

**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO**

**JOÃO PEDRO LOUREIRO DE AZEVEDO**

*Escala de Depressão dos Idosos do Serviço de Urgência dos Hospitais da  
Universidade de Coimbra*

Trabalho realizado sobre a orientação de:  
**Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo**  
**Prof.<sup>a</sup> Doutora Lèlita Santos**

Fevereiro 2011

*Aos meus orientadores Prof. Doutor Teixeira Veríssimo e Prof<sup>a</sup>. Doutora Lèlita Santos*

*que sempre me esclareceram quando necessário;*

*Aos meus pais, irmã e restante Família pela presença constante;*

*Aos meus amigos, por existirem!*

## Índice

	<b>Pág.</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>4</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>6</b>
<b>I- Introdução .....</b>	<b>8</b>
<b>II- Material e Métodos .....</b>	<b>11</b>
<b>III- Resultados .....</b>	<b>13</b>
<b>III a) Caracterização da amostra .....</b>	<b>13</b>
<b>III b) Escala de Depressão Geriátrica .....</b>	<b>18</b>
<b>III c) Escala de Depressão Geriátrica- Comparações .....</b>	<b>21</b>
<b>IV- Discussão .....</b>	<b>29</b>
<b>V- Conclusão .....</b>	<b>34</b>
<b>VI- Referências Bibliográficas .....</b>	<b>36</b>
<b>Anexo I .....</b>	<b>43</b>
<b>Anexo II .....</b>	<b>44</b>

## **Resumo**

**Introdução:** O envelhecimento da população mundial é uma realidade crescente. A depressão, cuja etiologia aponta para causa multifactorial, é muito frequente no idoso, principalmente naqueles que recorrem a um serviço de urgência, constituindo um sério problema de saúde pública com elevada morbilidade e mortalidade.

**Objectivos:** Pretendeu-se avaliar o estado de depressão nos idosos que recorrem ao Serviço de Urgência (SU) dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e relacioná-lo com parâmetros epidemiológicos, nomeadamente: sexo, idade, área de residência, habitação, estado civil, sector profissional prévio, prioridade atribuída à entrada do SU, antecedentes cirúrgicos, polimedicação e vindas no ano anterior ao SU.

**Metodologia:** Este estudo envolveu uma amostra de 120 doentes, abordados aleatoriamente, com idade igual ou superior a 65 anos que recorreram ao SU dos HUC, tendo sido a recolha dos dados realizada na área Médica II entre Novembro de 2009 e Setembro de 2010. Os doentes foram avaliados em relação ao seu status depressivo, segundo a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e submetidos a um inquérito inicial com questões gerais sobre dados demográficos e o seu estado de saúde. Os dados recolhidos foram trabalhados segundo o programa SPSS versão 18.0 e avaliados com um intervalo de confiança de 95%.

**Resultados:** De acordo com a EDG, dos 120 doentes envolvidos, 64,2% evidenciaram um nível ligeiro ou grave de depressão. Encontrou-se relação entre o estado depressivo e os seguintes parâmetros: sexo ( $p= 0,004$ ), casados e viúvos ( $p= 0,018$ ), sector profissional primário e terciário ( $p= 0,030$ ) e antecedentes cirúrgicos ( $p= 0,013$ ).

Não se verificou relação estatisticamente significativa entre a depressão e os seguintes parâmetros: idade ( $p= 0,132$ ), área de residência ( $p= 0,093$ ), prioridade atribuída no SU ( $p= 0,441$ ), habitação ( $p=0,338$ ), polimedicação ( $p=0,071$ ) e vindas no ano anterior ao SU ( $p= 0,674$ ).

**Conclusões:** A depressão é altamente prevalente e pouco reconhecida nos idosos que recorrem ao SU, o que sugere um grave problema de saúde pública. As variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas com o status de depressão foram: sexo, casados e viúvos; sector profissional primário e terciário e antecedentes cirúrgicos. No futuro, novos estudos devem ser feitos utilizando as variáveis que parecem estar relacionadas com a depressão.

**Palavras-chave:** depressão; idoso; serviço de urgências; triagem.

## **Abstract**

**Introduction:** The aging world population is a growing reality. The depression, which points to cause multifactorial etiology, it's very common in the elderly, especially those who use an emergency department, is therefore a serious public health problem with high morbidity and mortality.

**Objectives:** The aim was to assess the state of depression in elderly people who resort to the Emergency Department (ED) of Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) and relate it to epidemiologic factors, including sex, age, area of residence, housing, marital status, previous occupational sector, priority entry on the ED, surgical history, polymedication and entries on SU in previous year.

**Methodology:** This study involved a sample of 120 patients, chosen randomly, aged  $\geq 65$  who used the ED of HUC. Data collection took place in Medicine II area between November 2009 and September 2010. Patients were evaluated for their depressive status, according to the Geriatric Depression Scale (GDS) and were subjected to an initial survey with general questions about demographics and their state of health. The data collected were processed according to the SPSS version 18.0 and evaluated with a confidence interval of 95%.

**Results:** According to the GDS, the 120 patients enrolled, 64,2% showed a mild or severe level of depression. A relationship was found between the depressive state and the following parameters: gender ( $p= 0,004$ ), married and widowed ( $p= 0,018$ ), primary and tertiary professional sector ( $p=0,030$ ) and surgical history ( $p=0,013$ ).

There was no statistically significant relationship between depression and the following parameters: age ( $p= 0,132$ ), area of residence ( $p= 0,093$ ), priority in the ED ( $p= 0.441$ ), housing ( $p = 0,338$ ), polymedication ( $p= 0,071$ ) and entries on SU in previous year ( $p=0,674$ ).

**Conclusions:** Depression is highly prevalent and poorly recognized in older ED patients, which suggest a serious public health problem. Variables that show statistic differences with the depression status are: sex; married and widowed; primary and tertiary professional sector and previous surgery interventions. For those which were close to be relevant future depression studies should focus on these parameters association.

**Keywords:** depression; elderly; emergency department; screening.

## **I- INTRODUÇÃO**

A depressão é uma doença muito frequente na população geriátrica. Esta, pode ser considerada como o distúrbio psiquiátrico mais comum nos idosos (Meldon et al., 1997).

No idoso, a depressão pode ser vista como uma entidade nosológica distinta da depressão do adulto jovem, existindo contudo alguma controvérsia acerca de um ponto de corte para as distinguir. O termo “late-life depression” engloba tanto os pacientes idosos com depressão crónica desde a fase adulta, como aqueles que manifestam depressão pela primeira vez na faixa etária geriátrica. Há estudos demonstrando que 12% a 26% dos idosos sofrem de depressão. A sua prevalência, em idosos hospitalizados ou que requerem cuidados domiciliários, atinge os 50% (Raccio-Robak et al., 2002).

Na depressão geriátrica encontram-se particularmente afectadas as actividades da vida diária (AVD's). Não obstante, a disfunção motora pode estar correlacionada com a doença cardiovascular (Oxman et al., 1997).

Estudos posteriores demonstraram que a depressão se encontrava presente em doentes cujas queixas eram inespecíficas, dor crónica, história de DPOC e principalmente doença cardíaca, como um EAM recente (Meldon et al., 1999). A doença cerebrovascular também se revelou como um factor predisponente para a depressão (Thomas et al., 2001). Estudos mais recentes confirmam a associação entre as doenças cardiovasculares e a depressão (Steffens, 2004).

Têm sido encontradas alterações imagiológicas, nomeadamente na RMN, correlacionadas com o desenvolvimento de depressão no idoso (Firbank et al., 2004).

A progressiva diminuição do volume cerebral, própria do envelhecimento, adquire aqui uma predilecção regional selectiva, com atrofia do lobo frontal.

O envolvimento do córtex pré-frontal leva a lentificação psicomotora ao qual se associa uma resposta mais fraca aos antidepressivos e a uma maior recorrência da depressão geriátrica (Kirshnan et al., 2004).

Existem fortes evidências de, quer a doença cardíaca, quer a cerebrovascular contribuírem em grande parte para o desenvolvimento da depressão no idoso, porém, os mecanismos fisiopatológicos subjacentes ainda não são claramente conhecidos e a presença destas doenças não é sinónimo de depressão, não estando provada a sua causalidade (Baldwin et al., 2002).

A depressão na população idosa constitui um sério problema de saúde pública, o qual conduz a um sofrimento inútil e um status funcional debilitado. Idosos com depressão evidenciam défices em vários domínios neuropsicológicos, como défices na atenção e concentração, velocidade de processamento mental, défice motor, entre outros. Vários estudos demonstram que em casos de depressão relacionada com disfunção motora, há um maior risco de desenvolvimento de demência, comparativamente àqueles que apresentam apenas deterioração da memória (Kennedy et al., 2001).

