

Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência

Prevalence of depressive symptoms among elderly in an emergency service

Rachel Cohen¹
Lisiane Manganelli Girardi Paskulin^{2,3}
Rita Gigliola Gomes Prieb⁴

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivos: Estimar a prevalência de sintomas depressivos entre idosos internados no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS e verificar a associação entre sintomas depressivos e características sociodemográficas e de utilização de serviços de saúde pelos idosos. **Métodos:** Estudo transversal com 96 idosos internados em um serviço de emergência. A presença de sintomas depressivos foi avaliada por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (EDG-15), e foi aplicado instrumento sobre variáveis sociodemográficas e de utilização dos serviços de saúde. Foram realizadas análises descritivas e bivariáveis, e o nível de significância estatística adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Encontrou-se a prevalência de 36,5% de sintomas depressivos na amostra, sendo que destes, 6,3% dos idosos apresentavam pontuação sugestiva de depressão grave. Identificou-se associação significativa entre sintomas depressivos e viuvez, observando-se que os sintomas depressivos foram mais frequentes entre as mulheres, os de baixa escolaridade e os que não utilizaram serviços de saúde. **Conclusão:** O estudo encontrou alta prevalência de sintomas depressivos entre idosos internados no serviço de emergência. Ressalta-se a importância do reconhecimento e realização do diagnóstico de depressão em idosos nesses serviços com objetivo de se trabalhar com uma visão ampliada do processo de saúde-doença, oferecer tratamento e melhores intervenções na rede.

Palavras-chave: Sintomas Depressivos. Idoso. Serviço Hospitalar de Emergência.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Departamento de Assistência e Orientação Profissional. Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Enfermagem em Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Psicologia. Porto Alegre, RS, Brasil.

Este artigo é resultado do Trabalho de Conclusão de Residência da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2014.

Abstract

Objectives: To estimate the prevalence of depressive symptoms among elderly patients admitted in the emergency service of Porto Alegre Clinical Hospital, Rio Grande do Sul state, Brazil, and assess the association between depressive symptoms and sociodemographic characteristics and use of health services by the elderly. **Methods:** Cross-sectional study of 96 elderly patients admitted to the emergency room. The presence of depressive symptoms was evaluated through the application of the Geriatric Depression Scale - short version (GDS-15), and was applied instrument on sociodemographic variables and use of health services. Descriptive and bivariate analyzes were performed, and statistical significance level was 5% ($p \leq 0.05$). **Results:** We found a prevalence of 36.5% of depressive symptoms in the sample, and of these, 6.3% of the elderly had scores suggestive of severe depression. It identified significant association between depressive symptoms and widowhood, observing that depressive symptoms were more frequent among women, low education and those who did not use health services. **Conclusion:** The study found high prevalence of depressive symptoms among elderly patients admitted in the emergency department. It emphasizes the importance of recognizing and making the diagnosis of depression in the elderly in these services in order to work with a broader view of the health-disease process, provide treatment and better interventions on the network.

Key words: Depressive Symptoms. Elderly. Emergency Service. Hospital.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno de âmbito mundial, deixando de ser uma realidade restrita aos países desenvolvidos. Nestes, tal acontecimento era previsto e esperado pelo sistema e governantes, mas os países em desenvolvimento foram surpreendidos com uma rápida e intensa transição demográfica e epidemiológica, que gerou inúmeras dificuldades de respostas frente às novas demandas desse grupo etário.¹

O envelhecimento da população tem repercussões sociais, culturais, econômicas e políticas, passando a exigir atenção da sociedade e tornando-se ponto de estudo e intervenção de profissionais e serviços de saúde.² No campo da saúde, observa-se a construção de políticas públicas que estimulam estratégias de envelhecimento saudável. Apesar de envelhecimento não ser sinônimo de adoecimento, torna-se evidente o aumento da ocorrência de doenças crônicas entre os idosos.³

