

Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica (Yesavage)

*Carlos Fernando Pereira Cheloni*¹

*Francisco Lídio Santos Pinheiro*²

*Milanêz Cavalcanti Filho*³

*Antônio Lázaro de Medeiros*⁴

Resumo

Este trabalho constitui-se de uma pesquisa acerca da prevalência de depressão em idosos institucionalizados no Abrigo Amantino Câmara, no município de Mossoró/RN. Realizou-se uma investigação na qual se utilizou questionário, por meio da escala depressão geriátrica, adaptada de Yesavage J. A., Brink, e conversas informais buscando os sinais e sintomas de depressão no idoso institucionalizado. O abrigo possui atualmente cinquenta e seis idosos, dos quais trinta e cinco são mulheres (62,5%) e vinte e um homens (37,5%), sendo destes dezessete (30%) acamados: cinco homens (8,9%) e doze mulheres (21,4%). O estudo foi prospectivo transversal e a amostra constituiu-se de quarenta e cinco idosos da instituição no período da pesquisa, acamados ou não, que se dispuseram a responder ao questionário. Os pacientes da instituição com idade acima de sessenta anos foram subdivididos em dois grupos: de 60 a 75 anos e acima de 75 anos. Os onze idosos que foram excluídos encontravam-se com patologias que iriam interferir na avaliação da escala, variando desde quadros demenciais a estados confusionais. O trabalho apresenta as constatações obtidas com a pesquisa e mostra que a prevalência de depressão nos idosos institucionalizados em Mossoró foi de 51%, estando compatível com dados encontrados na literatura, e faz sugerir que esse transtorno psiquiátrico aumenta de forma relevante com o passar da idade, porém não faz parte do processo normal de envelhecimento.

Palavras-chave: Instituição, depressão, idosos.

Abstract

This work consists of a study of the prevalence of depression in the elderly in the Amantino Câmara Institute, in Mossoró/RN. An

¹ Médico, Clínico Geral, Pós- Graduado em Medicina do Trabalho, concluindo graduação em Geriatria e Gerontologia.

² Médico, Clínico geral, com especialização em Administração Hospitalar e em Saúde Pública, concluindo graduação em Geriatria e Gerontologia.

³ Médico formado pela UFRN, concluindo graduação em Geriatria e Gerontologia.

⁴ Médico formado pela UFRN, concluindo graduação em Geriatria e Gerontologia.

investigation was conducted, making use of a questionnaire with a scale of geriatric depression, adapted of Yesavage, J. A., Brink, and informal conversation, searching for signals and symptoms of depression in the elderly that live in institute. At present, the institute has fifty-six elderly residents, of which thirty-five are women (62,5%) and twenty-one men (37,5%). Seventeen (30%) are bedridden: five men (8,9%) and twelve women. The study was across the board and realized with forty-five residents of the institute during the period of the search, bedridden or not, who answered the questionnaire. The patients of the institution over sixty years of age were subdivided into two groups: 60 to the 75 years and over 75 years. The eleven elderly who were excluded were found to have pathologies that would interfere with the scale evaluation due to states of dementia and confusion. This work presents the results obtained from the study, and shows that the incidence of depression in old-aged in Mossoro was the 51%, being compatible with data found in the literature, and suggests that this psychiatric disease increases in a relevant way with the passing from age, but is not part of the normal cycle of age.

Key words: Institution, depression, old-aged.

1-Introdução

Temos que considerar que a população idosa brasileira tem ampliado rapidamente e, em termos proporcionais, a faixa etária a partir de 60 anos de idade é a que mais cresce. No período de 1950 a 2025, segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS –, o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto a população total em cinco. Projeções recentes indicam que esse segmento poderá ser responsável por 15% da população brasileira em 2020 (CAMARO et al, 1997). O país ocupará, então, o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

A depressão é uma doença de alta incidência na população geral, ocupando grande parte do orçamento público e privado com relação à saúde. O seu diagnóstico geralmente não é dificultado nos indivíduos adultos, dispondo para tal de escalas como a DSM III e avaliação clínica e psiquiátrica.

