



DEPRESSÃO ENTRE PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS

Diogo Antunes Dias*

Enaura Helena Brandão Chaves**

Mariane Dresch***

Débora Francisco do Canto****

João Lucas Campos de Oliveira*****

RESUMO

Objetivo: identificar a presença de sinais e sintomas de depressão em pessoas idosas hospitalizadas e sua autopercepção sobre este problema de saúde. **Métodos:** pesquisa de métodos mistos do desenho paralelo convergente e ênfase qualitativa. Doze idosos internados durante o período de 22 a 27 de outubro de 2021 em um hospital do Sul do Brasil, selecionados por conveniência, responderam à entrevista e ao Inventário de Depressão de Beck-II, além da extração documental de variáveis demográficas e clínicas. Os dados foram analisados de forma descritiva e apresentados em categorias temáticas, com articulação em *joint display* e integração interpretativa. **Resultados:** os resultados foram organizados em três categorias temáticas: *Sinais e sintomas de depressão entre idosos na hospitalização*; *Desafios enfrentados por idosos hospitalizados que implicam na saúde mental*; *Elementos de aporte à saúde mental e concepção da depressão entre idosos hospitalizados*. **Conclusão/Considerações finais:** o estudo identificou sinais e sintomas de depressão e os desafios que as pessoas idosas enfrentam, que incluem a própria hospitalização; a sua concepção sobre a depressão e os mecanismos de aporte à sua saúde mental, com destaque à fé. Oportunizou um espaço de fala e escuta ativa dentro do cenário hospitalar, lançando luz sobre a temática.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Depressão. Saúde mental. Enfermagem psiquiátrica. Assistência hospitalar.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão é atualmente um problema de saúde pública, atingindo mais de 300 milhões de pessoas no mundo⁽¹⁾. No Brasil, em 2019, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) avaliou a depressão entre pessoas com mais de 18 anos e constatou, na análise por faixa etária, uma maior prevalência entre idosos de 60 a 64 anos, correspondendo a 13,4% do total de casos⁽²⁾. Nesta população, os transtornos depressivos são associados principalmente à redução da autonomia e à independência, mudanças no cotidiano, incidência e agravamento de doenças crônicas e luto pela morte de entes queridos⁽³⁻⁸⁾. No Brasil, na faixa etária entre 60 e 69 anos, observou-se 7,7 mortes por suicídio a cada 100 mil habitantes e, para pessoas com mais de 70 anos, esse mesmo indicador foi de 8,9⁽⁹⁾, fato que

reforça a depressão – variável já bem aceita como fortemente associada ao desfecho suicídio – como um problema de saúde pública.

Estudo realizado no contexto brasileiro avaliou a depressão em 388 idosos residentes no Centro-Oeste e constatou sua presença na forma leve/moderada em 38,4% e severa em 3,1%⁽⁷⁾ da amostra. Outro estudo constatou que 54,8% de pessoas idosas (n=42) moradoras de Instituição de Longa Permanência de São Paulo possuíam depressão⁽¹⁰⁾. No Sul do país, idosos com autopercepção de saúde ruim e que tomavam mais de dois medicamentos regularmente apresentaram maior indicativo de depressão⁽¹¹⁾. A perda de autonomia/capacidade de autocuidado, presença de comorbidades e renda/escolaridade diminuídas são fatores associados aos sinais de depressão em indivíduos idosos tanto no Brasil⁽⁷⁻⁸⁾ quanto na China,⁽¹²⁻¹³⁾ Estados Unidos,⁽¹³⁾ Emirados Árabes Unidos,⁽¹⁴⁾

*Graduação em Enfermagem. E-mail: diogoantunesdias@hotmail.com ORCID 0000-0001-5248-923X

**Graduação em Enfermagem. Doutora em Ciências. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: ehchaves@hcpa.edu.br ORCID 0000-0001-8841-3624

***Graduação em Enfermagem. Enfermeira no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: mdresch@hcpa.edu.br ORCID 0000-0003-22893391

****Graduação em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Enfermeira no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: dcanto@hcpa.edu.br ORCID 0000-0001-9054-0876

*****Graduação em Enfermagem. Doutor em Enfermagem. Professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: joao-lucascampos@hotmail.com ORCID 0000-0002-1822-2360

Índia e Indonésia⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

O contexto de vida e saúde influencia diretamente a depressão entre idosos, incluindo o cenário de hospitalização⁽¹⁰⁾. Neste sentido, a literatura aponta que a prevalência de depressão é alta em pacientes hospitalizados, atingindo 23%⁽¹⁷⁾. Neste cenário, o diagnóstico agudo ou crônico da condição “orgânica” que levou à internação (causa primária) torna-se muitas vezes o único foco de atenção dos profissionais hospitalares e as questões que envolvem a saúde mental só são consideradas em pacientes que apresentam quadros graves⁽¹⁸⁾.