No que se refere à saúde mental, a depressão é o transtorno de humor mais frequente entre os idosos.⁴ Recente meta-análise brasileira aponta para estudos com altas taxas de prevalência de

sintomas depressivos nessa população, com proporções que variam entre 20 e 56% em pacientes de acompanhamento ambulatorial, 23 a 42% em indivíduos hospitalizados e de 11 até 65% em idosos institucionalizados. As pesquisas utilizadas nessa meta-análise são de diversas regiões do país e investigaram a presença de depressão em diferentes tipos de instituições que prestam assistência aos idosos, sejam elas de natureza privada ou pública. Além disso, foram utilizados instrumentos diferentes para mensuração dos sintomas depressivos, fatores que podem ter contribuído para a grande variabilidade na prevalência do transtorno na população estudada.⁵

Apesar da alta prevalência de depressão, a doença ainda é bastante subdiagnosticada e não detectada, levando ao não tratamento dos sintomas. Os achados de pesquisa⁶ realizada em um hospital universitário brasileiro mostram que, entre os idosos hospitalizados e com sintomas depressivos, apenas 3% tinham registro, em seus prontuários, sobre o diagnóstico psiquiátrico. Parte dessa dificuldade de diagnóstico pode ser atribuída a peculiaridades próprias da depressão em idosos – como a expressão clínica de sintomas – que diferem em relação aos demais grupos etários. 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 rumações sobre o passado.^{2,7}

A presença da doença e a dificuldade de realização do diagnóstico são condições diretamente associadas ao aumento da morbidade e mortalidade na população idosa, assim como maior procura de serviços de saúde, permanência e tempo de ocupação de leitos hospitalares.^{8,9} O transtorno também pode acarretar prejuízos na vida social do indivíduo e causar sofrimento psíquico para o idoso e familiares, sendo considerado fator de risco de suicídio.¹ Harwood et al.¹⁰ evidenciaram que, em uma amostra de idosos ingleses que cometeram suicídio, 63% sofriam de depressão. Dessa maneira, o transtorno constitui grande problema de saúde pública, ocasionando alto custo econômico, interferindo na qualidade de vida do idoso e sua família e no funcionamento da rede de atenção à saúde.

Diante disso, enfatiza-se a necessidade de os serviços de saúde estarem aptos e atentos para o reconhecimento dos sintomas depressivos na população idosa, inclusive nos serviços de urgência/emergência. Ainda que o objetivo primordial desses locais seja prestar atendimento rápido e eficaz aos casos de alta complexidade, cada vez mais os serviços de saúde encontram-se sobrecarregados de pacientes com condições crônicas e, com isto, grande parcela dos indivíduos são idosos.¹¹ Mendes¹² aponta que os serviços de emergência foram estruturados para atender a uma lógica de danos agudos, voltados para uma população jovem e pertencentes a um sistema de atenção reativo, fragmentado e episódico.

Pesquisas realizadas em serviços de emergência norte-americanos apontam para a prevalência de depressão entre 15 e 30% dos idosos hospitalizados.^{13,14} Quanto ao perfil sociodemográfico dos idosos investigados, Meldon et al.¹³ encontraram a idade média de 74,1 anos, 69,3% tendo menos de 12 anos de estudo e, no que se refere à situação de moradia, 80,2% desses idosos residiam de forma independente. Na segunda pesquisa,¹⁴ a idade média foi de 63,81

anos, sendo 53% da amostra do sexo feminino e 87% residindo em casa e não em instituições de longa permanência para idosos.