Estes doentes têm um aumento do risco na recidiva das suas queixas e requerem cuidados diferenciados após um internamento. Os doentes com depressão podem apresentar maior dificuldade com o cumprimento de um esquema terapêutico instituído aquando de uma alta, resultando assim, num aumento da morbidade e mortalidade. Os doentes com depressão têm ainda maior dificuldade em especificar as suas queixas actuais quando recorrem a um serviço de urgência. Os idosos com sintomas depressivos

recorrem mais frequentemente aos cuidados de saúde e têm um risco aumentado de suicídio (Meldon et al., 1999).

Infelizmente, a depressão continua, em grande parte, a não ser reconhecida nem tratada aquando da prestação de cuidados primários hospitalares. As consequências, tanto económicas como sociais irão aumentar cada vez mais, à medida que a população continua a envelhecer (Veríssimo, 2006).

Além do idoso deprimido, como problema major, há que ter em atenção que muitas vezes os seus cuidadores sofrerão por acréscimo, pelo que, também se deve dar importância a esta realidade (Charazac, 2004).

**Objectivo Geral:** Com este trabalho pretendeu-se caracterizar a depressão presente nos idosos que recorrem ao Serviço de Urgência (SU) dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), por forma a alertar os profissionais de saúde com vista a uma abordagem mais eficaz daquela que é uma das principais causas de sofrimento do ser humano.

**Objectivos Específicos:** Pretendeu-se:

- avaliar a frequência e o grau de depressão dos idosos que recorrem ao SU;
- relacionar a frequência da depressão com parâmetros epidemiológicos, nomeadamente: sexo, idade, estado civil, sector profissional, habitação, área de residência, polimedicação, antecedentes cirúrgicos, prioridade atribuída à entrada do SU e vindas anteriores ao SU.

## II- MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo decorreu entre Novembro de 2009 e Setembro de 2010 e envolveu uma amostra de 120 doentes da faixa etária geriátrica ( $\geq 65$  anos) que recorreram ao Serviço de Urgência (SU) dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC). Trata-se de um hospital universitário, público, com cerca de 450 entradas diárias no SU, das quais 140 (31%) são de população idosa.

Nos HUC os doentes são orientados pela “Triagem de Manchester”, que atribui uma cor consoante a gravidade das queixas que os doentes referem e a prioridade de observação (Prioridade Vermelha- atendimento imediato; Prioridade Laranja- atendimento em 10 minutos; Prioridade Amarela- atendimento em 60 minutos; Prioridade Verde- atendimento em 120 minutos; Prioridade Azul- atendimento em 240 minutos e Prioridade Branca- referência médica).

Os períodos de recolha dos dados foram variados, incluindo diferentes alturas do dia, fins-de-semana e feriados. Este estudo foi revisto e aprovado pela Comissão de Ética dos HUC.

A recolha dos dados foi realizada na área Médica II do SU, a doentes triados para a especialidade de Medicina Interna com idade superior ou igual a 65 anos e cujas queixas de vinda à Urgência não eram aparentemente do foro psiquiátrico. Os indivíduos que se encontrassem criticamente doentes, com incapacidade de comunicar, que não falassem português, ou que simplesmente não quisessem participar, não foram incluídos nesta amostra.

Foi obtido o consentimento informado de todos os doentes que participaram no estudo.

Os doentes foram abordados aleatoriamente e independentemente do género. Foram avaliados em relação ao seu status depressivo, segundo a “Geriatric Depression Scale”, recomendada pela Royal College of Physicians e British Geriatric Society como uma escala adequada para detecção da depressão (IMRAN A, 2009) (Anexo I). Trata-se de um conjunto de trinta questões, criada por Yesavage et al. 1983, usada extensivamente na população geriátrica. O doente responde apenas sim ou não, pelo que se torna um teste de fácil exequibilidade no SU. Scores de zero a dez indicam “Ausência de Depressão”; onze a vinte indicam “Depressão Ligeira” e vinte e um a trinta reportam para “Depressão Grave”. Esta escala apresenta uma sensibilidade de 92% e uma especificidade de 89% (Yesavage JA et al., 1983).

Todos os doentes foram ainda submetidos a um inquérito (Anexo II), com questões gerais sobre dados demográficos e o seu estado de saúde.

As profissões dos doentes foram agrupadas em três sectores de actividade. No sector primário englobaram-se os trabalhadores da área agro-pecuária, pesca e trabalhadores florestais. As domésticas foram também incluídas neste sector. No sector secundário incluíram-se os operários fabris, da construção civil e transportadores de matérias-primas. No sector terciário, encontram-se as profissões ligadas ao comércio e serviços.

### **Análise Estatística**

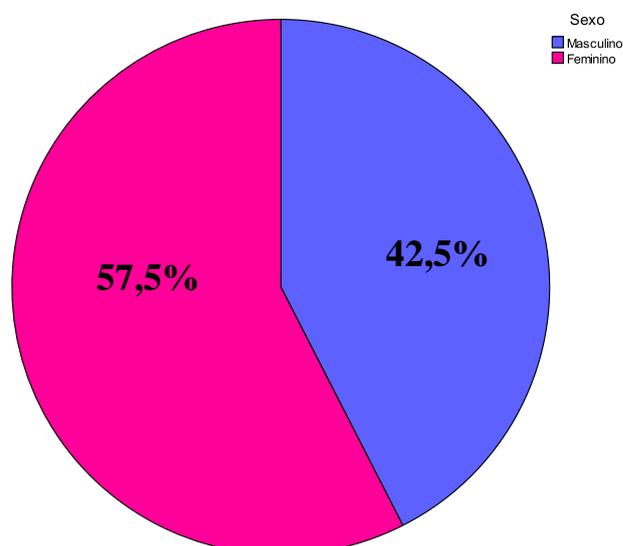
Os dados recolhidos foram trabalhados segundo o programa SPSS versão 18.0.

Para aferição de significância estatística entre as diferentes variáveis, recorreu-se aos testes Qui-quadrado ( $X^2$ ), T-student e Anova a 1 factor. Todos os testes foram avaliados ao nível de significância de 5%.

### III- RESULTADOS

#### III a) CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

No presente estudo foram avaliados 120 pacientes, todos de raça branca. Sessenta e nove do Sexo Feminino (57,5%) e cinquenta e um do Sexo Masculino (42,5%) (Figura 1). A média total de idades foi de 76,62 anos (desvio padrão: 7,38; intervalo entre 65-96 anos) (Tabelas I e II).



**Figura 1-** Distribuição dos idosos de acordo com o sexo.

#### Sexo Feminino

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
<b>Idade</b>	69	65	94	77,03	7,458

**Tabela I-** Variação das idades no sexo Feminino.

#### Sexo Masculino

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
<b>Idade</b>	51	65	96	76,06	7,320

**Tabela II-** Variação das idades no sexo Masculino.

A amostra sobre a qual incidiu o estudo, no que respeita ao Inquérito Geral, apresentou os seguintes resultados, relativamente à área de residência (Tabela III), habitação (Tabela IV), estado civil (Tabela V) e profissão (Tabela VI).

### Área de Residência

	Frequência	Percentagem %
Concelho de Coimbra	40	33,3
Fora do concelho de Coimbra	80	66,7
Total	120	100,0

**Tabela III-** Distribuição dos idosos segundo a sua área de residência.

### Habitação

	Frequência	Percentagem %	Percentagem Cumulativa %
Casa Própria	100	83,3	83,3
Família	11	9,2	92,5
Lar	9	7,5	100,0
Total	120	100,0	

**Tabela IV-** Distribuição dos idosos segundo a sua habitação.

### Estado Civil

	Frequência	Percentagem %	Percentagem Cumulativa %
Casado	72	60,0	60,0
Solteiro	6	5,0	65,0
Divorciado	5	4,2	69,2
Viúvo	37	30,8	100,0
Total	120	100,0	

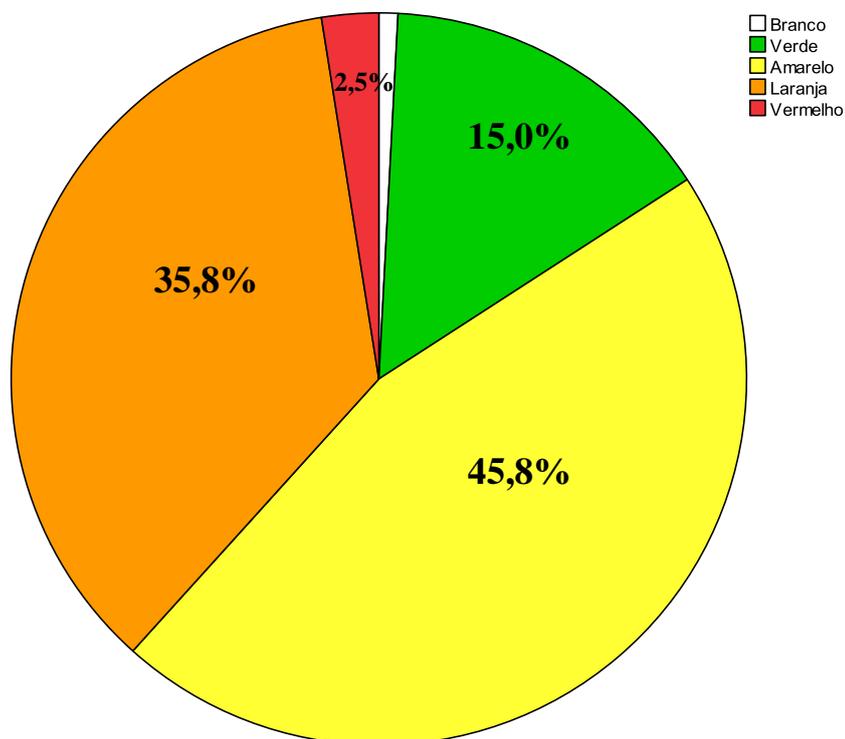
**Tabela V-** Distribuição dos idosos segundo o respectivo estado civil.

