

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**DANIEL GUSTAVO SABINO FERREIRA BANDEIRA
TÉRCIO MANOEL DE VASCONCELOS SILVA**

**ADEQUAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA
AO IDOSO INTERNADO: ESTUDO COMPARATIVO COM A
SUBESCALA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DA EDAH**

CAJAZEIRAS – PB

2015

DANIEL GUSTAVO SABINO FERREIRA BANDEIRA

TÉRCIO MANOEL DE VASCONCELOS SILVA

**ADEQUAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA AO
IDOSO INTERNADO: ESTUDO COMPARATIVO COM A SUBESCALA
DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DA EDAH**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do grau
de Bacharel em Medicina pela Universidade
Federal de Campina Grande (UFCG).

ORIENTADOR: ANTÔNIO HUMBERTO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

CO – ORIENTADORA: RILVA LOPES DE SOUSA MUÑOZ

CAJAZEIRAS – PB

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação-(CIP)
Perpétua Emília Lacerda Pereira - Bibliotecária- CRB-15/555
Cajazeiras-PB

B214a

Bandeira, Daniel Gustavo Sabino Ferreira

Adequação da escala de depressão geriátrica ao idoso internado: estudo comparativo com a subescala de sintomas depressivos da EDAH/ Daniel Gustavo Sabino Ferreira Bandeira; Tércio Manoel de Vasconcelos Silva. – Cajazeiras –PB, 2015.

48f.: il.

Orientador: Me. Antônio Humberto Pereira da Silva Júnior.

Co-orientadora: Dra. Rilva Lopes de Sousa Muñoz.

Monografia (Graduação em Medicina) – UFCG/CFP

1. Idoso. 2. Depressão. 3. Hospitalização.

I. Silva Júnior, Antônio Humberto Pereira da. II. Muñoz, Rilva Lopes de Sousa. III. Silva, Tércio Manoel de Vasconcelos. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU: 616-053.9

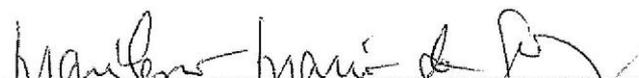
**ADEQUAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA AO IDOSO
INTERNADO: ESTUDO COMPARATIVO COM A SUBESCALA DE SINTOMAS
DEPRESSIVOS DA EDH**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do grau
de Bacharel em Medicina pela Universidade
Federal de Campina Grande (UFCG).

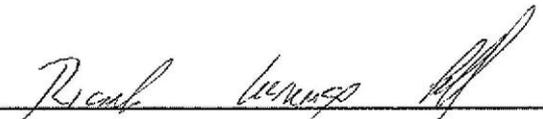
Aprovado em 03/08/2015



Profº Ms. Antônio Humberto Pereira da Silva Junior
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (CFP/UFCG)
(Orientador)



Profª Dra. Marilena Maria de Souza
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC/CFP/UFCG)



Profº Esp. Ricardo Lourenço Coelho
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (CFP/UFCG)

CAJAZEIRAS – PB

2015

AGRADECIMENTOS

É chegada a hora de cumprirmos nossa última atividade como acadêmicos. Não foi nada fácil. Dias e noites estudando, nos reunindo, escrevendo e re-escrevendo várias vezes mas, graças a Deus, estamos concluindo essa última etapa.

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, por nos ter dado sabedoria, compreensão e discernimento nos momentos mais difíceis.

Aos nossos pais, Epaminondas e Lourdes, Raimunda Ferreira, por todo o carinho, paciência e força para que pudéssemos nos reerguer nos nossos momentos de queda.

Aos nossos irmãos Túlio e Tarciane Vasconcelos, Humberto, Pietro e Luis Sabino pela compreensão nos momentos de ausência.

Não poderia deixar de agradecer enormemente aos nossos orientadores, professor Antônio Humberto, o qual, mesmo na distância sempre esteve atento ao nosso trabalho e à professora Rilva Lopes, que, como uma mãe, nos acolheu num momento em que parecíamos perdidos e nos deu força para que pudéssemos concluir nosso trabalho.

À Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, com todo seu corpo docente, pela oportunidade de realizarmos nosso sonho de nos tornarmos médicos. .

À Universidade Federal da Paraíba e, principalmente, ao Hospital Universitário Lauro Wanderley pela oportunidade de usarmos seus ambientes para pesquisa.

Aos pacientes que de forma tão generosa e atenciosa participaram de nossa pesquisa.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, nosso muito obrigado.

BANDEIRA, Daniel Gustavo Sabino Ferreira. SILVA, Tércio Manoel de Vasconcelos. **Adequação da escala de depressão geriátrica ao idoso internado: estudo comparativo com a subescala de sintomas depressivos da EDAH.** 2015. 48f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Campina Grande, 2015.

RESUMO

A coleta de dados clínicos pode ser difícil em idosos. Um dos aspectos relevantes neste problema é a abordagem de sintomatologia depressiva, sobretudo quando o idoso encontra-se hospitalizado. A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento deste tipo de manifestação clínica em idosos. Há evidências na literatura que indicam que a EDG pode ser aplicada em idosos com doença física, porém mais estudos são necessários para fortalecer a validade desta escala entre idosos hospitalizados. No âmbito de uma hospitalização, itens da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), cujas respostas afirmativas indicam reações depressivas, deveriam ser indicativos de normalidade. Este trabalho teve por objetivo verificar a adequação da EDG com 30 itens (EDG-30) a pacientes idosos hospitalizados, avaliando-se a sua concordância em relação à Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (EDAH). Foi realizado um estudo observacional e transversal, com avaliação de 50 pacientes idosos internados nas enfermarias do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) por meio da aplicação da EDG-30 e da EDAH. A concordância entre observadores foi avaliada pelo índice de concordância kappa e as correspondências entre as escalas pela análise de correlação de Pearson. Os resultados mostraram que a média de idade dos pacientes foi de 68,9 ($\pm 8,2$) anos, 56% do sexo masculino e 28% não alfabetizados. Classificaram-se mais pacientes com sintomatologia depressiva clinicamente significativa através da subescala de depressão da EDG (32%) do que pela subescala de depressão da EDAH (24%) e a concordância entre examinadores foi moderada para a EDG e para a subescala de depressão da EDAH, mas discreta para a subescala de ansiedade desta. Os índices kappa da EDG e da EDAH-D foram satisfatórios, enquanto o da subescala de ansiedade, não. Observou-se um coeficiente de correlação de 0,85 ($p=0,0001$) entre a aplicação da EDG entre examinadores. Desta forma concluímos que houve uma satisfatória adequação da EDG a pacientes idosos hospitalizados em uma instituição pública de ensino. A correlação entre os escores da escala EDG-30 e da subescala de depressão da EDAH foi moderada, mas aceitável, indicando que a EDG se ajusta à aplicação no contexto hospitalar, uma vez que a primeira é indicada especificamente para pacientes internados. A reprodutibilidade entre examinadores da EDG foi elevada, indicando estabilidade na medida.

Palavras-chave: Idoso. Depressão. Hospitalização.

BANDEIRA, Daniel Gustavo Sabino Ferreira. SILVA, Tércio Manoel de Vasconcelos. **Adequacy of the Geriatric Depression Scale to the hospitalized elderly: a comparative study with the depression subscale of HADS.** 48f 2015. Monography (Bachelor Degree in Medicine) – Federal University of Campina Grande, 2015.

ABSTRACT

The collection of clinical data can be difficult in the elderly. An important aspect of this problem is the approach of depressive symptoms, especially when the elderly is hospitalized. The Geriatric Depression Scale (GDS) is one of the most used tools to track this type of clinical manifestation in the elderly. There is evidence indicating that GDS can be applied in elderly patients with physical illness, but more studies are needed to strengthen the validity of this scale among them. Within a hospital, items of the Geriatric Depression Scale (GDS), whose affirmative responses indicate depressive reactions, should indicate normality. To assess the adequacy of the GDS with 30 items (GDS-30) in elderly hospitalized patients when compared with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Observational and cross-sectional study of 50 elderly patients hospitalized in the University Hospital Lauro Wanderley (HULW) through the application of GDS-30 and HADS. The interobserver agreement was assessed by kappa index and the correspondences between the scales by Pearson correlation analysis. The mean age of patients was 68.9 (\pm 8.2) years, 56% male and 28% illiterate. More patients were classified with clinically significant depressive symptomatology through the GDS (32%) than the subscale of depression EDAH (24%) and the interrater agreement was moderate for GDS and the HADS-D but discreet for the anxiety subscale. The kappa indexes of GDS and EDAH-D were satisfactory, while the subscale of anxiety was not. A correlation coefficient of 0.85 ($p = 0.0001$) between the GDS among examiners was found. There was satisfactory adequacy of the GDS to elderly patients hospitalized in a public educational institution. The correlation between scores of GDS-30 and HADS depression subscale was moderate, but acceptable, indicating that GDS can be applied in the hospital, since the first one is specifically indicated for hospitalized patients. Reproducibility between GDS Examiners was high, indicating stability in the measure.

