

# *Depressão e Enfermidade Clínica no Idoso – Estudo Transversal com Pacientes Internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas – UFPE*

## Depression and Clinical Illness in the Elderly: Cross-sectional Study with Patients Admitted to General Medical Wards of the Hospital Clinic - UFPE

*Everton Botelho Sougey<sup>1\*</sup>, Paulo José Tavares de Lima<sup>2\*\*</sup>*

---

---

<sup>1\*</sup>Graduado em Medicina pela Universidade de Pernambuco (1976), mestrado em Psiquiatria - Université de Paris V (Rene Descartes) (1983), Doutor em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas (1992) e Pós-Doutorado pela Universidade Livre de Bruxelas (2005). Atualmente é Coordenador da Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco e Professor Associado da Universidade Federal de Pernambuco. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Psiquiatria, atuando principalmente nos seguintes temas: depressão, esquizofrenia, diagnóstico, diagnóstico computadorizado e neurociências.

**Endereço:** Mestrado e Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE – Centro de Ciências da Saúde – CCS – UFPE. Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – Recife – PE. Brasil. CEP – 50.670-420 – Fone: 0055-81-2126-8539 – E-mail: [posneuro@ufpe.br](mailto:posneuro@ufpe.br)

<sup>2\*\*</sup>Formado em 1995 pela Faculdade de Medicina da UFPE, fez residência em Psiquiatria no Hospital das Clínicas da UFPE de 1997 a 1998. Com Mestrado em Neuropsiquiatria pela UFPE, atualmente trabalha como Supervisor da Prefeitura do Recife e Psiquiatra do Hospital Ulysses Pernambucano.

**Endereço:** Rua Bela Vista, 343, Apto 501-A, Casa Amarela. Recife – PE. Brasil. CEP – 52051-310  
Fone: 0055-81-3267-2833 - E-mail: [paulojtl@ibest.com.br](mailto:paulojtl@ibest.com.br)

\*Coordenador da Pós-Graduação em Neuropsiquiatria do Hospital das Clínicas da UFPE

\*\*Mestre em Psiquiatria pela UFPE.

## RESUMO

Os autores realizam um estudo de prevalência-ponto para a detecção de depressão em comorbidade com enfermidades clínicas durante a internação hospitalar nas enfermarias de clínica médica do Hospital das Clínicas da UFPE (Universidade Federal de Pernambuco), utilizando-se de uma entrevista estruturada, a "Structural Clinical Interview for DSM-IV – Clinical Version" (SCID – CV), aliada à escala de avaliação para depressão de Montgomery – Asberg (MADRS). Como resultado, os pesquisadores encontraram uma prevalência de 40% de depressão na referida população estudada. **CONCLUSÕES** – Consideram-se, pelos dados obtidos, que seja dada a devida importância à aproximação das equipes clínicas e a interconsulta psiquiátrica no sentido de promover intervenções precoces que evitem as graves repercussões desta comorbidade e conclui-se que a adoção de um instrumento de "screening", como a Montgomery – Asberg (MADRS), de fácil aplicabilidade, funcionaria como decisivo recurso, perfeitamente viável, na detecção imediata de casos de depressão nos idosos durante internação hospitalar.

**PALAVRAS-CHAVE:** depressão, idoso, comorbidade, enfermidade clínica.

---

## ABSTRACT

The authors conducted a prevalence study for detection of depressive disorders in the medically ill during hospital stay at clinical wards of The Clinical Hospital from the Federal University of Pernambuco (UFPE). Verify frequency for depressive disorders in elderly inpatients by using the structural clinical interview for DSM-IV – Clinical Version (SCID - CV) associated to Montgomery – Asberg Depressive Rating Scale (MADRS). The researcher found a prevalence of 40% for depressive disorders in the related population. **CONCLUSIONS** – The authors also consider that the approach of the clinical staff to the psychiatric consultation is a very remarkable resource with means to make early interventions able to avoid severe repercussion of this comorbidity and conclude that the adoption of a screening instrument of easy applicability like the Montgomery - Asberg (MADRS) would surely be very efficient and viable in the immediate detection of depressive disorders in the elderly during hospital stay.

**KEYWORDS:** depression, elderly, comorbidity, physical illness.

---

## INTRODUÇÃO

Desde a segunda metade do século XX, observamos uma mudança importante nos padrões de crescimento populacional. Esse fenômeno, caracterizado como transição demográfica ou epidemiológica, é um processo dinâmico de comportamento populacional, através do qual as estimativas de mudança nas proporções dos diferentes estratos etários são condicionadas por taxas de mortalidade e índices de fecundidade inicialmente elevados e que, a partir de um determinado período da história, começaram a

apresentar queda em seus valores. Como consequência disso, ocorreu um crescimento proporcional das populações nas faixas etárias mais avançadas, maior do que nos indivíduos mais jovens (12).

Como causas desta modificação de padrão demográfico, podemos atribuir as importantes medidas higiênico-sanitárias ocorridas no início do século XX e o acelerado desenvolvimento médico-tecnológico que possibilitou prevenir, tratar e curar as doenças antes consideradas fatais. Esse crescimento populacional acarreta, necessariamente, aumento de recursos que serão utilizados na

área de saúde, visto que as doenças crônicas, a presença de pluriarfeções e a multimedicação, além de outros fatores, são mais comuns nas idades mais avançadas (12). As projeções para o ano de 2025 indicam que o Brasil, que atualmente já conta com aproximadamente 15 milhões de pessoas acima de 60 anos, segundo dados do IBGE (51), deverá atingir aproximadamente 34 milhões de idosos (60), ocupando a sexta colocação entre os países com mais idosos em todo o mundo.

Estudos de prevalência de depressão em idosos na comunidade surgiram a partir de 1948 com Sheldon que, realizando um levantamento na cidade de Wolverhamptom, na Inglaterra, publicou seus resultados no livro "The Social Medicine of Old Age" (38).

Os fatores de desenvolvimento de quadros depressivos em idosos estão em sua grande maioria relacionados às condições biológicas (hormonais, genéticas ou metabólicas), psicológicas (perdas objetivas e incapacidade de obter e reconhecer gratificações) e sociais (aposentadoria, invalidez, perdas e separações) a que esse grupo está submetido. Estes mesmos fatores contribuem aumentando a vulnerabilidade do idoso à depressão (38).

Para este grupo, nem sempre a tristeza é considerada ou referida como característica proeminente na manifestação da depressão em idosos. Outros sinais fazem-se também freqüentes: queixas somáticas mal-definidas, sentimentos de perda de esperança e sensação de abandono e desassistência, ansiedade e preocupações constantes, queixas de memória com ou sem sinais objetivos de comprometimento cognitivo, perda de prazer (anedonia), lentificação motora, irritabilidade e falta de interesse acerca dos autocuidados, especialmente no que diz respeito a seguir tratamentos médicos ou recomendações de dietas específicas (26)

Blay lembra que as enormes pressões psicológicas, sociais e econômicas na velhice criam necessidades de ajustes e adaptações internas e externas, resultando em estados depressivos

psicogênicos, reativos, neuróticos ou desadaptativos. A presença de sintomas indicando deficiências cognitivas (dificuldades nas áreas de memória, concentração, atenção e orientação) além de uma sintomatologia "silenciosa" como atitude de resignação, apatia, fácil fatigabilidade, indisposição e um certo mal-estar, comuns no idoso, podem causar grande dificuldade no diagnóstico (38).

Idosos também não costumam procurar ajuda por problemas físicos ou funcionais, acreditando não ter valor suficiente para incomodar outras pessoas. Gallo & Rabbins (26), advertem que, muitas vezes, os clínicos deixam-se influenciar por este tipo de atitude, resultando em retardo ou adiamentos no curso do tratamento. Criticam também, estes pesquisadores, a crença de que a doença física é uma contra-indicação para o tratamento com antidepressivos, citando também o advento dos inibidores de recaptção da serotonina que são bastante seguros, mesmo frente às condições clínicas mais adversas do paciente.

A depressão é, de longe, o transtorno afetivo mais freqüente e um dos transtornos mentais mais prevalentes na terceira idade, representando um forte indicador de mau prognóstico à saúde do idoso. A coexistência da depressão e enfermidades clínicas representa um importante peso, influenciando-se mutuamente e com maiores repercussões nas faixas etárias mais avançadas.

Ser portador de depressão e doença física tem uma influência profundamente negativa sobre a saúde e independência funcional dos idosos (55). A presença de sintomas depressivos no curso de uma enfermidade clínica transforma o idoso num elemento vulnerável, mais suscetível a quedas no seu estado geral, complicações e também restabelecimentos mais demorados, independentes da gravidade dos sintomas clínicos (17).