### Profissão

	Frequência	Percentagem %	Percentagem Cumulativa %
Sector Primário	60	50,0	50,0
Sector Secundário	24	20,0	70,0
Sector Terciário	36	30,0	100,0
Total	120	100,0	

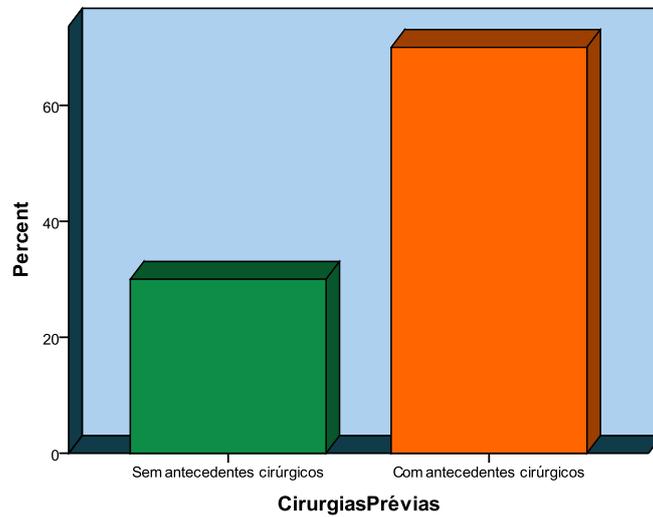
**Tabela VI-** Distribuição dos idosos consoante a sua profissão anterior.

Em relação à prioridade atribuída, com base na Triagem de Manchester, dos 120 doentes que recorrem ao SU, 55 apresentavam a cor Amarela; 43 a cor Laranja; 18 a cor Verde; 3 a cor Vermelha e 1 a cor Branca (0,8%) (Figura 2).



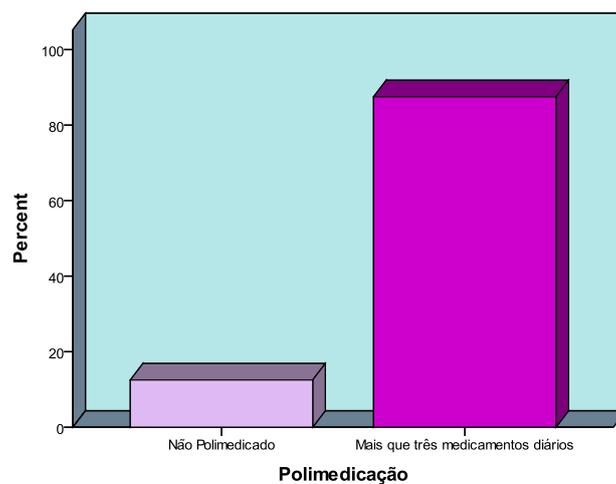
**Figura 2-** Prioridade atribuída aos idosos aquando da entrada no SU.

Quando questionados acerca de intervenções cirúrgicas prévias, 70% dos doentes responderam afirmativamente (Figura 3).



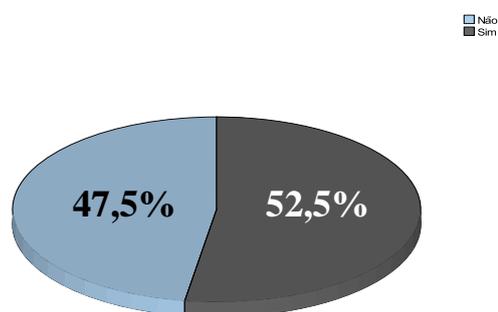
**Figura 3-** Frequência relativa de idosos no SU sujeitos ou não a cirurgias prévias.

Averiguou-se ainda a questão da polimedicação (toma superior a 3 medicamentos diários), sendo que 87,5% dos doentes se encontram polimedicados (Figura 4).



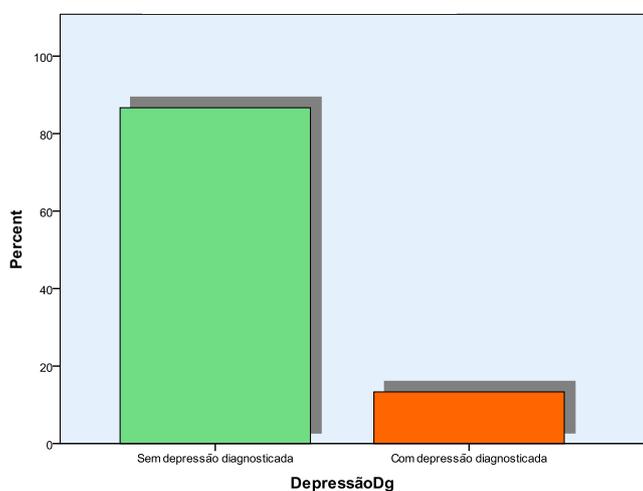
**Figura 4-** Polimedicação nos idosos do SU.

Dos 120 doentes inquiridos, mais de metade afirmaram ter recorrido previamente ao mesmo Serviço de Urgências num período de um ano (52,5%) (Figura 5).



**Figura 5-** Vinda ao SU num período de um ano.

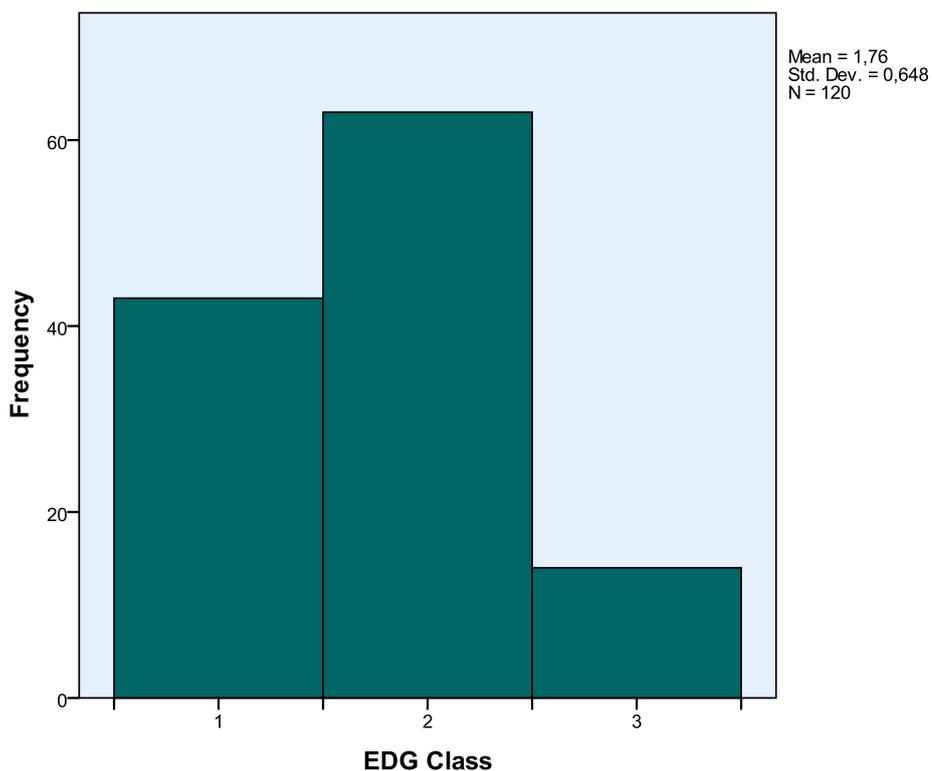
Quanto à pluripatologia, 79,2% dos doentes afirmaram sofrer de duas ou mais doenças, sendo a mais frequente a Hipertensão Arterial (70,8%), seguida da Diabetes Mellitus tipo 2 (35,5%), Dislipidemia (34,2%), Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (19,2%), Insuficiência Cardíaca Congestiva (17,5%), patologia do foro Osteo-articular (15%), Hipertrofia Benigna da Próstata (8,2%), Neoplasias (9,2%), Catarata (8,3%), Acidente Vascular Cerebral (7,5%), Anemia (7,5%), Enfarte Agudo do Miocárdio (6,7%) e Insuficiência Renal Crónica (6,7%). Em relação à depressão, apenas 13,3% dos doentes afirmaram sofrer de depressão e estar medicados (Figura 6).



