



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE MEDICINA**

**BEATRIZ MACHADO SILVA MELLO**

**FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO E TRANSTORNO DE ANSIEDADE EM  
PACIENTES IDOSOS HOSPITALIZADOS EM UM HOSPITAL GERAL EM  
SALVADOR.**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**SALVADOR**

**2023**

**BEATRIZ MACHADO SILVA MELLO**

**INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO E TRANSTORNO DE ANSIEDADE EM  
PACIENTES IDOSOS HOSPITALIZADOS EM UM HOSPITAL GERAL EM  
SALVADOR.**

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em  
Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde  
Pública como requisito parcial para aprovação no 4º  
ano do curso de Medicina

Orientador(a): Rogério Luís Palmeira da Silva

**SALVADOR**

**2023**

## SUMÁRIO

● 1 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO	4
● 2 INTRODUÇÃO	5
● 3 REVISÃO DE LITERATURA	6
● 3 OBJETIVOS	10
3.1 Geral	10
3.2 Específicos	10
● 4 MÉTODOS	11
4.1 Perfil epidemiológico e Método de coleta.	11
4.1.1 Critérios de Inclusão:	11
4.1.2 Critérios de Exclusão:	11
4.1.3. Procedimentos de Recrutamento de Voluntários	11
4.2 Amostra a ser estudada	12
4.3 Instrumentos de coleta de dados	12
4.3.1 Dados sociodemográficos:	13
4.3.2 Mini-Exame do Estado Mental (Mini-Mental):	13
4.3.3 Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung	13
4.3.4 Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)	14
4.3.5 Escala de Depressão Geriátrica (EDG) ou GSD-15.	14
4.4 Análise estatística e Variáveis analisadas	15
4.5 Considerações Éticas (Riscos e Benefícios)	16
4.5.1 Benefícios	16
4.5.2 Riscos	16
● 5 RESULTADOS	17
● 6 DISCUSSÃO	23
● 7 CONCLUSÃO	27
● 8 REFERÊNCIAS	28

● 9 APÊNDICES	32
Apêndice 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	32
Apêndice 2 . Questionário Sociodemográfico	35
Apêndice 3. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	36
● 10 ANEXOS	40
	40
Anexo 1. Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	40
○ Anexo 2. Escala de Auto-Avaliação de Depressão de Zung	43
□ Anexo 3. GAI- Escala de Ansiedade Geriátrica	44
○ Anexo 4. Escala Geriátrica De Depressão	45
○ Anexo 5. Membros da equipe executora	46

- **1 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO**

Qual a frequência de depressão e ansiedade generalizada em pacientes idosos internados em um hospital geral em Salvador - BA?

## • 2 INTRODUÇÃO

O presente estudo investigou a incidência de depressão e ansiedade em pacientes idosos hospitalizados em um hospital geral, tendo em vista que a literatura nacional ainda possui relativa escassez de dados sobre depressão na população idosa hospitalizada e que a atenção no contexto hospitalar é dada, majoritariamente, para a doença de base, pouco se atendo aos sintomas depressivos que podem estar presentes ou serem desenvolvidos. Foi realizada a revisão do estado da arte e admitiu-se que depressão e ansiedade são condições comuns, porém subdiagnosticadas entre idosos, que repercutem sobre o desfecho de outros quadros clínicos e impactam na mortalidade de pacientes internados. Nesse ínterim, foi efetuado levantamento de dados relativos a esses transtornos na população idosa, buscando uma maior identificação desse problema, o que contribuirá, certamente, para um diagnóstico mais precoce e estabelecimento do tratamento adequado.

### ● 3 REVISÃO DE LITERATURA

"Depressão Maior" ou "Depressão Grave" é uma condição clínica comum, com consequências importantes sobre o funcionamento psicossocial da pessoa acometida reduzindo sua qualidade de vida, tendo sido classificada em 2008, pela Organização Mundial da Saúde (OMS ou WHO, da sigla em inglês para World Health Organization), como a terceira principal causa da carga de doenças em todo o mundo, projetando que a doença em 2030 ocupará o primeiro lugar nesta lista<sup>1</sup>.

A prevalência do diagnóstico de Depressão num período de 12 meses, embora varie entre os países, é de cerca de 6% da população geral, sendo que o risco de desenvolvimento de depressão ao longo da vida é três vezes maior (15-18%) portanto trata-se de um distúrbio que afeta uma em cada cinco pessoas em algum momento da vida, sendo que mulheres têm quase o dobro de prevalência masculina e que tal diferença pode estar relacionada a fatores como diferença sexual, seja em termos biológicos, quanto psicológicos. O período mais provável para o início do quadro vai da adolescência até por volta dos 40 anos, após essa fase ocorre de modo mais modesto <sup>2,3</sup>.

A prevalência do distúrbio é semelhante entre os países mais influentes (5.5%) e os com baixa e média renda (5.9%), sugerindo que, embora a condição socioeconômica possa influenciar, fatores genéticos e outros fatores biológicos são mais impactantes sobre a gênese do problema <sup>2</sup>.

A condição é de natureza crônica e recorrente, a duração média de sintomas para pacientes em tratamento varia entre 3 e 6 meses e com grande maioria de recuperação em 12 meses, sendo que a comorbidade com ansiedade reduz a chance de recuperação plena e 80% dos pacientes apresentam pelo menos mais de um episódio no curso da vida <sup>2</sup>.

O diagnóstico é feito baseado na identificação de sintomas e presença de prejuízo funcional para a pessoa afetada. Uma gama de sintomas é considerada mais específica, como anedonia (capacidade diminuída de sentir prazer), piora dos sintomas durante certos períodos do dia e sentimentos de culpa intensificada, associados a sintomas neurovegetativos, como fadigabilidade, alteração de apetite ou do peso e insônia. Assim diversas ferramentas de screening foram desenvolvidas para identificação do transtorno depressivo em diversas situações e fases da vida <sup>2</sup>.

Embora quadros de depressão sejam menos comuns nos idosos nos diversos estudos

epidemiológicos, acomete entre 10-15% dos idosos, sendo que estes transtornos são menos comumente reconhecidos nesta faixa etária, além de que idosos deprimidos apresentam um risco maior de mortalidade cardíaca e por todas as causas <sup>3,4</sup>. A ansiedade e a depressão têm muitos fatores de risco em comum e costumam estar juntas em muitos pacientes, sendo que a ansiedade aparece a partir da percepção de ameaças ou durante ou após eventos traumáticos<sup>3</sup>. A depressão surge muitas vezes após perdas e seus principais fatores de risco são: presença de doenças crônicas, déficit cognitivo, dor crônica e incapacidade funcional<sup>3</sup>. Estes fatores, associados aos processos biológicos, como arteriosclerose, alterações inflamatórias, imunoendócrinas e alterações neurológicas, como comprometimento da integridade das vias frontoestriatal, da amígdala e do hipocampo, tornam o idoso mais vulnerável à depressão<sup>2</sup>. Adicionalmente, hereditariedade e fatores psicossociais, tais como redução de status econômico, isolamento, realocação, cuidado e luto, contribuem para mudanças fisiológicas, aumentando ainda mais a suscetibilidade à depressão ou desencadeando a depressão em idosos já vulneráveis.<sup>4</sup>

No estudo sobre a Carga Global de Doenças do ano de 2017 (GBD-2017), a Organização Mundial da Saúde, constatou que a prevalência de transtornos depressivos no Brasil foi de 3,30%, com diferentes índices entre os estados, variando de 3,79% em Santa Catarina a 2,78% no Pará (2,56 a 3,03) <sup>5</sup>. A análise do GBD-2017 aponta que, desde os anos de 1990, há um aumento progressivo de transtornos depressivos no Brasil, sobretudo acometendo mulheres adultas na região sul do país. Antes da pandemia por covid-19, as doenças mentais já eram importantes causas de sobrecarga global de doenças, principalmente ansiedade e depressão. A pandemia criou condições sociais para que o fenômeno fosse exacerbado, produzindo um aumento considerável e desproporcional da carga global de depressão e de ansiedade, sobretudo entre mulheres e crianças <sup>6</sup>.

Entre os fatores relacionados a COVID-19, com impacto sobre a saúde mental, são relevantes: bloqueios, solicitações para permanência em casa, redução do transporte público, fechamento de escolas e empresas e diminuição das interações sociais, sendo que os transtornos de ansiedade estão fortemente associados ao aumento das taxas de infecção, enquanto a prevalência de depressão foi mais associada com a diminuição da mobilidade humana <sup>6</sup>.

Observando-se especificamente as consequências da depressão do idoso não-tratada, existem evidências de maiores taxas de mortalidade por suicídio e doenças

médicas em geral, além de ser mais custosa para o sistema de saúde.<sup>7</sup> A relação entre depressão com mortalidade não suicida encontra-se bem estabelecida na literatura e há evidências robustas da associação de depressão com aumento da mortalidade em pessoas com doença cardiovascular, com dados que sugerem influência sobre a morbidade e a mortalidade por meio de uma complexa variedade de mediadores comportamentais e biológicos.<sup>8</sup>

A depressão tem sido associada a um aumento no risco de desfecho ruim no paciente de doença crônica, devido aos seus impactos sobre mecanismos fisiopatológicos de diversos sistemas orgânicos, como alteração dos valores de pressão arterial, tônus muscular e frequência cardíaca, mecanismo mediado por disfunção da glândula hipotálamo-pituitária-adrenal, associados a tabagismo, sedentarismo, humor baixo e reduzida percepção de autoestima e autoeficácia. A relação entre depressão e doenças cardiovasculares é de natureza bidirecional, os riscos são mútuos e frequentemente coexistem, sendo que a ocorrência de depressão em pacientes cardiopatas varia entre 20% a 45%, sendo 3 vezes mais frequente entre os que sofreram infarto do miocárdio em comparação à população geral<sup>9</sup>. A revisão da literatura demonstra que depressão está bem estabelecida como um fator de risco independente e como um preditor independente de mortalidade <sup>10</sup>.