Diante do evidente problema de saúde pública que é a depressão entre idosos, o potencial de fragilização imposto ao contexto de internação hospitalar, entende-se que investigações com essa população e cenário têm relevância social e científica, e, portanto, esta pesquisa se baseou na seguinte pergunta/problema: qual a percepção de idosos hospitalizados sobre sinais de depressão? O objetivo deste estudo é identificar a presença de sinais e sintomas de depressão em pessoas idosas hospitalizadas e sua autopercepção sobre este problema de saúde.

MÉTODOS

Pesquisa de métodos mistos com delineamento paralelo convergente e atribuição de peso qualitativo (QUAL + quan)⁽¹⁹⁾. A atribuição de peso e o mecanismo de combinação de dados são elementos importantes de serem enunciados numa pesquisa de métodos mistos⁽²⁰⁾. Neste estudo, optou-se pela ênfase qualitativa (QUAL) em detrimento da quantitativa (Quan) sob o entendimento de que os dados da primeira abordagem dariam maior densidade para o alcance do objetivo, além de não existir o propósito de alcançar inferências estatísticas.

O local de estudo foi a unidade de internação clínica referência para atendimento à pessoa idosa de um hospital universitário de grande porte do Sul do Brasil. A população compreendeu os pacientes idosos internados da unidade durante o período de 22 a 27 de outubro de 2021. A escolha do período de coleta de dados foi definida por conveniência, baseada na viabilidade da pesquisa e conformidade aos prazos impostos para a sua conclusão. Na conformação da amostra consecutiva e por conveniência, considerou-se os seguintes critérios de inclusão: idade maior ou igual a 60 anos; ter

condições de se comunicar verbalmente (critério averiguado por avaliação clínica durante a apresentação da pesquisa); e atingir pontuação mínima de 14 pontos correspondente a sinais de depressão leve, no Inventário de Depressão de Beck-II. Pacientes com registro recente no prontuário de demência, *delirium* e/ou outros agravos neurológicos ou também em uso de medicações psicotrópicas e analgésicas em dosagens que prejudicassem sua lucidez, compreensão e comunicação durante as entrevistas; e idosos que estavam sob curadoria legal de um terceiro, foram excluídos. Com base no recorte temporal e nos critérios de elegibilidade, a amostra foi composta por 12 pessoas idosas.

Na coleta de dados, primeiramente, realizou-se consulta do prontuário eletrônico dos pacientes para avaliar se a participação na pesquisa era viável de acordo com os critérios de inclusão e exclusão citados. Após, fez-se a verificação dos sinais de depressão dos pacientes previamente elegíveis por meio do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II)⁽²¹⁾.

O BDI-II é uma escala autoavaliativa para levantamento da presença e intensidade de sintomas depressivos. É composta por 21 itens que avaliam tais sintomas nos últimos 15 dias, por meio de escala Likert de uma entre quatro alternativas escalonadas para cada situação, pontuando de zero a três pontos a cada item. O escore final varia de 0 a 63 pontos e os resultados são graduados nos seguintes estratos: 0-13 sem depressão ou depressão mínima; 14-19 depressão leve; 20-28 depressão moderada; e 29-63 depressão severa. A versão em português do BDI-II foi validada no Brasil em 2012 e, segundo o estudo de validação, foi encontrado coeficiente alfa de consistência interna de 0,93, melhor limiar para detectar depressão no ponto de corte de 10/11, sensibilidade de 70%, especificidade de 87% e capacidade preditiva de gravidade com mais de 65% das classificações sendo corretas para os indivíduos deprimidos⁽²¹⁾.

Realizou-se uma entrevista estruturada, audiogravada à anuência de cada participante e guiada pelas seguintes questões norteadoras: “Qual o motivo de sua internação no hospital? Há quanto tempo está internado e como você se sente em relação a sua estadia no hospital?”, “O Senhor(a) se sente triste? Se sim, em que momentos?”, “Como o Sr(a) descreveria a sua saúde mental neste momento? Pode falar sobre isso?”, “Nos últimos

três anos, você falou com alguém sobre sua saúde mental? Se sim, com quem e onde ocorreram essas conversas?”, “O que o Senhor compreende sobre depressão? Qual sua visão sobre isso?”, “O que o Senhor(a) faz para melhorar sua saúde mental?” e “O que piora a sua saúde mental?”. Além disso, fez-se a aplicação de um formulário para a identificação de variáveis demográficas e clínicas. As entrevistas foram posteriormente transcritas e analisadas para formarem o metatexto do estudo. O tempo total de gravações entre os 12 participantes foi de 7 horas 29 minutos e 30 segundos.