Outro estudo⁸ realizado na Austrália revela que idosos com depressão estão mais propensos a procurarem os serviços de emergência para atendimento, oportunizando que seja feita a identificação de condições até então não reconhecidas, possibilitando o diagnóstico e início do tratamento. Contudo, são escassas as pesquisas brasileiras que tratam da presença da depressão nesses serviços, deixando em evidência uma lacuna no que se refere ao diagnóstico dessa doença no sistema de saúde brasileiro. Os serviços de emergência não deixam de ser espaços de atendimento em saúde, devendo as queixas ser compreendidas além da queixa clínica. Acredita-se que muitos dos idosos que buscam atendimento nesses locais apresentem, além de sintomas clínicos, sintomas depressivos. É importante ter conhecimento das diversas demandas que permeiam esses locais, com o objetivo de oferecer melhores respostas e intervenções mais eficazes.

Assim sendo, este estudo teve como objetivos estimar a prevalência de sintomas depressivos entre idosos internados no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS e verificar a associação entre sintomas depressivos e características sociodemográficas e serviços de saúde utilizados pelos idosos.

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório e transversal, com idosos internados no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS, um hospital universitário da Região Sul do país. O serviço possui capacidade para acomodar 49 pacientes adultos, atendendo às seguintes especialidades: clínica geral, ginecologia e cirurgia. Os dados administrativos do ano de 2012 (Sistema de Informações Gerenciais) contabilizaram uma média de mil atendimentos por mês a idosos, com permanência de aproximadamente dois dias no serviço de emergência.

A população do estudo foi de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Como critério de inclusão, foi definido um tempo de permanência superior a 24 horas, caracterizando uma internação. Foram incluídos no estudo 119 indivíduos, dos quais 23 foram excluídos por terem sido identificados nos prontuários como portadores de algum distúrbio cognitivo ou transtorno mental que impedisse a compreensão das perguntas. Dois idosos não aceitaram participar da pesquisa. A gravidade clínica não foi considerada fator para a exclusão no estudo, entretanto, enfatiza-se que pacientes com quadro clínico extremamente grave têm prioridade na transferência para outras áreas do hospital, permanecendo pouco tempo no serviço de emergência.

Para que fosse possível estimar uma prevalência de 21%, considerando uma margem de erro absoluta de 5% e nível de confiança de 95%, 96 participantes foram entrevistados. A seleção dos participantes ocorreu de forma intencional, sendo escolhidos por meio da listagem de internados do serviço de forma consecutiva no período de abril a setembro de 2013. A cada dia foram entrevistados no máximo três participantes, com a coleta acontecendo de cinco a seis dias por semana.

Os dados foram coletados pela residente da Psicologia, através de uma entrevista com os indivíduos, dentro das instalações do Serviço de Emergência. Os instrumentos aplicados foram um roteiro de coleta sobre aspectos sociodemográficos e utilização de serviços de saúde, além da Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (EDG-15). O roteiro tinha o objetivo de coletar dados como idade, sexo, estado conjugal, escolaridade (anos de estudo), se o idoso residia só ou acompanhado e se fazia acompanhamento em algum outro serviço de saúde, nomeando-o. Não houve treinamento prévio, pois a residente já atuava no atendimento a idosos e o instrumento é de fácil aplicação. Para fazer o rastreamento de sintomas depressivos, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15). Descrita em língua inglesa por Yesavage et al.¹⁵ em 1982, a escala original contém 30 perguntas, possuindo uma versão reduzida de 15 questões. Esta foi elaborada por Sheikh &

Yesavage¹⁶ a partir dos itens que mais fortemente se relacionavam com o diagnóstico de depressão, evitando a esfera das queixas somáticas.^{4,17} A escala foi adaptada para a população brasileira em 1999, por Almeida & Almeida.¹⁸ A EDG-15 possui questões com respostas dicotômicas (“sim” e “não”), com a pontuação total máxima de 15, sendo que “0 a 5 pontos” significa ausência de depressão, “6 a 10 pontos” representam depressão leve a moderada e “11 a 15 pontos” indicam quadro de depressão grave.^{1,19}