A literatura internacional traz uma maior coletânea acerca do assunto, trazendo estudos populacionais que vão desde analisar as características individuais e a incidência ou não de depressão, maior ou menor, durante o período de hospitalização, passando pela coleta de dados que permite associar uso de antidepressivos e mudanças no prognóstico, até definir o padrão de remissão do quadro depressivo<sup>11</sup>. Esses estudos encontraram que o uso de antidepressivos, contraditoriamente, não reduziu o tempo de remissão dos sintomas depressivos, tendo os pacientes não-tratados um episódio depressivo mais curto (16,4 semanas) que os pacientes que receberam essa terapia (22,9 semanas). Ademais, há evidências que idade mais jovem, sexo masculino, quadro de depressão menor, histórico prévio de depressão ausente e menos doenças comórbidas acompanharam tempo menor de remissão dos quadros depressivos.<sup>11</sup>

Os dados da literatura internacional são mais abundantes na análise de fatores como condições e parceiros de moradia, status cognitivo e afetivo, saúde física e habilidades funcionais e seu impacto na predisposição para depressão após internação. Concluiu-se que os pacientes mais frequentemente acometidos por depressão maior eram do

sexo feminino, viviam sozinhas e tinham maior probabilidade de apresentar comprometimento cognitivo e que o índice de mortalidade era mais preocupante no grupo diagnosticado com depressão maior. Ainda foi constatado que os pacientes sem diagnóstico de depressão ou com diagnóstico de depressão menor viviam menos que aqueles com depressão maior <sup>12</sup>. Esses e outros dados permitem construir um perfil epidemiológico dentro dos ambientes hospitalares, permitindo o refinamento da conduta médica perante pacientes internados e a necessidade de implementação de terapias de cunho psíquico.

A coleta de dados acerca do quadro depressivo e de ansiedade em pacientes idosos internados consta em alguns estudos brasileiros e confirma resultados, uma taxa entre 26,7% a 47% de prevalência de sintomas depressivos e ansiedade<sup>13</sup>, publicados na literatura internacional, o que não cessa a pesquisa nesse campo, devendo ser continuada a triagem de sintomas depressivos e ansiedade na população idosa para fortalecer as hipóteses levantadas sobre a temática, como a incidência maior de sintomas depressivos na população idosa feminina<sup>13</sup>, em razão de fatores socioculturais, e afastar resultados controversos. No âmbito da literatura nacional, especialmente no estado da Bahia, essa perspectiva carece de maior aprofundamento.

- **3 OBJETIVOS**

- **3.1 Geral**

- 1. Estabelecer a frequência de depressão e transtorno de ansiedade em idosos internados em unidades clínicas de um Hospital Geral em Salvador, Bahia, Brasil.

- **3.2 Específicos**

- 1. Identificar a frequência de depressão em pacientes idosos hospitalizados;
  - 2. Levantar dados acerca do perfil mais acometido por depressão e ansiedade entre idosos internados por causas clínicas;

## • 4. MÉTODOS

### **4.1 Perfil epidemiológico e Método de coleta.**

Trata-se de estudo quantitativo de caráter transversal e descritivo cuja investigação foi realizada com coleta de dados em pacientes acima de 60 anos, internados no Hospital do Subúrbio, hospital público estadual, de 326 leitos, com perfil de atendimento de urgência e emergência de alta complexidade, localizado em Salvador, Bahia, Brasil. Foram coletados dados sócio-demográficos (apêndice 2), avaliação da presença de declínio cognitivo pelo Mini-exame do Estado Mental (anexo 1), avaliar a presença de depressão através do Escala de Auto-Avaliação de Depressão de Zung (anexo 2) e da Escala de Depressão Geriátrica (anexo 4) e a presença de transtorno de ansiedade pelo Inventário de Ansiedade Geriátrica (anexo 3). Os instrumentos foram aplicados pelo pesquisador, sem que o mesmo tenha influenciado a evocação de qualquer resposta, durante entrevista em beira-leito, após a aplicação do TCLE e concordância e assinatura do participante da pesquisa.

Foram utilizados os seguintes critérios para admissão no estudo.:

#### **4.1.1 Critérios de Inclusão:**

- a-Pacientes de idade igual ou maior que 60 anos
- b-Internados via unidade de urgência\emergência
- c- Pacientes internados por motivos clínicos

#### **4.1.2 Critérios de Exclusão:**

- a-Pacientes provenientes de internação eletiva ou programada, advindos do ambulatório do hospital
- b-Pacientes com diagnóstico formal de alguma forma de demência;

#### **4.1.3. Procedimentos de Recrutamento de Voluntários**

Os Pacientes foram convidados a participar do estudo em visita à beira-leito na unidade de internação aberta, quando serão apresentados os objetivos do estudo e caso inicialmente concorde será então apresentado o TCLE para leitura e assinatura do TCLE. Pacientes com impossibilidade de compreender estas etapas iniciais, não participaram do estudo, pois as respostas requerem capacidade cognitiva preservada. A entrevista será conduzida com apresentação dos

instrumentos de coleta, que serão descritos posteriormente, em um tablet desconectado da internet, com os formulários desenvolvidos no programa Google Docs.

Durante a entrevista foram mantidas condições de privacidade no quarto do paciente, com presença do pesquisador e do responsável do paciente. O questionário é autopreenchido

#### **4.2 Amostra a ser estudada**

Este estudo pretende analisar a prevalência de sintomas depressivos e ansiedade em pacientes idosos internados em um hospital geral por causas clínicas.

Pacientes idosos estão entre os maiores usuários dos serviços de saúde, apresentam maiores taxas de hospitalizações e maior risco de mortalidade hospitalar, com um volume de 2.852.393 (24,5% do total)<sup>14</sup>. Dados nacionais relacionam doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, neoplasias e causas externas como grandes causas para este grupo populacional <sup>14</sup>.

A partir de informações do Segundo dados do boletim epidemiológico do Hospital do Subúrbio <sup>15</sup> no período entre 14 de setembro de 2018 a 13 de setembro de 2019, ocorreram 13.999 internações de pacientes adultos, sendo que 35% deste volume foi de pessoas acima de 60 anos; houve um total de 5.423 (38,7%) internações clínicas, sobretudo por doenças crônicas ou degenerativas. As internações de pacientes idosos (pessoas acima de 60 anos) totalizaram 3.063 pacientes, ou seja 56,5 % do total de internados por motivos clínicos, uma proporção superior à média nacional. Observamos também que 40% das internações totais do hospital no sexo feminino foram de pessoas acima de 60 anos. Assim o perfil do hospital representa uma acentuação do perfil observado nas internações nacionais, com um volume importante de pacientes idosos.

Para cálculo amostra nesta pesquisa, para um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, o tamanho da amostra calculada foi de 342 pacientes.

#### **4.3 Instrumentos de coleta de dados**

Os voluntários foram entrevistados a partir de um questionário estruturado com os elementos descritos detalhadamente a seguir:

#### **4.3.1 Dados sociodemográficos:**

Sexo, idade, estado Civil, diagnóstico prévio de depressão, motivo internação, uso de medicação psicotrópica na internação, uso prévio de medicação psicotrópica, número de dias de internação, nível educacional. Os componentes detalhados fazem parte do anexo 2.

#### **4.3.2 Mini-Exame do Estado Mental (Mini-Mental):**

Esta ferramenta foi elaborada por Folstein <sup>16</sup> em 1975, é a ferramenta de screening clínico de déficit cognitivo mais utilizada, por sua rapidez (pode ser usada em cerca de 10 minutos), tem fácil aplicação, não requer material específico e é validado para uso na população brasileira <sup>17</sup>. Devido à conhecida influência do nível de escolaridade sobre os escores totais do MEEM, diversos autores adotam notas de corte diferentes para pessoas com distintos graus de instrução. Adotaremos o ponto de corte proposto por Brucki et al. (2003): 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos, considerando a recomendação de utilização dos escores de cortes mais elevados. No trabalho original a nota de corte padrão foi de 24 pontos <sup>18</sup>.

#### **4.3.3 Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung**

A Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung foi desenvolvida com base nos critérios mais comumente utilizados para os transtornos depressivos. Surgiu nos Estados Unidos, foi criada pelo psiquiatra William W.K. Zung, da Universidade Duke, resultando em uma melhor qualidade e diagnóstica, como e maior fidedignidade no seguimento de pacientes idosos com suspeita de depressão, tendo sido validada para diversos idiomas, inclusive português do Brasil <sup>20,21</sup>. Neste instrumento os escores são submetidos a um cálculo, em que o numerador T representa o total de pontos obtidos na avaliação, e os resultados acima de 70 são considerados como próprios dos quadros depressivos. Nesta escala, existem quatro categorias de resposta com valores numéricos de 1 a 4, que significam: poucas vezes, algumas vezes, bastante vezes, quase sempre. Para interpretação são utilizados os seguintes parâmetros:

- 20-44 Faixa Normal

- 45-59 Levemente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 ou mais Severamente Deprimido

O padrão-ouro para diagnóstico da depressão é a entrevista clínica estruturada, existindo uma diversidade de modelos de escores e escalas validadas pela literatura, porém os instrumentos de auto-relato são importante ferramentas e tem sido amplamente utilizadas em contexto de pesquisa clínica inclusive a Escalas de Autoavaliação de Depressão de Zung para melhor acurácia diagnóstica os resultados da escala de autoavaliação serão cotejada com os resultados da Escala Geriátrica de depressão.

