação existe, muitos lutam para dar sentido à vida, às mudanças e à deterioração que a doença provoca [28].

Podemos associar o resultado deste estudo com a espiritualidade/religião e a aceitação destes em relação ao diagnóstico, porém seriam necessárias novas pesquisas para afirmar esta hipótese.

Outro dado interessante foi que idosos hipertensos apresentaram um aumento do GDS, esta informação corrobora outras pesquisas. Em um estudo realizado com idosos no contexto da Atenção Primária em Saúde também apresentou este mesmo resultado quando comparados aos valores de depressão nos idosos em geral [29]. Outro estudo evidenciou a presença de depressão que pode ser o maior fator de risco a acidentes vasculares cerebrais e/ou a maior causa de mortalidade por causas cardiovasculares. Cerca de 30% dos pacientes hipertensos apresentam sintomas depressivos. Estes pacientes, por sua vez, colaboram menos com o tratamento, pois apresentam falta de energia, desesperança por consequência do quadro depressivo o que afeta seu nível de funcionamento e a qualidade de vida, dificultando o controle da doença [29,30]. Em estudos norte-americanos foi observado que a hipertensão pode ser um fator de risco para a função cognitiva, aumentando ainda mais o déficit cognitivo quando associada à depressão; comprometendo a qualidade de vida dos idosos [31].

Conclusão

Após a coleta e análise dos dados, verificou-se que os pacientes do sexo feminino apresentam estatisticamente maior GDS que os pacientes do sexo masculino, sendo o resultado similar a outros estudos. Outro dado significativo é que os pacientes com câncer apresentaram GDS 40% menor que os pacientes sem câncer. Percebemos diante dos estudos que esta estatística pode ser justificada pela aceitação do diagnóstico e tratamento como também pela religião e espiritualidade destes idosos que muitas vezes auxiliam de forma benéfica evitando os sintomas depressivos. Por outro lado, a hipertensão nos pacientes entrevistados também aumentou o GDS em 18%.

A alta prevalência de depressão nos idosos demonstra a necessidade de uma melhor investigação. É importante ressaltar que apenas a aplicação da GDS não é suficiente para diagnosticar o quadro depressivo do idoso principalmente se este apresentar uma doença pré-existente como a HAS. É de suma importância que os profissionais da saúde estejam preparados a detectarem o quadro clínico destes pacientes para conduzirem de forma adequada o tratamento e realizarem um planejamento de ações que possam minimizar os sintomas depressivos dos mesmos, a fim de melhorar a qualidade de vida.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados com o intuito de incluir ações que sejam direcionadas a esta população.

Referências

1. Borges LJ, Benedetti TRB, Mazo GZ. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos em programas de exercício físico. *J Bras Psiquiatr* 2007;56(4):273-9.
2. Moreno DH, Demétrio FN, Moreno RA. Depressão. In: Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF, Bottino CNC, Tavares H, Forlenza OV et al. *Clínica Psiquiátrica*. São Paulo: Manole; 2011.p.698-9.
3. Siqueira GR, Vasconcelos DT, Duarte GC, Arruda IC, Costa JAS, Cardoso RO. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14(1):253-9.
4. Faria ACNB, Barreto SM, Passos VMA. Sintomatologia depressiva em idosos de um plano de saúde. *Revista Médica de Minas Gerais* 2008;18(3):175-82.
5. Medeiros JML. Depressão no Idoso [Tese]. Portugal: Faculdade de Medicina do Porto; 2010.
6. Gazelle FK, Hallal PC, Lima MS. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(3):145-9.
7. Garcia A, Passos A, Campo AT, Pinheiro E, Barroso F, Coutinho G et al. A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciências e Cognição* 2006;7:111-21.
8. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2007;41(4):598-605.
9. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999;57(2-B):421-6.
10. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Rev J Psychiat* 1983;17(1):37-49.
11. Paradelo EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública* 2005;39(6):918-23.
12. Sousa RL, Medeiros JGM, Moura ACL, Souza CLM, Moreira IF. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idoso

- deprimidos em um hospital geral. *J Bras Psiquiatr* 2007;56(2):102-7.
13. Gil AC. Como elaborar um projeto de pesquisa. 4a ed. São Paulo: Atlas; 2007.
 14. Ilca VOA. Metodologia do trabalho científico: um enfoque didático de produção científica. São Paulo: EPU; 2001.
 15. Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essential medical statistics* 2nd ed. Blackwell: Massachusetts; 2006.
 16. Mcclagh P, Nelder JA. *Generalized linear models* 2nd ed. Chapman and Hall: New York; 1989.
 17. Borges DT, Dalmolin BM. Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. *Bras Med Fam Comunidade* 2012;7(23):75-82.
 18. Gonçalves VC, Andrade KL. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luiz-MA). *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010;13(2):289-99.
 19. Camarano AA. *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Brasília: Ipea; 2002.
 20. Stella F, Gobbi S, Corazza DI, Costa JLR. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz* 2002;8(3):91-8.
 21. Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Rev Saúde Pública* 2006;40(4):734-6.
 22. Bandeira CB. Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. *Rev Bras Med Fam Com* 2008;4(15).
 23. Drago SMMS, Martins RML. A depressão no idoso. *Milenium* 2012;43:79-94.
 24. Rebelo TJ, Pires RCCP, Carvalho LA. Prevalência de depressão nos idosos atendidos em uma unidade de saúde pertencente à Estratégia de Saúde da Família em Nova Lima/MG. *Revista da Universidade do Vale do Rio Verde* 2013;10(1):491-9.
 25. Paula JM, Sonobe HM, Nicolussi AC, Zago MMF, Sawada NO. Sintomas de depressão nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico: um estudo prospectivo. *Rev Latinoam Enferm* 2012;20(2):362-8.
 26. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr* 2005;32(3):149-59.
 27. Duarte FM, Wanderley KS. Religião e Espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. *Psicol: Teor Pesq* 2011;27(1):49-53.
 28. Vieira MCU, Marcon SS. Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(4):752-60.
 29. Madeira TCS, Aguiar MIF, Bernardes ACF, Rolim ILTP, Silva RP, Braga VAB. Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da atenção primária em saúde. *Rev APS* 2013;16(4):393-8.
 30. Sass A, Gravena AAF, Pilger C, Mathias TAF, Marcon SS. Depressão em idosos inscritos no programa de controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm* 2012;25(1):80-5.
 31. Silva P, Monteiro L, Graciano A, Terra F, Veiga E. Avaliação da depressão em idosos com hipertensão arterial sistêmica. *Rene (São Paulo)* 2014;15(1):151-7.