Porém, no indivíduo idoso o diagnóstico e a sintomatologia não são uma regra e podem variar em vários aspectos, dificultando desse modo a confirmação da doença. As escalas no idoso, apesar de úteis, apresentam suas limitações, que devem ser levadas em conta, mas, por outro lado, sua utilização serve de screening para melhor avaliar esses pacientes. Fizemos uso neste trabalho da escala de depressão geriátrica (GDS). Originalmente com trinta questões de resposta sim/não, tem boa consistência interna e correlaciona-se com critérios diagnósticos para depressão. Com ponto de corte em 11 pontos, a sua sensibilidade é 84% e especificidade é 95%. Com ponto de corte em 14, tem sensibilidade de 80% e especificidade de 100%.

No idoso institucionalizado ainda são poucos os trabalhos com relação à incidência de depressão, devido a isso, a importância de tal estudo com relação a essa população.

2-Justificativa

No Brasil o processo de transição demográfica caracteriza-se pela rapidez com que o aumento absoluto e relativo da população adulta e idosa modificou a pirâmide populacional, ao contrário dos países desenvolvidos, onde essa transição ocorreu lentamente, ao longo de mais de cem anos.

À semelhança de outros países latino-americanos, o envelhecimento no Brasil é um fenômeno predominantemente urbano, resultando sobretudo do intenso movimento migratório iniciado na década de 60, motivado pela industrialização desencadeada pelas políticas desenvolvimentistas. Esse processo de urbanização propiciou um maior acesso da população a serviços de saúde e saneamento, o que colaborou para a queda verificada na mortalidade. Possibilitou, também, um maior acesso a programas de planejamento familiar e a métodos anticoncepcionais, levando a uma significativa redução da fecundidade.

Embora grande parte da população ainda viva na pobreza nos países menos desenvolvidos, certas conquistas tecnológicas da medicina moderna, verificadas nos últimos sessenta anos – assepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnóstico, entre outros –, favoreceram a adoção de meios capazes de prevenir ou curar muitas doenças que eram fatais até então. O conjunto dessas medidas provocou uma queda da mortalidade infantil e, conseqüentemente, um aumento da expectativa de vida ao nascer.

A família, tradicionalmente considerada o mais efetivo sistema de apoio aos idosos, está passando por alterações decorrentes dessas mudanças conjunturais e culturais. O número crescente de divórcios e segundo ou terceiro casamento, a contínua migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores e o aumento no número de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe são situações que precisam ser levadas em conta na avaliação do suporte informal aos idosos na sociedade brasileira. Essas situações geram o que se convencionou chamar de intimidade a distância, em que diferentes gerações ou mesmo pessoas de uma mesma família ocupam residências separadas.

Com relação ao gênero, tem-se observado uma feminilização do envelhecimento no Brasil. O número de mulheres idosas, confrontado com o de homens de mais de 60 anos de idade, já é superior há muito tempo. Da mesma forma, a proporção de idosas em relação à população total de mulheres supera aquela correspondente à de homens idosos. No Brasil, desde 1950, a mulher tem maior esperança de vida ao nascer, sendo que a diferença está ao redor de sete anos e meio.

Além das transformações demográficas descritas anteriormente, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes registradas no País, hoje são responsáveis por menos de 10%. O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram

responsáveis por 10% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem para um caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados.

No Brasil, o envelhecimento tem aumentado a prevalência de doenças psiquiátricas, das quais a depressão é considerada a mais freqüente e a depressão menor a mais prevalente na população envelhecida. A clínica dos quadros depressivos no idoso tem sido tema recorrente da literatura nas últimas décadas. O interesse pelo tema surge pelo crescente aumento da população dessa faixa etária e pelas dificuldades encontradas para confirmar o diagnóstico e manejo terapêutico desses pacientes na prática clínica, pois a doença apresenta particularidades no idoso. Entre elas estão a susceptibilidade genética, os achados neurobiológicos (alterações estruturais e funcionais) e os fatores psicossociais, com ênfase nos eventos vitais, como nos mostra Forlenza, Orestes Vicente em trabalho publicado em setembro de 1994.