#### **4.3.4 Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)**

A Geriatric Anxiety Inventory (GAI), O Geriatric Anxiety Inventory (GAI) foi desenvolvido por Pachana e cols<sup>22</sup>, como um instrumento breve composto por 20 itens dicotômicos em que o respondente deve marcar resposta declarando concordar ou discordar das afirmações apresentadas, utilizada internacionalmente para detecção de sintomas de ansiedade em pacientes idosos<sup>22</sup>. O GAI possui alta consistência interna e forte confiabilidade teste-reteste e demonstrou correlação moderada com o Inventário de Ansiedade de Beck e Inventário de Ansiedade traço-estado<sup>24</sup> O instrumento foi validado para o português do Brasil e será utilizado (Anexo 2) para detecção de Ansiedade, por se tratar de um frequente confundidor de casos de depressão, Originalmente os autores do instrumento determinaram para sua população-alvo que os valores 10/11 como ponto de corte para indicar a presença de ansiedade generalizada<sup>24</sup>.

#### **4.3.5 Escala de Depressão Geriátrica (EDG) ou GSD-15.**

A EDG é composta por perguntas fáceis de serem entendidas e possui pequena variação nas possibilidades de respostas (sim/não), pode ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado, demandando de cinco a 15 minutos para a sua aplicação. Inicialmente foi composta por 30 questões binárias (sim/não) e de fácil compreensão, posteriormente criaram-se versões reduzidas, com 15, 10 e 0 itens, a partir da escala original, considerando-se os itens que mais fortemente se correlacionaram com o diagnóstico de depressão

<sup>25</sup>: (1) humor rebaixado, (2) falta de energia, (3) humor positivo, (4) agitação, e (5) retraimento social .

O uso do ponto de corte 4/5 para o GDS-15 produziu taxas de sensibilidade e especificidade de 92,7% e 65,2%, respectivamente, e valores preditivos positivos e negativos de 82,6% e 83,3%, respectivamente, quando os critérios diagnósticos da CID-10 para episódio depressivo maior foram usados como o 'padrão ouro'. Da mesma forma, taxas de 97,0%, 54,8%, 69,6% e 94,4% foram encontradas quando o DSM-IV foi o critério de diagnóstico de comparação. Sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivos e negativos para o ponto de corte 6/7 foram 80,5%, 78,3%, 86,8% e 69,2% de acordo com a CID-10, e 84,8%, 67,7%, 73,7% e 80,8%, respectivamente para DSM-IV. Valores intermediários foram encontrados para o ponto de corte  $\frac{5}{6}$  <sup>26</sup>.

Utilizaremos uma versão reduzida de 15 itens (GDS-15), com ponto de corte de 05, pois pontuações abaixo deste nível sugerem indicar a ausência de sintomas depressivos clinicamente significativos. Almeida e Almeida relatam uma grande quantidade de sobreposição entre as pontuações indicativo de depressão leve e moderada de acordo com CID-10. Pontuações provisórias de  $5 \pm 7$  e  $8 \pm 9$  podem sinalizar que o GDS-15 pode ser usado para diagnóstico de depressão leve e moderada, respectivamente. Pontuações de 10 ou mais indicam a presença de um episódio depressivo grave. A GDS-15 foi validada em português com boa confiabilidade clínica <sup>27</sup>.

#### ○ **4.4 Análise estatística e Variáveis analisadas**

No presente estudo serão avaliadas as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, diagnóstico prévio de depressão, motivo de internação, uso de medicação psicotrópica na internação e uso prévio de medicação psicotrópica. Através de instrumentos estruturados serão investigadas: presença de comprometimento cognitivo detectado pelo Mini-exame do Estado Mental, a presença de Depressão pelos Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung e pelo Inventário de Depressão Geriátrica, analisando-se o grau de correlação do diagnóstico entre estas escalas. Será observada ainda a variável presença de Ansiedade medida pela Escala de Ansiedade Geriátrica. Estes eventos serão descritos através de

frequências, de medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão (desvio-padrão).

Para a comparação das variáveis será utilizado o teste Chi-quadrado (corrigido por Yates) e as diferenças entre as médias serão pelo teste de Mann-Whitney e Teste exato de Fisher. Em todos os testes estatísticos será adotado um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

**As análises estatísticas não puderam ser feitas por não termos atingido o número mínimo de voluntários calculado. A pesquisa continua em andamento.**

#### ○ **4.5 Considerações Éticas (Riscos e Benefícios)**

##### **4.5.1 Benefícios**

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz/FIOCRUZ (IORG0002090/OMB No. 0990-0279 válido até 01/27/2025) e pelo CEP da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública CAAE: 56357622.5.0000.5544. Foi Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a todos os participantes do estudo (apêndice 1). Os benefícios potenciais deste projeto incluem, além do levantamento de dados que possibilitem melhor compreensão do quadro depressivo e de ansiedade em idosos internados em nosso meio, cuja literatura ainda é pobre, como também poderá identificar pessoas com algum destes transtornos e ainda sem diagnóstico adequado.

##### **4.5.2 Riscos**

Nenhum participante recebeu intervenção terapêutica da equipe de estudo, porém identificamos os seguintes riscos potenciais: eventual cansaço durante a coleta dos dados, devido a extensão dos questionários aplicados ou constrangimento ou mobilização emocional ao responder alguma pergunta. Para reduzir estes riscos, foram realizados esforços para garantir a sua privacidade, para tanto a coleta dos dados foi feita em ambiente privado, na presença apenas do pesquisador, proporcionando ambiente de conforto durante a aplicação dos questionários.

Existe um risco de vazamento de dados, porém todas as medidas foram tomadas para evitar que tal evento não ocorra e para minimizar estes riscos os dados serão mantidos em disco rígido externo, sem acesso à internet, em

ambiente seguro e privativo no escritório do pesquisador principal e após cinco anos os dados serão deletados. Foram tomadas cautela e providências para evitar qualquer exposição de seus dados, entretanto mesmo em caso de vazamento, devido a natureza anônima dos questionários, não será possível sua identificação. Deste modo sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado, ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo, será mantido em sigilo. Para minimizar risco de diagnósticos inadequados de depressão foram aplicados dois instrumentos de fidedignidade e especificidade, bem reconhecidos na literatura, desse modo reduzindo riscos de que casos de depressão deixem de ser diagnosticados ou falsamente diagnosticados. Os dados obtidos foram compartilhados com o médico assistente, quando autorizado pelo participante do estudo, contribuindo, portanto, para melhoria assistencial imediata a critério do julgamento clínico da equipe assistencial do paciente. Em casos de diagnóstico de Depressão e/ou Ansiedade, o participante do estudo identificado receberia atendimento médico com profissional da área de saúde mental do hospital para acolhimento e medidas terapêuticas pertinentes à situação identificada. Durante toda a pesquisa, não incorreram custos aos participantes da pesquisa. Caso o participante da pesquisa tivesse alguma dúvida ou reclamação sobre a pesquisa poderiam, sem custos, contatar o pesquisador responsável pelo e-mail [rogeriosilva@bahiana.edu.br](mailto:rogeriosilva@bahiana.edu.br) ou pelo celular (71)981349032 para devida orientação e assistência inicial ou contatar o CEP, situado na Avenida D. João VI, nº274 – Brotas-CEP:40.285-001-Salvador, BA ou pelos telefones (71)2101-1921 / (71)98383-7127 ou e-mail [cep@bahiana.edu.br](mailto:cep@bahiana.edu.br) ou no CEP do Centro de Pesquisa Gonçalo Muniz, Rua Waldemar Falcão, 121, na área de Escritórios do 3º Pavimento do Edifício Garagem, sala CEP-Candeal ou pelos telefone (71)3176-2285 ou email [cep.igm@fiocruz.br](mailto:cep.igm@fiocruz.br).

## • 5 RESULTADOS

Os resultados apresentados são preliminares e o estudo encontra-se em andamento. Foi solicitado ao CEP prorrogação de data de término da pesquisa, devido ao baixo número de dados coletados no período previsto no cronograma, por razões alheias a equipe de pesquisa. A duração da coleta, que foi realizada sob a condução da pesquisadora, foi estimada em 30 minutos, sendo o tempo esperado abaixo de 10 minutos, decorrente da necessidade de maior detalhamento dos questionários para os pacientes e das respostas não poderem ser auto registradas, uma vez que os pacientes não estavam familiarizados com o manuseio da ferramenta através do celular. Esta dificuldade inicial caso persista, pode revelar dificuldades de utilização de meios eletrônicos neste perfil sociocultural da população.

O presente estudo abordou pacientes com idade acima de 60 anos, internados nas unidades de enfermagem do Hospital do Subúrbio, iniciado o período de entrevistas beira-leito em 05/10/2022. A amostra dispõe de 6 pacientes, coletados entre 05/10/2022 e 27/02/2023. Essas entrevistas foram estruturadas a partir do recolhimento de dados objetivos, tais quais: Sexo, idade, estado civil, diagnóstico prévio de depressão, motivo da internação, uso de medicação psicotrópica na internação, uso prévio de medicação psicotrópica, número de dias de internação e nível educacional. Em posse desses dados, foram aplicados o Mini Exame do Estado Mental ("Mini-Mental"), a Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung, o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG).