Keywords: Elderly. Depression. Hospitalization.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	11
2.1 GERAL.....	11
2.2 ESPECÍFICOS.....	11
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
4. METODOLOGIA	16
4.1 DELINEAMENTOS DO ESTUDO.....	16
4.2 LOCAIS DA PESQUISA.....	16
4.3 AMOSTRA.....	16
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	17
4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	18
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	19
5. RESULTADOS	20
6. DISCUSSÃO	28
7. CONCLUSÕES	32
8. REFERÊNCIAS	33
9. ANEXOS	37
9.1 ANEXO A.....	38
9.2 ANEXO B.....	40
9.3 ANEXO C.....	42
10. APÊNDICES	45
10.1 APÊNDICE A.....	46
10.2 APÊNDICE B.....	47

1 INTRODUÇÃO

Os idosos tendem a consumir mais serviços de saúde, apresentando taxas de internação hospitalar mais elevadas do que as observadas em outros grupos etários, assim como uma permanência hospitalar mais prolongada (JOBIM et al., 2010). Por outro lado, os idosos possuem características clínicas particulares - ou aspectos incomuns -, em relação aos padrões estabelecidos para doenças em adultos jovens. Com o avançar da idade, o organismo do idoso sofre alterações que o distinguem do adulto não-idoso, fazendo com que surjam manifestações atípicas na apresentação clínica de doenças consideradas comuns. Isso faz com que muitos problemas passem despercebidos na avaliação clínica nesta fase da vida, embora outros fatores ainda devam contribuir também para a falta de relato de sintomas por parte dele, como o prejuízo cognitivo, o medo da natureza da doença subjacente, a preocupação com custos e outros aspectos negativos de uma avaliação diagnóstica ou tratamento desagradável (SOUSA-MUÑOZ et al. 2014).

Assim, a coleta de dados clínicos pode ser difícil em idosos, em comparação com doentes mais jovens. Um dos aspectos relevantes neste problema é a abordagem de sintomatologia depressiva. O idoso deprimido verbaliza suas queixas depressivas de modo diferente (FORLENZA, 2000). O quadro da depressão em idosos nem sempre se apresenta de maneira típica e, portanto, o diagnóstico demanda maior cuidado por parte do examinador. Nos idosos deprimidos, as queixas somáticas, que são frequentes no próprio processo de envelhecimento normal, são exacerbadas e associadas a altos índices de ansiedade (TAYLOR, 2014). Sintomas depressivos subliminares (depressão subsindrômica) que afetam substancialmente os idosos também constituem um problema diagnóstico importante (LYNESS et al., 2007).

Por outro lado, a clientela de idosos internados também é distinta de idosos avaliados em seus domicílios, ou mesmo em serviços de atenção primária, e são mais suscetíveis a sintomas depressivos (CASTRO-de-ARAÚJO et al., 2013; SOUSA-MUÑOZ et al., 2007). Estes são idosos mais fragilizados, com múltiplas queixas que se misturam com as múltiplas comorbidades que geralmente apresentam. Portanto, os sintomas somáticos, de ansiedade, as comorbidades clínicas, e até mesmo o déficit cognitivo, acabam contribuindo para o não

reconhecimento dos sintomas de depressão, ainda mais quando não são aplicados os instrumentos apropriados (ORTIZ; WANDERLEY, 2014).

A internação é geralmente considerada uma experiência estressante, que tem início com o aparecimento de sintomas que não podem ser tratados em casa e que podem caracterizar uma ameaça à saúde, à incerteza dos tratamentos, à dor, ao desconforto, além de implicar em afastamento de casa, da rotina, da privacidade, da família e da independência (BOCÉRÉAN; DUPRET, 2014). Além disso, o hospital é um dos ambientes mais geradores de ansiedade e medo, e pacientes idosos hospitalizados deprimidos tendem a sofrer um agravamento de seu estado clínico, com maior risco de mortalidade (SOUSA-MUÑOZ et al., 2013). Os idosos hospitalizados têm uma maior prevalência de morbidade depressiva, o que pode prejudicar seu tratamento clínico. Assim, evidências atuais indicam a necessidade da abordagem de sintomas depressivos nestes indivíduos (CASTRO-de-ARAÚJO et al., 2013), pois o reconhecimento e o diagnóstico deste tipo de sintomatologia no idoso é um passo importante no seu atendimento em um hospital geral.

Estas considerações indicam a importância da detecção de sintomatologia clinicamente significativa em idosos hospitalizados através de medidas acuradas e confiáveis de rastreio adequado ao contexto. As escalas de autoavaliação, de forma geral, podem superestimar os níveis de sintomas depressivos entre idosos, por não discriminar outras fontes de sintomas semelhantes nesta faixa etária, enquanto o diagnóstico clínico poderia subestimar a depressão em idosos por diferenças clínicas significativas na apresentação deste quadro nesses pacientes, sobretudo no contexto hospitalar. Outra escala reconhecida na pesquisa psicométrica é o Inventário de Depressão de Beck (BDI), por exemplo, que mesmo sendo uma escala de autorrelato mundialmente empregada em pesquisas clínicas para avaliar sintomas depressivos, não é recomendada para idosos, devido ao seu foco em sintomas somáticos (RODDA et al., 2013).

Existem várias escalas para avaliar sintomas depressivos, muitas das quais têm sido utilizadas para o rastreamento desses sintomas na população geral, mas a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreamento de depressão em idosos. Há evidências na literatura que indicam que a EDG pode ser aplicada em pessoas com doença física (APÓSTOLO et al., 2013), porém mais estudos são necessários para fortalecer a

validade desta escala entre idosos hospitalizados. O problema de pesquisa formulado na presente investigação é o seguinte: A EDG-30 é adequada para avaliar sintomatologia depressiva em idosos hospitalizados?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Verificar a adequação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage com 30 itens (EDG-30) em pacientes idosos hospitalizados, em comparação com a Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (EDAH), de Zigmond e Snaith, elaborada especificamente para uso em pacientes internados em contextos clínicos gerais.

2.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar a correlação entre os escores da escala EDG-30 e da subescala de depressão da EDAH;
- Verificar se há associação entre a magnitude da sintomatologia depressiva avaliada pela EDG e a subescala de ansiedade da EDAH;
- Avaliar a reprodutibilidade interobservador da escala EDG-30 e da subescala de depressão da EDAH;
- Verificar associações de sintomatologia depressiva e ansiosa com sexo e idade dos pacientes.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Partindo de estudo anterior nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, a concordância entre o resultado da aplicação da EDG-30 e o exame psiquiátrico foi de 48% ($p=0,04$, $kappa=0,48$), portanto, de concordância discreta (SOUSA-MUÑOZ et al., 2007). No referido estudo, a sensibilidade da EDG-30 variou de 63% a 83% em duas aplicações, enquanto a sua especificidade variou de 62% a 65%. Com base nesses resultados, permanece o questionamento sobre a adequação da EDG ao idoso hospitalizado. Por esta razão, a presente pesquisa será realizada para comparar os resultados da aplicação da EDG com uma escala de mensuração de sintomas depressivos formulada especificamente para o contexto hospitalar, a Escala de depressão e Ansiedade Hospitalar (EDAH), considerando-se a subescala de sintomas depressivos.

A EDG pode ser utilizada em idosos saudáveis, clinicamente doentes e até com leve prejuízo cognitivo, com sensibilidade de 92% e especificidade de 89%, quando avaliado em relação ao diagnóstico psiquiátrico (GREENBERG et al., 2012). Contudo, a EDG pode ser pouco precisa ou pouco sensível a esse tipo de clientela. Uma vez que, no contexto clínico de uma hospitalização, alguns dos itens da escala, cujas afirmativas “sim” indicam respostas “depressivas”, deveriam, na verdade, ser indicativos de “normalidade”. Como por exemplo, há as perguntas: “Você deixou muito de seus interesses e atividades?”; “Você se sente cheio de energia?”; “Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?”. Portanto, numa visão geral, a EDG, como instrumento para avaliar depressão em idosos internados, pode não ser a mais adequada (ORTIZ; WANDERLEY, 2014).

A EDG foi desenvolvida como um instrumento de triagem para depressão bem validada para idosos. É a única escala de avaliação de sintomas depressivos desenvolvida para o idoso até o momento. Possui várias versões, porém duas são as mais difundidas, uma longa (com 30 questões) e uma versão curta (com 15 questões) - a EDG com 15 itens (EDG-15) foi elaborada por Sheikh & Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esses itens, em conjunto, mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. (PARADELA et al., 2005).

Ambas são validadas internacionalmente e amplamente utilizadas na avaliação geriátrica global, auxiliando a determinar a necessidade de tratamento para a doença (YESAVAGE, 1983). Por se tratar de uma escala desenvolvida especificamente para aplicação a pacientes geriátricos, possui menos itens somáticos, sendo adequada, entretanto, apenas para pacientes sem déficit cognitivo grave (RODDA et al., 2013). É importante ressaltar que, apesar de a EDG ser uma escala largamente utilizada, esta foi desenvolvida para a população idosa em geral, não sendo específica para pacientes hospitalizados, que possuem características físicas e psíquicas que exigem maior cuidado na avaliação.

A EDAH foi originalmente elaborada com o objetivo de proporcionar um instrumento de rastreamento curto para avaliar sintomas de depressão e ansiedade em pacientes clínicos não psiquiátricos. Partindo do pressuposto de que as pontuações nas escalas de humor existentes são geralmente confundidas com as queixas somáticas de pacientes internados em enfermarias gerais, os criadores da EDAH excluíram os itens que podem constituir uma sobreposição com sintomas de um distúrbio somático.

A EDAH compreende 14 itens, dos quais 7 se relacionam com os sintomas de ansiedade e 7 aos sintomas depressivos. Cada item é codificado a partir de 0 a 3. As pontuações para a ansiedade e a depressão podem, portanto, variar de 0 a 21, dependendo da presença e gravidade dos sintomas. A validade concorrente de cada uma das duas subescalas da EDAH, subescala Depressão (EDAH-D) e subescala Ansiedade (EDAH-A) foi demonstrada em idosos hospitalizados (ROBERTS et al., 2014), sendo considerada uma escala que identifica pacientes com depressão independentemente da idade (RODDA et al., 2013).