3-Delimitação do tema

A depressão é uma enfermidade que acomete um número cada vez maior de pessoas. Estima-se que entre 7% e 13% da população (2% a 3% dos homens e 5% a 10% das mulheres) esteja afetada por esse transtorno. É, portanto, uma das doenças de maior prevalência no mundo e, segundo a Organização Mundial de Saúde, a que mais interfere na qualidade de vida.

A depressão é a condição clínica mais correlacionada ao suicídio. Dos que tentam suicídio, 80% sofrem de algum transtorno psiquiátrico e 60% deles são pessoas acometidas de alguma forma de depressão. Dos que sofrem de depressão, 10% tentam suicídio e 1% morre anualmente na Inglaterra. Um estudo estimou que mais de 50% das pessoas que cometeram suicídio por depressão procuraram um médico no mês anterior à morte.

A maior consequência da depressão é a incapacidade, ou seja, a restrição ou impossibilidade de o indivíduo realizar atividades e/ou manifestar comportamentos esperados em contextos sociais definidos. A incapacidade compromete diretamente a qualidade de vida em suas várias dimensões, desde o cuidado de si mesmo, o nível de autonomia e até o desempenho na vida familiar, social, profissional, afetiva e religiosa.

A persistência da incapacidade indica evolução crônica, refratariedade, ausência de tratamento ou tratamento mal conduzido. Existe uma nítida correlação entre a presença de sintomas residuais e a persistência de incapacidade.

Infelizmente, os estudos epidemiológicos americanos estimam que, no atendimento básico de saúde, cerca de 80% dos pacientes não são diagnosticados e que apenas 3,5% dos casos diagnosticados recebem um tratamento adequado.

A relevância do tema fez com que a Organização Mundial de Saúde considerasse a depressão como um problema real de saúde pública.

Com relação à depressão, Correa, em trabalho publicado, apresenta o difícil problema do diagnóstico da doença em pessoas acima de 60 anos de idade que apresentam várias queixas somáticas sem fundamentação aos exames clínicos.

Como não há manifestação de queixa explícita de depressão ou baixa do humor, esses casos são tratados pelo clínico geral, muitas vezes com o paciente peregrinando por dezenas de consultórios de médicos diferentes sem encontrar uma solução para seus problemas. Do mesmo modo, Stoppe Júnior, em trabalho também com idoso relatou que, apesar de boa parte dos transtornos depressivos no idoso apresentarem quadro clínico semelhante ao de outras faixas etárias, esses indivíduos, com maior frequência, apresentam quadros atípicos ou particularidades que podem levar a dificuldades diagnósticas.

A doença física contribui direta ou indiretamente para a morbidade depressiva através de mecanismos que podem ser determinados predominantemente por mecanismos psicológicos ou orgânicos. Eventos de doença física recém-estabelecidos precipitam episódios depressivos e também contribuem para a sua cronicidade, atuando respectivamente como um evento de vida ameaçador ou fator de estresse psicossocial (MURPHY e BROWN, 1980). A incapacidade constitui um fator de grande impacto (PRINCE e col., 1998), uma vez que a doença crônica em idosos cursa com má nutrição, restrição da mobilidade, dor e desconforto, promovendo aumento da dependência. Sintomas como insônia, tinido e prurido podem dominar o quadro clínico e predispor o indivíduo idoso a depressão. Devemos incluir aqui as deficiências auditivas e visuais incipientes (ROVNER e SHMUELY-DULUITZI, 1997) além do declínio cognitivo, outro grupo de distúrbios crônicos predisponentes à depressão. Acompanhando essas perdas, há o medo da progressão da doença física, o medo da perda da dignidade e o medo de se transformar em uma sobrecarga para os seus familiares.