A partir da coleta de dados, os sinais e sintomas de depressão foram interpretados conforme referencial da enfermagem psiquiátrica⁽²²⁾. Os dados provenientes do BDI-II e da caracterização sociodemográfica e clínica, além das perguntas objetivas feitas aos participantes, foram analisados por estatística descritiva, junto ao *software Microsoft Office Excel*[®]. Já o material do metatexto oriundo das entrevistas, impresso, foi submetido à análise de conteúdo temática, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação)⁽²³⁾. No tratamento dos resultados, a categorização temática foi feita por meio da aglutinação de núcleos de sentido ou subtemas. Após a categorização temática dos dados qualitativos, estes foram articulados com os escores verificados pela aplicação do BDI-II, em uma *joint display*, facilitando a integração dos dados. *Joint display* é uma técnica/estratégia

ilustrativa de dados quantitativos e qualitativos em um mesmo elemento gráfico, o que viabiliza a compreensão da totalidade do conhecimento verificado no estudo misto⁽¹⁹⁾.

Todos os princípios éticos que regem as pesquisas envolvendo seres humanos foram respeitados, incluindo as Resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Ministério da Saúde. O projeto que abriga este estudo foi submetido e aprovado em 25 de agosto 2021 por Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo de nº 2021-0229/2021 e CAAE: 48521921.00000.5327.

RESULTADOS

Quanto ao perfil dos participantes do estudo: oito (66,7%) eram do sexo feminino; cinco (41,7%) casados, quatro (33,3%) viúvos e três (25%) separados ou divorciados. A média de idade foi de 68 anos, com mínimo de 62 e máximo de 81 anos. A maior parcela (75%) dos participantes se identificou como católica.

O tempo médio de internação dos participantes foi de 6,5 dias, com uma variação de um a 28 dias. Quanto ao motivo de internação, cinco (41,66%) participantes estavam internados por complicações ou quadros agudos causados por uma das doenças crônicas registradas no prontuário eletrônico. A figura abaixo apresenta o processo de seleção dos participantes da pesquisa (Figura1).

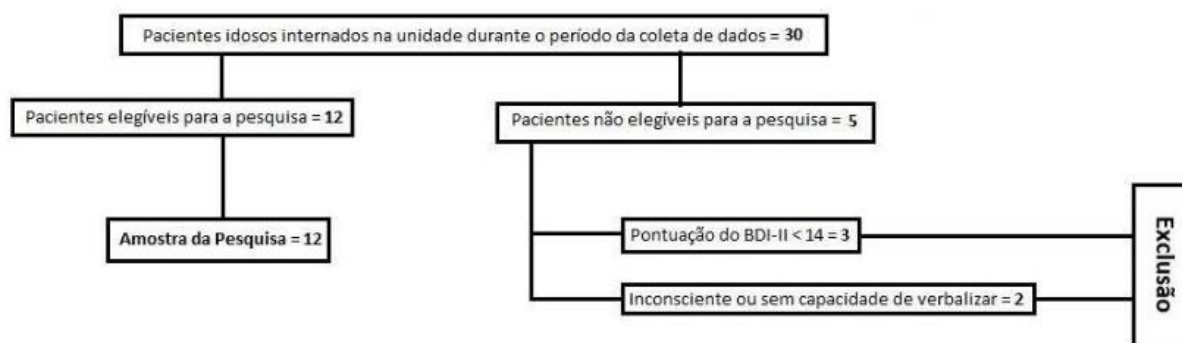


Figura 1 – Fluxo de seleção dos participantes na pesquisa. Elaboração dos autores. Sul do Brasil, 2021.

Quanto aos diagnósticos médicos e /ou condições de saúde registrados no prontuário eletrônico dos participantes do estudo, destacam-se as condições crônicas, como hipertensão arterial sistêmica (83,3% dos participantes), diabetes mellitus tipo 2 (58,3%), insuficiência cardíaca (58,3%),

fibrilação atrial (41,7%) e etilismo (33,3%).

Quanto ao número de medicamentos utilizados de uso contínuo por dia pelos participantes do estudo, sete foi o menor número registrado e nove a média encontrada. Seis (50%) dos participantes tinham o registro de uso contínuo de ao menos uma

medicação psiquiátrica em seus prontuários eletrônicos.