Esta escala produz um escore composto, mas permite a análise diferencial dos principais grupos de sintomas associados à depressão. No entanto, o EDAH-D e EDAH-A não são independentes: de acordo com Bjelland et al. (2002), a correlação média seria de 0,56, o que não é surpreendente, dada a comorbidade entre sintomas de ansiedade e depressivos. A dimensão depressiva é fortemente marcada pela medida de anedonia (cinco itens de sete), característica da depressão, e a dimensão ansiedade, é medida pelos sentimentos de tensão, preocupação, medo e pânico (cinco itens de sete). Nesse sentido, Byrne (2002) destaca que são frequentes sintomas de ansiedade em idosos, e na maioria das vezes, a ansiedade

vem associada a sintomatologia depressiva a doenças físicas, contudo Gazalle et al. (2004) apontam que esses problemas são pouco investigados pelos médicos ou outros profissionais no contexto clínico, devendo, portanto, ser considerada fundamental a pesquisa da presença de comorbidades entre a ansiedade e o humor depressivo.

A confiabilidade, validade e estabilidade temporal da EDG foram estudadas em 69 pacientes idosos hospitalizados nos Estados Unidos com fratura de quadril, demonstrando-se satisfatórias consistência interna e validade concorrente com a Escala de Depressão de Hamilton. Além disso, A EDG foi considerada estável em toda a estadia no hospital e, portanto, segundo concluíram os autores deste estudo, parece ser menos influenciada por quadros de agudização dos pacientes (LYONS et al., 1989). Contudo, na referida pesquisa, a comparação não foi realizada com uma escala de sintomas elaborada especificamente para aplicação no âmbito hospitalar.

A EDG tem sido estudada em idosos no ambiente hospitalar geral, verificando-se melhor desempenho para um corte de 5/6 para a EDG com 15 itens e 10/11 para a EDG-30 (DENNIS et al., 2012). Entretanto, mais pesquisas são necessárias antes de recomendar o seu uso da EDG como único instrumento na triagem de depressão no contexto de uma internação hospitalar. Esta foi a inferência que indicaram nossos estudos anteriores realizados no Hospital Universitário Lauro Wanderley sobre a validade e confiabilidade da EDG (SOUSA-MUÑOZ et al., 2013; SOUSA-MUÑOZ et al., 2007; SOUSA-MUÑOZ et al., 2001).

A detecção de sintomas depressivos clinicamente significativos em idosos representa um problema sério por causa do processo de envelhecimento e de várias doenças que influenciam e mascaram os sintomas de humor depressivo. Assim, é fundamental o uso de uma ferramenta de diagnóstico que leva em conta estes problemas. Um instrumento adequado para a população geral, ou mesmo para idosos saudáveis, provavelmente será insuficiente para detectar sintomas depressivos em uma população de pacientes com doenças crônicas e, além disso, hospitalizados. Um instrumento desenvolvido para um estudo epidemiológico da população em geral terá características distintas daquele desenvolvido para avaliação clínica de pacientes em um serviço de atenção terciária que, por sua vez, poderá ser distinto daquele sugerido para avaliação de pacientes de um serviço de clínica médica. (SOUSA-MUÑOZ et al., 2013)

Através da identificação de métodos apropriados para a medição da depressão nessa população, pode-se dar um valioso contributo nesta área de investigação, assim como melhorar a detecção de casos de depressão em idosos hospitalizados.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo observacional e transversal, de abordagem quantitativa.

4.2 Local da Pesquisa

O HULW é um hospital terciário de referência em João Pessoa/PB e cidades vizinhas, tanto da Paraíba, quanto de Pernambuco e do Rio Grande do Norte. Ele desenvolve, além das ações de um hospital regional, procedimentos mais complexos, sendo parte da sua demanda constituída por doentes encaminhados de outros serviços de saúde da região. As enfermarias de Clínica Médica, a qual compreende também a enfermaria de doenças infecciosas, têm 70 leitos e as de Clínica Cirúrgica, 20 leitos.

Nos 70 leitos das enfermarias de Clínica Médica do HULW são atendidos anualmente 800 pacientes acima de 15 anos, com predominância de clientes de meia idade e idosos, portadores de variadas doenças que requerem tratamento curativo e/ou de reabilitação hospitalar.

4.3 Amostra

A amostragem foi de natureza não probabilística e intencional, incluindo-se 50 pacientes de ambos os sexos, com 60 anos ou mais e consecutivamente internados nas enfermarias de clínicas médica e cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). No Brasil, para efeitos legais, em face do Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 1.º de outubro de 2003), idoso é a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos.

O tamanho da amostra estimado em 50 pacientes baseou-se em estudo anterior de prevalência de sintomas depressivos clinicamente significativos em idosos internados em enfermarias de clínica médica (FERRARI; DELACORTE, 2007).

Para inclusão no estudo, os pacientes preencheram os seguintes critérios: (1) funcionamento cognitivo normal baseado no autorrelato, relato do acompanhante e relato do médico assistente; (2) capacidade normal para realizar atividades da vida

diária com base no relato do acompanhante; (3) nenhuma condição psiquiátrica ou neurológica não controlada que possa afetar negativamente a cognição, com base em relato do médico assistente; (4) não utilização de medicamentos psicoativos em níveis que seriam esperados para comprometer a cognição; e (5) sem história prévia de demência, acidente vascular cerebral, distúrbios do movimento, esclerose múltipla, tumor cerebral, convulsões, trauma craniano grave, esquizofrenia, transtorno de humor bipolar ou transtorno depressivo maior. Os critérios de exclusão foram os seguintes: (1) qualquer impossibilidade de comunicação por parte do paciente, como afasia, coma, dificuldade de fonação ou deficiência auditiva grave; e (2) quadro clínico explicitamente grave.

4.4 Procedimentos de Coleta de Dados

Os dados foram obtidos por meio da aplicação da Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar – EDAH (ZIGMOND; SNAITH, 1983) (**ANEXO A**) e da Escala de Depressão Geriátrica-30 (EDG-30) (**ANEXO B**), em pacientes idosos (idade igual ou superior a 60 anos), internados nas enfermarias de clínicas médica e cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

A coleta ocorreu entre os meses de junho e julho de 2015. Todos os pacientes internados com idade igual ou superior a 60 anos foram abordados. O número total de internações foi registrado para contabilização das exclusões.

Dois entrevistadores treinados, estudantes de graduação do sexto ano do curso de Medicina, aplicaram as escalas aos pacientes que aceitaram participar do estudo e que preencheram critérios de elegibilidade. Os entrevistadores aplicaram as mesmas escalas separadamente para avaliar a concordância ou reprodutibilidade da medida interobservador.

Escore superiores a 8 na subescala EDAH-D foram considerados sugestivos de depressão e classificados como sintomatologia depressiva clinicamente significativa, pois tem sensibilidade e especificidade de 80% e valor preditivo de 70% (RODDA et al., 2013). Para a EDG, foi adotado o ponto de corte de 10, de acordo com estudo de validação da Escala no Brasil (STOPPE JÚNIOR et al., 1994). As questões minimizam a esfera das queixas somáticas: os itens 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30, as respostas apropriadas (não deprimidos) é "sim", enquanto em todas as demais, a resposta apropriada é "não". Para identificar como suspeito de depressão,

cada resposta inadequada vale 1 ponto e cada resposta adequada vale 0 pontos. Por cada resposta afirmativa nos itens 2-4, 6, 8, 10,14, 16-18, 20, 22-26 e 28, atribuiu-se um ponto e por cada resposta negativa nos restantes itens, atribuiu-se um ponto também.

Embora seja de autoaplicação, nesta pesquisa a EDG e da EDAH foram administradas no formato de formulário, e as questões lidas em voz alta, para contornar o problema da baixa escolaridade da população-alvo. Foi realizado pré-teste dos instrumentos para cinco pacientes (10% da amostra) antes da coleta dos dados propriamente dita.

As variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade) e clínicas (diagnóstico que motivou a internação) foram registradas em formulário elaborado pelos autores (**APÊNDICE A**). Os diagnósticos foram agrupados conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 (OMS, 2000).

4.5 Análise Estatística

As respostas obtidas por meio das escalas foram analisadas de forma quantitativa, com levantamento de frequências de categorias de intensidade de sintomas (médias, valores mínimos e máximos e desvios-padrão dos escores globais da EDAH da subescala depressão e da subescala ansiedade separadamente) e da EDG nos pacientes idosos incluídos na amostra.

O grau de concordância entre observadores foi avaliado pelo índice de concordância kappa. Para a interpretação do índice kappa, empregou-se a classificação proposta por Shrout (1998), que considera as seguintes faixas de concordância: $k < 0,10$ concordância virtualmente ausente; $k = 0,10-0,40$ (concordância fraca); $k = 0,41-0,60$ (concordância discreta); $k = 0,61-0,80$ (concordância moderada); $k = 0,81-1,0$ (concordância substancial). Conforme Sneewyn et al. (2008), consideraram-se índices kappa acima de 0,60 como satisfatórios e valores inferiores a este como inaceitáveis.

As correlações entre os escores das duas escalas foram avaliadas pela análise de correlação de Pearson (r).

O nível de significância estatística adotado foi de 5%. Os dados serão submetidos à análise descritiva e inferencial usando-se o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 17.0 para *Windows*.

4.6 Considerações Éticas

O projeto desta pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HULW sob CAAE 45174515.4.0000.5183, e cujo número do parecer foi 1.082.427 (**ANEXO C**). Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE B**) aprovado pelo CEP/HULW.