Cerca de 20% dos indivíduos idosos com doenças físicas crônicas na comunidade e 25-30% em ambientes hospitalares (PETTY, 1989; MCCULLOUGH, 1991) apresentam associação com depressão. Tal estimativa se eleva para 40% em determinadas condições, como na doença de Parkinson (MAY-BERG e col., 1990; FLEMINGER, 1991; DOONEIF e col., 1992; RILEY e LANG, 1993), acidentes vasculares cerebrais (YAMAGUCHI e COL., 1992; ASTROM e col., 1993), doença de Alzheimer (ALLEN e col., 1997) e doenças inflamatórias crônicas (PARKER e col., 1992). Algumas condições clínicas e iatrogênicas, aparentes ou não, também podem desencadear uma síndrome depressiva orgânica.

Problemas de saúde estão entre os eventos negativos mais comuns em idosos, estimando-se em torno de 25% em amostras populacionais. A prevalência de depressão em idosos com problemas de saúde aumenta. As taxas oscilam entre 30% e 70% (EVANS, 1994). A depressão no idoso tem uma etiologia multifatorial. Reconhecidamente os fatores biológicos, psicológicos e sociais tomam um papel relevante na gênese desses quadros. O número de disciplinas envolvidas no mapeamento dos fatores de risco é muito grande. Entre elas podemos citar as contribuições da psicopatologia, psiquiatria, psicologia clínica, psicologia social, psicanálise, geriatria, gerontologia, psicogeriatría, biologia molecular e neurociências.

Os fatores de risco psicossociais podem ser divididos em dois grandes grupos: os internos e os externos. Os internos estão associados às questões do desenvolvimento da personalidade, teorias psicológicas e psicanálise. As externas

estão ligadas aos importantes acontecimentos que cercam o indivíduo idoso: os eventos vitais, as condições ligadas à saúde e o suporte social.

De acordo com estudos epidemiológicos, os fatores de risco para transtornos depressivos são: sexo feminino, pois as mulheres possuem risco duas vezes maior em relação aos homens; raça branca, pois estudos sugerem que o distúrbio é menos freqüente entre negros; idade, com jovens com risco mais elevado; com baixa situação sócio-econômica; indivíduos separados ou divorciados; com história familiar positiva para transtornos do humor e com fatores estressores sociais como eventos vitais (perda de familiares e outros), estresse crônico (doença crônica) e incômodos diários.

Algumas condições médicas também estão relacionadas a sintomas depressivos como: Doença de Parkinson, AVC, TCE, doenças degenerativas, epilepsia, tumores cerebrais, quadros demenciais, lues, diabetes mellitus, hiper e hipotireoidismo, hiper e hipopituitarismo, hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipoadrenalismo. Miocardiopatias, ICC, IAM, SIDA, citomegalovirose, pneumonias, hepatites, lupus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide, poliartrite nodosa, sarcoidose e outras.

Da mesma forma, alguns medicamentos podem causar sintomas depressivos, como: hidroclorotiazida, clonidina, metildopa, hidralazina, propranolol, amantadina, L-dopa e carbidopa, bromocriptina, etionamida, isoniazida, metronidazol, estrógenos e progesterona, ciclosporina, AINES, hormônios tireoidianos e outros.

A depressão é, portanto, um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, reconhecidamente de natureza multifatorial, envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social.

Cada vez mais, faz-se necessário um conhecimento correto da depressão na fase tardia da vida, pois é o clínico ou geriatra que o idoso procura com demanda específica de sintomas disfóricos, com quadros inespecíficos de queixas como cansaço ou fadiga ou, ainda, mesclando sintomas de depressão com quadro clínico de outras patologias. Uma abordagem adequada e uma correta avaliação podem tornar possível uma intervenção mais exata sobre os indivíduos, que poderão, assim, experimentar essa fase com melhor qualidade de vida.