**Figura 6-** Diagnóstico prévio de depressão nos idosos do SU.

### III b) ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Os resultados finais da Escala de Depressão Geriátrica, mostraram que dos 120 idosos, 14 (11,7%) encontravam-se com depressão grave, 63 (52,5%) com depressão ligeira e 43 (35,8%) com ausência de depressão (Figura 7).



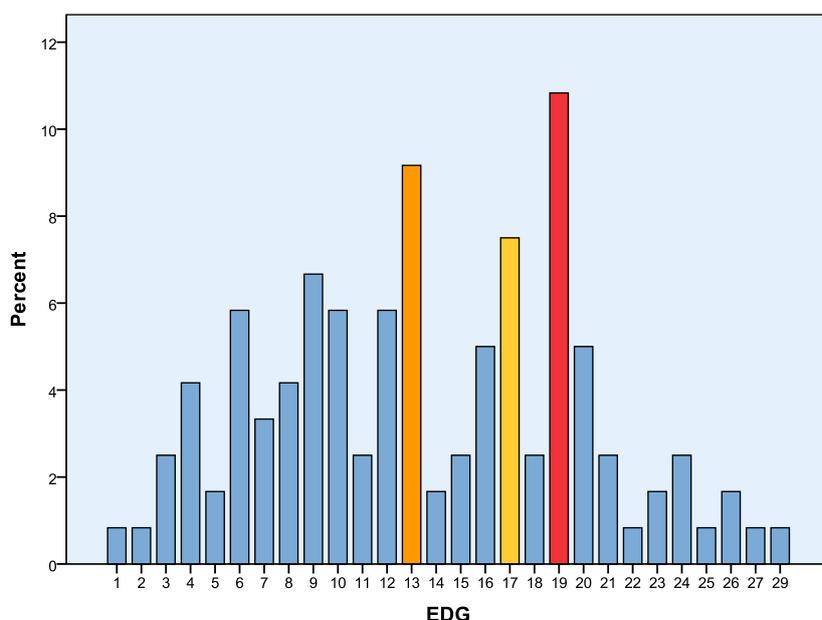
**Figura 7-** Distribuição dos idosos com base na classificação total da EDG. 1- Ausência de depressão; 2- Depressão ligeira; 3- Depressão grave.

Os resultados parcelares, consoante as trinta perguntas que constituem a EDG, explicitam-se sob a forma de se encontrarem coincidentes para a depressão na Tabela VII. Assim, as questões mais frequentemente respondidas a favor de depressão foram as relativas ao início de novas actividades e à colocação de parte de muitos dos interesses e actividades. Em contrapartida, as questões menos frequentemente respondidas a favor da depressão abordavam o facto de ser bom estar vivo e o gosto de se levantar pela manhã.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não está satisfeito(a) com a sua vida	36	30,0 %
Pôs de lado muitos dos seus interesses e actividades	<b>86</b>	<b>71,7 %</b>
Sente que a sua vida está vazia	66	55,0 %
Fica muitas vezes aborrecido(a)	76	63,3 %
Não tem esperança no futuro	58	48,3 %
Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar	58	48,3 %
Não está bem disposto(a) a maior parte do tempo	24	20,0 %
Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal	66	55,0 %
Não se sente feliz a maior parte do tempo	34	28,3 %
Sente-se muitas vezes desamparado(a)	42	35,0 %
Fica muitas vezes inquieto(a) ou nervoso(a)	79	65,8 %
Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas	68	56,7 %
Preocupa-se muito com o futuro	64	53,3 %
Acha que tem mais dificuldades de memória que os outros	45	37,5 %
Não pensa que é bom estar vivo	<b>10</b>	<b>8,3 %</b>
Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)	70	58,3 %
Sente-se inútil	37	30,8 %
Preocupa-se muito com o passado	47	39,2 %
Não acha a vida interessante	40	33,3 %
É difícil começar novas actividades	<b>93</b>	<b>77,5 %</b>
Não se sente cheio(a) de energia	62	51,7 %
Sente que para si não há esperança	54	45,0 %
Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que si	47	39,2 %
Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas	77	64,2 %
Sente muitas vezes vontade de chorar	79	65,8 %
Tem dificuldade em se concentrar	55	45,8 %
Não gosta de se levantar de manhã	<b>18</b>	<b>15,0 %</b>
Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas	54	45,0 %
Não tem facilidade em decidir as coisas	35	29,2 %
O seu raciocínio não é tão claro como dantes	53	44,2 %

**Tabela VII-** Frequências absolutas e relativas, para cada um dos parâmetros analisados na EDG, representados como valor positivo para a depressão.

Da análise de todos os inquéritos não se obteve nem um total de zero, nem de trinta pontos da EDG. A média de score da EDG foi de 13,61 (desvio padrão: 6,281). As três pontuações mais frequentes foram de 19 (10,8%); 13 (9,2%) e 17 (7,5%), situando-se todas elas no âmbito de depressão ligeira (Figura 8).



**Figura 8-** Frequência relativa do score obtido na EDG.

**Relação entre cada questão independente, das trinta que compõem a EDG, e o resultado final da mesma**

Com excepção da questão número treze ( $p= 0,128$ ), todas as restantes demonstraram uma relação significativamente estatística com o estado depressivo ( $p<0,05$ ). 15,8% dos idosos preocupam-se com o futuro e não estão deprimidos, enquanto que 26,7% não se preocupam e estão deprimidos.

		EDG Class			Total
		Ausência de Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	
Q13	Não	24	28	4	56
	Sim	19	35	10	64
Total		43	63	14	120

**Tabela VIII-** Relação entre a preocupação com o futuro e a depressão. ( $p=0,128$ )

### III c) ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA- Comparações

Variação da EDG entre os sexos:

Sexo	N	Média	Desvio padrão
EDG Masculino	51	11,73	5,58
Feminino	69	15,00	6,45

(p= 0,004)

**Tabela IX-** Relação entre o score médio da EDG e o sexo.

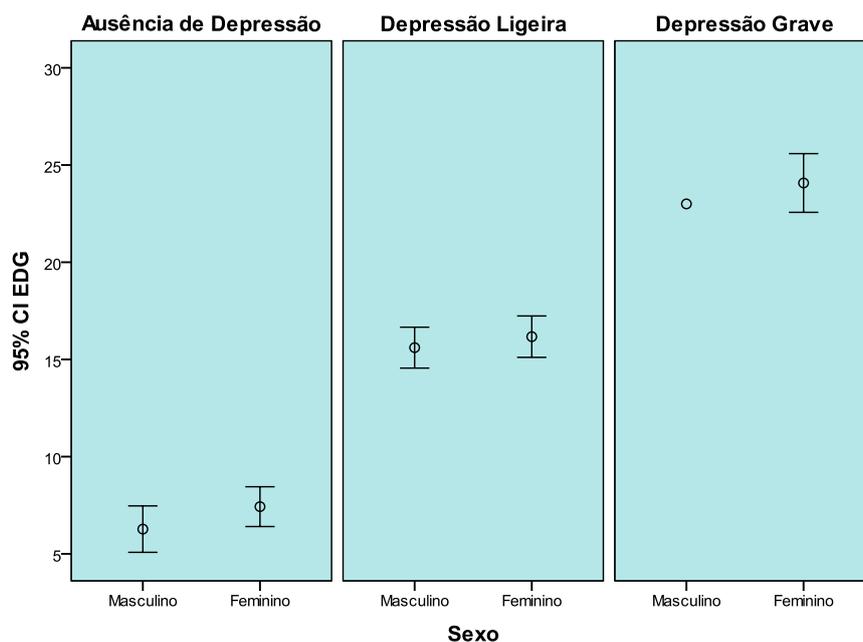
Variação da EDG entre os sexos apenas nos deprimidos (EDG ≥ 2):

Sexo	N	Média	Desvio Padrão
EDG Masculino	29	15,86	2,99
Feminino	48	18,31	4,60

(p= 0,006)

**Tabela X-** Relação entre o score médio dos doentes com depressão ligeira ou grave nos diferentes sexos.

Comportamento dos sexos pelos diferentes graus de depressão:



**Figura 9-** Relação da EDG média em cada sexo, segundo o grau de depressão.

### Relação entre Idade e Depressão:

Agrupando a amostra em intervalos iguais de idades (65-74; 75-84; 85-94 e 95-104 anos), embora se verifique que com o aumento da idade haja um aumento do estado depressivo em geral ( $EDG \geq 2$ ) e dos 43 doentes que evidenciaram ausência de depressão, 83,7% têm idade < 85 anos. não se verificou significância estatística entre as diferentes faixas etárias e o seu grau de depressão ( $p= 0,132$ ); nem significância estatística entre grupos (Anova,  $p=0,241$ ) (Tabela XI).