5 RESULTADOS

Entre 5 de junho e 5 de julho de 2015, foram selecionados para o estudo 86 pacientes consecutivamente internados nas enfermarias de clínica médica, clínica cirúrgica e de infectologia do HULW, mas apenas 50 preencheram os critérios de elegibilidade para a pesquisa. Os motivos para exclusão foram impossibilidade física no momento da entrevista e recusa em participar do estudo.

Caracterização demográfica e clínica da amostra

A idade dos 50 pacientes variou de 60 a 93 anos, com média de 68,9 ($\pm 8,2$) anos, 56% do sexo masculino e 58% eram casados ou mantinham união estável e 76% não eram alfabetizados ou tinham nível fundamental incompleto (**Tabela 1**).

As doenças digestivas e as neoplasias foram conjuntamente (36%) as principais responsáveis pelas internações dos pacientes que compuseram a amostra deste estudo (**Tabela 2**).

A duração da internação até o momento da entrevista apresentou acentuada variabilidade, variando de 1 a 84 dias, com média de 10,4 ($\pm 16,0$) dias.

Pontuações obtidas nas duas aplicações das escalas de avaliação de sintomas pelos examinadores 1 e 2

As pontuações apresentadas pelos pacientes através das aplicações da EDG e da EDAH, nas subescalas de depressão e ansiedade, tanto pelo examinador 1 quanto pelo examinador 2 estão demonstradas na **Figura 1**. O intervalo entre as aplicações das duas escalas pelo examinador 1 e pelo examinador 2 variou de 1 a 15 horas, com média de 3,34 ($\pm 2,56$) horas. A duração das aplicações foram de 5 a 15 minutos ($9,9 \pm 2,4$) e de 5 a 20 ($10,3 \pm 4,1$) minutos para a EDG e EDAH, respectivamente, pelo examinador 1. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre as médias das pontuações apresentadas tanto na EDG quanto nas subescalas de depressão e ansiedade da EDAH considerando as aplicações dos dois examinadores.

Tabela 1- Características demográficas dos pacientes idosos internados nas enfermarias do Hospital Universitário Lauro Wanderley entre 5 de junho e 5 de julho de 2015 (n=50)

Variáveis	Frequências	
	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	28	56
Feminino	22	44
Idade		
60-69 anos	31	62
70-79 anos	12	24
80 ou mais	7	14
Estado civil		
Casados	29	58
Viúvos	9	18
Solteiros	7	14
Divorciados/separados	5	10
Escolaridade (%)		
Não alfabetizados	14	28
Fundamental incompleto	24	48
Fundamental completo	7	14
Médio incompleto	1	2
Médio completo	2	4
Superior completo	2	4

Aplicando-se os pontos de corte adotados nesta pesquisa às pontuações obtidas por cada paciente avaliado, ou seja, de 10 para a EDG e de 8 para cada uma das subescalas da EDAH, verificou-se que classificaram-se mais pacientes com sintomatologia depressiva clinicamente significativa através da EDG (32%) do que por meio da aplicação da subescala EDAH (24%) (**Tabela 3**). O maior percentual de pacientes que alcançaram o ponto de corte ocorreu quanto à sintomatologia ansiosa (34%). Avaliando-se a relação com sexo a partir da variável categórica (presença ou não de depressão a partir do ponto de corte de 10 da EDG), observou-se que 10 das 22 mulheres alcançaram este ponto (45,4%), em comparação com 6 dos 28 homens (21,4%). Entre os 16 pacientes classificados como possivelmente deprimidos, 10 eram mulheres (62,5%) e 6 homens (37,5%), mas esta diferença não atingiu significância estatística.

Tabela 2- Distribuição dos idosos internados nas enfermarias do Hospital Universitário Lauro Wanderley entre 5 de junho e 5 de julho de 2015 quanto ao diagnóstico que motivou a internação conforme as categorias da CID-10 (n=50)

Diagnóstico categorizado pela Classificação Internacional de Doenças CID- 10	Frequências	
	<i>f</i>	%
Doenças do Sistema Digestivo	10	20
Neoplasias	8	16
Doenças Infecciosas e Parasitárias	6	12
Doenças do Aparelho Geniturinário	5	10
Doenças do Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	3	6
Doenças do Aparelho Circulatório	3	6
Doenças do Aparelho Respiratório	3	6
Doenças do Tecidos Osteomuscular e Conjuntivo	3	6
Acidentes com Plantas e Animais Venenosos	3	6
Doença Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	2	4
Doenças do Sistema Nervoso	2	4
Transtornos Mentais e Comportamentais	1	2
Diagnósticos Não Definidos	1	2
Total	50	100

CID-10: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Edição.

Concordância entre os escores da escala EDG e das subescalas de depressão e de ansiedade da EDAH

Verificou-se que a concordância entre as aplicações dos examinadores 1 e 2 das escalas foi forte para a EDG, moderada para a subescala de depressão da EDAH e fraca para a subescala de ansiedade. Os índices kappa referentes às aplicações da EDG e da EDAH-D foram satisfatórios, enquanto o da EDAH-A não o foi (**Tabela 4**).

Na análise de correlação linear bivariada de Pearson entre a aplicação da EDG pelo examinador 1 e pelo examinador 2, observou-se um coeficiente de correlação de 0,85 ($p=0,0001$) (**Figura 2**), ou seja, um coeficiente positivo e de forte intensidade, indicando que a aplicação da escala por pessoas diferentes apresenta elevado índice de associação.

A correlação linear bivariada simples entre as pontuações de cada paciente nas duas aplicações da EDG foi estatisticamente significativa ($p=0,0001$), de magnitude forte e de sentido positivo ($r=0,85$) (**Figura 2**). As correlações lineares entre as duas aplicações da EDAH-D e da EDAH-A foram de 0,63 ($p=0,0001$) e 0,75 ($p=0,0001$), respectivamente.

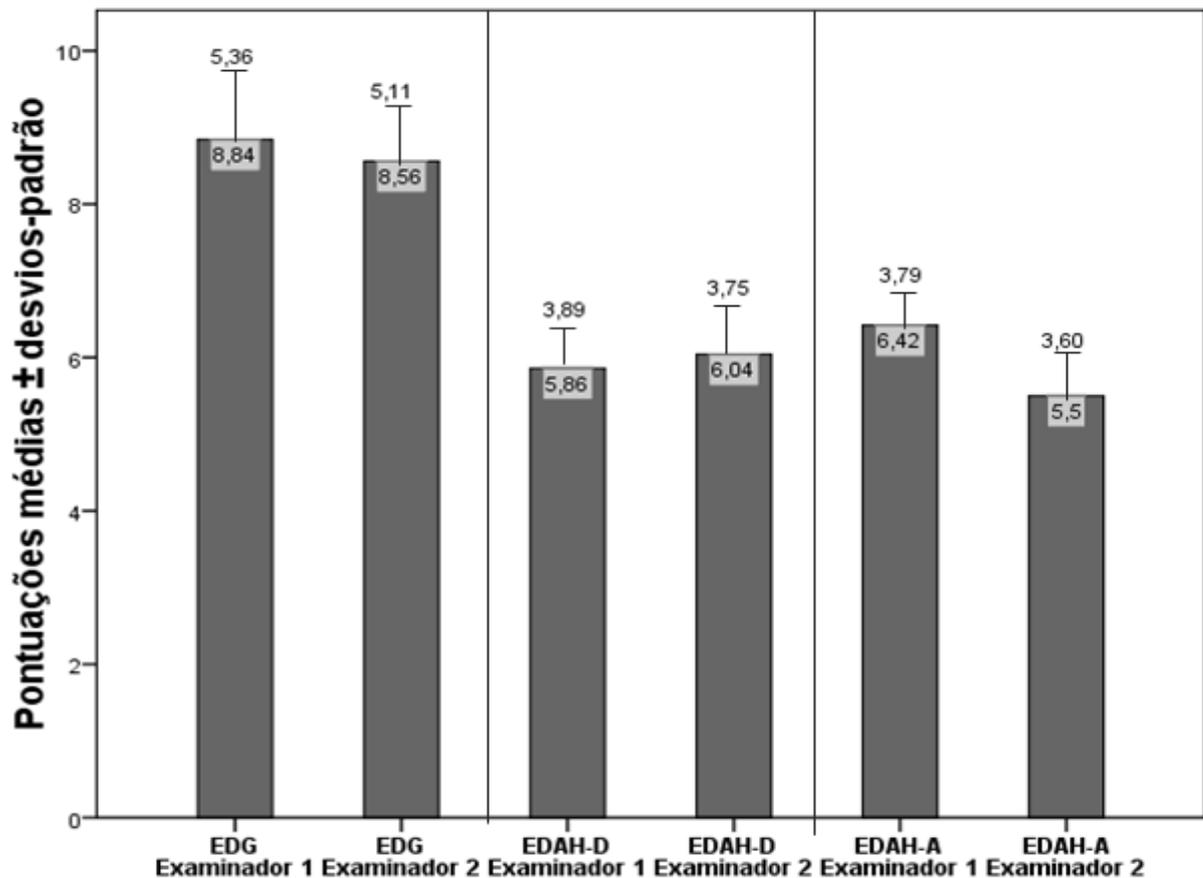


Figura 1 – Pontuações médias e desvios-padrão obtidas pela amostra nas duas escalas de avaliação de sintomas Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar, nas subescalas depressão (EDAH-D) e ansiedade (EDAH-A) pelos 50 pacientes idosos internados nas enfermarias do HULW entre 5 de junho e 5 de julho de 2015

Tabela 3- Classificação de acordo com o ponto de corte da escala EDG e das subescalas de depressão e ansiedade da EDAH dos escores alcançados pelos pacientes idosos internados nas enfermarias do Hospital Universitário Lauro Wanderley (n=50) entre 5 de junho e 5 de julho de 2015

Escalas de Avaliação de Sintomas	Frequências	
	<i>f</i>	%
EDG	16	32
EDAH-D	12	24
EDAH-A	17	34

EDG: Escala de Depressão Geriátrica; EDAH-D: Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar – Subescala de Depressão; EDAH-A: Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar – Subescala de Ansiedade.