Segundo a literatura, somente uma minoria dos idosos tem seu problema de depressão diagnosticado e satisfatoriamente conduzido por seus médicos no atendimento primário, com índices de detecção mais baixos que entre adultos mais jovens, apesar de tratar-se de uma doença de forte prevalência, podendo interferir significativamente na capacidade funcional.

A síndrome da depressão no idoso será o resultado heterogêneo de fatores predisponentes e provocadores distintos, balanceados por circunstâncias protetoras e amortecedoras.

5-Objetivos

Gerais:

- Ampliar os conhecimentos da literatura a respeito da depressão em idosos institucionalizados no Nordeste brasileiro;
- Criar subsídios para avaliar, tratar e “prevenir” a presença de depressão em idosos institucionalizados.

Específico:

- Avaliar a prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN, segundo Escala de Depressão Geriátrica.

6-Material e métodos

A pesquisa foi realizada no município de Mossoró, no estado do Rio Grande do Norte. O trabalho foi desenvolvido na Instituição Amantino Câmara (abrigo dos idosos), situada na rua Venceslau Braz, 415, Bairro São José, Mossoró, CEP 59610- 140, CGC 08.261.992 / 0001 – 12, sendo um órgão da Diocese de Mossoró, sem fins lucrativos, com a finalidade de amparar os idosos carentes da cidade.

A Instituição conta com cinquenta e seis idosos, sendo no momento constituída por trinta e cinco mulheres (62,5%) e vinte e um homens (37,5%), sendo destes dezessete (30%) acamados: cinco homens (8,9%) e doze mulheres (21,4%).

O local do abrigo dispõe de atendimento médico semanal realizado por geriatra às quartas-feiras pela manhã, sendo o atendimento voluntário. Possui enfermeira chefe e auxiliares de enfermagem que se revezam em turnos e assistente social. Apesar de possuir sala de fisioterapia e terapia ocupacional, ambas equipadas, não dispõe de tais profissionais por falta de verba.

6-Critérios de amostragem

O estudo foi prospectivo transversal, realizado na Instituição Amantino Câmara, e a amostra constituiu-se de quarenta e cinco idosos da Instituição no período da pesquisa, que foi desenvolvida de outubro a dezembro de 2003. Foi realizado o questionário da escala de depressão geriátrica que se encontra em anexo e conversa informal com os pacientes.

A amostra dos quarenta e cinco idosos institucionalizados, acamados ou não, que se dispuseram a responder ao questionário, que permaneciam na Instituição com idade acima de sessenta anos de idade, foi subdividida em dois grupos: de 60 a 75 anos e acima de 75 anos. Os onze idosos que foram excluídos encontravam-se com patologias que iriam interferir na avaliação da escala, variando desde quadros demenciais a estados confusionais.

7-Coleta de dados

Utilizou-se o questionário da escala de depressão geriátrica, adaptada de Yesavage J. A. Brink, com um total de trinta perguntas com respostas diretas realizadas pelos avaliadores.

O questionário buscou verificar a incidência de depressão nos idosos institucionalizados, independentemente de impotência funcional, sexo, idade ou tempo de permanência no abrigo.

Os entrevistadores foram treinados para realizar a pesquisa e todos seguiram os mesmos critérios.

8-Variável de controle

O critério de inclusão foi idade superior a sessenta anos, moradores da Instituição de longa permanência estudada, que se dispuseram a responder à pesquisa, abrigados no período de outubro a dezembro de 2003.

Consideraram-se como variáveis independentes: sexo; idade entre 60 e 75 anos e acima de 75 anos; acamados ou não acamados. A variável dependente utilizada foi presença de depressão segundo critérios da escala de depressão geriátrica, ou seja, escore maior que dez de acordo com questionário anexo. As variáveis qualitativas foram: sexo e acamados ou não. A variável quantitativa utilizada foi idade. Não foi levado em consideração o tempo de permanência na Instituição ou número de escore associado a grau de depressão (maior escore com depressão mais séria).