Considera-se que o peso da população idosa nos gastos com saúde são elevados e crescentes. A Inglaterra, por exemplo, que possui uma percentagem de aproximadamente 17% de indivíduos acima de 65 anos, utiliza com estes mais

do que 60% dos seus recursos de orçamento destinado ao atendimento em saúde. Ocupam também mais de 50% de seus leitos hospitalares e com tempo de permanência nessas instituições duas vezes maior que os demais grupos etários (12).

Koenig & Kuchibhatla (36), em um estudo a respeito do uso de serviços de saúde por pacientes idosos deprimidos, clinicamente enfermos e hospitalizados, colheram alguns dados interessantes. Nos Estados Unidos, as pessoas acima de 60 anos são hospitalizadas duas vezes mais que os adultos jovens; fazem mais visitas após a alta hospitalar aos médicos numa proporção de 3:2 em relação aos pacientes mais jovens e usam duas vezes mais medicações que os pacientes deprimidos mais jovens.

A esse respeito, Koenig et al. (34) informaram que nos hospitais gerais, apenas uma pequena proporção dos pacientes que apresentam sintomas depressivos (9% a 26%) e pouco mais da metade (56%) daqueles que apresentam episódios depressivos maiores são reconhecidos e tratados. Druss et al. (22), avaliando a correlação entre sintomas depressivos e custos de saúde em idosos deprimidos e com doença física, observaram que em sua amostra de 1316 pacientes internados, tanto em enfermarias clínicas quanto cirúrgicas, os custos de pacientes deprimidos são realmente maiores que os que não apresentam depressão, estendendo-se até seis meses após a alta hospitalar. Büla et al. (10) observaram, em um estudo com mais de 400 pacientes na Suíça, dados semelhantes aos verificados em estudos anteriores. Um paciente idoso e deprimido apresentava um risco de uma vez e meia maior de readmissão hospitalar que os idosos não deprimidos e que seus gastos com internação e reabilitação eram em média 38% maiores.

Aqui no Brasil, em 1995, o coeficiente de hospitalização, na faixa de 60 anos ou mais (197,2 / 1000 habitantes), foi mais do que o dobro do coeficiente da população entre 15 e 59 anos (92,7 / 1000 habitantes). A média de permanência hospitalar de pacientes geriátricos foi 40% maior (28).

Outro consenso é o da duração das internações mais prolongadas nos idosos deprimidos quando comparados à população geral ou a idosos não deprimidos. Fulop et al. (24) encontraram diferenças na permanência durante internação entre pacientes deprimidos e não deprimidos da ordem de 1.5 a 2 vezes a mais que o grupo de deprimidos entre quase 60.000 pacientes avaliados em dois grandes hospitais americanos. Hosaka et al. (30) avaliando um grupo de 65 pacientes internos em um hospital geral e com prevalência de depressão maior que 21,5%, encontraram grande diferença por ocasião das internações, sendo de 36 dias dos não deprimidos contra 82,2 dias de permanência dos deprimidos.

Ao estudar a diferença entre a duração das internações, dos indivíduos deprimidos com doenças físicas, e dos deprimidos sem comprometimento clínico, Schubert et al. (56) encontraram diferença quase duas vezes maior para o grupo de deprimidos com doenças físicas (20,08 dias contra 11,48 dias), ou seja, a presença de uma doença física simultânea à depressão pode provocar um curso evolutivo mais acidentado e prolongado.

Afora os custos financeiros "palpáveis", é necessário também alertar para outros danos indiretos como altas taxas de suicídios, acidentes por atenção e concentração prejudicadas, mortes por possíveis seqüelas (por ex: alcoolismo), perda de emprego, dificuldade em progredir, absenteísmo, prejuízo no trabalho, produtividade diminuída e desestruturação familiar.

A depressão geriátrica é uma condição bastante heterogênea, contando com influências diversas como a fisiologia do envelhecimento, incapacitação, perdas de recursos, alterações no estilo de vida, uso de certas medicações e, sobretudo, doenças médicas como hipotireoidismo, infecções virais, cardiopatias, linfoma e outras condições malignas.

Clark et al. (15) em um estudo comparativo entre pacientes psiquiátricos e clinicamente enfermos descreveram as diferenças mais comuns entre esses dois grupos. Neste estudo, relatavam

que os hospitalizados em enfermarias clínicas distinguíam-se por maiores sentimentos de anedonia, baixo afeto positivo e hipersensibilidade a estímulos dolorosos, enquanto que os pacientes psiquiátricos foram especificamente caracterizados pelos sintomas cognitivos negativos.

Em 1984, Grauer (11) realizou importante estudo avaliando pacientes deprimidos na China. Observou que, naquela cultura, o afeto depressivo e os sentimentos de culpa são raramente referidos, predominando expressão do quadro em equivalentes somáticos. A existência de depressão é negada pelos pacientes. A analogia é válida para a depressão no idoso que é manifestada nos medos e preocupações exageradas com o corpo. Corrêa (16) lembrou que um dos fatores ligados à personalidade que mais se associam às depressões "somatomorfias" (ou "mascaradas") é a alexitimia (incapacidade de reconhecer ou identificar e descrever os sentimentos próprios mediante palavras). Não se pode esquecer também, no que diz respeito à capacidade física dos idosos, que também pode haver prejuízo importante na força física e movimentação, levando a importante incapacidade física (42,49). Rodin et al. (54), em uma importante revisão, descreveram quais os transtornos depressivos mais associados às doenças médicas: transtorno depressivo maior, transtorno de ajustamento com humor depressivo, distímia, transtorno afetivo orgânico e outras manifestações indiretas ou que encobrem depressão como somatização, dor ou doenças com comportamento anormais, pseudodemência, comportamento suicida ou recusa ao tratamento médico.

A depressão é dez vezes mais freqüente em idosos clinicamente enfermos do que na população geriátrica geral, muito embora as ligações entre doença física e depressão ainda não sejam bem esclarecidas Carvalho & Sougey (13).

Uma das associações mais interessantes e largamente estudadas são as conseqüências da comorbidade depressão / doença cardíaca ou coronariana (32). Wassertheil-Smoller et al. (61), em um estudo de coorte que durou quatro anos e

meio e acompanhando 4367 indivíduos acima de 60 anos, observaram um risco de ocorrência de infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e morte elevados no grupo com diagnóstico confirmado de depressão.

Cunha (20), considerando o idoso cardiopata como um paciente de risco, aconselha que toda a atenção deve ser dada a ele. Para tanto, recomenda que devem ser utilizados durante a internação hospitalar instrumentos diagnósticos sistemáticos, evitar o uso de medicações potencialmente depressoras, intervir de imediato com antidepressivos para os casos confirmados de depressão e adotar constante monitorização clínica e eletrocardiográfica para estes pacientes.

Dimatteo et al. (21) acrescentaram que, comparados com pacientes não deprimidos, os clinicamente enfermos que evoluem em comorbidade com depressão tem chances três vezes maiores do que o outro grupo de não aderirem aos seus tratamentos clínicos, ficando mais expostos às complicações.

Das evidências mais estudadas nos últimos anos, uma das mais interessantes são as correlações entre depressão e mortalidade nas diversas enfermidades clínicas. Furlanetto et al. (25), em uma série de 241 pacientes internados em enfermarias clínicas, observaram a mortalidade associada à depressão, especialmente naqueles casos onde a sintomatologia predominante era de insônia, anedonia e sentimento de desesperança, considerando-os, portanto, como fortes marcadores deste fator de risco.

Arfken et al. (2) afirmaram, após estudos com 667 idosos clinicamente enfermos internados em hospitais gerais, que tanto o comprometimento cognitivo quanto a depressão são potentes preditores independentes de mortalidade nesta população, fato este ignorado pelos clínicos e que ressalta a necessidade de intervenções específicas.

Alguns pesquisadores, no entanto, chegam a ser mais específicos, condicionando o risco de mortalidade também à gravidade da sintomatologia. Cavanaugh et al. (14), por exemplo,

afirmaram que a depressão maior é um fator de risco para mortalidade durante a internação hospitalar. Contudo a ocorrência de depressão leve não chega a ser considerada como relevante, perdendo inclusive em importância para a história pregressa de depressão que tem um peso maior. Tais afirmações são rebatidas por Schulz et al. (57) que consideraram a depressão um fator de risco (portanto, maior do que na população geral), variando apenas na proporção do risco diretamente na intensidade da depressão, logicamente maior para os casos mais graves e obviamente menor o risco de mortalidade para as depressões mais leves.

O recrutamento dos pacientes para pesquisa pode ser difícil. Lyness et al. (40) em um relato para um simpósio, citaram o caso de um estudo feito no "Philadelphia Geriatric Center" onde apenas 57% de 2327 pacientes idosos conseguiram completar as entrevistas. Lembra ainda que, das exclusões; 18,1% deveram-se a prejuízo cognitivo severo; 19,3% à recusa em submeter-se ao estudo; 4,4% a prejuízo sensorial e 1,1% à fragilidade constitucional.