Tabela 4- Concordância entre as pontuações dos dois examinadores na aplicação das escalas EDG e EDAH aos pacientes idosos internados nas enfermarias do Hospital Universitário Lauro Wanderley (n=50) entre 5 de junho e 5 de julho de 2015

Escalas de avaliação de sintomas	Concordância inter-observadores Examinador 1 vs Examinador 2	
	<i>k</i>	<i>p</i>
EDG	0,71	0,0001*
EDAH-D	0,65	0,001*
EDAH-A	0,45	0,0001*

EDG: Escala de Depressão Geriátrica; EDAH-D: Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar – Subescala de Depressão; EDAH-A: Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar – Subescala de Ansiedade; k: índice de concordância kappa. p: nível de significância estatística. *Estatisticamente significante a 5%. vs: *versus*.

As correlações lineares bivariadas entre as pontuações da EDG e das subescalas da EDAH estão demonstradas na **Tabela 5**. Observaram-se correlações de moderada intensidade e sentido positivo entre as pontuações das duas subescalas com os escores da EDG.

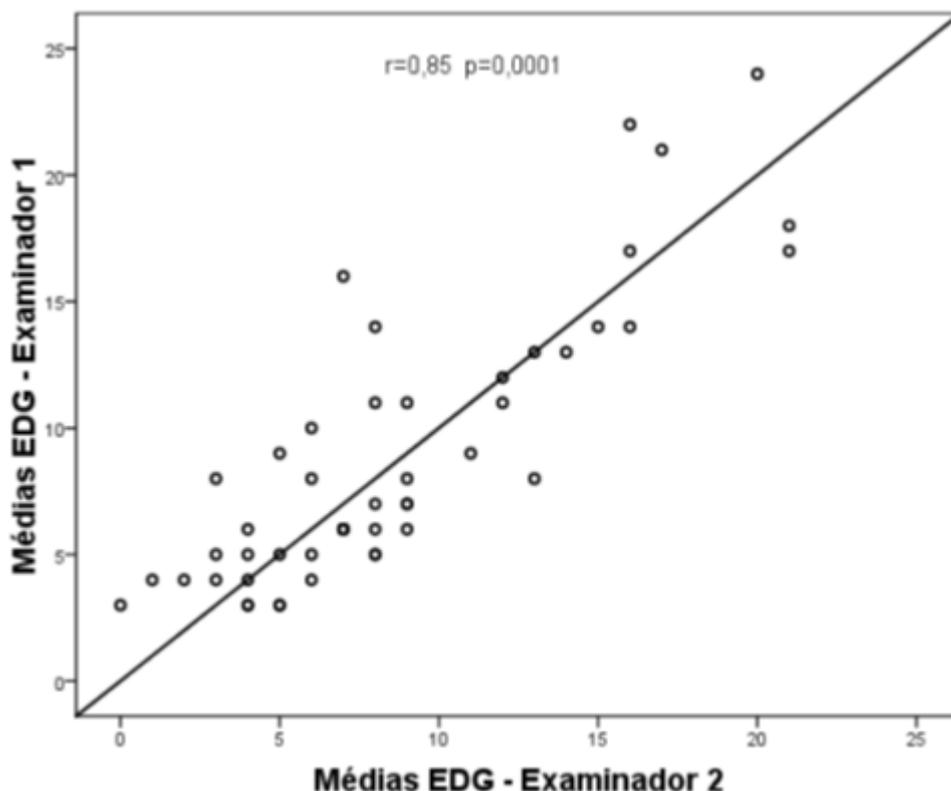


Figura 2 – Correlação linear bivariada entre as pontuações obtidas pela amostra nas duas aplicações da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) pelos 50 pacientes idosos internados nas enfermarias do HULW entre 5 de junho e 5 de julho de 2015

Tabela 5- Matriz de correlação entre as pontuações da escala EDG e das subescalas EDAH dos pacientes idosos internados nas enfermarias do Hospital Universitário Lauro Wanderley (n=50) entre 5 de junho e 5 de julho de 2015

Subescalas da EDAH	EDG	
	r	p
EDAH-D	0,62	0,0001*
EDAH-A	0,65	0,0001*

EDG: Escala de Depressão Geriátrica; EDAH-D: Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar – Subescala de Depressão; EDAH-A: Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar – Subescala de Ansiedade. p: nível de significância estatística. *Estatisticamente significativa a 5%. r: coeficiente de correlação linear de Pearson.

Escores da escala EDG e da subescala de depressão da EDAH de acordo com intervalos de idade

A análise dos escores da escala EDG e da subescala EDAH-D na primeira aplicação (examinador 1) revelou que não houve diferença nos escores entre intervalos de idade dos pacientes (**Figura 3**). Resultado similar observou-se na segunda aplicação, feita pelo examinador 2.

Os escores da subescala de ansiedade da EDAH também não apresentaram diferença entre os três intervalos de idade considerados.

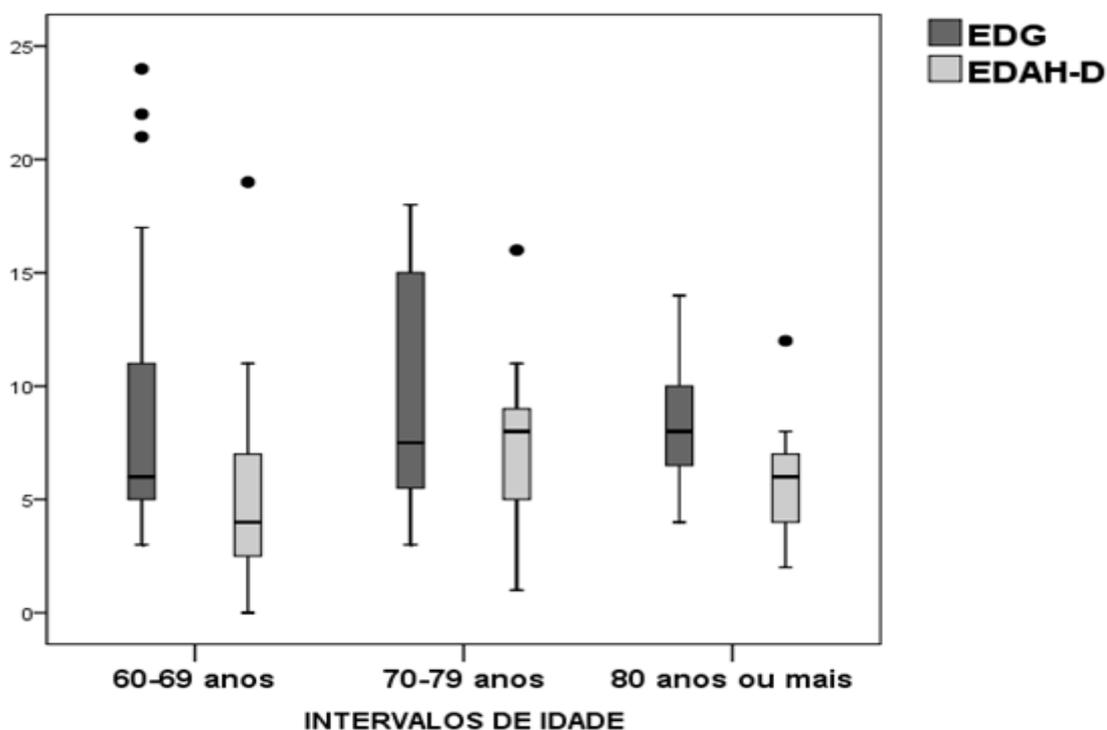


Figura 3 – Medianas e primeiro e terceiro quartil das pontuações da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e da subescala de depressão da EDAH da amostra na primeira aplicação aos 50 pacientes idosos internados nas enfermarias do HULW entre 5 de junho e 5 de julho de 2015

Escores da escala EDG e das subescalas de depressão e ansiedade da EDAH de acordo com o sexo

Verificou-se que as pontuações da escala EDG e da subescala de depressão da EDAH não diferiram entre homens e mulheres, mas houve diferença estatisticamente significativa nos escores da EDAH-A, observando-se maior intensidade de sintomatologia ansiosa nas mulheres ($p=0,03$) (**Figura 4**).