8-Resultados

De acordo com os resultados encontrados na pesquisa, tivemos um total de 45 idosos, sendo a proporção de 22 homens (49%) e 23 mulheres (51%). A proporção, de acordo com a faixa etária utilizada, foi de 38% dos idosos entre 60 e 75 anos e 62% dos idosos acima dessa idade.

Com relação ao gênero, a Figura 1 mostrará que a população estudada no abrigo encontra-se equiparada nos dois grupos etários, sem grandes distinções.

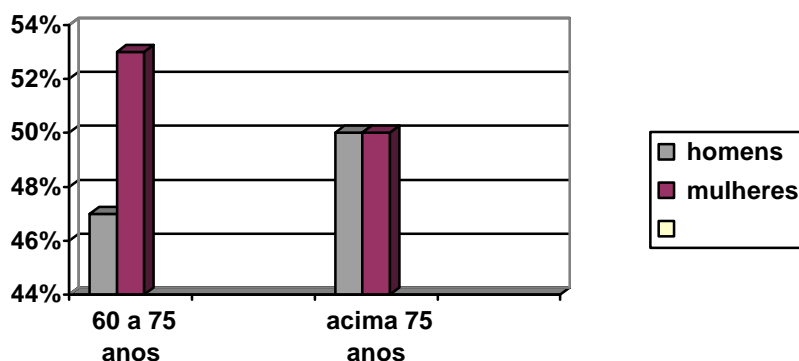


Figura 1: População estudada x idade.

Com relação à prevalência de depressão nos idosos estudados na Instituição, verificou-se o maior acometimento em idosos da segunda faixa etária, apresentando quinze idosos (65%) acima de 75 anos com depressão contra oito idosos (35%) entre 60 e 75 anos. Figura 2

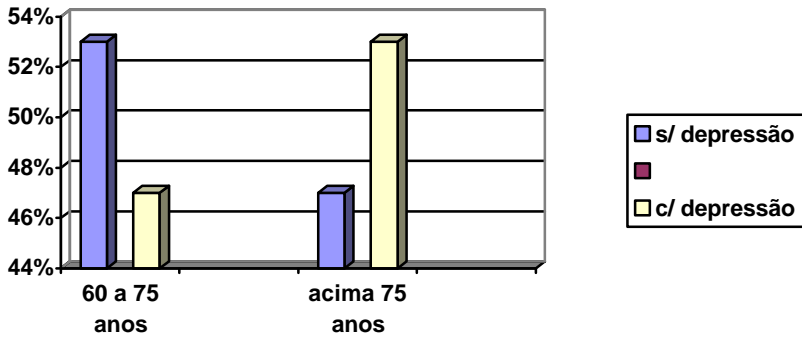


Figura 2: População com depressão x idade.

Com relação ao gênero, verificou-se a mesma prevalência entre os dois sexos no grupo de idosos com idade entre 60 e 75 anos, porém, no grupo etário acima de 75 anos, observou-se maior incidência de depressão no sexo feminino, com onze mulheres (73%) contra um total de quatro homens (26%). Figura 3.

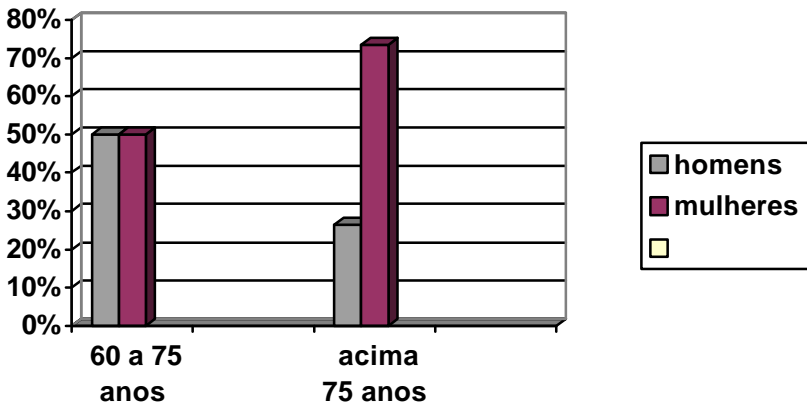


Figura 3: Depressão idade x sexo.