As análises estatísticas foram realizadas por meio do programa SPSS versão 18.0, e o nível de significância estatística adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio-padrão ou mediana e amplitude interquartilica e as variáveis categóricas por frequência absoluta e relativa. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, os testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher foram aplicados. Foram estimadas as razões de prevalência em conjunto com o intervalo de 95% de confiança para avaliar o efeito dos fatores em estudo em relação à presença de sintomas depressivos.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob parecer nº 240.667/2013 e CAAE 12000513.4.0000.5327. Os participantes ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

As características sociodemográficas dos idosos são apresentadas na tabela 1. A média de idade dos participantes foi $72,4 \pm 7,3$ anos; 54,2% eram do sexo feminino e mais da metade dos entrevistados (51,0%) referiram estarem casados ou possuem um companheiro. No que se refere à escolaridade, a mediana foi de 4,0 anos de estudo e 34,5% referiram residir com o cônjuge ou companheiro. Quanto à utilização de outros serviços de saúde, 45,0% dos idosos utilizavam, pelo menos, a Unidade Básica de Saúde e 35,7% referiram ser acompanhados no ambulatório do próprio hospital.

Tabela 1. Características sociodemográficas. Porto Alegre-RS, 2013.

Variáveis	n=96 (%)
Idade por grupo etário	
60-69 anos	38 (39,6)
70-79 anos	44 (45,8)
80-89 anos	13 (13,6)
90-99 anos	1 (1,0)
Média de idade/desvio-padrão	72,4±7,3
Sexo	
Feminino	52 (54,2)
Masculino	44 (45,8)
Escolaridade (n=94)	
Mediana de anos de estudo (P25-P75)	4,0 (2-6)
Estado conjugal	
Solteiro	2 (2,1)
Casado/companheiro	49 (51,0)
Separado/divorciado	11 (11,5)
Viúvo	43 (35,4)
Com quem reside*	
Sozinho	14 (9,6)
Cônjuge/companheiro	50 (34,2)
Filhos	46 (31,5)
Irmãos	3 (2,1)
Outros	33 (22,6)
Utiliza outros serviços de saúde	
Sim	89 (92,7)
Não	7 (7,3)
Quais serviços de saúde*	
Nenhum	7 (5,4)
Unidade básica de saúde	58 (45,0)
Ambulatório do próprio hospital	46 (35,7)
Institucionalizado	1 (0,8)
Médico particular	6 (4,7)
Outro hospital	9 (7,0)
ONG	1 (0,8)
Outros	1 (0,8)

*Perguntas de múltiplas respostas.

Conforme os resultados da aplicação da EDG-15 evidenciados na figura 1, a prevalência de sintomas depressivos encontrada na amostra foi de 36,5%. Destes, 30,2% obtiveram escore

equivalente a um quadro de depressão leve a moderada e 6,3% alcançaram pontuação sugestiva de depressão grave.