**Idade 2 \* EDG Class Crosstabulation**

	EDG Class			Total
	Ausência de Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	
Idade2 65-74 anos	22	18	7	47
75-84 anos	14	35	7	56
85-94 anos	7	9	0	16
95-104 anos	0	1	0	1
Total	43	63	14	120

( $p=0,132$ )

**Tabela XI-** Relação entre as faixas etárias e o estado de depressão.

### Relação entre a Área de Residência e Depressão:

Quanto à área de residência, dos 77 idosos com depressão ligeira ou grave, 67,53% não pertencem ao concelho de Coimbra, face a 32,47% que pertencem. No entanto, o estudo de correlação não verificou significância estatística entre a área de residência e o grau de depressão ( $p= 0,093$ ) (Tabela XII).

**ÁreaResidência \* EDG Class Crosstabulation**

	EDG Class			Total
	Ausência de Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	
Concelho de Coimbra	15	17	8	40
Fora do concelho de Coimbra	28	46	6	80
Total	43	63	14	120

**Tabela XII-** Relação entre as a área de residência e o estado de depressão. ( $p=0,093$ )

Os idosos que pertencem ao concelho de Coimbra apresentaram um score médio de EDG de 13,88 ( $dp \pm 7,23$ ), enquanto que os que não pertencem ao concelho de Coimbra obtiveram um score médio de EDG de 13,48 ( $dp \pm 5,80$ ). (t-test,  $p= 0,762$ ).

**Relação entre Estado Civil e Depressão:**

**Crosstab**

		EDG Class			Total
		Ausência de Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	
EstadoCivil	Casado	34	31	7	72
	Solteiro	1	5	0	6
	Divorciado	1	3	1	5
	Viúvo	7	24	6	37
Total		43	63	14	120

( $p= 0,065$ )

**Tabela XIII-** Relação entre o estado civil e o estado de depressão.

**Descriptives  
EDG**

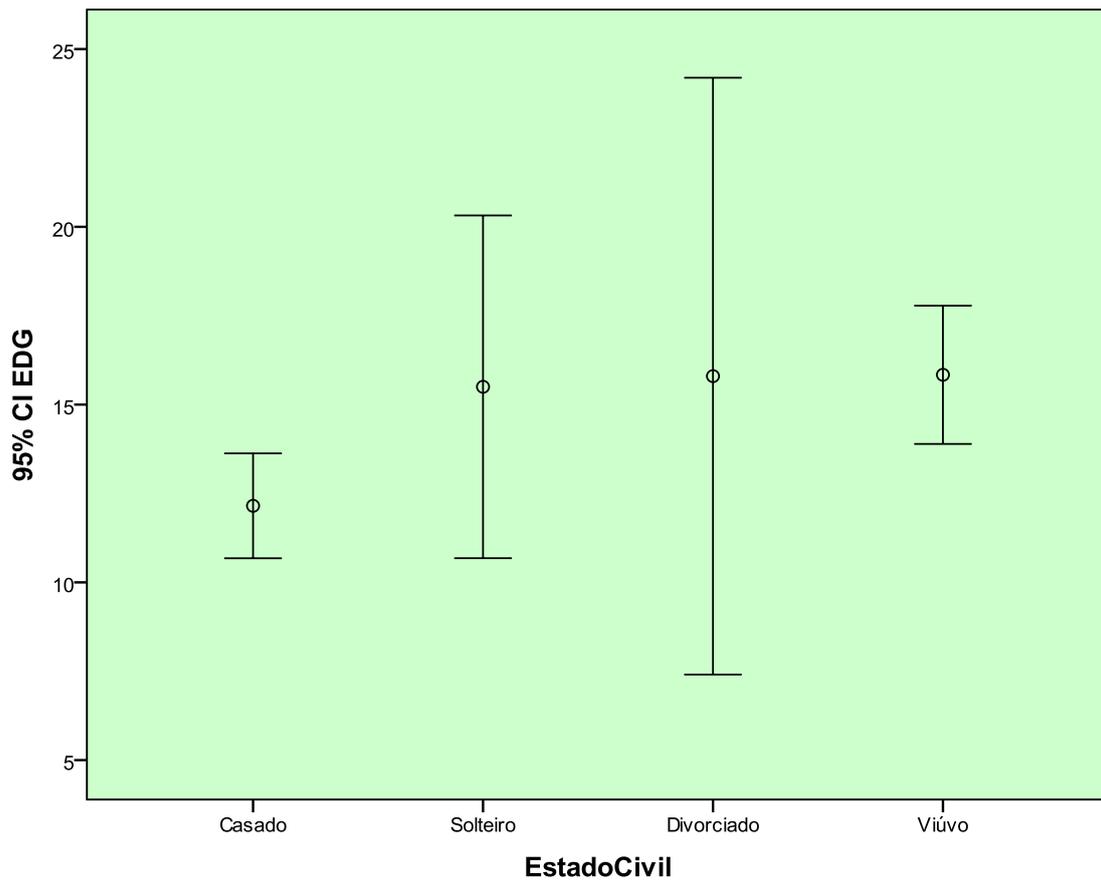
	N	Mean	Std. Dev.	95% CI for Mean		Minimum	Maximum
				Lower Bound	Upper Bound		
Casado	72	12,15	6,279	10,68	13,63	1	25
Solteiro	6	15,50	4,593	10,68	20,32	8	20
Divorciado	5	15,80	6,760	7,41	24,19	9	26
Viúvo	37	15,84	5,833	13,89	17,78	4	29
Total	120	13,61	6,281	12,47	14,74	1	29

**Tabela XIV-** Score médio de EDG nos diferentes estados civis.

**ANOVA- EDG**

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	381,945	3	127,315	3,424	<b>,020</b>
Within Groups	4312,646	116	37,178		
Total	4694,592	119			

**Tabela XV-** Relação da variação da depressão dentro dos diferentes estados civis.



**Figura 10-** Diagrama que ilustra a relação estatisticamente significativa entre o grupo dos casados e o dos viúvos. (Multiple Comparisons EDG Tukey HSD) ( $p= 0,018$ ).

**Relação entre o Sector Profissional e Depressão:**

**Crosstab**

		EDG Class			Total
		Ausência de Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	
Profissão	Sector Primário	18	33	9	60
	Sector Secundário	9	12	3	24
	Sector Terciário	16	18	2	36
Total		43	63	14	120

( $p= 0,523$ )

**Tabela XVI-** Relação entre o sector profissional e o estado de depressão.

### Descriptives EDG

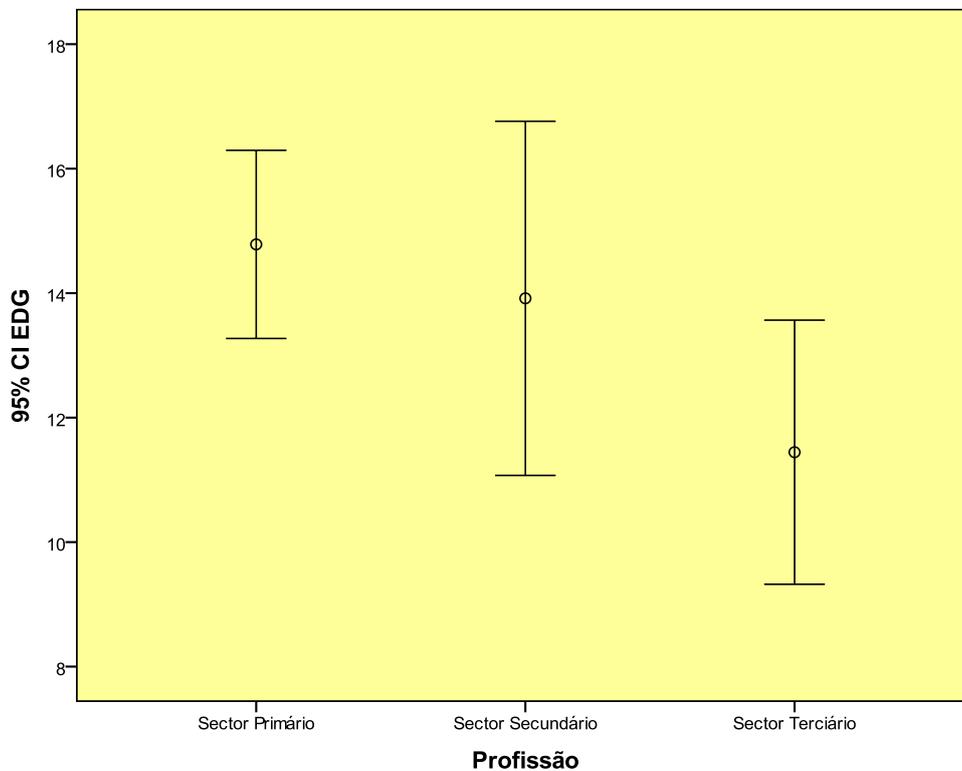
	N	Mean	Std. Dev.	95% CI for Mean		Minimum	Maximum
				Lower Bound	Upper Bound		
Sector Primário	60	14,78	5,852	13,27	16,29	3	29
Sector Secundário	24	13,92	6,737	11,07	16,76	4	25
Sector Terciário	36	11,44	6,272	9,32	13,57	1	26
Total	120	13,61	6,281	12,47	14,74	1	29

**Tabela XVII-** Score médio de EDG nos diferentes sectores profissionais.

### ANOVA- EDG

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	253,686	2	126,843	3,342	<b>,039</b>
Within Groups	4440,906	117	37,956		
Total	4694,592	119			

**Tabela XVIII-** Relação da variação da depressão dentro dos diferentes sectores profissionais.



**Figura 11-** Diagrama que ilustra a relação estatisticamente significativa entre o sector primário e o terciário. (Multiple Comparisons EDG Tukey HSD) ( $p = 0,030$ ).