As coletas foram realizadas em um grupo dividido em 33% internados por repercussões de Hipertensão Arterial Sistêmica, 17% por repercussões de ITU, 33% por Acidente Vascular Encefálico e 17% por outras causas (Gráfico 1). Nesse grupo, apenas 33% dos pacientes apresentam diagnóstico prévio de depressão (Gráfico 2). Esse grupo se dividiu em, aproximadamente, 67% com ensino fundamental incompleto, 16% não alfabetizados e 17% possuindo superior completo. (Gráfico 3)

Para o grupo abordado, foram encontradas as seguintes distribuições de resultados para a Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung: Aproximadamente, 67% pontuaram entre 20-44, estando na faixa normal, 16% pontuaram entre 45 e 59, estando na faixa levemente deprimido, 17% pontuaram entre 60 e 69, estando moderadamente deprimido e nenhum pontuou mais que 70, o que corresponderia a sintomas de um quadro severo de depressão. (Gráfico 4)

Os resultados encontrados com a Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage demonstraram que, aproximadamente, 67% pontuaram de zero a 4 pontos, não sugerindo presença de depressão. 16% pontuaram de 5 a 10, sugerindo depressão leve a moderada. Por fim, 17% pontuaram acima de 11, sugerindo depressão grave. (Gráfico 5). Deste modo as escalas tiveram convergência em relação a ausência de sintomas depressivos (67% tanto na Escala de Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung quanto na Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage; a concordância também foi observada em relação a sintomas depressivos leves (16% vs 17%), Entretanto em relação aos sintomas moderados ou graves houve divergência, porém devido ao reduzido tamanho da amostra não é possível estabelecer análises comparativas conclusivas.

Na amostra selecionada, após aplicada a escala geriátrica de ansiedade, foram encontrados resultados de 50% com pontuação menor que 10, não sugestivo de sintomas de ansiedade, e 50% com pontuação maior que 10, sugerindo sintomas de ansiedade. (Gráfico 5). O baixo número de voluntários nesta fase da pesquisa, ainda não permite conclusões, caso mantido será uma proporção muito elevada.

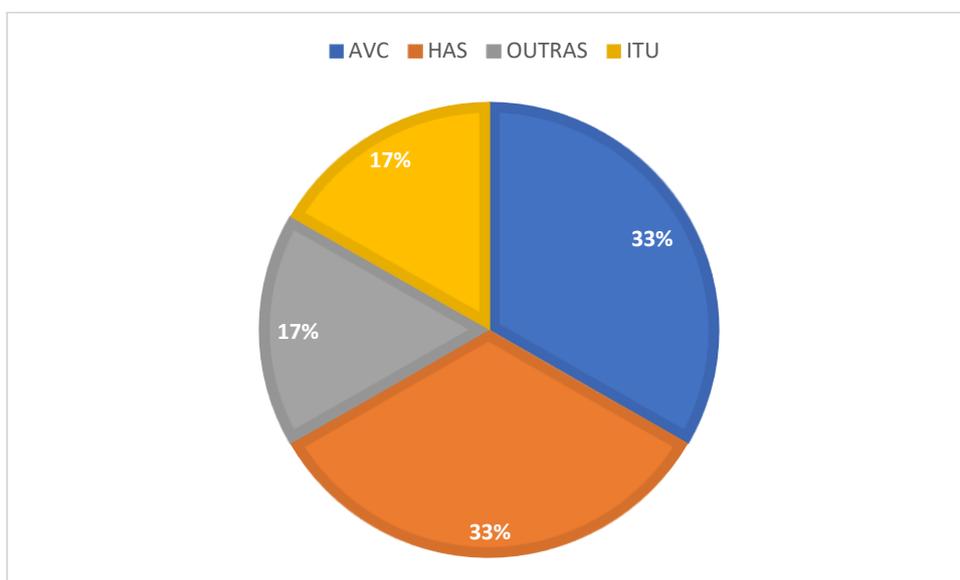


Gráfico 1 – distribuição das causas primárias de internamento na população abordada

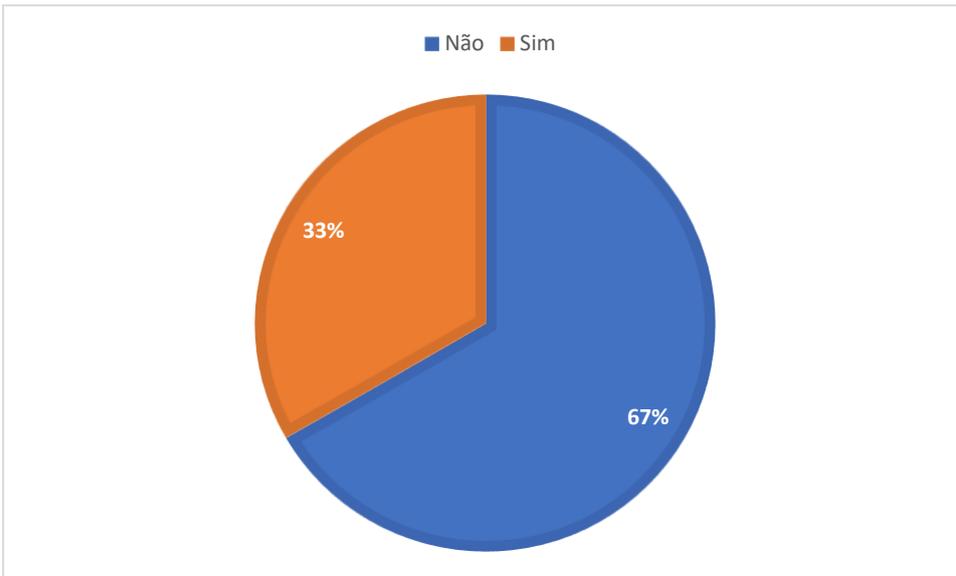


Gráfico 2 – distribuição de pacientes com diagnóstico prévio de depressão

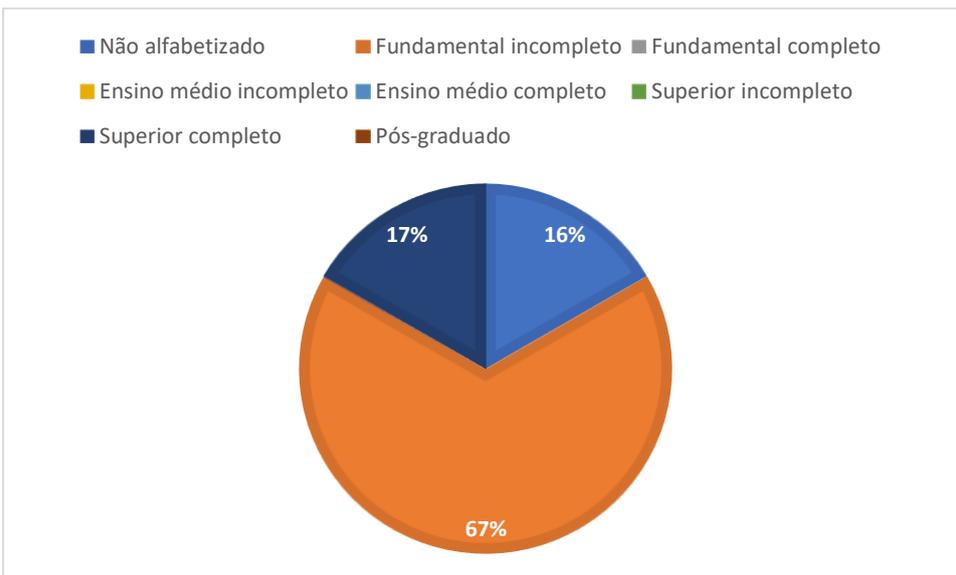


Gráfico 3 – distribuição dos níveis educacionais na população abordada

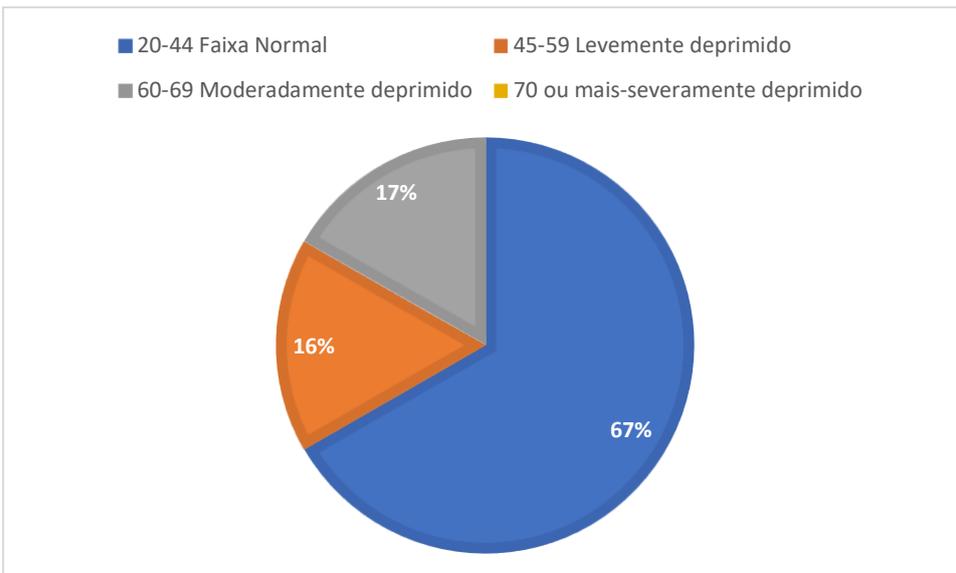


Gráfico 4 – resultados da Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung

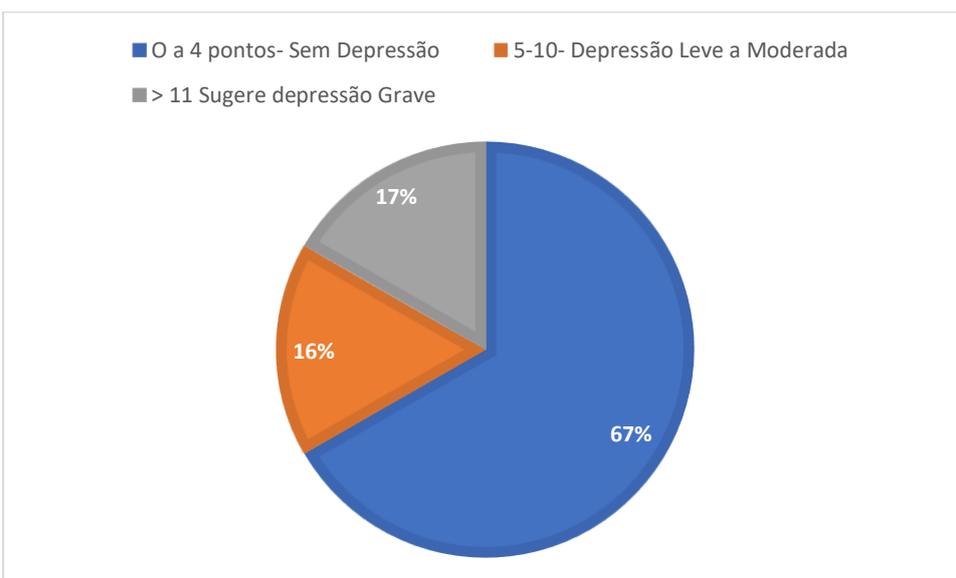


Gráfico 5 - resultados da escala geriátrica de depressão de Yesavage

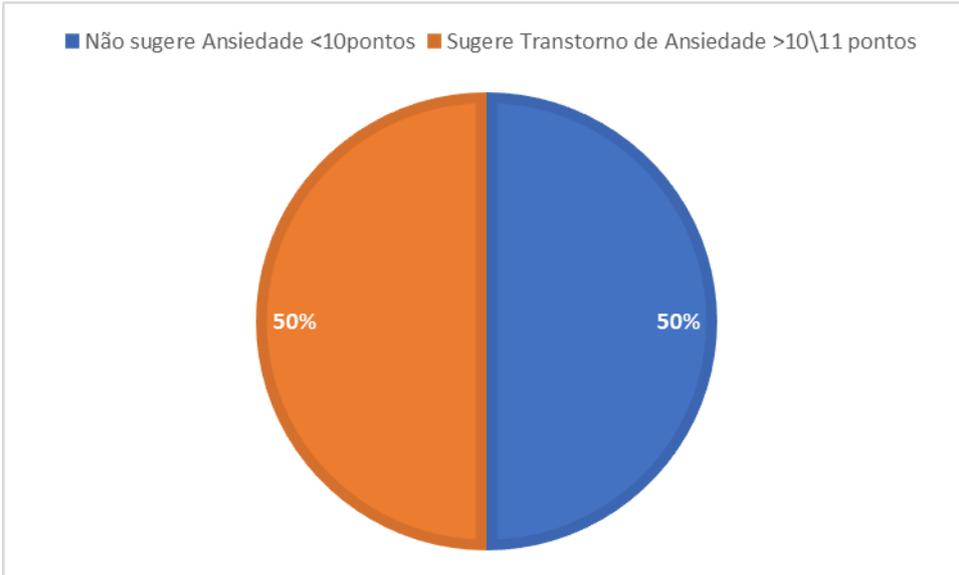


Gráfico 6 - resultados da pontuação gerada pela escala de ansiedade geriátrica

## • 6 DISCUSSÃO

O presente estudo ainda está em andamento, deste modo os achados não permitem discussões conclusivas, apenas observações preliminares. O trabalho permitiu observar a dificuldade da coleta beira-leito com pacientes idosos e, em sua maioria, com baixa escolaridade, além de alguns com déficits cognitivos, identificados no momento inicial da abordagem, através do Mini-Exame do Estado Mental, o que colaborou inicialmente para reduzido tamanho da amostra inicialmente.

Durante o processo de coleta de dados, foi observado um cenário já descrito anteriormente por outros autores: a diferença da qualidade de resposta às ferramentas de triagem resultante dos diferentes processos de envelhecimento<sup>4</sup>. Isso se deve aos diferentes graus de comprometimento cognitivo ao decorrer da idade e já foi elucidado na literatura como “efeitos cumulativos do ambiente e das experiências ao longo do tempo”<sup>4</sup>. Esse aumento das diferenças interindividuais com a idade deve ser considerado durante o processo de pesquisa nessa população, levando à avaliação de formas de extração de dados que gerem a maior equalização desse grupo possível.

Embora tenhamos uma amostra pequena, o estudo preliminarmente ratificou dados previstos na literatura internacional, como a recorrência de sintomas depressivos associados aos de ansiedade<sup>3</sup>. Em nosso trabalho, os pacientes com maiores pontuações nas escalas de triagem para depressão também sugeriram transtorno de ansiedade pela Escala de Ansiedade Geriátrica. Um paciente não pontuou o suficiente para suspeita de depressão e foi positivo para suspeita de ansiedade, mas nenhum foi positivo para triagem de depressão e não para ansiedade. Esses dados convergem com o que já se esperava: a depressão e a ansiedade compartilham diversos fatores de risco, sendo que 1 em cada 10 pessoas com idade maior ou igual a 65 preenche os critérios diagnósticos para pelo menos um transtorno mental<sup>3</sup>. A literatura ainda traz o paciente portador de doença crônica como forte candidato ao desenvolvimento de sintomas depressivos<sup>3</sup> e, em nosso estudo, o paciente que foi positivo para a triagem de sintomas de ansiedade estava internado por complicações da HAS, devendo ser acompanhado para prevenção de quadro depressivo, uma vez que essas condições clínicas estão correlacionadas.

Durante a coleta, foi verificado que o sintoma de anedonia, rastreado através da pergunta, na escala de depressão geriátrica de Yesavage, “você deixou muitos de suas atividades e interesses?”, se confirma, majoritariamente, em pacientes com alta suspeita de depressão ou diagnóstico de depressão, como previsto pelos dados já vigentes na literatura<sup>2</sup>, sendo que três dos seis pacientes responderam positivo a essa pergunta e dois dos três possuíam diagnóstico de depressão prévio à internação. Se verificou, em dados já descritos na literatura internacional atual<sup>9</sup>, que a depressão tem sido associada a um aumento no risco de desfecho ruim no paciente de doença crônica. Na amostra analisada, um dos dois pacientes que já possuíam diagnóstico prévio de depressão era portador de hipertensão arterial sistêmica. A identificação de sintomas depressivos nessa paciente direciona, portanto, a uma maior atenção quanto a seu desfecho clínico em decorrência desse já estabelecido fator de piora.

Estudos prévios consideraram fadigabilidade, alteração de apetite ou do peso e insônia os sintomas neurovegetativos mais específicos para depressão<sup>2</sup>. Um estudo asiático correlacionou a qualidade autorreferida do sono e pacientes com sintomas de depressão e ansiedade, encontrando uma piora do padrão de sono nesse grupo<sup>32</sup>. Outro estudo coreano também encontrou maior prevalência entre má qualidade percebida do sono e maior nível de depressão em idosos. Na amostra, essa expectativa se confirmou, sendo observados nos dois pacientes com pontuações mais elevadas nas escalas e significativo prejuízo cognitivo os seguintes resultados: um alegou sempre sentir-se cansado sem motivo e o outro às vezes, em outro momento, ambos afirmam terem problemas de sono, seguindo por respostas positivas a uma autopercepção de perda de peso. No paciente com triagem positiva na Escala de Ansiedade Geriátrica, a percepção de problemas de sono foi também positiva.

A ansiedade já foi associada ao conceito de confiança social, baseado no aparato familiar e de amigos no que tange ao suporte emocional. Esse estudo atrelou menor índice de ansiedade em pacientes idosos com boa confiança social<sup>34</sup>. Traçando um paralelo com o presente estudo, foi percebida através do questionamento “você se sente frequentemente desamparado?”, na Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage, uma resposta positiva em um paciente com pontuações indicativas de depressão e ansiedade

Nessa amostra, dois dos seis pacientes tiveram complicações da hipertensão arterial sistêmica como a causa do internamento, tendo um deles diagnóstico de depressão prévio e o outro fez uma pontuação elevada na escala de ansiedade. Esses achados dialogam com o que se encontra na literatura atual, que é uma possível relação de causalidade da depressão sobre a doença cardiovascular<sup>29,31</sup>, sendo necessário maior investigação da história clínica desses pacientes para mais conclusões.

A outra principal causa de internamento foi AVC e, nesses pacientes, as pontuações das três escalas não indicaram suspeita de depressão ou ansiedade, porém, com vista no que já foi posto sobre a recorrência de abertura de quadros depressivos após eventos cardiovasculares<sup>29</sup>, é necessário um olhar atencioso para esse grupo, para a adoção precoce de condutas, como administração de antidepressivos, que limitem o surgimento desses sintomas.

A depressão é a complicação psiquiátrica mais comum após um episódio de AVC isquêmico, influenciando negativamente no desfecho de sobrevivência, no resultado Funcional e conseqüentemente na qualidade de vida, acometendo cerca de 1/3 destes pacientes<sup>30</sup>.

A fisiopatologia da depressão pós-AVC decorre de alterações de natureza multifatorial, relacionadas a disfunções neurobiológicas e decorrentes do sofrimento psicossocial<sup>30</sup>. Entre as alterações neurobiológicas destacam-se dano dos gânglios fronto-basais, alterações nos sistemas de neurotransmissores monoaminérgicos, resposta neuroinflamatória a isquemia aguda e a ativação do estresse do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA).