9-Discussão

Os questionários para avaliação rápida de graus de depressão geriátrica têm sido preconizados por seus criadores em função de uma série de vantagens, a saber: possibilidade de realização de estudos epidemiológicos em grandes amostras sem a necessidade de extensas entrevistas clínicas; utilização de pessoal técnico que pode ser habilitado à aplicação de tais questionários, possibilitando a utilização de grande número de entrevistadores.

Várias, entretanto, têm sido as falhas na utilização do método, sendo as principais relatadas até o momento os resultados falso-positivos de até 12%, o que traz a necessidade de uma consulta psiquiátrica ulterior para averiguação da real presença ou não de distúrbio do humor; dificuldade no preenchimento sem assistência do formulário em pacientes mais idosos que apresentam distúrbios visuais ou de destreza manual; possível déficit cognitivo, que impossibilite o paciente a responder de forma adequada ao questionário; incapacidade dos questionários de diferenciar pseudodemência das diversas formas de demência de cunho orgânico, o que só será evidenciado com a progressão da lesão neuronal da demência; dificuldade de identificação de negação deliberada de sintomas depressivos.

No estudo de Blazer, observou-se que são fatores determinantes de depressão os estressores externos, tais como: saúde física alterada, morte de ente querido e isolamento social.

O idoso institucionalizado é obrigado a adaptar-se a uma rotina de horários, a dividir seu ambiente com desconhecidos e à distância da família. A individualidade e o poder de escolha são substituídos pelo sentimento de ser apenas mais um dentro daquela coletividade.

Freqüentemente se observa que o idoso deprimido passa por uma importante piora de seu estado geral e por um decréscimo significativo de sua qualidade de vida (SHMUELY et al, 2001). A gravidade da situação reflete-se na alta prevalência de suicídio entre a população de idosos deprimidos (CORREA, 1996). Entre todas as faixas etárias, o suicídio é mais comum em pessoas com 65 anos ou mais, correspondendo a 3% das causas de morte em idosos.

À medida que avança a produção de trabalhos sobre prevalência de depressão e envelhecimento na literatura especializada, alguns mitos começam a desfazer-se. É sabido que, entre os pacientes com 65 anos ou mais, 17% a 30% apresentam sintomas depressivos em unidades de atenção primária, estatística que pode variar na dependência dos critérios de avaliação dos diferentes estudos. Esses números não diferem muito dos registros para outras faixas etárias. Já a prevalência de depressão maior, cujos critérios de definição encontram-se mais rigorosamente estabelecidos e levam em conta não apenas sintomas disfóricos isolados é de 1% a 5% na população idosa. Em 1987, Blazer e Hughes realizaram um estudo de pessoas hospitalizadas com depressão maior, comparando os sintomas daquelas com 60 anos ou mais com os de outras, de menos de 60 anos. A freqüência dos sintomas de depressão, verificada com base no relato dos próprios pacientes e de acordo com os critérios DSM III, não variou muito por idade, exceto por dois aspectos: os idosos reportaram menos ideação suicida e mostraram-se mais susceptíveis a perder peso. Em contraposição, tanto os jovens como os idosos queixaram-se com igual

freqüência de alterações do sono, letargia, concentração deficiente e sentimentos de culpa.

Em idosos institucionalizados, as taxas encontradas na literatura costumam ser mais altas, tanto para sintomas depressivos, entre 10% e 30%, quanto para a depressão maior, entre 5% e 12%. Em alguns estudos de idosos hospitalizados, chama a atenção a maior prevalência de depressão, situada em torno de 25%.