Quanto à incidência de sinais e sintomas depressivos, todos os participantes relataram perda de peso (100%), 91,7% relataram fadiga/desânimo para realizar atividades, insônia ou outros problemas do sono e perda de apetite. Mais da metade dos idosos (66,7%) relatou perda da libido e humor deprimido (58,3%). O sentimento de culpa foi indicado por 33,3% dos participantes e a ansiedade por 25%. Alterações de memória, apatia, baixa autoestima, dificuldade de concentração, raiva ou irritabilidade e retardo motor foram relatados, separadamente, por 16,7% dos participantes. A anedonia e a agitação foram relatadas por 8,3% dos participantes. Nenhum participante relatou ideação suicida ou desesperança. Entre os fatores que melhoram a saúde mental dos idosos, destacou-se: religiosidade e fé (75%); presença de uma rede de apoio e de familiares (58,3%); manutenção de atividades que trazem prazer ou estimulam a mente e o raciocínio (41,6%); e pensamentos positivos (41,6%). Quanto aos fatores que pioram sua saúde mental, o destaque foi destinado à redução ou perda da autonomia (83,3%), ao luto pela perda de um familiar ou amigo (75%); e ao processo de adoecimento ou piora de condições clínicas prévias

(50%).

Quatro (33,3%) participantes relataram dificuldade de conversar sobre suas emoções e expor sentimentos durante a realização das entrevistas. Entre os participantes, apenas três (25%) tinham recebido atendimento direcionado à saúde mental anterior ao momento da entrevista e sete (58,3%) referiram nunca ter conversado com ninguém sobre sua saúde mental. Além disso, entre os três participantes que referiram atendimento prévio para abordarem questões de saúde mental, apenas um tinha recebido esse atendimento recentemente, há cerca de um mês. No caso dos outros dois, o último atendimento tinha acontecido há mais de cinco anos.

O escore médio no Inventário de Depressão de Beck-II foi de 20,5 pontos, com mínimo de 14 e máximo de 35 pontos. Na análise qualitativa, emergiram três categorias temáticas: *Sinais e sintomas de depressão entre idosos na hospitalização*; *Desafios enfrentados por idosos hospitalizados que implicam na saúde mental*; *Elementos de aporte à saúde mental e concepção da depressão entre idosos hospitalizados*. O quadro a seguir articula, em *joint display*, a classificação dos escores obtidos no BDI-II com os sintomas e sinais depressivos e com os depoimentos dos participantes.

Quadro 1. Contexto da depressão entre idosos hospitalizados, de acordo com o escore do Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) e os depoimentos dos idosos. Sul do Brasil, 2021