**Relação entre Prioridade atribuída à entrada do SU e Depressão:****Crosstab**

		EDG Class			Total
		Ausência de Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	
Prioridade Atribuída	Branca	1	0	0	1
	Verde	5	12	1	18
	Amarela	24	25	6	55
	Laranja	13	24	6	43
	Vermelha	0	2	1	3
Total		43	63	14	120

**Tabela XIX-** Relação entre a prioridade atribuída à entrada do SU e o estado de depressão ( $p=0,441$ ).

Assim, em relação à prioridade branca obteve-se apenas um doente que não apresentava depressão. Dos doentes com pulseira verde, 72,2% encontravam-se deprimidos; tal como 62% dos de pulseira amarela, 69,8% dos de pulseira laranja e 100% dos de pulseira vermelha. No entanto, não se verificou correlação estatística significativa ( $p=0,441$ ). A média de score da EDG, com um intervalo de confiança de 95%, foi de 10 para a cor branca; 13,94 para a cor verde; 12,36 para a cor amarela; 14,74 para a cor laranja e 19,33 para a cor vermelha. O estudo acerca da relação entre a EDG pelos diferentes grupos de cores não mostrou significância estatística. (Anova: sig.= 0,168).

**Relação entre Habitação e Depressão:****Crosstab**

		EDG Class			Total
		Ausência de Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	
Habitação	Casa Própria	38	50	12	100
	Família	4	7	0	11
	Lar	1	6	2	9
Total		43	63	14	120

**Tabela XX-** Relação entre a habitação e o estado de depressão ( $p=0,338$ ).

### Descriptives- EDG

	N	Mean	Std. Dev.	95% CI for Mean		Minimum	Maximum
				Lower Bound	Upper Bound		
Casa Própria	100	13,24	6,345	11,98	14,50	1	29
Família	11	13,45	5,392	9,83	17,08	6	20
Lar	9	17,89	5,465	13,69	22,09	9	27
Total	120	13,61	6,281	12,47	14,74	1	29

**Tabela XXI-** Score médio de EDG consoante a habitação. Anova: sig.=0,103.

### Relação entre a polimedicação e a Depressão:

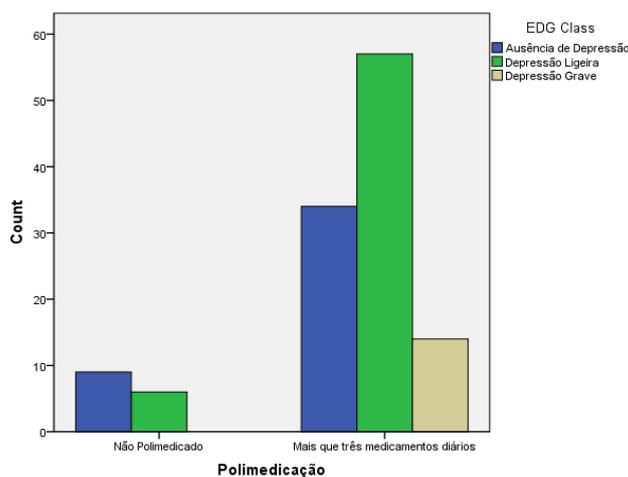
Embora 100% dos pacientes com depressão grave estejam polimedicados e 59,2% dos doentes polimedicados tenham algum grau de depressão, esta relação não é significativamente estatística ( $p= 0,071$ ) (Tabela XII) (Figura 12).

### Polimedicação \* EDG Class Crosstabulation

		EDG Class			Total
		Ausência de Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	
Polimedicação	Não Polimedicado	9	6	0	15
	Mais que três medicamentos diários	34	57	14	105
Total		43	63	14	120

( $p= 0,071$ )

**Tabela XXII-** Relação entre a polimedicação e o estado de depressão.



**Figura 12-** Distribuição absoluta do score de EDG consoante a polimedicação.

### Relação entre a vinda prévia ao S.U. em menos de um ano e a Depressão:

Não foi demonstrada relação estatisticamente significativa ( $p= 0,674$ ) (Tabela XXIII).

**Vindas SU último Ano \* EDG Class Crosstabulation**

		EDG Class			Total
		Ausência de Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	
Vindas ao SU no último Ano	Não	21	28	8	57
	Sim	22	35	6	63
Total		43	63	14	120

( $p= 0,674$ )

**Tabela XXIII-** Relação entre a vinda prévia ao SU em menos de um ano e o grau de depressão.

### Relação entre antecedentes cirúrgicos e a Depressão:

Existe relação estatisticamente significativa ( $p= 0,013$ ) (Tabela XXIV).

**CirurgiasPrévias \* EDG Class Crosstabulation**

		EDG Class			Total
		Ausência de Depressão	Depressão Ligeira	Depressão Grave	
CirurgiasPrévias	Sem antecedentes cirúrgicos	20	13	3	36
	Com antecedentes cirúrgicos	23	50	11	84
Total		43	63	14	120

( $p= 0,013$ )

**Tabela XXIV-** Relação entre antecedes cirúrgicos e o grau de depressão.

### Relação entre o diagnóstico prévio de depressão e a EDG:

Dos doentes que afirmaram ter depressão diagnosticada (16 doentes, 3 homens e 13 mulheres), todos confirmaram depressão segundo a EDG, tendo 11 depressão ligeira e 5 depressão grave.

#### IV- DISCUSSÃO

Neste estudo, a percentagem de idosos com depressão ligeira ou grave do SU dos HUC (64,2%, sendo que 18,1% tinham depressão grave) encontrou-se aumentada em comparação com outros estudos realizados noutros serviços de urgência (32% de deprimidos em Raccio-Robak et al., (2002); 16,5% de deprimidos em Hustey et al., (2007)). A realidade sócio-económica, a que grande maioria dos idosos da população portuguesa está submetida, comporta fundamentalmente indivíduos ligados à vida rural, com condições financeiras mais carenciadas e com qualidade de vida mais precária. A recolha dos dados foi feita nos HUC que, sendo um hospital central onde recorrem os doentes com patologias mais graves e crónicas, pode ser outro dos motivos para esta diferença.

Da análise do status depressivo entre homens e mulheres, constatou-se com significância estatística de que o sexo pode ser visto como factor de risco para desenvolver depressão, sendo o sexo feminino o mais acometido. A frequência de homens deprimidos foi de 56,9%, face a 69,6% nas mulheres. Tanto o score médio de EDG é maior no sexo feminino- 15,00 (desvio padrão: 6,45) contra 11,73 do sexo masculino (desvio padrão: 5,58) ( $p=0,004$ )- como se mantém esta relação quando analisados apenas aqueles com  $EDG \geq 2$ , onde as mulheres têm um score médio de 18,31 (desvio padrão: 4,60) e os homens 15,86 (desvio padrão: 2,997). De notar que apenas um homem se detectou no âmbito de depressão grave. Estes resultados estão de acordo com estudos anteriores (Wang et al., 2010).

Observando os doentes por escalões etários, a média da EDG não se alterou significativamente. Em idades inferiores a 75 anos o grau de depressão é em média menor, no entanto, não se conseguiu significância estatística que suporte mais conclusões ( $p= 0,132$ ). Provavelmente, o facto de apenas 17 doentes apresentarem idades  $\geq 85$  anos não permitiu que se atingisse a relação que estudos demonstraram acerca da elevada prevalência da depressão nos muito idosos (Garrard et al., 1998).

Quanto à área de residência, a análise dos dados não mostrou diferenças estatisticamente significativas entre a depressão nos idosos do SU provenientes do concelho de Coimbra e de fora do concelho de Coimbra ( $p= 0,093$ ).

Quanto ao estado civil, embora não se tenha verificado uma relação estatística inequívoca, esta parece existir ( $p=0,065$ ). Tal ter-se-á devido ao número não representativo de solteiros e divorciados encontrados. Quando analisados por grupos, a associação entre os casados e os viúvos com os respectivos scores da EDG é estatisticamente significativa ( $p=0,018$ ). Enquanto que os casados apresentam uma média de score de EDG de 12,15 (desvio padrão: 6,279), os viúvos têm uma média de 15,84 (desvio padrão: 5,833). Atendendo a casos de ausência de depressão ( $EDG < 2$ ), apenas 18,9% dos viúvos a atingiram, contra 47,2% dos casados que revelaram ausência de depressão. Parece esclarecedor, mais do que a importância de viver com o cônjuge, as consequências que são perdê-lo e o desalento que se abate sobre o idoso viúvo. O facto do idoso ser casado tem sido apontado como factor protector de depressão geriátrica (Wang et al., 2010).