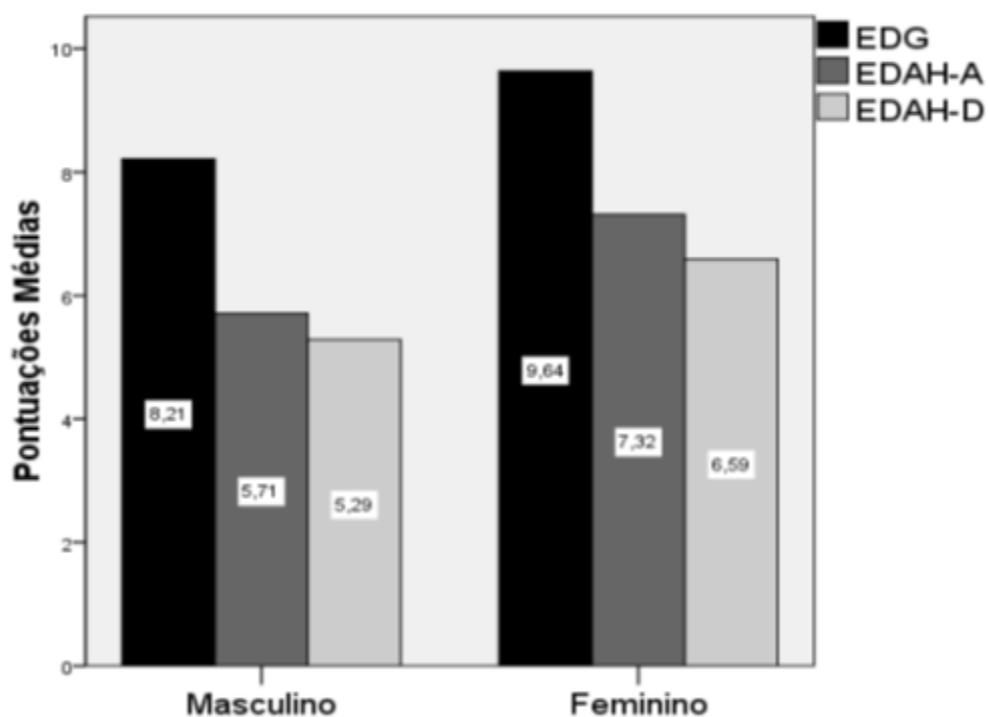


Figura 4– Pontuações médias da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e das subescalas de depressão e ansiedade da EDAH da amostra na primeira aplicação aos 50 pacientes idosos internados nas enfermarias do HULW entre 5 de junho e 5 de julho de 2015

6 DISCUSSÃO

Os resultados observados neste estudo permitem afirmar que há satisfatória adequação da EDG a pacientes idosos hospitalizados em uma instituição pública de ensino. A correlação entre os escores da escala EDG-30 e da subescala de depressão da EDAH foi moderada, mas aceitável, indicando que a EDG se ajusta ao contexto hospitalar, o que se denomina validade concorrente da medida (PINHO et al., 2010). Por outro lado, os escores da EDG-30 apresentaram significativa equivalência entre observadores ($r=0,85$, $p=0,0001$), superior à encontrada em estudo anterior realizado nas enfermarias de clínica médica do HULW ($r=0,60$; $p=0,01$) (SOUSA-MUÑOZ et al., 2007), e em estudo realizado em Portugal (VICENTE et al., 2014), que mostrou que a EDG-30 teve boa correlação entre examinadores ($r=0,54$, $p=0,01$), mas inferior à encontrada no nosso estudo, e similar à reprodutibilidade interexaminador observada por Rinaldi et al. (2003), com coeficiente de correlação de 0,88). A reprodutibilidade interobservador da escala EDG-30, de forte magnitude, foi maior que o da subescala de depressão da EDAH no presente estudo.

A prevalência de sintomas depressivos em pacientes idosos hospitalizados avaliados no nosso estudo através da EDG-30 foi compatível com os resultados de outras pesquisas internacionais e brasileiras realizadas no contexto hospitalar, indicando que ao corroborar estudos semelhantes em diferentes lugares, a escala em estudo apresentou o desempenho esperado. Em uma revisão sistemática recente, verificou-se que apenas um instrumento - a Escala de Depressão Geriátrica -, tem sido estudada de forma adequada em pessoas idosas no ambiente hospitalar geral (DENNIS et al., 2012). A nossa pergunta de pesquisa enfocou a questão de se a EDG se correlacionaria com uma escala para avaliação de sintomas depressivos elaborada especificamente para uso em pesquisas realizadas em ambiente hospitalar em virtude de questionamentos surgidos em investigação anterior no mesmo serviço hospitalar, o HULW/UFPB (SOUSA-MUÑOZ et al. 2007) e de dúvidas suscitadas recentemente por outros autores sobre a adequação desta escala aos pacientes avaliados em enfermarias (ORTIZ; WANDERLEY, 2014).

Quanto aos estudos em que se empregou a EDG-30 para detecção de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, as prevalências encontradas

variaram entre 26,7% a 47%. De 195 pacientes idosos hospitalizados em enfermarias de clínica médica em Israel, a aplicação da EDG revelou a prevalência de 28% de sintomatologia depressiva clinicamente significativa, enquanto 43% da amostra apresentava-se com sintomas de ansiedade (GERMAN et al., 2008). Em um hospital da Inglaterra, de 170 idosos internados com média de 80 (8,1) anos, a prevalência foi semelhante, e se verificou que sintomas de ansiedade são muitas vezes, mas não invariavelmente, secundários à depressão e ambos os tipos de sintomas devem ser rastreados (YOHANNES et al., 2008). Dentre 137 pacientes chineses hospitalizados com média de idade de 77 (± 8) anos, a prevalência de sintomas depressivos foi 39% (49% homens e 51% mulheres), não havendo diferença em termos de idade (deprimidos: 79 anos e não-deprimidos: 76 anos) e de sexo (CHUI; CHAN, 2006). A prevalência foi de 26,7% dos pacientes idosos internados em hospital de Taiwan determinados através da EDG (CHEN et al., 2014). Em um hospital espanhol, entre 115 pacientes com média de idade de 70,5 anos, 71 (61,7%) eram do sexo feminino, a aplicação da EDG revelou 40% de casos com sintomatologia depressiva acentuada. No Brasil, entre 50 pacientes acima de 60 anos, homens e mulheres, internados consecutivamente em um Serviço de Geriatria de Hospital de Porto Alegre, a prevalência foi de 38% (FERRARI; DELACORTE, 2007). Revisão sistemática de pesquisas com idosos internados mostrou que a prevalência média de sintomas depressivos clinicamente significativos foi de 32%, a maioria dos estudos realizados nas regiões Sul e Sudeste do Brasil (CASTRO-de-ARAÚJO et al., 2013).

Encontrou-se uma maior prevalência entre as mulheres idosas em dois estudos realizados no Brasil (PÓVOA et al., 2009; PORCU et al., 2002), enquanto que apenas um reportou uma maior prevalência de depressão entre os homens idosos (SIQUEIRA et al., 2009) e outros não encontraram associação (VICENTE et al., 2014; MARC et al., 2008). A possível maior prevalência de sintomas depressivos entre as mulheres ainda é um tema controverso, embora sejam propostas explicações para uma maior presença deste tipo de sintomas em mulheres, como fatores socioculturais relacionados com experiências psicológicas negativas e maior suscetibilidade a eventos estressantes. Apesar de alguns itens da EDG parecerem associados ao sexo e à idade, Nyunt et al. (2009) também não encontraram tais diferenças no desempenho na EDG. Em outro estudo hospitalar, a prevalência de

depressão foi de 45% (28/63) dos idosos hospitalizados e não houve associação entre a presença acentuada de sintomas depressivos com idade e sexo (SHAH et al., 1997).

Por outro lado, a associação entre a magnitude da sintomatologia depressiva avaliada pela EDG e a subescala de ansiedade da EDAH indica associação de dois quadros que representam comorbidades um do outro. A própria depressão associa-se também com frequência à ansiedade, com a qual se sobrepõe sintomaticamente e coenvolve (VICENTE et al., 2014).

A EDAH produz um escore composto, mas permite a análise diferencial dos principais grupos de sintomas associados à depressão. No entanto, o EDAH-D e EDAH-A não são independentes: de acordo com Bjelland et al. (2002), a correlação média seria de 0,56, o que é esperado, dada a comorbidade entre sintomas de ansiedade e depressivos, o que foi corroborado no presente estudo, considerando as correlações observadas entre os escores da EDG com a EDAH-A. Em um estudo com 57 pacientes (33 homens, 24 mulheres, idade média, 58,6 anos (\pm 8.4) a Escala de Hamilton para Depressão e Ansiedade correlacionou-se moderadamente com a EDG ($r=0,54$; $p<0,001$). (McDONALD et al., 2006).

Apóstolo et al. (2013) consideram que, modificações em relação aos itens 5 da EDG poderiam aprimorar sua validade. No item 5, “Está bem-disposto(a) a maior parte do tempo?”, o entrevistador deveria reforçar que se refere ao seu estado de ânimo, de humor, enquanto que no item 9, “Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?”, deve fazer-se a questão tendo em conta o local onde a pessoa se encontra, ou seja o hospital, e não a sua casa. Além disso, os referidos autores mencionam que se deve ter em conta que as pessoas hospitalizadas podem apresentar alteração da mobilidade que limitem a sua saída, e esse item não seria realístico, necessitando ser ajustado ao contexto. Neste caso, o entrevistador deveria dar uma informação complementar, por exemplo, no sentido da preferência por ficar no quarto ou juntar-se aos demais idosos em uma sala de estar ou de atividades. Ainda em relação ao item 10, “Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?”, Apóstolo et al. (2013) afirmam que se deveria referir que são pessoas da mesma idade. Estes ajustes poderiam aumentar a adequação da EDG ao paciente hospitalizado, e a elevação da sua validade.

A prevalência de morbidades psiquiátricas avaliadas no nosso estudo, por terem sido determinadas por ferramentas de triagem, ao invés de uma ferramenta de diagnóstico (por exemplo, a avaliação por um psiquiatra ou especialista em saúde mental), não indicam necessariamente a existência de depressão, e os pacientes que alcançaram o ponto de corte das escalas devem ser examinados utilizando-se métodos de diagnóstico clínico propriamente dito. A EDG não é um substituto para uma entrevista de diagnóstico por profissionais de saúde mental, mas uma ferramenta de triagem útil no contexto clínico para facilitar a avaliação da depressão em idosos, especialmente quando medições de referência são comparadas com pontuações subsequentes.