No Brasil, a prevalência dos transtornos depressivos em coexistência às enfermidades clínicas têm sido relativamente estudada, demonstrando resultados um pouco mais elevados, comparados à casuística internacional. Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul, em 1992, Nascimento & Noal (46) investigaram a prevalência de depressão em pacientes internados, tanto nas enfermarias clínicas quanto cirúrgicas, do Hospital Universitário Santa Maria. Determinaram uma prevalência de 30,5 % em 190 pacientes entrevistados, correspondendo a 18,40 % com quadros depressivos leves e 12,10% para episódios depressivos maiores. A amostra contava com pacientes a partir de 16 anos e 27,9% destes estavam com mais de 60 anos.

Em João Pessoa, Moraes (43) realizou estudo de prevalência-ponto para depressão em pacientes internados no Hospital Universitário Lauro Wanderley e, conforme seus resultados, observou uma taxa de 27,3% de depressão para adultos. Muito embora este não seja um estudo específico para idosos, permite-nos entender um pouco mais sobre o perfil sócio-demográfico de uma população

de uma capital nordestina com características bastante semelhantes à população estudada nesta dissertação.

Guimarães et al. (28) em um estudo, apenas com pacientes idosos cirúrgicos, descobriram uma prevalência de 37% para depressão mínima e moderada enquanto que 7% para transtorno depressivo maior.

As instituições asilares também apresentam altas taxas de prevalência de depressão. Tais afirmações estão amparadas nos resultados de estudos como o de Ribeiro et al. (53) que, analisando cerca de 438 internos residentes em tempo integral de 5 instituições geriátricas, encontraram uma prevalência de 47,8% de depressão, sendo 20,9% para os casos mais graves e 28,9% para os casos leves e moderados.

## OBJETIVOS DA PESQUISA

- Detectar a taxa de frequência de depressão em pacientes idosos clinicamente enfermos, internados nas enfermarias clínicas do Hospital das Clínicas da UFPE em Recife.
- Determinar a prevalência de pacientes idosos nas enfermarias clínicas.
- Descrever o perfil sócio-bio-demográfico destes pacientes.
- Identificar o percentual de pacientes idosos deprimidos não diagnosticados.
- Verificar a frequência da comorbidade - doença clínica / depressão.
- Comparar os resultados da pesquisa com os dados da literatura nacional e internacional.

## PACIENTES E MÉTODOS

Esta pesquisa foi desenvolvida no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco em Recife e integrante da rede de prestação de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

O desenho do estudo foi do tipo descritivo, inquérito de corte transversal com grupo de pacientes idosos (a partir de 65 anos) internados em enfermarias de clínica médica do referido hospital.

Trabalhamos com dados primários obtidos a partir da consulta inicial dos prontuários e do exame direto do paciente. Uma segunda etapa, decorridos seis meses após a primeira fase, consistiu na revisão dos prontuários de todos os pacientes entrevistados para a verificação de alguns dados importantes para a pesquisa; tais como diagnóstico de alta, ocorrência de diagnóstico de depressão pelo médico clínico e ocorrência de óbito.

Como instrumentos de avaliação desta pesquisa, foram utilizados:

(A) Protocolo de pesquisa; desenvolvido pelo pesquisador exclusivamente para a coleta de dados e estudo constando de: 1. dados de identificação; 2. dados de informações sócio-demográficas; 3. dados sobre o estado de saúde atual, antecedentes pessoais e familiares relativos tanto à doença clínica quanto à depressão.

(B) Mini-Exame do Estado Mental.

(C) Instrumento diagnóstico SCID-CV, traduzido para o português.

(D) Escala de avaliação para depressão de Montgomery-Asberg - MADRS.

No período em que foi realizada a pesquisa, foram internados 458 pacientes. Deste total, 80 pacientes (14,47% do total) pertenciam a faixas etárias acima de 65 anos.

A frequência com que o examinador visitava as enfermarias permitiu coletar ao todo 59 pacientes (73,75% do total de idosos internados no período). Os 21 restantes não permaneceram no tempo mínimo descrito para a pesquisa (72 horas) nas enfermarias referidas. Muito embora não fosse objetivo do estudo avaliar ou quantificar estas causas de alta precoce, justificam-se tais casos nas seguintes condições:

a) Alta precoce, em função de a internação ter sido efetuada para realização de exames como colonoscopia, ultrassonografia, biópsias, entre outros.

b) Transferência imediata para outras enfermarias, especialmente a UTI, fora do âmbito deste estudo.

c) Óbito decorrido antes das primeiras 72 horas de internação.

Crerios de Inclusão:

a) Os pacientes com idades a partir de 65 anos ou mais, contados desde o dia da entrevista e que estivessem pelo menos em seu quarto dia de internação, ou seja, decorridas aproximadamente 72 horas após a sua internação;

b) Aqueles que, mediante expressa autorização ou de seus familiares, aceitaram participar da pesquisa, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;

c) Apresentassem condições físicas e cognitivas suficientes, ou seja, sem impedimentos da fala ou que pudessem responder de alguma forma os questionários utilizados na pesquisa.

Foram, portanto, submetidos à avaliação com o Mini-Exame do estado mental adaptado por Seabra et al. (58), sendo incluídos no estudo aqueles com escores iguais ou maiores que 22 (de um total de 30 pontos).

As condições de não preenchimento dos critérios da pesquisa e, portanto, critérios de exclusão desta seriam:

a) Idade abaixo de 65 anos;

b) A recusa imediata da pesquisa (não assinando o termo de consentimento esclarecido);

c) Internações com menos de 72 horas;

d) Grave estado geral impedindo a realização da entrevista (estado de coma, por exemplo);

e) Aqueles que não atingissem o escore mínimo (22 pontos) no Mini-Exame Mental, supondo-se condição cognitiva desfavorável à confiabilidade do estudo.

Dos 59 pacientes inicialmente coletados; 07 apresentaram grandes dificuldades de entrevista, devido ao grave estado geral, submetidos alguns a entubação, ventilação constante com grave dispnéia, traqueostomizados ou até mesmo em

coma. Quatro outros se recusaram a participar da pesquisa, enquanto que os 08 pacientes restantes, apesar de aceitarem participar do estudo e assinarem o termo de consentimento esclarecido, não obtiveram escores no Mini-Exame Mental que, conforme os critérios de inclusão, permitissem o prosseguimento da entrevista (TABELA 1).

Percorridos estes primeiros passos, constituímos uma amostra final de 40 pacientes, representando 67,80% dos 59 coletados, ou então 50% de todos os idosos internados no período de estudo.

Houve equilíbrio quanto à distribuição da amostra por sexo, sendo dividida em exatos 50% para cada sexo, masculino e feminino.

A média de idade do grupo era de 72,38 anos, com uma amplitude variando de 65 a 90 anos, sendo a moda de 68 anos. Quanto ao estado civil, 22 (55%) eram casados, 02 (5%) eram solteiros. Outros dois eram separados (5%), enquanto que os 14 restantes (35%) eram viúvos. Com relação à procedência; 17 eram provenientes da região metropolitana de Recife (42,5%), 22 (55%) do interior de Pernambuco e apenas um único paciente (2,5%) proveniente de um outro estado da região Nordeste, no caso, de Alagoas. Quando questionado sobre a opção religiosa, 62,5% (25 pacientes) responderam pertencer à religião católica, enquanto que os 15 restantes (37,5%) informaram participar de cultos evangélicos.

Quanto ao grau de escolaridade, 14 (35%) informaram não saber ler e nem escrever, tendo também freqüentado menos de um ano de escola, sendo considerados, portanto analfabetos. Já outros 03 pacientes conseguiram assinar seus próprios nomes, mas reconheceram não saber escrever outras palavras ou sequer ler. Estes 7,5% da amostra foram considerados semi-analfabetos. Os 23 restantes, portanto 57,5% da amostra, apresentam níveis de formação que variavam desde o nível equivalente ao fundamental incompleto até o nível médio completo. Não encontramos nenhum paciente que apresentasse pelo menos nível

superior incompleto. 29 pacientes (72,5%) foram considerados como de cor da pele branca, 07 (17,5%) de cor parda e 04 (10%) de cor negra.

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a avaliação dos dados referentes à prevalência-ponto, do perfil sintomatológico, assim como o cruzamento de dados biodemográficos, efetuamos a análise dos dados contando com a assessoria de um estatístico. Utilizamos o programa "EPI-INFO 6.02". Para a avaliação de associações entre duas variáveis utilizamos os testes de Qui Quadrado de Yates, de Pearson e de Fischer (mono e bicaudal), além do ODDS-Ratio.

## ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi conduzido conforme os princípios da declaração de Helsinki e com o consentimento informado da cada participante ou de seus responsáveis legais. De acordo com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco e, estando de acordo com a referida resolução, liberado para pesquisa.

## RESULTADOS

Essa amostra confere uma significância estatística com confiança de 95%.

Os 40 internos estudados foram submetidos à entrevista estruturada (SCID-CV) pelo próprio autor da pesquisa, sendo que 16, ou 40% deles, apresentaram transtornos depressivos classificados pelo DSM - IV distribuídos da seguinte maneira. 25% (n = 04) preencheram critérios para transtorno depressivo recorrente, 18,75% (n = 03) para transtorno distímico e 56,25% (n = 09) para episódios depressivos únicos. Os demais não

apresentaram sintomatologia compatível com transtornos depressivos.

A tabela 1 apresenta o perfil biodemográfico dos pacientes estudados através de uma

distribuição conjunta entre o diagnóstico e as frequências absoluta e relativa de sexo, faixa etária, estado civil, cor da pele e procedência.

**Tabela 1**

**TABELA 1 - PERFIL BIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES INTERNADOS NAS ENFERMIARIAS DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO**

	Deprimidos		Não Deprimidos		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	8	50,0%	12	50,0%	20	50,0%
Feminino	8	50,0%	12	50,0%	20	50,0%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
<b>Faixa Etária</b>						
65  -- 70	9	56,3%	8	33,3%	17	42,5%
70  -- 75	4	25,0%	8	33,3%	12	30,0%
75  -- 80	-	0,0%	5	20,8%	5	12,5%
80  -- 85	1	6,3%	3	12,5%	4	10,0%
85  -- 90	1	6,3%	-	0,0%	1	2,5%
90  -- 95	1	6,3%	-	0,0%	1	2,5%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
<b>Estado Civil</b>						
Casado	10	62,5%	12	50,0%	22	55,0%
Solteiro	1	6,3%	1	4,2%	2	5,0%
Viúvo	3	18,8%	11	45,8%	14	35,0%
Separado	2	12,5%	-	0,0%	2	5,0%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
<b>Cor da pele</b>						
Branca	11	68,8%	18	75,0%	29	72,5%
Parda	4	25,0%	3	12,5%	7	17,5%
Negra	1	6,3%	3	12,5%	4	10,0%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
<b>Procedência</b>						
Grande Recife	7	43,8%	10	41,7%	17	42,5%
Interior	8	50,0%	14	58,3%	22	55,0%
Outros Estados	1	6,3%	-	0,0%	1	2,5%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%

Na distribuição por sexo, tanto os pacientes do sexo masculino quanto os do sexo feminino apresentaram igual frequência para o diagnóstico de depressão. Desse modo, não se pode afirmar que a variável sexo influencia significativamente no diagnóstico de depressão.

A amostra tem média de idade de 72 anos com desvio padrão 5,8. Quase  $\frac{3}{4}$  do grupo de pacientes estudado (72,5%), apresentaram idade

inferior a 75 anos. Entre os pacientes com diagnóstico de depressão, mais da metade encontra-se na faixa 65 |-- 70 anos.

No grupo etário 75 |-- 80 não foi identificado nenhum paciente com diagnóstico depressivo. Dos pacientes não deprimidos, os dois primeiros grupos etários (65 |-- 70 e 70 |-- 75) participaram com os mesmos percentuais - 33,3% cada. A razão de prevalência para pacientes

deprimidos com idade entre 65 e 70 anos é de 1,74 para cada paciente não depressivo no mesmo grupo etário.

O Odds Ratio de 2,57, indica que há uma diferença significativa de riscos, porém pelo teste de Qui-quadrado de Yates a chance que essa diferença se dê ao acaso é maior que 26%, o que não é significativo.

O grau de instrução dos entrevistados foi elementar, porém com destaque para os alfabetizados que corresponderam a 57,5% do total, seguido dos analfabetos (35%) e por fim dos semi-analfabetos (7,5%). Da mesma forma, tanto no grupo dos pacientes com diagnóstico de depressão, como nos não deprimidos se destaca o

percentual de pacientes alfabetizados (62,5% e 54,2% respectivamente). A razão de prevalência dos alfabetizados deprimidos contra os não deprimidos é de 1,23:1, mas o teste de Qui-quadrado de Pearson indica que essa diferença não é significativa.

A tabela 2 apresenta o perfil clínico dos pacientes estudados através de uma distribuição conjunta entre o diagnóstico e antecedente psiquiátrico, número de internações em hospitais gerais anteriores, dependente de fumo ou álcool, a quantidade de doenças associadas, se houve óbito até seis meses depois da Internação, se a depressão foi diagnosticada na clínica médica.

Tabela 2

<b>PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES INTERNADOS NAS ENFERMIARIAS DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO</b>						
	Deprimidos		Não Deprimidos		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<b>Antecedentes Psiquiátricos</b>						
Sim	10	62,5%	8	33,3%	18	45,0%
Não	6	37,5%	16	66,7%	22	55,0%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
<b>Dependente de fumo/álcool</b>						
Sim	3	18,8%	1	4,2%	4	10,0%
Não	13	81,2%	23	93,8%	36	90,0%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
<b>Nº Internações Anteriores</b>						
Nenhuma	1	6,3%	6	25,0%	7	17,5%
01 vez	4	25,0%	4	16,7%	8	20,0%
02 vezes	3	18,8%	3	12,5%	6	15,0%
03 vezes	2	12,5%	3	12,5%	5	12,5%
Mais de 04 vezes	6	37,5%	8	33,3%	14	35,0%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
<b>Quantidade de Doenças Associadas</b>						
01 doença	2	12,5%	13	54,2%	15	37,5%
02 doenças	7	43,8%	5	20,8%	12	30,0%
03 doenças	4	25,0%	4	16,7%	8	20,0%
04 ou mais	3	18,7%	2	8,3%	5	12,5%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
<b>Óbito até 6 meses</b>						
Sim	4	25,0%	1	4,2%	5	12,5%
Não	12	75,0%	23	95,8%	35	87,5%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%
<b>Depressão diagnosticada por médico clínico</b>						
Sim	1	6,2%	-	-	1	2,5%
Não	15	93,8%	24	100,0%	39	97,5%
Total	16	100,0%	24	100,0%	40	100,0%

Tentando verificar se há associação entre pacientes com diagnóstico de depressão e aqueles que foram internados mais de uma vez, percebemos através do cálculo do OR que há associação, porém muito fraca, já que o OR está muito próximo de 1 - o que indica não associação - da mesma forma que a razão de prevalência, que é de aproximadamente 1,3 pacientes deprimidos com 2 (duas) internações ou mais para cada paciente deprimido com até 1 (uma) internação, não demonstram diferença significativa entre as variáveis

estudadas, o que é confirmado pelos testes de Qui-quadrado de Pearson e de Yates.

Nos pacientes estudados (Tabela 3), se percebe uma forte associação entre a depressão e a quantidade de doenças associadas como podemos perceber através do OR. Essa associação é confirmada pelos testes de Qui-quadrado tanto de Pearson quanto pelo de Yates, onde a probabilidade que essa associação se dê ao acaso é menor que 5% em ambos os casos. A prevalência entre as variáveis "Mais de 1 doença" e "Apenas 1 doença" entre os deprimidos é de 4:1.

**Tabela 3**  
**Análise de tabela cruzada para as variáveis Diagnóstico e Quantidade de Doenças Associadas**

Qtd Doenças Associadas	Deprimido		Total	Taxa de Prevalência (%)
	Sim	Não		
Mais de 1 doença	14	11	25	56,0
1 doença	2	13	15	13,3
Total	16	24	40	

$$\text{OR} = 8,27 \quad (1,30 < \text{OR} < 66,97)$$

$$\text{Razão de Prevalência} = 56/13,3 = 4,2$$

$$\chi^2_{\text{Pearson}} = 7,11 \quad p < 0,05$$

$$\chi^2_{\text{Yates}} = 5,44 \quad p < 0,05$$

A tabela 4 mostra que a prevalência entre os deprimidos de óbito em até 6 (seis) meses após a internação é de 2,33 vezes do que entre aqueles que morreram com mais de 6 (seis) meses. A Razão de Chances (OR) indica associação entre as

variáveis estudadas, porém não se confirma estatisticamente essa associação nem no teste exato de Fisher mono e bicaudal, nem no teste de Qui-quadrado exato de Yates, todos com p maior que 5%.