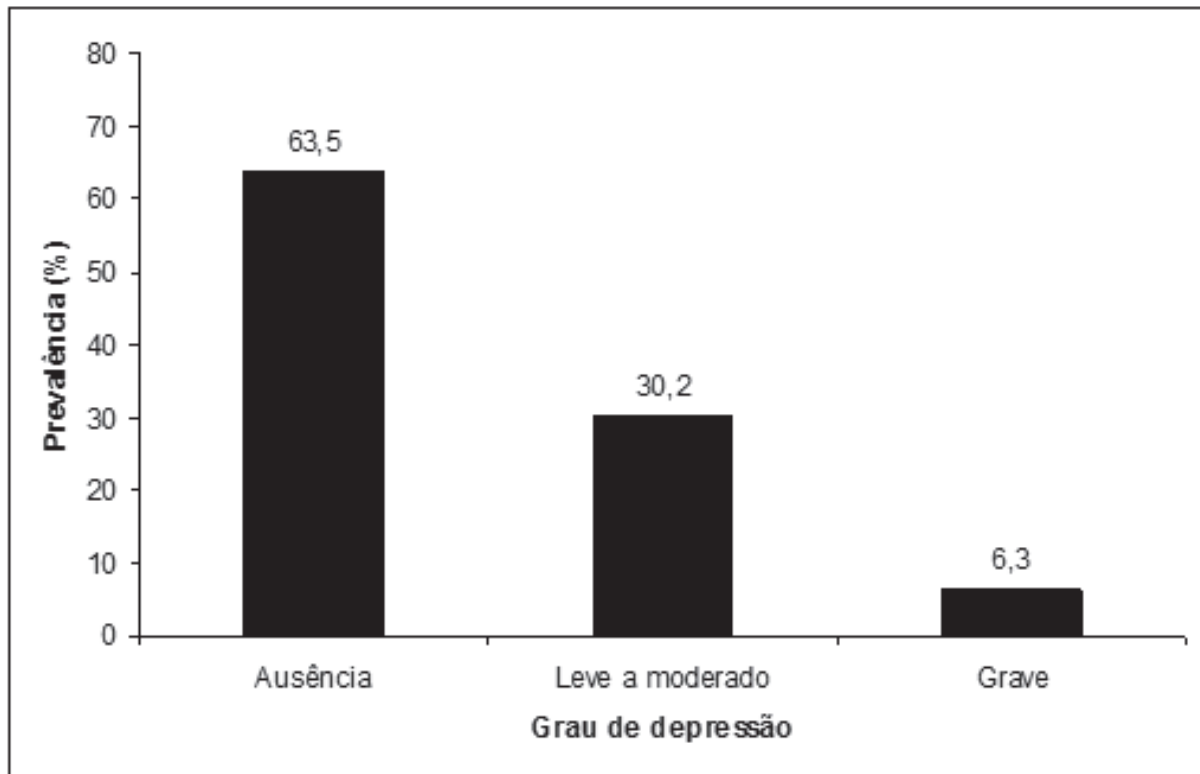


Figura 1. Distribuição da amostra quanto ao grau de depressão. Porto Alegre-RS, 2013.

Na tabela 2, os dados apresentados referem-se à prevalência de sintomas depressivos conforme variáveis em estudo. Observaram-se associações significativas entre possuir sintomas depressivos e ser viúvo. Em relação à associação entre o idoso que reside sozinho ter menor prevalência de sintomas depressivos, é possível que esse achado

possa ter sido decorrente do acaso. Apesar de a associação de escolaridade, sexo e não utilizar serviços de saúde com sintomas depressivos não ter sido estatisticamente significativa, observou-se que esses foram mais frequentes entre as mulheres, entre os idosos de baixa escolaridade e aqueles que não utilizaram outros serviços de saúde.

Tabela 2. Prevalência de sintomas depressivos conforme variáveis em estudo. Porto Alegre-RS, 2013.

Variáveis	Amostra (n)	Prevalência de sintomas depressivos – n (%)	p	RP (IC 95%)
Sexo			0,279*	
Masculino	44	13 (29,5)		1,0
Feminino	52	22 (42,3)		1,43 (0,82-2,50)
Faixa etária			0,339*	
60-69	38	15 (39,5)		1,0
70-79	44	13 (29,5)		0,75 (0,41-1,37)
≥80	14	7 (50,0)		1,27 (0,66-2,44)
Viúvo			0,024*	
Sim	34	18 (52,9)		1,93 (1,16-3,23)
Não	62	17 (27,4)		1,0
Escolaridade			0,376*	
Até 4 anos	50	21 (42,0)		1,35 (0,78-2,32)
5 anos ou mais	45	14 (31,1)		1,0
Mora sozinho			0,045**	
Sim	13	1 (7,7)		1,0
Não	83	34 (41,0)		5,33 (0,80-35,6)
Serviço de saúde			0,252**	
Sim	89	31 (34,8)		1,0
Não	7	4 (57,1)		1,64 (0,81-3,31)