Além desta limitação, outro cuidado que deve ser exercido é a extrapolação destes achados para idosos institucionalizados ou atendidos em serviços geriátricos especializados, pois aplicam-se apenas a pacientes internados em enfermarias clínicas e cirúrgicas gerais de um hospital universitário, além de se basearem em uma amostra relativamente pequena. Por outro lado, a EDG pode ter tido um nível de linguagem de difícil compreensão para os idosos sem escolaridade do nosso estudo, pelo que poderia ser necessário criar versões mais apropriadas para essa população no sentido linguístico.

7 CONCLUSÕES

Considerando-se o que foi analisado, concluímos que a EDG-30 parece ser adequada para avaliação de sintomas depressivos em idosos hospitalizados em um serviço público, podendo ser utilizada para rastrear sintomatologia depressiva neste contexto. A EDG também apresentou boa reprodutibilidade interavaliador e associação satisfatória com escore de sintomas ansiosos, comorbidade frequente no âmbito hospitalar.

Dada a alta prevalência, suas dificuldades diagnósticas e o baixo nível de reconhecimento clínico da sintomatologia depressiva em idosos internados, a EDG-30, se adequadamente utilizada, pode se representar um instrumento valioso na identificação desta condição em ambiente clínico hospitalar não especializado.

REFERÊNCIAS

Apostolo JLA, Loureiro LMJ, Reis IAC, Carvalho IA, Silva IALL. Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale-15 para a língua portuguesa. **Rev. Enf. Ref.** 2014; 4 (3): 65-73.

Byrne, G. What happens to anxiety disorders in later life? **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, 24, 74-80. 2002.

Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. **J Psychosom Res.** 2002 Feb;52(2):69-77.

Bocéréan C, Dupret E. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. **BMC Psychiatry.** 14(1): 354, 2014.

Castro-de-Araújo LF, Barcelos-Ferreira R, Martins CB, Bottino CM. Depressive morbidity among elderly individuals who are hospitalized, reside at long-term care facilities, and are under outpatient care in Brazil: a meta-analysis. **Rev. Bras Psiquiatr.** 2013; 35(2):201-7.

Chen CM, Huang GH, Chen CC. Older patients' depressive symptoms 6 months after prolonged hospitalization: course and interrelationships with major associated factors. **Arch Gerontol Geriatr.** 2014; 58(3):339-43.

Chui PY Chan MH. Prevalence of depressive symptoms and associated factors in patients attending a geriatric day hospital Asian **J Gerontol Geriatr** 2006; (2): 73-7

Dennis M, Kadri A, Coffey J. Depression in older people in the general hospital: a systematic review of screening instruments. **Age Ageing.** 2012;41(2):148-54.

Ferrari JF, Delacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Medica**, Porto Alegre, 2007; 17 (1): 3-8

Forlenza OV, Caramelli P. Neuropsiquiatria geriátrica. São Paulo: **Atheneu**; 2000.687 p.

Gazalle, et. al. Sintomas depressivos e fatores associados em uma população idosa no sul do Brasil. **Rev. de Saúde Pública**, 38, 365-71. 2004.

German L, Feldblum I, Bilenko N, Castel H, Harman-Boehm I, Shahar DR. Depressive symptoms and risk for malnutrition among hospitalized elderly people. **J Nutr Health Aging.** 2008; 12 (5):313-8.

Greenberg SA. The Geriatric Depression Scale (GDS). **Best Practices in Nursing Care to Older Adults.** 2012. Disponível em: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_4.pdf. Acesso em 19 jul 2015.

Helvik AS, Engedal K, Selbaek G. Depressive symptoms among the medically hospitalized older individuals: a 1-year follow-up study. **Int J Geriatr Psychiatry** 2013; 28(2):199-207.

Jobim EF, De Souza VO, Cabrera MA. Causes of hospitalization in elderly patients in two general hospitals under Brazil's public health system. **Rev. Sarria Acta Scientiarum. Health Sciences (UEM)**, Jan, 2010, Vol.32 (1), p.79 (5).

Kumar A, Santosh RS, Santosh T, Giri S, Vijay. Symptoms among Hospitalized Geriatric Medical Inpatients: A study from a Tertiary Level Hospital in Nepal. **UTMJ** 2010; 88 (1): 32-35

Lyness JM, Kim J, Tang W, Conwell Y, King D A, Caine E. D. The clinical significance of subsyndromal depression in older primary care patients. **Am J Geriatr Psychiatry** 2007; 15(3):214-23.

Lyons JS, Strain JJ, Ackerman AD, Fulop G. Reliability, validity, and temporal stability of the geriatric depression scale in hospitalized elderly. **Int J Psychiatry Med.** 1989; 9(2):203-9.

Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. **Am J Geriatr Psychiatry.** 2008;16(11):914-21.

McDonald WM, Holtzheimer PE, Haber M, Vitek JL, McWhorter K, Delong M. Validity of the 30-item geriatric depression scale in patients with Parkinson's disease. **Mov Disord.** 2006;21(10):1618-22.

Nyunt MS, Fones C, Niti M, Ng TP. Criterion-based validity and reliability of the Geriatric Depression Screening Scale (GDS-15) in a large validation sample of community-living Asian older adults. **Aging Ment Health.** 2009;13(3):376-82.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID-10. 8ª ed.** São Paulo (SP): EDUSP; 2000.

Ortiz BR, Wanderley, KS. Reflexões Sobre o Uso da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) em Idosos Hospitalizados. **Rev. Kairós Gerontologia** 2013; 16(3): 307-316

Pinho MX, Custodio O, Makdisse M, Carvalho ACC. Confiabilidade e validade da escala de depressão geriátrica em idosos com doença arterial coronariana. **Arq. Bras. Cardiol.** 2010; 94 (5): 570-579.

Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev. de Saúde Pública,** 2005, 39(6):918-923.

Porcu M, Scantamburlo VM, Albrecht NR, Silva P, Vallim FL. [Comparative study on depression symptoms in hospitalized, day-care and in-home elderly]. **Acta Sci.** 2002;24:713-7.

Póvoa TR, Machado FV, Tavares AB, Viana LG, Amaral AS. [Prevalence in seniors who live in Morada do Idoso long-term care facility: Brasília **Gerontology Institute**]. *Brasilia Med.* 2009;46:241-6.

Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi M, Menculini G, Catani M, Senin U, Cherubini A. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(5):694-8.

Roberts MH, Fletcher RB, Merrick PL. The validity and clinical utility of the hospital anxiety and depression scale (HADS) with older adult New Zealanders. *Int Psychogeriatr.* 2014; 26(2):325-33.

Rodda J, Walker Z, Carter J. Depressão em idosos. **BMJ Brasil.** 2013. Disponível em: <https://www.grupoa.com.br/revista-bmj/artigo/6155/depressao-em-idosos.aspx>. Acesso em: 18 jul 2015.

Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short Geriatric Depression Scale. **Age Ageing.** 1997; 26 (3):217-21.

Shah A, Herbert R, Lewis S, Mahendran R, Platt J, Bhattacharyya B. ShROUT PE. Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Stat Methods Med Res* 1998; 7(3): 301-17.

Siqueira GR, Vasconcelos DT, Duarte GC, Arruda IC, Costa JAS, Cardoso R. Analysis of depression in elderly living in the shelter "Christ the Redeemer", applying the Scale of Geriatric Depression (SGD). **Cien Saude Colet.** 2009;14:253-9.

Sneeuw KCA, Sprangers MAG, Aaronson NK. The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease. *J Clin Epidemiol* 2002; 55: 1130-43.

Sousa-Muñoz RL, Medeiros JGM, Moreira IF, Moura ACL, Souza CLM Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** 2007; 56: 77-82.

Sousa-Muñoz RL, Medeiros JGM, Moreira IF. Valorização de sintomas depressivos em idosos internados em enfermarias de clínica médica. **Rev. Brasileira de Clínica & Terapêutica** 2001; 27 (1): 183-188.

Sousa-Muñoz RL, Nascimento DB, Fernandes Júnior ED, Garcia BB. Associação entre Sintomatologia Depressiva e Óbito Hospitalar em Idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** 2013; 62: 177-182.

Sousa-Muñoz RL, Nogueira GFP, Fernandes Filho EN. Percepção de dor em idosos e adultos jovens: diversidade semiológica em avaliação multidimensional da experiência dolorosa. *RBM. Rev. Brasileira de Medicina* 2014; 71: 287-293. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5928. Acesso em: 30 jul. 2015.

Stoppe Junior A, Jacob Filho W, Louzã-Neto MRN. Avaliação de depressão em idosos através da “Escala de Depressão em Geriatria”: resultados preliminares. **Rev. ABP-APAL** 1994; 16 (4): 149-153.

Taylor, W.D. Depression in the Elderly. **New England Journal of Medicine**, 371. 2014.

Vicente F, Espirito-Santo, Cardoso D, Silva F, Costa , Martins S et al. Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados **J Bras Psiquiatr**. 2014; 63 (4):308-16.

World Health Organization. Mental Health and Development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva, Switzerland: World **Health Organization**; 2010.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric screening scale. **Journal of Psychiatry Research** 1983; 17 (8,): 37-49.

Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Prevalence of depression and anxiety symptoms in elderly patients admitted in post-acute intermediate care. **Int J Geriatr Psychiatry**. 2008; 23 (11):1141-7.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**.1983; 67 (6): 361-70.