**Tabela 4**  
**Análise de tabela cruzada para as variáveis**  
**Diagnóstico e Óbito em até Seis Meses**

Óbito em até seis meses	Deprimido		Total	Taxa de Prevalência (%)
	Sim	Não		
Sim	4	1	5	80,0
Não	12	23	35	34,3
Total	16	24	40	

Razão de Prevalência =  $80/34,3 = 2,33$

OR = 7,67;  $\chi^2_{\text{Yates}} = 2,14$  p < 0,05

Teste exato de Fisher: monocausal p > 0,05; bicausal p > 0,05

Na tabela 5 percebemos que a prevalência de pacientes deprimidos diagnosticados por médico clínico é de 2,6. O teste exato de Fisher

monocausal e bicausal não apresenta significância estatística com p > 5%.

**Tabela 5**  
**Análise de tabela cruzada**  
**para as variáveis Diagnóstico e**  
**Depressão Diagnosticada por Médico Clínico**

Diagnostica do por médico clínico	Deprimido		Total	Taxa de Prevalência (%)
	Sim	Não		
Sim	1	0	1	100
Não	15	24	39	38,5
Total	16	24	40	

Razão de Prevalência =  $100/38,5 = 2,6$

$\chi^2_{\text{Yates}} = 0,04$  p < 0,05

Teste exato de Fisher: monocausal p > 0,05  
 bicausal p > 0,05

Na tabela 6, temos um resumo dos sintomas relatados pelos pacientes entrevistados, onde verificamos que a totalidade dos que apresentaram quadro de depressão destacou insônia e tristeza como os sintomas mais importantes. Além desses dois, agitação, desinteresse, diminuição de concen-

tração, indisposição e inapetência foram apontadas por 75% ou mais dos indivíduos deprimidos. Dentre os não deprimidos, se destaca o sintoma de inapetência, que pode estar associado ao quadro de debilidade orgânica, porém não se pode afirmar isso, pois que não é objeto do presente estudo.

**Tabela 6**  
**Distribuição dos Sintomas Relatados pelos Pacientes Internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Pernambuco segundo Diagnóstico Psiquiátrico em Valores Absolutos e Relativos**

Sintomas prevalentes	Deprimidos		Não deprimidos	
	Abs	%	Abs	%
Insônia	16	100,0	5	20,8
Tristeza	16	100,0	0	-
Agitação/ret. psicomotora	15	93,8	3	12,5
Desinteresse	15	93,8	0	-
Concentração diminuída	14	87,5	8	33,3
Indisposição	14	87,5	3	12,5
Inapetência	12	75,0	12	50,0
Sentimento de inutilidade	10	62,5	0	-
Idéias de morte	6	37,5	1	4,2
Total	16	100,0	24	100,0

Conforme a testagem do modelo de *screening* para depressão (Tabela 7), apesar da pequena amostra, obtivemos uma sensibilidade de 100% e uma especificidade de 95,8%, mostrando

ser um bom recurso para o diagnóstico de depressão em idosos internados em enfermarias clínicas.

**Tabela 7**  
**Teste de Screening para o instrumento MADRS**  
**Medida de associação e intervalo de confiança de 90%**

Sensibilidade	100,0%	80,6 – 100,0
Especificidade	95,8%	80,4 – 99,7
Valor Preditivo Positivo	94,1%	73,6 – 99,6
Valor Preditivo Negativo	100,0%	85,9 – 100,0

## DISCUSSÃO

A freqüência de depressão encontrada em nossa observação foi de 40%. Este resultado compara-se com a casuística encontrada na revisão bibliográfica realizada.

Consideraremos, inicialmente, a prevalência de depressão em adultos internados em hospitais gerais. Nascimento & Noal (46), estudando a população do Hospital Universitário Santa Maria no Rio Grande do Sul, encontraram prevalência de

30,5%. Morimoto et al. (45), no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná em Londrina, encontraram uma prevalência de 37,12% para depressão maior nos adultos com idade média de 42 anos e muito próximo de nossa cidade, Moraes (43), em 1996, estudando a prevalência de depressão no Hospital Universitário Lauro Wanderley, encontrou uma taxa de 27,3%.

Apesar de utilizarem metodologias distintas, encontraram resultados aproximados que quando transportados para a realidade dos idosos não se

mostram muito distantes. Ames & Tuckwell (1), por exemplo, encontraram em seus estudos com idosos internados em enfermarias de clínica médica uma prevalência de 27% para depressão.

Black (8), colhendo dados de uma população de diabéticos na comunidade, encontrou uma prevalência de 31,1% de depressão maior. Gerson et al. (27) num estudo multicêntrico entre serviços de emergência médica geral para idosos verificaram que aproximadamente 36% dos idosos atendidos apresentavam, no momento do exame, um quadro depressivo.

Benazzi (5), em um estudo utilizando instrumentos similares aos utilizados neste estudo (SCID - CV e MADRS), mas avaliando idosos (399 indivíduos) na comunidade de uma cidade italiana, durante 15 anos, encontrou alta prevalência de idosos, aproximadamente 53%.

Cunha & Costa (19), aqui no Brasil, em 1990, encontraram uma prevalência de apenas 8,9%, discordante com a maioria dos dados já relatados.

Os nossos resultados demonstram que a prevalência de depressão observada nos idosos do Hospital das Clínicas da UFPE, além de ser elevada, é comparável com as taxas obtidas em outros centros no Brasil e em outros países.

Apesar dos nossos dados indicarem que, após a realização dos testes de Qui-quadrado de Yates e de Pearson, não há diferença de riscos relativos para depressão para a faixa etária entre 65 e 70 anos, achamos curioso notar que o ODDS Ratio de 2,57 para essa faixa etária comparada as faixas mais idosas, faz supor que as modificações e necessidades de adaptação (coping strategies), quando da percepção do fenômeno envelhecimento, são mais difíceis de vivenciar nessa fase. Posteriormente, o indivíduo idoso passa a conviver melhor com as características e prováveis limitações da idade. Daí, a aparente redução da prevalência das faixas etárias acima de 70 anos, que só se elevam mediante a percepção de grave acometimento físico e proximidade da morte. Estas constatações precisam ser comprovadas cientificamente.

As demais variáveis do perfil sócio-demográfico, como estado civil, religião, cor da pele, nível de instrução e procedência, não demonstraram diferenças estatisticamente significativas nos grupos dos não deprimidos e dos deprimidos, sendo impróprio, portanto, traçar qualquer correlação destas características populacionais com a prevalência observada.

Os antecedentes psiquiátricos, definidos como passado familiar ou pessoal de atendimentos psiquiátricos, internações hospitalares em clínicas especializadas ou uso de medicação específica foram estabelecidos neste estudo numa razão de 2:1, (com predomínio para o grupo de deprimidos) que por motivo de ser a amostra ainda insuficiente, mostrou-se estatisticamente não significativa. Contudo os dados, aliados a casuística constante na literatura, mostram que antecedentes psiquiátricos (especialmente história pregressa de depressão) são forte fatores de risco para novos episódios durante internação em hospital geral (33). Cunha & Costa (19), por exemplo, observam que, pelo menos, um terço dos pacientes idosos deprimidos possuem antecedentes familiares de depressão. Em nosso caso, dos 16 diagnosticados de depressão, 55,6% apresentavam antecedentes pessoais e / ou familiares.

As variáveis presença de fumo ou bebida e internações anteriores demonstraram razões pouco acima de 1. Desta forma não se mostraram como fatores de risco para a depressão neste estudo.

Talvez o dado mais interessante deste estudo seja a constatação de que existe grande poder de associação entre o número de doenças clínicas e depressão. Comprovado também pelos testes de Qui-quadrado de Yates e de Pearson, a prevalência entre as variáveis "mais de uma doença" e "apenas uma doença" entre os deprimidos é de 4: 1.

A partir daí, a observação dos fatos verificados no estudo, encontram grande ressonância em outros estudos. Penninx et al. (48), estudando 3076 indivíduos, com idades entre 55 e 85 anos portadores de doenças crônicas, em seus

achados concluíram que existe uma forte e linear associação entre o número de doenças crônicas e os sintomas de depressão e ansiedade. Isto indica que o desgaste psicológico nas pessoas idosas é mais aparente na presença de doenças clínicas. Patrick et al. (47), indicaram também que as inúmeras causas clínicas que produzem comprometimento funcional e dificultam a reabilitação induzem maiores taxas de morbidade e mortalidade associadas à depressão.

No período após seis meses de avaliação encontramos 4 óbitos entre os (16) pacientes deprimidos e apenas um óbito para os outros (24) pacientes não deprimidos, resultando numa ODDS Ratio de 2,33. Apesar de não ter sua significância estatística comprovada pelos testes de Yates e de Fischer, a prevalência de óbitos tanto no grupo de deprimidos (25%) quanto nos não deprimidos (4,2%), pode ser comparada com outros estudos.

Lésperance et al. (39), acompanhando uma população de 430 cardiopatas, encontrou ao final de um ano uma prevalência de 6,2% de óbitos no grupo de deprimidos e 2% nos não deprimidos, com uma ODDS Ratio de 3,25.