*Teste Qui-quadrado de Pearson; **teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

A prevalência de sintomas depressivos na população estudada foi de 36,5%, sendo que, destes, 6,3% apresentavam sintomas de depressão grave. Esses dados são similares aos encontrados na literatura internacional, que aponta 15 a 30% de depressão em pacientes idosos internados em serviços de emergência.^{13,14,20}

Tal resultado é condizente com o registrado por outros estudos brasileiros, que investigaram a presença de sintomas depressivos em idosos hospitalizados por meio do uso da Escala de

Depressão Geriátrica, versão reduzida (EDG-15). A pesquisa de Souza-Muñoz et al.²¹ evidenciou que 23% dos participantes atingiram o ponto de corte estabelecido pela escala, caracterizando uma suspeita de quadro depressivo, enquanto Ferrari & Dalacorte,¹⁹ apontam a presença de depressão em 46% dos entrevistados em uma internação geriátrica. Infere-se que a alta prevalência esteja relacionada com a situação de adoecimento dos idosos, tendo em vista que os mesmos necessitaram procurar atendimento médico de urgência. A fragilização do estado de saúde e a permanência no hospital podem ser considerados fatores de risco para a depressão.⁶

O presente estudo encontrou associação significativa entre sintomas depressivos e o fato de o idoso estar viúvo, sendo esse achado semelhante a resultados de outros estudos brasileiros realizados com idosos, hospitalizados ou residentes na comunidade.^{19,22} 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. 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. Não foram investigados detalhes sobre a capacidade funcional e suporte social que os indivíduos recebiam, o que traria mais informações sobre o achado e permitiria uma análise multivariada. A literatura aponta que o isolamento social pode desencadear sintomas depressivos;²³ entretanto, residir sozinho não necessariamente implica solidão.

Não foi observada correlação significativa entre sintomas depressivos e sexo, faixa etária e anos de estudo. Pesquisa semelhante realizada em um departamento de emergência por Meldon et al.²⁰ também não encontrou associação entre depressão em idosos e essas variáveis sociodemográficas. Apesar da associação de sintomas depressivos com escolaridade não ter sido significativa, esses foram mais frequentes em indivíduos com baixa escolaridade. Sexo e baixa escolaridade são descritos na literatura brasileira como fatores de risco para depressão em idosos.^{4,24} Entretanto, Mendes-Chiloff et al.⁶ não encontraram diferença significativa de depressão entre os gêneros, discutindo que a ocorrência de situações adversas na vida e a internação afetam emocionalmente homens e mulheres.

No que se refere à utilização de serviços de saúde, 7,3% da amostra referiram não buscar outros locais de atendimento, utilizando apenas o serviço de emergência quando necessário. Isso demonstra que muitos idosos não possuem acompanhamento em saúde, procurando

atendimento apenas em momentos críticos ou no aparecimento de sintomas agudos. Dados similares foram observados por Serbim et al.²⁵ na mesma instituição, ao identificarem que os idosos optam pelo serviço de emergência para o tratamento de doenças crônicas, não utilizando outros serviços. Diante disso, torna-se fundamental refletir sobre os riscos a que esses indivíduos ficam expostos ao permanecerem sem acompanhamento de saúde adequado.

Pelo fato de não possuir vínculo e não frequentar serviços de atenção básica em saúde, as ações e medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças tornam-se distantes, assim como a realização de diagnósticos e intervenções precoces. Quando se fala em saúde mental e depressão, a falta de acompanhamento e tratamento pode levar a um agravamento da condição de saúde do idoso, trazendo danos à saúde, propiciando o surgimento de doenças crônicas e o risco de suicídio.³

Com isso, compreende-se que os serviços de emergência muitas vezes se tornam o único local de atendimento para algumas pessoas, constituindo espaço privilegiado de cuidado à saúde. Apesar da sobrecarga e superlotação desses serviços, a experiência de internação em um serviço de emergência pode ser o único contato desses pacientes com profissionais da saúde. Surge a possibilidade de alcançar uma parcela da população idosa que ainda não possui acompanhamento e intervir precocemente, fazendo com que o Serviço de Emergência assumira sua responsabilidade na rede de atenção à saúde.