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE

	SIM	NÃO
1. Você está satisfeito com sua vida?	[] 0	[] 1
2. Abandonou muito de seus interesses e atividades?	[] 1	[] 0
3. Sente que sua vida está vazia?	[] 1	[] 0
4. Sente-se frequentemente aborrecido?	[] 1	[] 0
5. Você tem muita fé no futuro?	[] 0	[] 1
6. Tem pensamentos negativos?	[] 1	[] 0
7. Na maioria do tempo está de bom humor?	[] 0	[] 1
8. Tem medo que algo de mal vá lhe acontecer?	[] 1	[] 0
9. Sente-se feliz na maioria do tempo?	[] 0	[] 1
10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado?	[] 1	[] 0
11. Sente-se frequentemente intranquilo?	[] 1	[] 0
12. Prefere ficar em casa em vez de sair?	[] 1	[] 0
13. Preocupa-se muito com o futuro	[] 1	[] 0
14. Acha que tem mais problema de memória que os outros?	[] 1	[] 0
15. Acha bom estar vivo?	[] 0	[] 1
16. Fica frequentemente triste?	[] 1	[] 0

17. Sente-se inútil?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
18. Preocupa-se muito com o passado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
19. Acha a vida muito interessante?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
20. Para você é difícil começar novos projetos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
21. Sente-se cheio de energia?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
22. Sente-se sem esperança?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
23. Acha que os outros têm mais sorte que você?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
24. Preocupa-se com coisas sem importância?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
25. Sente frequentemente vontade de chorar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
26. É difícil pra você concentrar-se?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
27. Sente-se bem ao despertar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
28. Prefere evitar as reuniões sociais?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
29. É fácil pra você tomar decisões?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

ANEXO B

ESCALA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE HOSPITALAR

A 1) Eu me sinto tenso ou
contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas
mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que
antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer
em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de
medo, como se alguma coisa ruim
fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito
forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não
me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto
quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco
menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia
de
preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à
vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D 8) Eu estou lento pra pensar e
fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação
ruim de medo, como um frio na barriga
ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando

- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animado as coisas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de

televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

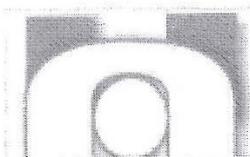
- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

Pontuação – Ansiedade: [____]

Pontuação – Depressão: [____]

Resultado: _____

ANEXO C



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADEQUAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA AO IDOSO INTERNADO:
ESTUDO COMPARATIVO COM A SUBESCALA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DA
EDAH

Pesquisador: Rilva Lopes de Sousa Muñoz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45174515.4.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.082.427

Data da Relatoria: 26/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). O projeto ressalta a importância da identificação de métodos apropriados para a medição da depressão em idosos, uma vez que poderá melhorar a detecção de casos e a avaliação da depressão em idosos, hospitalizados.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Verificar a adequação da Escala de Depressão Geriátrica, de Yesavage, com 30 itens (EDG-30) em pacientes idosos internados em um hospital de ensino, por meio da comparação com a Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (EDAH), de Zigmond e Snaith, elaborada para uso em pacientes internados em contextos clínicos gerais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a concordância entre os escores das escalas EDG-30 e da subescala de depressão da EDAH;
- Verificar se há associação entre a magnitude da sintomatologia depressiva avaliada pela EDG e a subescala de ansiedade da EDAH;

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

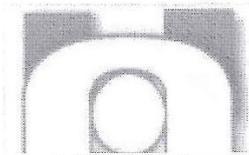
Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: cephuw@hotmail.com

Drª Ma Eliane Moreira Freire
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
HULW - EDSERVI/ UFPB



Continuação do Parecer: 1.082.427

- Identificar se a prevalência de sintomatologia depressiva clinicamente significativa é semelhante a partir da aplicação das duas escalas com base nos seus respectivos pontos de corte;
- Determinar a reprodutibilidade das escalas de avaliação de sintomas depressivos entre as aplicações em dois momentos da hospitalização;
- Avaliar a reprodutibilidade inter observador das duas escalas e comparar as aplicações; Verificar associações entre sintomatologia depressiva e variáveis demográficas dos doentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos previsíveis e benefícios mencionados estão coerentes com a proposta da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa trata-se de um estudo observacional e transversal, de abordagem quantitativa. Esta será realizada no Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPA. A amostragem será de natureza não probabilística e intencional, incluindo-se 100 pacientes de ambos os sexos, idosos com 60 anos ou mais e consecutivamente internados nas enfermarias de clínicas médica, cirúrgica e de doenças infecciosas do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). A coleta ocorrerá entre os meses de agosto e dezembro de 2015. Os dados serão coletados por meio da aplicação da Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar – EDHA (ZIGMOND; SNAITH) e da Escala de Depressão Geriátrica-30 (EDG-30). Os dados obtidos serão analisados por meio de tratamento estatístico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Após análise detalhada dos documentos enviados comprovamos que todos foram anexados.

A folha de rosto está assinada pela Gerência de Ensino e Extensão, atestando a anuência do HULW para a realização da pesquisa proposta.

Recomendações:

Recomenda-se que no desenvolvimento da pesquisa deve-se CUMPRIR A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-HULW. Caso ocorram intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, entre outras, o pesquisador responsável deverá procurar o Comitê de ética em pesquisa para as devidas orientações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

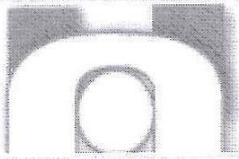
Favorável ao desenvolvimento da investigação

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPA
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: cepulw@hotmail.com

Dr^a Ma Eliane Moreira Freire
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
HULW - EBSERH / UFPA



Continuação do Parecer: 1.082.427

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO emitido pelo Colegiado do CEP/HULW em Reunião Ordinária realizada no dia 26 de maio de 2015. Ressaltamos que, antes de iniciar a pesquisa, o pesquisador responsável deverá comparecer ao CEP, para receber a CERTIDÃO DE APROVAÇÃO. Informamos ainda que após o término da pesquisa, o pesquisador responsável, em atendimento à Resolução 466/2012, do CNS/MS, deverá inserir (via online) através de Notificação na Plataforma Brasil, o Relatório Final, para receber a Certidão Definitiva. O CEP/HULW parabeniza o(s) pesquisador(es).

JOAO PESSOA, 27 de Maio de 2015

Maria Eliane Moreira Freire
Dr.ª M.ª Eliane Moreira Freire

Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
ASSINATURA
HULW - EPSEPIH - UFPB

MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
(Coordenador)

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB **Município:** JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: cephulw@hotmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE A

DADOS CLÍNICOS E DEMOGRÁFICOS - PROJETO EDG-EDAH

Nome do Entrevistador	
Data da entrevista	
Horário da entrevista	
Duração da entrevista	EDG: EDAH:
Entrevista	() Primeira () Segunda

Nome do Paciente	
Prontuário	
Telefone para contato	
Dia de internação (DIH)	
Idade	
Sexo	
Escolaridade (anos)	
Etnia	
Estado civil	
Diagnóstico principal - que motivou a internação - CID	

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esta pesquisa, intitulada ADEQUAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA AO IDOSO INTERNADO: ESTUDO COMPARATIVO COM A SUBESCALA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DA EDAH, está sendo desenvolvida pelos alunos do curso de Medicina da UFPB, Daniel Gustavo Sabino Ferreira Bandeira, Tércio Manoel de Vasconcelos Silva e Begnailson Benedito Ribeiro, sob orientação da professora Rilva Lopes de Sousa Muñoz, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). O objetivo geral deste estudo é aplicar dois questionários de sintomas depressivos em pacientes com 60 anos ou mais internados no Hospital Universitário Lauro Wanderley.

O benefício que podem vir dos resultados desta pesquisa é de poder usar a escala de depressão geriátrica para ver se pacientes deste hospital tem risco de apresentar depressão, que é um problema frequente e afeta a evolução dos doentes. Caso se detecte que há risco de que o (a) senhor (a) esteja com depressão indicada pelas respostas aos questionários, seu médico será comunicado para avaliar melhor o quadro.

Então, solicitamos sua colaboração por meio da participação em responder aos dois questionários, que possuem perguntas simples e de fácil entendimento, a serem aplicados por três entrevistadores em três ocasiões diferentes cada um. Além disso, pedimos sua autorização para apresentar os resultados obtidos neste estudo como forma de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e em futuras publicações em revistas científicas da área de medicina. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é VOLUNTÁRIA. Caso decida não participar desta pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir, não sofrerá nenhum prejuízo em relação ao seu tratamento no Hospital Universitário Lauro Wanderley. Os riscos desta pesquisa serão mínimos, como fadiga leve pela entrevista, que deverá durar de 15 a 20 minutos, e/ou eventual constrangimento em responder a algumas perguntas dos questionários.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessários.

Para participar da pesquisa, o (a) senhor (a) precisa assinar este Termo de Consentimento, ficando com uma via para si.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou meu consentimento para participar do estudo e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma via deste documento.

Assinatura do participante ou responsável legal



Atenciosamente,

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador entrevistador

Caso o (a) senhor (a) necessite de maiores informações, poderá se comunicar com a Profa. Rilva Lopes de Sousa Muñoz, através do Departamento de Medicina Interna, pelo telefone (83) 3216-7243, ou do Comitê de Ética e Pesquisa do HULW, cujo endereço é o seguinte: Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW – 4º andar. Campus I – Cidade Universitária – Castelo Branco – CEP: 58059-900 – João Pessoa – PB – FAX: (083) 3216-7522 – Telefone: (083) 3216-7964 – e-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br.