Covinsky et al. (18), comparando a mortalidade de idosos hospitalizados com doenças clínicas num período de 3 anos, encontraram uma mortalidade de 56% para o grupo de deprimidos enquanto que a mortalidade dos não deprimidos não passou de 40%.

Arfken et al. (2), concluem que sexo masculino, grave estado clínico, depressão grave e importante comprometimento cognitivo são fatores de risco para mortalidade em um período de um ano.

Dos 16 pacientes diagnosticados com transtornos de humor, apenas um foi diagnosticado pelo clínico que o acompanhava (6,25% de diagnóstico pelo clínico). Mesmo tendo diagnosticado o único caso, o referido paciente não recebeu qualquer tipo de tratamento voltado para a depressão, sendo sequer visto durante sua internação pelo interconsultor, numa enfermaria,

aliás, no mesmo andar, a poucos metros da enfermaria de psiquiatria.

Nossos resultados são menores que os dados de Cunha & Costa (19), que encontraram uma taxa de diagnóstico de 16,6% para depressão.

Balestrieri et al. (3), afirmam que os médicos generalistas pesquisados em seu estudo eram capazes de diagnosticar depressão em apenas 32,5% dos casos confirmados pelos instrumentos utilizados, contudo faziam diagnósticos de depressão em casos inexistentes de até 18%. Reconhecia pela parte dos clínicos estudados até algum interesse em investigar a existência de depressão, mas percebia a carência do aprimoramento técnico suficiente a um bom acompanhamento.

Boland et al. (9), por outro lado, ressaltaram a existência de uma tendência ao diagnóstico excessivo de transtornos mentais pelos clínicos, diferente das colocações verificadas em outros estudos, levando a um número de até 40% de diagnósticos equivocados (não existentes). Concluíram que não apenas a capacitação dos clínicos, mas também a aproximação das equipes clínicas com a interconsulta psiquiátrica devem ser condutas constantes. Koenig et al. (33) também consideraram essa interação fraca, citando que a interconsulta só faz visitas a aproximadamente 13% dos casos onde deveriam estar presentes. Observações como esta são corroboradas por outros autores (6,59).

Penn et al. (50) reforçaram a necessidade da atuação dos psiquiatras numa melhor qualificação dos clínicos acerca de como diagnosticar e tratar os transtornos depressivos e lembraram também a importância de tornar as classificações psiquiátricas, no tocante à sua nomenclatura, mais acessíveis aos generalistas.

De acordo com as respostas obtidas nas entrevistas dos pacientes, os sintomas mais prevalentes na amostra de idosos deprimidos de nosso estudo foram insônia (100%), tristeza (100%), agitação ou retardo psicomotor (93,8%),

desinteresse (93,8%), concentração diminuída (87,5%) e indisposição (87,5%).

Tais dados se assemelham aos dados de outros estudos como, por exemplo, os de Cunha & Costa (19) que apontaram também para desinteresse, insônia e tristeza como os sintomas mais prevalentes. Interessante notar como são baixas as referências de ideação de morte ou suicídio, sendo lembradas em 38,9% da amostra (no nosso caso são referidas em apenas 37,5% dos pacientes deprimidos).

Muito embora não tenha sido objetivo do estudo, vale salientar que dentre os 59 pacientes da amostra inicial, tivemos quatro indivíduos (6,78%) excluídos do estudo por recusa em submeter-se às entrevistas. Menon et al. (41) observaram que, em seus estudos, a taxa de recusa em submeter-se ao estudo (neste caso de 29,1%) estava intimamente associada à presença de sintomas depressivos no idoso que tem dificuldades em relatar seus sentimentos, fato que também é considerado por Henderson et al. (29).

É nesse contexto que algumas escalas de auto-avaliação não se mostram bastante adequadas para estudos em populações de idosos, como criticaram Duberstein et al. (23), recomendando a utilização de escalas clínicas realizadas por profissionais treinados.

Nosso estudo, pelos motivos já descritos anteriormente, utilizou a escala de Montgomery - Asberg para depressão (MADRS), apresentando uma sensibilidade de 100% e especificidade de 95,8%, consideradas elevadas e, portanto, adequadas para utilização como instrumento de "screening" para depressão em idosos internados nas enfermarias de clínica médica.

Em 1996, no Simpósio Internacional sobre Depressão (São Paulo, 15 a 17 de Junho), manifestou-se o consenso do uso de escalas de "screening" para a depressão na prática médica geral, não propriamente para o diagnóstico, mas para auxiliar na detecção de casos (43). Esta tendência não está restrita localmente, sendo um fenômeno difundido em vários países (31,37).

Em conclusão, consideramos necessária a aproximação dos profissionais de psiquiatria e psicologia, como recomenda Moraes et al. (44) das enfermarias e das equipes clínicas ou até mesmo da formação de uma equipe de saúde mental, multidisciplinar que seja capaz de dirigir ações individuais ou desenvolver estratégias no sentido de empreender programas de prevenção de danos relativos à ocorrência de depressão em enfermarias clínicas. Tais programas já têm sido implantados em outros países, com o exemplo do ENRICHD (Enhancing Recovery In Coronary Heart Disease), um programa multicêntrico nos Estados Unidos e que tem sido plenamente eficaz em reduzir os custos e os prejuízos da depressão (7).

A situação de internação deve ser compreendida como forte elemento de estresse psicossocial, acarretando uma série de circunstâncias como perda transitória de função, limitação física, restrição à liberdade de ir e vir, afastamento do seu habitat, restrição de seu círculo de convivência, além das peculiaridades referentes à rotina de um hospital, o enfrentamento da doença, sua gravidade e da possibilidade de morte. No idoso, estas condições ganham magnitude, proporcionando maior chance de repercussões emocionais. A depressão, então, não pode ser negligenciada.

Reynolds III et al. (52), defenderam a instituição de uma intensa combinação de intervenções psicossociais, e psicofarmacológicas padronizadas como forma de eliminar a grande variabilidade de resposta aos tratamentos, assim como reduzir o tempo de internação, resultando em melhora do prognóstico destes pacientes.

Beausang & Syed (4), conscientes da mesma orientação, afirmaram que algumas atitudes como intervenções psicossociais, incluindo medidas educativas, técnicas de psicoterapia (cognitivo-comportamental, em grupo ou individual, suportiva, interpretativa, catártica, etc), aconselhamento e manejo do estresse poderiam ser adotadas como rotinas dentro das enfermarias e que para maximizar a relação custo-benefício destas inter-

venções psicossociais, os pacientes de "alto risco" deveriam ser os alvos principais destas ações, sendo necessário para tanto, o prévio diagnóstico de maior vulnerabilidade, através de instrumentos de "screening".

Baseado em dados de seus estudos, que estabeleceram que pelo menos 52% dos idosos internados evoluem com depressão e diminuição da capacidade funcional e permanecem deprimidos por até seis meses após a alta, Koenig & George (35) aconselham que estes pacientes de risco devam ser acompanhados ambulatorialmente, sob este tipo de atenção, por pelo menos seis meses.

Programas e condutas em saúde mental, ao contrário do que parecem ser, não se constituem como medidas dispendiosas ou complicadas. Druss et al. (22) indicaram, por exemplo, que, em seus estudos, os custos gerais de saúde mental representavam apenas 0,4% dos gastos totais em grupos de pacientes com baixos índices de sintomas depressivos e que naqueles casos mais graves esses custos não ultrapassavam mais do que 1,8%, demonstrando que a relação custo-benefício é extremamente vantajosa.

## CONCLUSÕES

1. A frequência de depressão (prevalência-ponto), em idosos no período da pesquisa foi de 40%, considerada alta.

2. De acordo com os critérios diagnósticos do DSM - IV, utilizando o instrumento SCID - CV, dos 40 pacientes examinados, 16 foram diagnosticados como apresentando durante a internação algum transtorno de humor. Destes mesmos pacientes: 03 (16, 25%) preencheram critérios para um transtorno depressivo recorrente, 04 (18,75%) preencheram critérios para um transtorno distímico, enquanto que os 09 (56,25%) restantes apresentaram um primeiro episódio depressivo.

3. Houve associação entre a frequência de depressão e a gravidade do estado de saúde física da população estudada, medida pelo número de

doenças existente. A prevalência entre as variáveis "mais de uma doença" e "apenas uma doença" entre os deprimidos é de uma razão de 4: 1.

4. Dos 16 casos de depressão diagnosticados pelo SCID-CV, apenas um teve seu diagnóstico confirmado pelo clínico não-psiquiatra (6,25%).

5. Os sintomas mais freqüentes no perfil sintomatológico da população deprimida foram insônia (100%), tristeza (100%), agitação / retardo psicomotor (93,8%), desinteresse (93,8%), concentração diminuída (87,5%) indisposição (87,5%) inapetência (75%) sentimentos de inutilidade (62,5%) e idéias de morte (37,5%).