Meldon et al.²⁰ referem que sintomas depressivos em idosos são comumente não percebidos ou detectados na população atendida em serviços de emergência. A pesquisa encontrou a presença de depressão entre 27% dos idosos, dos quais nenhum teve o reconhecimento do diagnóstico feito pelos médicos emergencistas. Há baixa valorização das manifestações da depressão por parte dos médicos, que geralmente

focam sua atenção clínica na doença que motiva a internação do paciente. Somado a isso, muitas vezes os pacientes idosos minimizam seus sintomas, não trazendo as queixas por acreditar que não seja útil relatá-las aos profissionais.¹⁷

Diante dessas dificuldades, a literatura sugere que seja implantado o uso de instrumentos de rastreio para depressão, com o objetivo de torná-los parte da rotina desses serviços e auxiliar a equipe no reconhecimento desse transtorno.²⁶ Sabe-se que esses locais de atendimento de emergência encontram-se sobrecarregados por diferentes demandas, tornando difícil a inserção da aplicação de escalas nas rotinas diárias desses serviços. Porém, a fragilidade do cuidado em saúde e as graves consequências da depressão nos idosos exigem que novas maneiras de reconhecimento e diagnóstico sejam pensadas e formuladas.

Frente a essa situação, cabe salientar a importância da existência e atuação de uma equipe multiprofissional nesses espaços, não apenas para auxiliar no reconhecimento da presença de sintomas depressivos, mas ampliar o entendimento para além das queixas clínicas. Intervenções multiprofissionais resultam em maior eficácia e resolubilidade, sendo de extrema importância em serviços que se encontram sobrecarregados com demandas de diferentes ordens, sejam elas sociais, psicológicas ou biológicas.²⁶ Essas intervenções podem inclusive gerar redução da sobrecarga, ao vincularem esses indivíduos a outros serviços, possibilitando o seguimento após a alta hospitalar.

Além dos encaminhamentos, outros dispositivos de cuidado podem ser realizados nesses serviços, como o acompanhamento psicológico, o início do tratamento farmacológico e o apoio e suporte a familiares. Com isso, o tratamento da depressão traz diversas vantagens, sejam elas sociais, econômicas ou psicológicas atuando diretamente na qualidade de vida dessa população.

O estudo encontrou limitações no que se refere ao tamanho da amostra, reduzindo a possibilidade de encontrar resultados mais conclusivos. Por se tratar de pesquisa de corte transversal, não foi possível conhecer a relação causa e efeito. Não foram investigadas outras variáveis, como tempo de internação no serviço de emergência, diagnóstico clínico e presença de acompanhante durante a hospitalização.

A literatura²⁷ demonstra associação significativa entre a presença de doenças crônicas e a existência de depressão, o que não foi avaliado na pesquisa. Ressalta-se também a aplicação da escala em pacientes agudizados, pois a mesma foi validada em um contexto de estabilidade, podendo então superestimar a prevalência dos sintomas depressivos. A escala se propõe a investigar a existência de sintomas retroativos a uma semana, no entanto, a depressão pode se apresentar de maneira cíclica.

CONCLUSÃO

A prevalência de sintomas depressivos foi alta entre os idosos internados no serviço de emergência e o fator associado foi “ser viúvo”. Evidenciou-se também que os idosos que residiam sozinhos estavam menos propensos a ter sintomas depressivos. Ressalta-se a importância do reconhecimento e realização do diagnóstico de depressão em idosos nesses serviços, pois os mesmos constituem uma lacuna na rede em saúde. Acredita-se que estudos na área possam contribuir com intervenções precoces e mais qualificadas, seja no preparo da alta hospitalar ou no acompanhamento durante a internação.