Na presente amostra, os pacientes abordados que sofreram acidente vascular encefálico, embora não tenham ultrapassado o ponto de corte das escalas de depressão, apresentavam um Miniexame do Estado Mental com alterações, sendo assim, vantajoso acompanhar esses pacientes para uma possível evolução no quadro.

Estudos demonstram que os sintomas depressivos estão atrelados a uma maior taxa de readmissão hospitalar e morte pós-hospitalar<sup>28</sup>. Concluiu-se que a depressão é um quadro comum em pacientes internados e persistente por pelo menos 30 dias após a alta hospitalar, além dos seus impactos de maneiras indireta e direta, potencializando a baixa adesão à terapia instaurada e provocando mudanças fisiopatológicas, como alterações no transporte de glicose, respectivamente<sup>28</sup>. Esse cenário traz à luz a

discussão acerca da necessidade de maior levantamento de dados acerca desse diagnóstico na população geriátrica internada, posto que o subdiagnóstico dessa condição clínica gera um aumento de desfechos indesejáveis, configurando, assim, uma questão de saúde pública. Ademais, a negligência perante o diagnóstico de depressão nos pacientes idosos internados gera uma sobrecarga financeira do sistema de saúde, pois já se compreende em alguns estudos que as internações por esse quadro clínico são onerosas<sup>31</sup>.

Os resultados apresentados são preliminares e não permitem concluir por achados mais conclusivos. Foi possível visualizar a concomitância de quadros depressivos e de ansiedade, uma vez que ambos possuem fatores de risco em comum. Também foram observados resultados convergentes para triagem de depressão leve e ausência de depressão nas duas escalas de depressão, conflitando apenas no resultado para depressão moderada a grave, embora a amostra seja pequena para estabelecer proposições mais assertivas. Os pacientes rastreados para suspeita de depressão e ansiedade ratificaram o padrão conjecturado pela literatura internacional, possuindo déficit cognitivo, um com idade maior ou igual a 65, alterações de sono, apetite, perda de peso autorreferida e fatigabilidade, além de resposta positiva para o sintoma de anedonia. Na amostra, foi verificado que os pacientes portadores de doença crônica apresentavam sintomas depressivos e/ou de ansiedade, dialogando com o que já foi posto na literatura acerca da maior probabilidade de distúrbios mentais nesse grupo de pacientes. Outro ponto a se destacar é a impossibilidade de definir causalidade entre eles, mas a triagem dos sintomas depressivos pode auxiliar na conduta médica, uma vez que é estabelecido pela literatura o reforço negativo da doença mental no desfecho desses pacientes, gerando maior atenção no manejo destes.

## • 7 CONCLUSÃO

Os resultados preliminares são condizentes com a tendência encontrada na literatura internacional e sugerem que o rastreamento de depressão e ansiedade em pacientes idosos internados por causas clínicas é uma estratégia que pode ajudar na identificação desta morbidade, de consequências graves sobre o desfecho clínico.

O conhecimento da real dimensão deste problema entre idosos internados pode ajudar no melhor manejo destes pacientes, auxiliando na redução da taxa de readmissão, mortalidade pós-hospitalar e sobrecarga financeira no sistema de saúde, sendo ainda uma temática com pouca pesquisa no Brasil e, em especial, na Bahia, o que justifica a busca por esses dados e pela redução desse subdiagnóstico.

## ● 8 REFERÊNCIAS

1. Mathers C, Organization WH. The Global Burden of Disease: 2004 Update. World Health Organization; 2008.
2. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299-2312. doi:10.1016/S0140-6736(18)31948-2
3. Bland P. Tackling anxiety and depression in older people in primary care. *Practitioner*. 2012;256(1747):17-3.
4. Roman MW, Callen BL. Screening instruments for older adult depressive disorders: updating the evidence-based toolbox. *Issues Ment Health Nurs*. 2008;29(9):924-941. doi:10.1080/01612840802274578
5. Bonadiman CSC, Malta DC, Passos VMA, Naghavi M, Melo APS. Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Population Health Metrics*. 30 September 2020. doi:10.1186/s12963-020-00204-5.
6. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Estimating the global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 8 October 2021. doi: 10.016/S0140-6736(21)02143-7.
7. Aziz R, Steffens DC. What are the causes of late-life depression?. *Psychiatr Clin North Am*. 2013;36(4):497-516. doi:10.1016/j.psc.2013.08.001
8. Schulz R, Drayer RA, Rollman BL. Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biol Psychiatry*. 2002;52(3):205-225. doi:10.1016/s0006-3223(02)01423-3
9. Raič M. Depression and Heart Diseases: Leading Health Problems. *Psychiatr Danub*. 2017;29 Suppl 4(Suppl 4):770-777.
10. Schulz R, Beach SR, Ives DG, Martire LM, Ariyo AA, Kop WJ. Association between depression and mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med*. 2000;160(12):1761-1768. doi:10.1001/archinte.160.12.1761
11. Koenig HG. Depression Outcome in Inpatients With Congestive Heart Failure. American Medical Association. 2006 May 8;166(9):991-4.
12. Rozzini R, Sabatini T, Ranhoff AH, Trabucchi M. Depression in older medical inpatients. *Journal of Gerontology*. 2007;62(7):796-795.
13. Ribeiro BB, da Silva VG, Bandeira DGSF, Muñoz RL de S. Sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos hospitalizados em hospital geral. *Revista científica do ITPAC*. 2018 Aug;11(2):71-8.

14. Rossetto, Caroline et al. Causes of hospital admissions and deaths among Brazilian elders between 2005 and 2015. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190201>>.
15. Lima CMLS. VII Boletim Epidemiológico do Hospital do Subúrbio. 1a.ed. Salvador: Prodal Saúde; 2020.
16. Folstein M, Folstein S, Folstein J. The Mini-Mental State Examination: A Brief Cognitive Assessment. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. 2010 Dec 2;145–6.
17. Brasil. Departamento de Atenção Básica, Brasil. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
18. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2003 Sep;61(3B):777–81.
19. Zung WWK. A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965;12(1):63–70. doi:10.1001/archpsyc.1965.01720310065008.
20. Chagas MH, Tumas V, Loureiro SR, et al. Validity of a Brazilian version of the Zung self-rating depression scale for screening of depression in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2010;16(1):42-45. doi:10.1016/j.parkreldis.2009.07.010
21. Dunstan DA, Scott N, Todd AK. Screening for anxiety and depression: reassessing the utility of the Zung scales. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):329. Published 2017 Sep 8. doi:10.1186/s12888-017-1489-6
22. Pachana NA, Byrne GJ, Siddle H, Koloski N, Harley E, Arnold E. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *Int Psychogeriatr*. 2007;19(1):103-14. doi:10.1017/S1041610206003504
23. Champagne A, Landreville P, Gosselin P. A Systematic Review of the Psychometric Properties of the Geriatric Anxiety Inventory. *Can J Aging*. 2021;40(3):376-395. doi:10.1017/S0714980820000185
24. Martiny C, et al. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) *Rev Psiq Clín*. 2011;38(1):8-12.
25. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983;17:37-49.
26. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10

and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(10):858-865. doi:10.1002/(sici)1099-1166(199910)14:10<858::aid-gps35>3.0.co;2-8

27. Almeida, O P. E Almeida, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* [online]. 1999, v. 57, n. 2B, pp. 421-426. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>>. Epub 06 Dez 2000. ISSN 1678-4227. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>.

28. Pederson JL, Warkentin LM, Majumdar SR, McAlister FA. Depressive symptoms are associated with higher rates of readmission or mortality after medical hospitalization: A systematic review and meta-analysis. *J Hosp Med*. 2016 May;11(5):373-80. doi: 10.1002/jhm.2547. Epub 2016 Jan 29. PMID: 26824220; PMCID: PMC5066695.

29. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *Eur Heart J*. 2014 Jun 1;35(21):1365-72. doi: 10.1093/eurheartj/ehu462. Epub 2013 Nov 25. PMID: 24282187.

30. Villa, R.F., Post-stroke depression: Mechanisms and pharmacological treatment. *Pharmacology and Therapeutics*. (2017) <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2017.11.005>

31. Zaprutko T, Göder R, Kus K, Pałys W, Rybakowski F, Nowakowska E. The economic burden of inpatient care of depression in Poznan (Poland) and Kiel (Germany) in 2016. *PLoS One*. 2018 Jun 14;13(6):e0198890. doi: 10.1371/journal.pone.0198890. Erratum in: *PLoS One*. 2018 Jul 11;13(7):e0200684. PMID: 29902259; PMCID: PMC6001949.

32. Alamri SH, Bari AI, Ali AT. Depression and associated factors in hospitalized elderly: a cross-sectional study in a Saudi teaching hospital. *Ann Saudi Med*. 2017 Mar-Apr;37(2):122-129. doi: 10.5144/0256-4947.2017.122. PMID: 28377541; PMCID: PMC6150550.

33. Yu J, Rawtaer I, Fam J, Jiang MJ, Feng L, Kua EH, Mahendran R. Sleep correlates of depression and anxiety in an elderly Asian population. *Psychogeriatrics*. 2016 May;16(3):191-5. doi: 10.1111/psyg.12138. Epub 2015 Jul 16. PMID: 26179204.

34. Chang KJ, Son SJ, Lee Y, Back JH, Lee KS, Lee SJ, Chung YK, Lim KY, Noh JS, Kim HC, Koh SH, Roh HW, Park MA, Kim JJ, Hong CH. Perceived sleep quality is associated with depression in a Korean elderly population. *Arch Gerontol Geriatr*.