No que concerne à profissão anterior dos idosos, verificou-se uma tendência para haver uma diminuição do score da EDG à medida que o sector evolui de primário para secundário, e deste para o sector terciário. Há que ter em conta que os idosos que pertencem ao sector primário são maioritariamente do ramo da agricultura, pecuária, pesca e doentes do sexo feminino que durante toda a vida foram domésticas, não tendo de momento reformas ou outras fontes de rendimento. Ainda assim, por comparação múltipla entre sectores apenas se demonstrou uma relação estatisticamente significativa entre o sector primário e o sector terciário ( $p=0,03$ ). Resultados semelhantes foram encontrados noutros estudos, como os de Raccio-Robak et al. (2002) e Júnior et al. (2008).

Quanto à prioridade atribuída no SU, também foi averiguada a possível relação estatística com o estado depressivo dos idosos. No entanto, pese a percentagem de 100% de deprimidos com a prioridade vermelha, com as outras cores, (predictoras de uma severidade decrescente do episódio que trouxe o doente ao SU), não se verificou um decréscimo na mesma ordem do status depressivo ( $p=0,441$ ), pelo que do presente estudo, conclui-se não ser predictor a prioridade atribuída à entrada do SU face ao grau de depressão.

A relação entre a depressão e o facto dos idosos viverem em casa própria, em casa de familiares ou num lar não mostrou uma correlação estatisticamente significativa ( $p=0,338$ ).

O facto da percentagem de idosos deprimidos que vivem com os familiares (63,6%) ter sido superior àqueles que residem em habitação própria (62%) poder-se-á explicar porque as limitações funcionais avançadas e os cuidados que muitos idosos

necessitam e que os fazem ir viver para casa de familiares leva-os a ter uma vida mais sedentária, sendo menos activos socialmente e daí, mais propensos à depressão. Ainda assim, dos doentes que vivem com familiares, nenhum resultou em depressão grave, o que pode predizer a importância que o apoio da família representa.

Já em relação aos doentes institucionalizados, a prevalência e severidade da depressão aumentam para valores na ordem dos 88,9% de deprimidos. Singindo aos casos de depressão grave, que constituem 22,2%, este valor está de acordo com a literatura que aponta para uma prevalência de depressão major em idosos institucionalizados entre 15% e 35% (Santos et al., 2003). Uma crescente insatisfação com a instituição, a ausência de privacidade, o tratamento mecanicista, sem atender a diferenças individuais, e o isolamento crescente, podem estar implicados neste claro aumento.

A polimedicação não evidenciou ser um factor de risco para a depressão ( $p=0,071$ ), embora todos os idosos com depressão grave estivessem polimedicados, podendo ser este facto uma consequência das suas patologias de base.

Quanto à relação entre a recorrência prévia ao SU em menos de um ano e a depressão, dos 77 doentes deprimidos, 53,2% tinham recorrido ao SU até há um ano atrás. Ainda assim, não se alcançaram diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,674$ ) que alguns estudos evidenciaram (Raccio-Robak et al., 2002).

O défice na detecção e consequente tratamento da depressão conduz a implicações significativas quer a nível médico, quer a nível de saúde pública. Os doentes com depressão apresentam um aumento da utilização dos cuidados de saúde e

um decréscimo marcado das aptidões funcionais e do seu bem-estar, em geral (Meldon et al., 1999).

A presença de antecedentes cirúrgicos também se revelou um factor importante no screening da depressão pois 72,6% dos idosos com antecedentes cirúrgicos apresentaram depressão ligeira ou grave e 55,6% dos idosos que não foram submetidos a qualquer intervenção cirúrgica não apresentaram depressão ( $p=0,013$ ). A carga psicológica que uma cirurgia acarreta, assim como as comorbilidades que muitas vezes lhe sucedem principalmente no idoso, estão assim fortemente relacionadas com a depressão.

#### Limitações:

- O nº da amostra recolhida;
- O tempo para a colheita dos dados;
- As características epidemiológicas aqui enunciadas, podem ser diferentes se investigadas em sociedades distintas, com diferentes hábitos culturais.

Deverão realizar-se mais estudos para benefício dos doentes com um status depressivo tendo em vista uma abordagem mais eficaz dos mesmos, resultando em cuidados de saúde otimizados dirigidos à sua condição.

## V- CONCLUSÃO

Com este trabalho, concluiu-se que a Depressão nos idosos que recorrem ao SU é muito prevalente (64,2%) e que se trata de uma doença que continua a ser subestimada pelos clínicos. Existem diferenças significativas nas características socio-económicas e comorbilidades associadas entre doentes depressivos e não-depressivos, pelo que, a identificação dos idosos com risco para desenvolver depressão deverá tornar-se numa prioridade para os médicos do Serviço de Urgências.

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre estados depressivos e o sexo dos doentes, sendo aqueles, mais prevalentes no sexo feminino, o qual também atingiu scores de depressão mais elevados. Idosos com profissão anterior pertencente ao sector primário têm ainda maior probabilidade de apresentarem graus mais elevados de depressão do que aqueles associados ao sector terciário. Idosos com antecedentes cirúrgicos foram predictores de depressão com relevância estatística. Quanto ao estado civil, apenas se comprovou um aumento do status depressivo, estatisticamente significativo, dos idosos viúvos face aos casados. A habitação não demonstrou relação estatística significativa, embora 88,9% dos idosos que se encontravam em lares tenham apresentado algum grau de depressão. A faixa etária, a zona de residência, a prioridade atribuída à entrada do SU, a polimedicação e a recorrência prévia num ano ao SU não se revelaram factores que pudessem distinguir os diferentes estados depressivos com significância estatística.

Sabendo-se que a população geriátrica está a aumentar ao longo dos anos, tanto nos países desenvolvidos como também naqueles em desenvolvimento, é fundamental dar a devida importância àquela que se considera ser a doença psiquiátrica mais comum no idoso.

Sendo o envelhecimento um processo fisiológico inerente a todo o ser humano, e já que ocorrem alterações também a nível cerebral, todos os clínicos deveriam ficar alertados e preparados para que, mais eficazmente, procedessem à distinção entre o decorrer do envelhecimento e a depressão que, passível de tratamento, aumentaria em grande parte a qualidade de vida dos idosos que recorrem ao SU.

## VI- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balwin RC, O'Brien J (2002) Vascular basis of late-onset depressive disorder. *British Journal of Psychiatry* 180: 157-160.
2. Blanchette CM, Wastila L, Shaya F, Orwig D, Noel J, Stuart B (2009) Health care use in depressed, elderly, cardiac patients and the effect of antidepressant use. *American Journal Health-System Pharmacists* 64(4): 366-372.
3. Borges LJ, Benedetti TRB, Mazo GZ (2010) Influencia del ejercicio físico en los síntomas depresivos y en la aptitud funcional de ancianos en el sur de Brasil. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 45(2): 72-78.
4. Charazac P (2004) Introdução aos Cuidados Gerontopsiquiátricos. Ser prestador de cuidados, pp115-127. Lisboa. Climepsi Editores.
5. Clement JP, Fray E, Paycin S, Leger JM, Therme JF, Dumont D (1999) Detection of Depression in the Elderly Hospitalized Patients in Emergency Wards in France using the CES-D and the Mini-GDS: Preliminary Experiences. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14: 373-378.
6. Fabacher DA, Raccio-Robak N, McErlean MA, Milano PM, Verdile VP (2002) Validation of a Brief Screening Tool to Detect Depression in Elderly ED Patients. *American Journal of Emergency Medicine* 20(2): 99-102.

7. Firbank MJ, Lloyd AJ, Ferrier N, O'Brien J (2004) A volumetric study of MRI signal hyperintensities in late-life depression. *American Journal Geriatric Psychiatry* 12(6):606-612.
8. Forti P, Rietti E, Pisacane N, Olivelli V, Dalmonte E, Mecocci P, Ravaglia G (2010) Blood homocysteine and risk of depression in the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 51(1): 21-25.
9. Garrard J, Rolnick SJ, Nitz NM, Luepke L, Jackson J, Fischer LR, Leibson C, Bland PC, Heinrich R, Waller LA (1998) Clinical Detection of Depression Among Community-Based Elderly People With Self-Reported Symptoms of Depression. *Journal of Gerontology* 53A(2): 92-101.
10. Hustey FM (2005) The Use of a brief Depression Screen in Older Emergency Department Patients. *Academic Emergency Medicine* 12(9): 905-908.
11. Hustey FM, Meldon SW (2002) The Prevalence and Documentation of Impaired Mental Status in Elderly Emergency Department Patients. *Annals of Emergency Medicine* 39(3): 248-253.
12. Hustey FM, Meldon SW, Smith MD, Lex CK (2003) The Effect of Mental Status Screening on the Care of Elderly Emergency Department Patients. *Annals of Emergency Medicine* 41(5): 678-684.