Somado a isso, são necessárias a capacitação e instrumentalização dos serviços e equipes no atendimento a idosos nas emergências, com o objetivo de se trabalhar com uma visão ampliada do processo saúde-doença, ao oferecer tratamento e melhores intervenções na rede.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 12 dez 2012]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Cadernos de Atenção Básica; nº 19). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf
2. Gazalle FK, Hallal PC, Lima MS. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(3):145-9.
3. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saúde Pública* 2007;23(3):691-700.
4. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública* 2005 [acesso em 2012 dez 09];39(6):918-23. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102005000600008&script=sci_arttext
5. Castro-de-Araujo LFS, Barcelos-Ferreira R, Martins CB, Bottino CMC. Depressive morbidity among elderly individuals who are hospitalized, reside at long-term care facilities, and are under outpatient care in Brazil: a meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr* 2013;35(2):201-7.
6. Mendes-Chiloff CM, Ramos-Cerqueira ATA, Lima MCT, Torres AR. Depressive symptoms among elderly inpatients of a Brazilian university hospital: prevalence and associated factors. *Int Psychogeriatr* 2008;20(5):1028-40.
7. Diniz BSO, Forlenza OV. Depressão Geriátrica. In: De Lacerda ALT, Quarantini LC, Miranda-Scippa AMA, Del Porto JA. Depressão: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 85-98.
8. Prina AM. Association between depression and hospital outcomes among older men. *Can Med Assoc J* 2013;187(2):117-23.
9. Dennis M, Kadri A, Coffey J. Depression in older people in the general hospital: a systematic review of screening instruments. *Age Ageing* 2012;41(2):148-54.
10. Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:155-65.
11. Almeida MF. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):743-56.
12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana; 2011.
13. Meldon SW, Emerman CL, Schubert DSP. Recognition of depression in geriatric ED patients by emergency physicians. *Ann Emerg Med* 1997;30(4): 442-6.
14. Shah MN, Jones CM, Richardson TM, Conwell Y, Katz P, Schneider SM. Prevalence of depression and cognitive impairment in older adults EMS patients. *Prehosp Emerg Care* 2011;15(1):4-11.
15. 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. *J Psychiatr Res* 1982-1983;17(1):37-49.
16. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5(1-2):165-73
17. De Sousa RL, De Medeiros JGM, Moreira IF, Dantas EEB. Valorização de sintomas depressivos em idosos internados em enfermarias de clínica médica. *Rev Bras Clín Ter* 2001 [acesso em 14 nov 2012];27(5):183-8. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2001
18. Almeida OP, Almeida AS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(2B):421-6.
19. Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Sci Med* 2007; 17(2):3-8.
20. Meldon SW, Emerman CL, Schubert DSP, Moffa DA, Etheart RG. Depression in Geriatric ED Patients: prevalence and recognition. *Ann Emerg Med* 1997;30(2):141-5.
21. Sousa-Muñoz RL, Junior EDF, Nascimento DB, Garcia BB, Moreira IF. Associação entre sintomatologia depressiva e óbito hospitalar em idosos. *J Bras Psiquiatr* 2013;62(3):177-82.
22. Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr* 2009;58(1):1-7.
23. Alexopoulos GS. Depression in the Elderly. *Lancet* 2005;365(9475):1961-70.

24. Gazalle FK, De Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004;38(3):365-73.
25. Serbim AK, Gonçalves AVF, Paskulin LMG. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. *Rev Gaúch Enferm* 2013;34(1):55-63.
26. Batty C. Systematic review: interventions intended to reduce admission to hospital of older people. *Int J Ther Rehabil* 2010;17(6):310-22.
27. Boing AF. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev Saúde Pública* 2012;46(4):617-23.

Recebido: 14/3/2014

Revisado: 08/1/2015

Aprovado: 26/2/2015