2014 Sep-Oct;59(2):468-73. doi: 10.1016/j.archger.2014.04.007. Epub 2014 May 2.  
PMID: 24852666.

35. Liu Y, Xu Y, Yang X, Miao G, Wu Y, Yang S. The prevalence of anxiety and its key influencing factors among the elderly in China. *Front Psychiatry*. 2023 Feb 2;14:1038049. doi: 10.3389/fpsy.2023.1038049. PMID: 36816413; PMCID: PMC9932967.

- **9 APÊNDICES**

- **Apêndice 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**Pesquisador Responsável: Rogério Luís Palmeira da Silva**

**Endereço: Rua Manoel Lino, 141, Hospital do Subúrbio, Periperi, Salvador, CEP40720-460. Salvador\Ba Fone: (71)981349032 E-mail: [rogeriosilva@bahiana.edu.br](mailto:rogeriosilva@bahiana.edu.br)**

O(a) Senhor (a). Está sendo convidado(a) como *voluntário(a)* a participar da pesquisa denominada “***Incidência De Depressão e Transtorno De Ansiedade em Pacientes Idosos Hospitalizados em um Hospital Geral em Salvador.***”

O presente estudo foi aprovado pelo **Comitê de Ética em Pesquisa** (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública sob pareceres número \_\_\_ e do Centro de Pesquisa Gonçalo Muniz pelo Parecer nº \_\_\_\_\_. O CEP é uma entidade criada para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de seus padrões éticos. A justificativa para este estudo é identificar a proporção dos pacientes idosos internados que sofrem de depressão e ansiedade visando sua identificação mais rápida e deste modo reduzir suas consequências. A sua participação no referido estudo é **voluntária** e será no sentido de responder um questionário com perguntas prontas, visando detectar a presença de sintomas de Depressão e/ou Ansiedade. Caso você recuse a participar, isto não levará a nenhum prejuízo ou comprometimento em sua assistência médica, seu cuidado ou tratamento.

A sua participação na pesquisa, poderá ajudar na compreensão destes problemas em nossa comunidade, ajudando assim para que se tomem medidas para que a prevenção e o tratamento possam ser iniciados mais rapidamente. Por sua participação poderão ocorrer os seguintes riscos: eventual cansaço durante a coleta dos dados, devido a extensão dos questionários aplicados ou constrangimento ou mobilização emocional ao responder alguma pergunta. Para reduzir estes riscos fizemos esforços para garantir a sua privacidade, para tanto a coleta dos dados será feita em ambiente privado, na presença apenas do pesquisador. e que possa propiciar ambiente de conforto durante aplicação dos questionários.

Existe um risco de vazamento de dados, porém todas as medidas serão tomadas para evitar que tal evento não ocorra e para minimizar estes riscos os dados serão mantidos em disco rígido externo, sem acesso à internet, em ambiente seguro e privativo no escritório do pesquisador principal e após 05 anos os dados serão apagados (deletados). Serão tomadas cautela e providências para evitar qualquer exposição de seus dados, entretanto mesmo em caso de vazamento, devido a natureza anônima dos questionários, não será possível sua identificação. Deste modo sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado, ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo, será mantido em sigilo. Os dados obtidos, serão compartilhados com o médico assistente, se autorizado pelo participante do estudo, contribuindo, portanto, para melhoria assistencial imediata a critério do julgamento clínico da equipe assistencial do paciente logo após o momento da entrevista. Caso ocorra diagnóstico de Depressão e/ou Ansiedade, o participante do estudo identificado receberá atendimento médico com profissional da área de saúde mental do hospital para acolhimento e medidas terapêuticas pertinentes ao diagnóstico.

Os questionários que serão aplicados são: O Mini-Exame do Estado Mental, a Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung, o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) ou GSD-15 O tempo para preenchimento deve ocorrer em cerca de 20 minutos.

Durante toda a pesquisa não incorrerão custos aos participantes da pesquisa. É assegurada a assistência a todo voluntário, durante toda pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências.

O(a) Senhor (a) está sendo orientado(o) quanto ao teor de tudo aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do referido estudo, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, pela participação. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, ainda que bastante improvável de ocorrer, este será devidamente indenizado, conforme determina a Lei. Está garantido seu acesso aos resultados da pesquisa.

Caso o participante da pesquisa tenha alguma dúvida ou reclamação sobre a pesquisa, poderá sem custos, contatar o pesquisador responsável pelo e-mail [rogeriosilva@bahiana.edu.br](mailto:rogeriosilva@bahiana.edu.br) ou pelo celular 71-981349032 para devida orientação e assistência inicial e contatar o CEP da Escola Bahiana situado à Avenida D. João

VI,nº274–Brotas-CEP:40.285-001-Salvador telefones(71)2101-1921/(71)98383-7127 ou e-mail [cep@bahiana.edu.br](mailto:cep@bahiana.edu.br) ou no CEP do Centro de Pesquisa Gonçalo Muniz,Rua Waldemar Falcão, 121 na área de Escritórios do 3º Pavimento do Edifício Garagem, sala CEP-Candeal ou pelos telefone (71)3176-2285 ou email [cep.igm@fiocruz.br](mailto:cep.igm@fiocruz.br).

O Termo de Consentimento será emitido em duas cópias, uma em poder do participante e outra do pesquisador. Eu, \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos do estudo, de maneira clara e detalhada, esclareci minhas dúvidas e concordo em participar do estudo. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim desejar.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

\_\_\_\_\_

Voluntário(a) da Pesquisa

Pesquisador

Impressão Dactiloscópica

○ **Apêndice 2 . Questionário Sociodemográfico**

1. Sexo: Fem ( ) Masc ( )
2. Idade \_\_\_\_ Estado Civil: Solteiro ( ) Casado( ) União Estável ( ) Viúvo ( )
3. Diagnóstico prévio de depressão? Sim ( ) Não ( ),
4. Motivo internação: \_\_\_\_\_
5. Uso de medicação psicotrópica na internação? Sim ( ) Não ( )
6. Uso prévio de medicação psicotrópica? Sim( ) Não ( )
7. Número de dias de internação: \_\_
8. Nível Educacional: Não Alfabetizado ( ) Fundamental Incompleto ( )  
Fundamental Completa ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio  
Completo ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo ( ) Pós-Graduado ( )

○ **Apêndice 3. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Incidência De Depressão E Transtorno De Ansiedade Em Pacientes Idosos Hospitalizados Em Um Hospital Geral Em Salvador

**Pesquisador:** ROGERIO LUIS PALMEIRA DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 56357622.5.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.435.989

**Apresentação do Projeto:**

O Transtorno depressivo é uma condição clínica comum, acometendo cerca de 6% da população geral, com consequências psicossociais e físicas. Entre idosos, a condição acomete entre 10-15% da população, com consequências mais graves, incluindo comprometimento cognitivo grave reversível. Tem se acumulado evidências de que a depressão entre pacientes internados, resulta em um pior desfecho clínico. A ansiedade é uma comorbidade frequente nos pacientes deprimidos. Ainda há uma carência de dados nacionais sobre esta condição entre idosos internados. O presente estudo objetiva avaliar a incidência de depressão e ansiedade entre idosos internados em um hospital geral em Salvador, Bahia.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Estabelecer a prevalência de depressão e transtorno de ansiedade em idosos internados em unidades clínicas de um Hospital Geral em Salvador, Bahia, Brasil. **Objetivo Secundário:**

1. Identificar os preditores da depressão em pacientes idosos hospitalizados
2. Analisar prevalência de comorbidade entre sintomas depressivos e de ansiedade e comprometimento cognitivo em pacientes hospitalizados pelas mais diversas causas
3. Elucidar a relação entre o quadro depressivo e o aumento de desfecho clínico ruim em pacientes hospitalizados: Tempo de Permanência Acima da média esperada para Patologia e mortalidade

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.285-001

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)2101-1921

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



intrahospitalar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Segundo os pesquisadores, poderá ocorrer eventual cansaço durante a coleta dos dados, devido a extensão dos questionários e escores aplicados ou constrangimento ao responder alguma pergunta, para tal todos os esforços para garantir a privacidade e conforto durante aplicação dos questionários. Existe um risco mínimo de vazamento de dados, porém todas as medidas serão tomadas para evitar que tal evento não ocorra e para minimizar estes riscos os dados serão mantidos em disco rígido externo, sem acesso à internet, em ambiente seguro e privativo no escritório do pesquisador principal.