13. Hustey FM, Smith MD (2007) A depression screen and intervention for older ED patients. *American Journal of Emergency Medicine* 25(2): 133-137.
14. Imran A, Azidah AK, Asrenee AR, Rosediani M (2009) Prevalence of Depression and its Associated Factors Among Elderly Patients in Outpatient Clinic of Universiti Sains Malaysia Hospital. *Medical Journal* 64(2): 134-139.
15. Júnior JRM, Rockland A, Marques AT, Souza JL, Nogueira PM (2008) Factores de risco para a depressão em idosos. *Ser Saúde* 3(9): 86-111.
16. Kamble SV, Dhumale GB, Goyal RC, Phalke DB, Ghodke YD (2009) Depression among Elderly Persons in a Primary Health Centre Area in Ahmednagar, Maharashtra. *Indian Journal of Public Health* 53(4): 253-255.
17. Kennedy GJ, Scalmati A (2001) The interface of depression and dementia. *Current Opinion in Psychiatry* 14(4): 367-369.
18. Kirshnan KR, Taylor WD, McQuoid DR, MacFall JR, Payne ME, Provenzale JM, Steffens DC (2004) Clinical characteristics of magnetic resonance imaging-defined subcortical ischemic depression. *Biol Psychiatry* 55: 390-397.
19. Kowalenko T, Khare R (2004) Should We Screen for Depression in the Emergency Department? *Academic Emergency Medicine* 11(2): 177-178.

20. Kumar A, Clark S, Boudreaux E (2004) A Multicenter Study of Depression among Emergency Department Patients. *Academic Emergency Medicine*. 11(12): 1284-1289.
21. Linares MS, Gomez JV, Garcia FM, Carreño E, Álvarez A (2009) Antecedentes y presencia de trastornos depresivos como factor de riesgo de ingreso hospitalario en pacientes mayores de 74 años atendidos en un servicio de urgencias. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 44(6): 305-310.
22. Lyness JM, Yu Q, Tang W, Tu X, Conwell Y (2009) Risk for Depression Onset in Primary Care Elderly Patients: Potential Targets for Preventive Interventions. National Institutes of Health. *American Journal Psychiatry* 166(12): 1375-1383.
23. Meldon SW, Emerman CL, Moffa DA, Shubert DSP (1998) Utility of Clinical Characteristics in Identifying Depression in Geriatric ED Patients. *American Journal of Emergency Medicine* 17(6): 522-525.
24. Meldon SW, Emerman CL, Shubert DSP, Moffa DA, Etheart RG (1997) Depression in Geriatric ED Patients: Prevalence and Recognition. *Annals of Emergency Medicine* 30(2): 141-145.
25. Oxman TE, Hull JG (1997) Social Support, Depression, and Activities of Daily Living in Older Heart Surgery Patients. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 52(1):1-14.

26. Pereira G (2003) Terapia cognitivo-comportamental da depressão no idoso. *Geriatrics* 15(150): 17-25.
27. Peters R, Pinto E, Beckett N, Swift C, Potter J, McCormack T, Nunes M, Evans JG, Fletcher A, Bulpitt C (2010) Association of depression with subsequent mortality, cardiovascular morbidity and incident dementia in people aged 80 and over and suffering from hypertension. Data from the Hypertension in the Very Elderly Trial (HYVET). *Age and Ageing* 39: 439-445.
28. Raccio-Robak N, McErlean MA, Fabacher DA, Milano PM, Verdile VP (2002) Socioeconomic and Health Status Differences Between Depressed and Nondepressed ED Elders. *American Journal of Emergency Medicine* 20(2): 71-73.
29. Sampaio D (1992) O clínico geral face à depressão e ao suicídio na terceira idade. *Revista Portuguesa Clínica Terapêutica* 13(1): 15-21.
30. Santos F, Sobral M, Ribeiro O, Costa A (2003) Estudo de prevalência da depressão numa população idosa institucionalizada. *Geriatrics* 15(154): 10-20.
31. Shah A, Herbert R, Lewis S, Mahendran R, Platt J, Bhattacharyya B (1997) Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short geriatric depression scale. *Age and ageing* 26: 217-221.

32. Shah MN, Karuza J, Rueckmann E, Swanson P, Conwell Y, Katz P (2009) Reliability and Validity of Prehospital Case Finding for Depression and Cognitive Impairment. *Journal American Geriatrics Society* 57(4): 697-702.
33. Simões M (1996) Depressão nas idades avançadas: aspectos práticos do diagnóstico, terapêutica e da relação médico-doente deprimido idoso e seus familiares. *Geriatrics* 9(86): 23-34.
34. Steffens DC (2004) Establishing diagnostic criteria for vascular depression. *Journal Neurological Sciences* 226:59-62.
35. Tahiri SDM, Zunzunegui MV, Preville M, Dubé M (2010) Gender, social relationships and depressive disorders in adults aged 65 and over in Québec. *Chronic Diseases in Canada* 30(2): 56-65.
36. Tavares A, Marques LM, Ferreira L, Firmino H (2000) Aspectos patoplásticos da depressão geriátrica. *Psiquiatria Clínica* 21(3): 237-242.
37. Thomas AJ, Ferrier I, Kalaria R, Perry R, Brown A, O'Brien J (2001) A neuropathological study of vascular factors in late-life depression. *Journal of Neurol Neurosurg Psychiatry*. 70:83-87.
38. Veríssimo MT (2006) Actividade Física e envelhecimento. In: *Psicogeriatrics* (Psiquiatria Clínica, ed), pp83-94. Coimbra.

39. Veríssimo MT (2006) Avaliação Multidimensional no idoso. In: Psicogeriatrics (Psiquiatria Clínica, ed), pp489-498. Coimbra.
40. Vieira CR (1993) Como reconhecer a depressão no idoso. Geriatrics 6(57): 28.
41. Wang JK, Su TP, Chou P (2010) Sex Differences in Prevalence and Risk Indicators of Geriatric Depression: The Shih-Pai Community-based Survey. Journal of the Formosan Medical Association. 109(5): 345-353.
42. Wilber ST, Carpenter CR, Hustey FM (2008) The Six-item Screener to Detect Cognitive Impairment in Older Emergency Department Patients. Society for Academic Emergency Medicine 15(7): 613-616.
43. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO (1983) Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. Journal of Psychiatric Research, 17: 37-49.

# ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

(Yesavage et al. 1983)

Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tenha sentido de há uma semana para cá:

1. Está satisfeito(a) com a sua vida? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
2. Pôs de lado muitos dos seus interesses e actividades? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
3. Sente que a sua vida está vazia? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
5. Tem esperança no futuro? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar? ..( ) **Sim** ( ) **Não**
7. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
8. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
10. Sente-se muitas vezes desamparado(a)? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
11. Fica muitas vezes inquieto(a) ou nervoso(a)? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?.....( ) **Sim** ( ) **Não**
13. Preocupa-se muito com o futuro? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
14. Acha que tem mais dificuldades de memória que as outras pessoas?..( ) **Sim** ( ) **Não**
15. Pensa que é bom estar vivo(a)? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
17. Sente-se inútil? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
18. Preocupa-se muito com o passado? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
19. Acha a vida interessante? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
20. É difícil começar novas actividades? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
21. Sente-se cheio(a) de energia? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
22. Sente que para si não há esperança? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
23. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor(a)? ( ) **Sim** ( ) **Não**
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
25. Sente muitas vezes vontade de chorar? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
26. Tem dificuldade em se concentrar? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
27. Gosta de se levantar de manhã? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
29. Tem facilidade em decidir as coisas? .....( ) **Sim** ( ) **Não**
30. O seu raciocínio é tão claro como era dantes? .....( ) **Sim** ( ) **Não**

## Pontuação:

0 pontos quando for diferente da resposta em negrito

1 ponto quando for igual à resposta em negrito

**Classificação:** 0 - 10 = Ausência de depressão; 11 - 20 = Depressão ligeira; 21 a 30 = Depressão grave

## INTERROGATÓRIO INDIVIDUAL

Nº

Sexo- M  F

\_\_/\_\_/\_\_

Idade- \_\_\_\_\_

Residência- \_\_\_\_\_ Casa própria  Casa Filhos / Familiar  Lar

Estado Civil- Casado/a  Solteiro/a  Divorciado/a  Viúvo/a

Profissão (anterior)- \_\_\_\_\_

Prioridade atribuída

Branco  Verde  Amarelo  Laranja  Vermelho

### ANTECEDENTES

Doenças Crónicas:

---

---

---

---

Medicação Habitual: > 3 comprimidos/dia- Sim  Não

Cirurgias Anteriores: ..... Sim  Não

Vindas à Urgência no último Ano: ..... Sim  Não