Porém, no estudo de Porcu, Mauro e colaboradores, realizado em Maringá/PR observou-se que os idosos institucionalizados e hospitalizados apresentavam uma maior prevalência de sintomas depressivos graves e muito graves, 56,6% e 60% respectivamente, quando comparados aos idosos domiciliados (23,34%). Índices semelhantes a esses foram encontrados por Carvalho e Fernandez (1996) em idosos que vivem em asilos e naqueles hospitalizados.

O presente trabalho mostra resultados concordantes com as afirmações anteriores, e faz sugerir que esse transtorno psiquiátrico aumenta de forma relevante com o passar da idade, porém não faz parte do processo normal de envelhecimento.

10-Conclusão

Concluimos que a prevalência de depressão nos idosos estudados foi de 51% no abrigo Amantino Câmara.

Com relação a faixa etária obtivemos: entre os idosos de 60 a 75 anos essa prevalência foi de 47%, estando dividida igualmente entre homens e mulheres; entre os idosos acima de 75 anos, a prevalência foi de 53,5%, havendo nesse grupo um maior número de idosas deprimidas, 73,5% , contra 26,5% dos homens.

Sugerimos, portanto, com o resultado da pesquisa, que outros trabalhos sejam realizados a fim de avaliar maneiras de tratar e acolher tais idosos nessas instituições de longa permanência para evitar tão alta prevalência de depressão.

11-Referências bibliográficas

ALMEIDA, O.P.; LOFER, B. e FILHO, E.C.M. Depressão no idoso: uma revisão. **Rev. Paul. Méd.** p. 108, 1990.

BLAZER, D.; HUGHES, D.C. e GEORGE, L.K. The epidemiology of depression in an elderly community population. **Gerontologist** 27. 1987.

BALLONE, G.J. **Depressão no idoso, 2001.** disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso>. Acesso 10 nov. 2003.

CARVALHO, V.F.C. e FERNANDEZ, M.E.D. Depressão no idoso. In: PAPALÉONETTO, M. (ed.) **Gerontologia**. São Paulo; Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1996.

CORRÊA, A.C.O. Depressão e suicídio no idoso: uma crucial questão em psicogeriatría. **J Bras Psiquiatr.** Rio de Janeiro. 1996.

_____. Depressão e poliquexias no idoso. **J Bras. Psiquiatr.** Rio de Janeiro, 1997.

- FORLENZA, O.V. Fatores de risco associados à morbidade psiquiátrica em idosos V.; Almeida, O.P. (ed) *Depressão e Demência no idoso: Tratamento Psicológico e Farmacológico*. São Paulo. 1997
- GORESTEIN, C. et al. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo. 2000.
- OLIVEIRA, M.R. *Depressão na velhice: aspectos epidemiológicos*. Salvador. 1993.
- STOPPE-JR, A. Características clínicas da depressão em Idosos. In: FORLENZA, O.V. e ALMEIDA, O.P. (Ed.). São Paulo. 1997
- PORCU, Mauro e col. Estudo comparativo sobre prevalência de sintomas depressivos em idosos. **Acta sci**. 2002
- RIBEIRO, Marcos A.M. e col. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados em tempo integral. **Ver. Psiquiatr. Clin**. São Paulo, 1994
- FILGUEIRA, Costa Junior; Leitão; Lucena; Melo; Brito. *Conduitas em Clínica médica*, 2ª edição, Medsi.
- FREITAS; Py; Néri; Cançado; Gorzoni; Rocha. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* Phillip, D. Swanson. *Sinais e Sintomas em Neurologia*. Revinter
- Orestes, Vicente Forlenza; Caramelli, Paulo. *Neuropsiquiatria Geriátrica*, Atheneu
- Bennet, Plun. *Cecil. Tratado de Medicina Interna*, 20ª edição.
- Tierney. Mcphee. Papadikis. *Current – Medical diagnosis and treatment*. 1999.
- Freitas; Py; Neri; Cancado; Gorzoni; Rocha. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Guanabara, 2002.
- IBGE. Censos demográficos, Projeções populacionais. IPEA. disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 15 nov. 2003.