6. A escala de avaliação para a depressão de Montgomery - Asberg mostrou-se instrumento de "screening" bastante útil, obtendo elevados índices de sensibilidade e especificidade, 100% e 95,8%, respectivamente.

## RECOMENDAÇÕES FINAIS

1. A maior conscientização da existência da depressão nas enfermarias de hospitais gerais, sejam de qualquer natureza (clínica, cirúrgica, entre outros) assim como de suas conseqüências clínicas.

2. A adoção da escala de avaliação de depressão de Montgomery - Asberg como instrumento de "screening" permanente para diagnóstico prévio de casos possíveis em idosos, podendo ser estendido aos adultos jovens.

3. A criação de programas especiais de atenção aos transtornos de humor nas enfermarias de clínica médica.

4. A aproximação das equipes de clínica médica da interconsulta psiquiátrica, implementando uma maior integração no sentido de melhor acompanhamento de casos, assim como na promoção de práticas pedagógicas, no sentido de uma maior capacitação dos internistas acerca de um diagnóstico mais apurado e instituição de condutas imediatas relativas à depressão.

5. A ampliação das pesquisas sobre prevalência de depressão em idosos, tanto nas

enfermarias quanto nos ambulatórios, seja do Hospital das Clínicas ou de qualquer hospital, que proporcione atendimento a este tipo de clientela.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Ames, D.; Tuckwell, V. Psychiatric disorders among elderly patients in a general hospital. *Med J Aust*; v. 160, nº 11, pp. 671-675. 1994.
- 2 - Arfken, C.L.; Lichtemberg, P.A.; Tancer, M.E. Cognitive impairment and depression predict mortality in medically ill older adults. *J Gerontology*; v. 54 A, nº 3, pp. M152-M156. 1999.
- 3 - Balestrieri, M.; Bisoffi, G.; Tansella, M.; Martucci, D.P. Identification of depression by medical and surgical general hospital physicians. *Gen Hosp Psychiatry*; v. 24, pp. 4-11. 2002.
- 4 - Beausang, P.; Syed, R. Screening for anxiety and depression in adult general medical in-patients in a scottish district general hospital. *Scot Med J*; v. 43, nº 6, pp. 177-180. 1998.
- 5 - Benazzi, F. Late-life chronic depression: a 399-case study in private practice. *Int J Geriatr Psychiatry*; v. 15, nº 1, pp. 1-6. 2000.
- 6 - Benseñor, I.M.; Pereira, A.C.; Tannuri, A.C.; Valeri, C.M.; Akashi, D.; Fucciolo, D.Q.; Issa, F.K.; Lobato, M.L.; Titan, S.M.O.; Galvão, T.G.; Lotufo, P.A. Hipertensão arterial sistêmica e morbidade psiquiátrica em ambulatório de hospital terciário. *Arq Neuropsiquiatr*; v. 56, nº 3-A, pp. 406-411. 1998.
- 7 - Berkman, L.; Jaffe, A.; Carney, R.; Czajkowsky, S.; Kaufman, P. Enhancing recovery in coronary heart disease ( ENRICH ) study intervention: Rationale and design. *Psychosom Med*; v. 63, nº 5, pp. 747-755. Set / Out 2001.
- 8 - Black S.A. Increased health burden associated with comorbid depression in older diabetic mexican americans: Results from the hispanic established population for the epidemiologic study of the elderly survey. *Diabetes Care*; v. 22, nº 1, pp. 56-64. Jan 1999.
- 9 - Boland, R. J.; Diaz, S.; Lamdan, R.M.; Ramchandani, D.; McCartney, J.R. Overdiagnosis of depression in the general hospital. *Gen Hosp Psychiatry*; v. 18, nº 1, pp. 28-35. Jan 1996.
- 10 - Büla, C.J.; Wietlisbach, V.; Burnand, B.; Yersin, B. Depressive symptoms as a predictor of 6-month outcomes and services utilization in elderly medical inpatients. *Arch Intern Med*; v. 16, nº 21, pp. 2609-2615 26 Nov 2001.
- 11 - Busse, E.W.; Blazer, D.G. *Psiquiatria Geriátrica*. 2a Ed. Porto Alegre. Editora Artes Médicas Sul Ltda. 1999. Trad. Maria Rita Hofmeister e Dayse Batista.
- 12 - Carvalho Filho, E.T.; Papaléo Netto, M. *Geriatría: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 1a Ed. São Paulo. Editora Atheneu. 1994.
- 13 - Carvalho, T.F.R.; Sougey, E.B. *Psiconeuroendocrinologia dos Distúrbios Depressivos: Eixo Hipotálamo-hipófise-tireóide*. *J Bras Psiquiatria*; v. 43, nº 7, pp. 377-381. 1994.
- 14 - Cavanaugh, S.A.; Furlanetto, L.I.A.M.; Creech, S.D.; Powell, L.H. Medical illness, past depression, and present depression: a predictive triad for in-hospital mortality. *Am J Psychiatry*; v. 158, nº 1, pp. 43-48. Jan 2001.
- 15 - Clark, D.A.; Cook, A.; Snow, D. Depressive symptom differences in hospitalized, medically ill, depressed psychiatric inpatients and nonmedical controls. *J Abnormal Psychol*; v. 107, nº 1, pp. 38-48. Fev 1998.

- 16 - Corrêa, A.C.O. Depressão e Poliqueixas no Idoso. *J Bras Psiquiatria*; v. 46, nº 1. pp. 13-16. 1997.
- 17 - Covinsky, K.E.; Fortinsky, R.H.; Palmer, R.M.; Kresevic, D.M.; Seth, L.C. Relation between symptoms of depression and health status outcomes in acutely ill hospitalized older persons. *Ann Intern Med*; V. 126, nº 6, pp. 417-426. 15 Mar 1997.
- 18 - Covinsky, K.E.; Kahana, E.; Chin, M.H.; Palmer, R.M.; Fortinsky, R.H.; Landefeld, C.S. Depressive symptoms and 3-year mortality in older hospitalized medical patients. *Ann Intern Med*; v. 130, nº 7, pp. 563-569. Abr 1999.
- 19 - Cunha, U.G.V.; Costa, I.L. Depressão maior em idosos hospitalizados em enfermarias gerais. *Arq Bras Med*; supl, v. 64, nº 4, pp. 239-242. Jul / Ago 1990.
- 20 - Cunha, U.G.V. Diagnóstico e tratamento da depressão no paciente de risco - idoso e cardiopata. *J Bras Psiquiatria*; v. 42, supl 1, pp. 33S-37S. 1993.
- 21 - Dimatteo, M.R.; Lepper, H.S.; Croghan, T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*; v. 160, nº 14, pp. 2101-2107. 24 Jul 2000.
- 22 - Druss, B.G.; Rohrbaugh, R.M.; Rosenheck, R.A. Depressive Symptoms and Health Costs in Older Medical Patients. *Am J Psychiatry*; v. 156, nº 3.: pp. 477-479. Mar 1999.
- 23 - Duberstein, P.R.; Conwell, Y.; Seidlitz, L.; Lyness, I.M.; Cox, C.; Caine, E.D. Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry*; v. 7, nº 4, pp. 289-296. 1999.
- 24 - Fulop, G.; Strain, J.J.; Vita, J.; Lyons, L.S.; Hammer, L.S. Impact of Psychiatric Comorbidity on Length of the Hospital Stay for Medical/Surgical Patients: A Preliminary report. *Am J Psychiatry*; v. 144, nº 7. pp. 878-882. Jul 1987.
- 25 - Furlanetto, L.M.; Cavanaugh, S.A.; Bueno, L.R.; Creech, S.D.; Powell, L.H. Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients. *Psychosomatics*; v. 41, nº 5, pp. 426-432. 2000.
- 26 - Gallo, J.J.; Rabbins, P.V. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *Am Fam Physician*; v. 60, nº 3, pp- 820-826. 1 Set 1999.
- 27 - Gerson, L. A. ; Rousseau, E.U.A.; Hogan, P.M. et al. Multicenter study of case finding in elderly emergency department patients. *Acad Emergency Medical*; v. 2, nº 8, pp. 729-734. 1995.
- 28 - Guimarães, R.M.; Freire Neto, J.B.; Costa e Silva, E.A.; Silva, E.A.; Moura, E.B. Depressão: A Morbidade Oculta em Pacientes Idosos Cirúrgicos. *Brasília Médica*; v. 34, nº 1/2.. pp. 5-14. 1997.
- 29 - Henderson, A.S.; Jorm, A.F.; Korten, A.E.; Jacomb, P.; Christensen, H.; Rodgers, I.J. Symptoms of depression and anxiety during adult life: evidence for a decline in prevalence with age. *Psychol Med*; v. 28, nº 6, pp. 1321-1328. Nov 1998.
- 30 - Hosaka, T.; Aoki, T.; Watanabe, T.; Okuyama, T.; Kurosawa, H. Comorbidity of depression among physically ill patients and its effect on the length of hospital stay. *Psychiatry Clin Neurosci*; v. 53, nº 4, pp. 491-495. Ago 1999.
- 31 - Katon, F. The impact of major depression on chronic medical illness (editorial comment ). *Gen Hosp Psychiatry*; v. 18, nº 4, pp. 215-219. Jul 1996.