**Benefício:**

O Estudo trará o benefício de uma melhor compreensão da incidência do transtorno depressivo e da ansiedade, entre idosos hospitalizados em nossa comunidade, bem como se estes transtornos refletem-se com impacto nos desfechos clínicos destes pacientes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de estudo quantitativo de caráter transversal e descritivo cuja investigação se dará com coleta de dados em pacientes acima de 60 anos, internados no Hospital do Subúrbio, hospital público estadual, de 326 leitos, com perfil de atendimento de urgência e emergência de alta complexidade, localizado em Salvador, Bahia, Brasil. Serão coletados dados sócio-demográficos, avaliação da presença de declínio cognitivo pelo Mini-exame do Estado Mental, avaliar a presença de depressão através do Escala de AutoAvaliação de Depressão de Zung e da Escala de Depressão Geriátrica e a presença de transtorno de ansiedade pelo Inventário de Ansiedade Geriátrica. Os instrumentos serão auto-aplicados ou aplicados pelo pesquisador, sem que o mesmo influencie a evocação de qualquer resposta, durante entrevista em beiraleito, após a aplicação do TCLE e concordância e assinatura do paciente. Os instrumentos estarão em um dispositivo eletrônico (tablet) sem acesso à internet para garantir a segurança dos dados. Serão utilizados os seguintes critérios para admissão no estudo: 4.1.1 Critérios de Inclusão: a-Pacientes de idade igual ou maior que 60 anos b-Internados via unidade de urgência\emergência c- Pacientes internados por motivo clínicos 4.1.2 Critérios de Exclusão a-Pacientes provenientes de internação eletiva ou programada, advindos do ambulatório do hospital; b-Pacientes com diagnóstico formal de alguma forma de

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



ESCOLA BAHIANA DE  
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA -  
FBDC



Continuação do Parecer: 5.435.989

demência; 4.2 Amostra a ser estudada Segundo dados do boletim epidemiológico do Hospital do Subúrbio 14 no período entre 14 de setembro de 2018 a 13 de setembro de 2019, ocorreram 13.999 internações de pacientes adultos, desse total 5.423 ( 38,7%) eram internações clínicas. As internações de pacientes idosos totalizaram 3.063 pacientes, ou seja 56,5 %; para atingirmos um nível de confiança de 5% e margem de erro de 5%, o tamanho da amostra calculada foi de 342 pacientes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de rosto devidamente preenchida e assinada pelo representante institucional;
- Cronograma de Execução apresentado;
- Orçamento apresentado com financiamento próprio;
- TCLE a apresentado ;
- Termos de anuências apresentados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após reanálise bioética desse Protocolo de Pesquisa, embasada na Res 466/12 do CNS/MS e documentos afins, observou-se que todas as pendências assinaladas no Parecer Consubstanciado nº 5.332.219 foram sanadas, não sendo identificadas novas inadequações a serem corrigidas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1897091.pdf	19/04/2022 15:24:09		Aceito
Outros	Resposta_Pendencias_CEP.pdf	19/04/2022 15:18:50	ROGERIO LUIS PALMEIRA DA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Depressao_Idosos_revisado.pdf	15/04/2022 12:34:45	ROGERIO LUIS PALMEIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Depressao.pdf	23/02/2022 15:32:35	ROGERIO LUIS PALMEIRA DA	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Telefone: (71)2101-1921

CEP: 40.285-001

Município: SALVADOR

E-mail: cep@bahiana.edu.br



ESCOLA BAHIANA DE  
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA -  
FBDC



Continuação do Parecer: 5.435.989

Justificativa de Ausência	TCLE_Depressao.pdf	23/02/2022 15:32:35	ROGERIO LUIS PALMEIRA DA	Aceito
Outros	Anuencia_Coparticipante_Depress.pdf	15/02/2022 13:26:59	ROGERIO LUIS PALMEIRA DA	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_Pesquisa_Depressao.pdf	15/02/2022 08:59:14	ROGERIO LUIS PALMEIRA DA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_DEPRESS_Pesquisa.pdf	15/02/2022 08:55:24	ROGERIO LUIS PALMEIRA DA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Depressao_idosos_hospitalizados_final.pdf	12/02/2022 14:15:25	ROGERIO LUIS PALMEIRA DA SILVA	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	10/02/2022 22:49:01	ROGERIO LUIS PALMEIRA DA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 27 de Maio de 2022

---

**Assinado por:**  
**Noliton Jorge Dias**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.285-001

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)2101-1921

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br

- **10 ANEXOS**

○

## **Anexo 1. Mini Exame do Estado Mental (MEEM)**

Descrição

Apresentação do Exame

---

1. Orientação espacial (0-5 pontos):

2. Em que dia estamos?

- Ano
- Semestre
- Mês
- Dia
- Dia da Semana

3. Orientação espacial (0-5 pontos):

Onde Estamos?

- Estado
- Cidade
- Bairro
- Rua
- Local

4. Repita as palavras (0-3 pontos):

- Caneca
- Tijolo
- Tapete

5. Cálculo (0-5 pontos):

O senhor faz cálculos?

Sim (vá para a pergunta 4a)

Não (vá para a pergunta 4b)

- 4a. Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E se tirarmos mais 7?

- 93
- 86
- 79
- 72
- 65
- 4b. Soletre a palavra MUNDO de trás pra frente
  - O
  - D
  - N
  - U
  - M

6. Memorização (0-3 pontos):

Peça para o entrevistado repetir as palavras ditas há pouco.

- Caneca
- Tijolo
- Tapete

7. Linguagem (0-2 pontos):

Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado nomeá-los.

- Relógio
- Caneta

8. Linguagem (1 ponto):

Solicite ao entrevistado que repita a frase:

- NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.

9. Linguagem (0-3 pontos):

Siga uma ordem de 3 estágios:

- Pegue esse papel com a mão direita.
- Dobre-o no meio.
- Coloque-o no chão.

10. Linguagem (1 ponto):

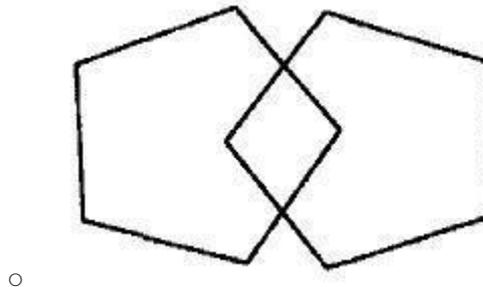
- Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS". Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la.

11. Linguagem (1 ponto):

- Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.

12. Linguagem (1 ponto):

- Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.



Resultado: 0

Observação para a montagem da calculadora

---

Soma de todas as Seções cada uma vale 1 ponto. Avaliação dos resultados Normal: acima de 27 pontos Demência: menor ou igual a 24 pontos; Escore médios para depressão :Depressão não-complicada: 25,1 pontos Prejuízo cognitivo por depressão: 19 pontos.

○ **Anexo 2. Escala de Auto-Avaliação de Depressão de Zung**

**Instruções: Marque a opção que mais reflete seu estado emocional nos últimos 07 dias.**

ESCALA DE DEPRESSÃO ABREVIADA DE ZUNG

<b>Período/Características</b>	<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Boa parte do tempo</b>	<b>Sempre</b>
1. Sente-se triste?	1	2	3	4
2. Tem dificuldade de dormir à noite?	1	2	3	4
3. Sente-se melhor pela manhã?	4	3	2	1
4. Alimenta-se como sempre?	4	3	2	1
5. Fica cansado sem razão?	1	2	3	4
6. Acha difícil tomar decisões?	1	2	3	4
7. Sente-se com esperança acerca do futuro?	4	3	2	1
8. Sente-se útil e necessário?	4	3	2	1
9. Sua vida é vazia?	1	2	3	4
10. Ainda tem prazer em fazer o que fazia antes?	4	3	2	1

Fonte: Zung (1965, 1972).

**Interpretação:**

- **20-44 Faixa Normal**
- **45-59 Levemente deprimido**
- **60-69 Moderadamente deprimido**
- **70 ou mais Severamente Deprimido**

- Anexo 3. GAI- Escala de Ansiedade Geriátrica**

Por favor, responda aos itens de acordo com como o (a) senhor (a) tem se sentido na última semana. Marque o círculo CONCORDO se você concorda em maior grau que esse item descreve você; Marque o círculo DISCORDO se você discorda em maior grau que esse item descreve você.

	Concordo	Discordo
1. Ando preocupado(a) a maior parte do tempo		
2. Tenho dificuldades em tomar decisões		
3. Sinto-me inquieto(a) muitas vezes		
4. Tenho dificuldade em relaxar		
5. Muitas vezes não consigo apreciar as coisas por causa das minhas preocupações		
6. Coisas sem importância preocupam-me bastante		
7. Sinto muitas vezes um aperto no estômago		
8. Vejo-me como uma pessoa preocupada		
9. Não consigo evitar preocupar-me, mesmo com coisas menores		
10. Sinto-me muitas vezes nervoso (a)		
11. Muitas vezes os meus próprios pensamentos põem-me ansioso(a)		
12. Fico com o estômago às voltas devido à minha preocupação constante		
13. Vejo-me como uma pessoa nervosa		
14. Estou sempre à espera que aconteça o pior		
15. Muitas vezes sinto-me agitado(a) interiormente		
16. Acho que as minhas preocupações interferem com a minha vida		
17. Muitas vezes sou dominado(a) pelas minhas preocupações		
18. Por vezes sinto um nó grande no estômago		
19. Deixo de me envolver nas coisas por me preocupar demasiado		
20. Muitas vezes sinto-me aflito(a)		

**Pontuação da GAI: 1 ponto para as respostas “Concordo” em todas as questões: Ponto de Corte: 10\11 pontos.**

Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2006). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114

○ **Anexo 4. Escala Geriátrica De Depressão**

D.1) Você está basicamente satisfeito com sua vida?	( 0 ) SIM	( 1 ) NÃO
D.2) Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.3. Você sente que sua vida está vazia?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.4) Você se aborrece com freqüência?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.5) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	( 0 ) SIM	( 1 ) NÃO
D.6) Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.7) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	( 0 ) SIM	( 1 ) NÃO
D.8) Você sente que sua situação não tem saída?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.9) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.10) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.11) Você acha maravilhoso estar vivo?	( 0 ) SIM	( 1 ) NÃO
D.12) Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.13) Você se sente cheio de energia?	( 0 ) SIM	( 1 ) NÃO
D.14) Você acha que sua situação é sem esperanças?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.15) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO

**Avaliação: 0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.**

**1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses. Total > 5 = suspeita de depressão**

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res 1983;17:37-49.

Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1999, 57(2)-B:421- 426.

○ **Anexo 5. Membros da equipe executora**

- Pesquisador responsável: Rogério Luís Palmeira da Silva

Professor do curso de Medicina da Escola Bahiana de Medicina, Médico.

<https://orcid.org/0000-0003-0712-8798>

<http://lattes.cnpq.br/4108168997974731>

- Beatriz Machado Silva Mello

Estudante de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública(EBMSP)

<http://lattes.cnpq.br/3911823856725464>