- 32 - Kellerman, M.; Feketi, L.; Gesztelyi, R.; Csiba, I.; Kollár, J.; Sikula, J.; Bereczki, D. Screening for depressive symptoms in acute phase of stroke. *Gen Hosp Psychiatry*; v. 21, pp. 116-121. 1999.
- 33 - Koenig H.G. Differences in psychosocial and health correlates of major and minor depression in medically ill older adults. *J Am Geriatr Soc*; v. 45, n° 12, pp. 1485-1495. 1997.
- 34 - Koenig, H.G.; George, L. K.; Meador, K.G. Use of Antidepressants by Nonpsychiatrists in the Treatment of Medically Ill Hospitalized Depressed Elderly Patients. *Am J Psychiatry*; v. 154, n° 10. pp. 1369-1375. Out 1997.
- 35 - Koenig, H.G.; George, L.K. Depression and physical disability outcomes in depressed medically ill hospitalized older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*; v. 6, n° 3, pp. 230-247. 1998.
- 36 - Koenig, H.G.; Kuchibhatla, M. Use of Health Services by Hospitalized Medically Ill Depressed Elderly Patients. *Am J Psychiatry*; v. 155, n° 7. pp. 871-877. Jul 1998.
- 37 - Kurlowicz, L.H.; NICHE Faculty. Nursing standard of practice protocol: Depression in the elderly patients. *Geriatric Nursing*; v. 18, n° 5, pp. 192-199. Set / Out 1997.
- 38 - Lafer, B.; Almeida, O.P.; Fráguas IR, R.; Miguel, E.C. *Depressão no ciclo da vida*. 1a Ed. Porto Alegre. ARTMED Editora. 2001.
- 39 - Lésperance, F.; Frasure-Smith, N.; Juneau, M.; Thérour, P. Depression and 1 - year prognosis in unstable angina. *Arch Intern Med*; v. 160, pp. 1354-1360. 8 Maio 2000.
- 40 - Lyness, J.M.; Bruce, M.L.; Koenig, H.G.; Parmelee, P.A.; Schulz, R.; Lawton, M.P.; Reynolds III, C.F. Depression and Medical Illness in Late Life: Report of a Symposium. *J Am Geriatr Soc*; v. 44, n° 2. pp. 198-203. Fev 1996.
- 41 - Menon, A.S.; Campbell, D.; Ruskin, P.; Hebel, IR. Depression, hopelessness, and the desire for life-saving treatments among elderly medically ill veterans. *Am J Geriatr Psychiatry*; v. 8, n° 4, pp- 333-342. 2000.
- 42 - Meyer, T.; Klemme, H.; Herrmann, C. Depression but not anxiety is a significant predictor of physicians' assessment of medical status in physically ill patients. *Psychoter Psychosom*; v. 69, n° 3, pp. 147-154. 2000.
- 43 - Moraes, J.L.R. *Depressão no Hospital Geral: Frequência de pacientes deprimidos na clientela de internos do Hospital Universitário Lauro Wanderley*. 1996. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) Departamento de Pós-graduação em Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco, Recife - PE, 1996.
- 44 - Moraes, J.L.R.; Lima, M.D.C.; Cavalcanti, T.C.W. Avaliação do grau de depressão de pacientes em hemodiálise crônica. *CCS*; v. 7, n° 1, pp. 15-18. Jan / Fev 1 Mar 1985.
- 45 - Morimoto, A.S.; Oliveira, A.P.; Kroda, C. K.; Levandowsky, F.A.; Trevisan, F.A.; Abreu, L.G.; Mocelin, L.C.; Onishi, L.O.; Nunes, S.O.V. Diagnóstico de depressão em hospital geral, através do manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais - 4a edição ( DSM - IV ). *Rev Méd Paraná, Curitiba*; v. 56, n° 2/2, pp. 23-30. Jul / Dez 1998.
- 46 - Nascimento, C.A.M.; Noal, M.H.O. Depressão em Pacientes Internados num Hospital -Escola. *Rev Psiquiatr RS*; v. 14, n° 3, pp 162-168. Set/Dez 1992.
- 47 - Patrick L.; Knoefel, F.; Gaskowsky, P.; Rexroth D. Medical comorbidity and rehabilitation efficiency

- in geriatric inpatients. *J Am Geriatr Soc*; v. 49, nº 11, pp. 1471-1477. 2001.
- 48 - Penninx, B.W.J.H.; Beekman, A.T.F.; Ormel, J.; Kriegsman, D.M.W.; Boeke, J.P.; Van Eijk, J.T.M.; Deeg, D.J.H. Psychological status among elderly people with chronic diseases: Does type of disease play a part? *J Psychosom Research*; v. 40, nº 5, pp. 521-534. 1996.
- 49 - Penninx, B.W.J.H.; Guralnick, J.M.; Ferrucci, L.; Simonsick, E.M.; Deeg, D.J.H.; Wallace, R.B. Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *JAMA*; v. 279, nº 21, pp. 1720-1726. 3 Jun 1998.
- 50 - Penn, L.V.; Boland, R; McCartney, L.R.; Kohn R.; Mulvey, T. Recognition and treatment of depressive disorders by internal medicine attendings and housestaff. *Gen Hosp Psychiatry*; v. 19, nº 3, pp. 179-184. Maio 1997.
- 51 - Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.  
Disponível  
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso>  
Acessado em 17 / 11 / 2002.
- 52 - Reynolds III, C.F.; Dew, M.A.; Frank, E.; Begley, A.E.; Miller, M.D.; Cornes, C.; Mazundar, S.; Perel, J.M.; Kupfer, D.J. Effects of age at onset of first lifetime episode of recurrent major depression on treatment response and illness course in elderly patients. *Am J Psychiatry*; v. 155, nº 6, pp. 795-799. Jun 1998.
- 53 - Ribeiro, M.A.M.; Pietrobom, R.S.; Rockembach, R.A.; Ratzke, O.; Costa, P.A.B. Prevalência da depressão em idosos institucionalizados em tempo integral. *Rev Psiquiat Clin*; v. 21, nº 1, pp. 4-8. 1994.
- 54 - Rodin, G.; Voshart, K. Depression in the Medically Ill: An Overview. *Am J Psychiatry*; v. 143, nº 6. pp. 696-705. . Jun 1986.
- 55 - Saravay, S.M. Medical and depressive comorbidity in psychiatric inpatients (editorial; comment) *Gen Hosp Psychiatry*; v. 17, nº 5, pp. 326-334. Set 1995.
- 56 - Schubert, D.S.P.; Yokley, J.; Sloan, D.; Gottesman, H. Impact of the interaction of depression and physical illness on a psychiatric unit's length of stay. *Gen Hosp Psychiatry*; v. 17, pp. 326-334. 1995.
- 57 - Schulz, R.; Beach, S.R.; Ives, D.G.; Martire, L.M.; Aryio, A.A.; Kop, W.J. Association between depression and mortality in older adults. *Arch Intern Med*; v. 160. Pp. 1761-1768. 26 Jun 2000.
- 58 - Seabra, M.L.V.; Concílio, G.V.; Villares, J.B.; Carlini, E.A. Avaliação do teste " Mini-Mental State" em voluntários e pacientes brasileiros. *Rev ABP-APAL*; v. 12, nº 1,2,3,4, pp. 1-7. 1990.
- 59 - Shah, A.; Odutoye, K.; De, T. Depression in acutely ill elderly inpatients: a pilot study of early identification and intervention by formal psychogeriatric consultation. *J Affect Disord*; v. 62, nº 3. pp.233-240. Fev 2001.
- 60 - Stoppe Junior, A.; Louzã Neto, M.R. Depressão na Terceira Idade. Apresentação Clínica e Abordagem Terapêutica. 1ª Ed. São Paulo. Lemos Editorial & Gráficos Ltda
- 61 - Wasswertheil-Smoller, S.; Applegate, W.B.; Berge, K.; Chang, C.J.; Davis, B.R.; Grimm IR, R.; Kostis, J.; Pressel, S.; Schron, E. Change in depression as a precursor of cardiovascular events. *Arch Intern Med*; v. 156, pp. 553-561. 11 Mar 1996.