Categoria Temática	Núcleos de sentido	Depressão leve	Depressão moderada	Depressão severa
		6 (50%)	4 (33%)	2 (16%)
Sinais e sintomas de depressão entre idosos na hospitalização	Ansiedade	"[...] quando estou em casa sem nada, só com meu 'gurizinho', eu penso assim como ele [meu neto] diz: será que demora a mãe [minha filha] chegar? [...] Sim [me sinto sozinha], quando não tem ninguém em casa [...] Tenho medo de cair e não ter ninguém para me ajudar." BDI-II: 17	-	-
	Humor deprimido	-	"[...] Suportar eu suportar [a tristeza] [...] eu tenho que suportar. Feliz [não me sinto] nem um pouco, sinto saudades da minha casa, das minhas 'plantinhas', até das minhas 'bugingangas' que eu vendo, dos meus netos principalmente, sinto saudade de tudo." BDI-II: 22	"Agora choro mais [...] Têm horas que vem a lembrança [da perda] e [é difícil] [...] BDI-II: 31 " [...] é, a gente 'dá' com essa coisa [a doença], então 'o cara' se sente [triste]. [Me incomoda], às vezes é quase o tempo todo." BDI-II: 35
	Sentimento de culpa	"Não acho que estou sendo punida, acho que eu me puni na verdade, eu fiz [coisas que me fizeram mal]. Agora quero viver e saber viver." BDI-II: 15	"Eu me sinto culpada às vezes de não ter saído mais, viajado mais, passado mais. Podia ter trabalhado menos, mas são coisas sem muita importância." BDI-II: 24	"[Me sinto culpada] da doença [...] Mesmo se] cuidei da minha saúde no passado, é algo que 'a gente' sente [...] BDI-II: 35
	Fadiga/desânimo	"É que eu fico [pensando], por que eu não posso fazer isso? 'Que nem' agora, não posso mais [...] BDI-II: 17	-	"Não estou cansado para nada, só estou cansado de estar cansado [risada]. É 'brabo', mas é verdade." BDI-II: 28
	Raiva ou irritabilidade	-	"Tenho uma filha que tem [depressão], mas às vezes eu até me irrita e acabo xingando e dizendo coisas que eu nem gostaria de dizer porque eu não tive tempo de ir ao psicólogo quando estava grávida, não tinha tempo, muitas vezes, nem de fazer um pré-natal [...] Quando tinha meus filhos, alguns dias depois eu já estava trabalhando [...] então eu nunca parei [para sentir tristeza], creio que muito por causa disso, eu descontei em cima de alguém o que eu estava passando... Aqui [no hospital], paro para pensar [nisso]." BDI-II: 22	-
	Luto	-	"[O momento em que minha saúde mental estava pior] foi quando eu perdi meu filho, eu tive vontade de desistir de tudo, foi uma época que fui muito 'martelada' [pelas pessoas] [...] BDI-II: 24	"Não tem como evitar, eu penso que quero pensar em outras coisas [...] aquilo ali [o luto] é assim [...] Quando a gente pensa volta. E mãe é assim, aquela dor da perda de um filho, nada tira." BDI-II: 31
Desafios enfrentados por idosos hospitalizados que implicam na saúde mental	Perda de Autonomia	"[...] o que me preocupa é que tudo que eu gosto de fazer serão coisas muito mais limitadas [...], então tem uma série de coisas que estão [me preocupando]" BDI-II: 19 " [...] [ela] [minha filha] diz, que agora eu que preciso de ajuda. Não é fácil [aceitar a mudança], quando 'tu é' jovem, 'tu trabalha' [...] [para conseguir alguma coisa e agora] [não posso mais]." BDI-II: 17	"Eu estou bastante preocupada [...], porque os problemas me limitam muito, podia ter acontecido em outra época como aconteceu agora [a piora da minha saúde], mas estou preocupada por não conseguir fazer nada, de eu querer fazer certas coisas e não poder [...] depender [de outra pessoa] [...] Eu ajudo em casa com algumas coisas, mas tem dias que me frustro por não poder." BDI-II: 24	-
	Conflitos familiares	"[...] Desgosto, na minha família, por exemplo, meu filho casou e depois se separou, 'se juntou' com outra e se separou e, depois disse que ia ir embora [...] Esses dias ele me ligou, conversamos [...] ele aí eu me 'encarnei' e disse: eu não te mandei embora, 'tu foi' porque 'tu quis'." BDI-II: 17	"Sinto [tristeza], são muitas coisas que vejo [...] as pessoas não se importam com o ser humano, não se importam um com o outro mais [...] Eu tenho sobrinhas que eu criei desde que nasceram e que não ligam nem para perguntar se eu pirei ou melhorei [...] BDI-II: 24	-
	Embotamento emocional	"[...] eu sou muito 'fechada' e isso é insuportável. Agora estou conversando contigo e já parece estar me 'esvaziando' [...] BDI-II: 15	"Eu prefiro não estar falando muita coisa [sobre o que sinto]. Acho que o que é para mim, os outros não tem 'nada o que ver' [...] Talvez ela [minha esposa] 'dê' certo [...] De repente tentar ser mais [aberto] [...] Acho que seria bom." BDI-II: 26	"Nunca [tinha falado sobre o que penso sobre a doença] [...] É bom [falar sobre o que sinto] [...] Começa a sair [o sentimento ruim]." BDI-II: 35

Elementos de aporte à saúde mental e concepção da depressão entre idosos hospitalizados	Internação hospitalar / Adoecimento	"[...] a cabeça da gente 'vira' [com a internação]. [...] eu não era esquecida e estou me esquecendo" BDI-II: 14 "Hoje 'está' fazendo 30 dias que estou aqui [no hospital], às vezes eu me irrita [com o] por que [de] tanta coisa, uma em cima da outra [...]" BDI-II: 16	"Teve momentos da minha vida que eu achei que [...] [me perguntei] porque aquilo [adoecer] estava acontecendo comigo, mas isso já passou, já faz muito tempo e agora, no momento, estou doente sim, sou uma paciente crônica, mas não levo nada disso aí pro lado negativo. Acho que é normal, tu vir' para esse mundo, a gente nasce como uma vela acende, ela termina e ela apaga [...]. Estou passando por esse momento aqui que não é muito bom, mas isso aí vai passar ou vai continuar e eu vou ter que me readaptar com ele [o problema de saúde]." BDI-II: 24	"Olha, a gente nunca está tranquilo. Está fora de casa e nunca está tranquilo." BDI-II: 35 "Meu único problema é esse [a doença]. O resto 'tá' tudo bem, dentro do possível." BDI-II: 35
	Bem-estar mental	"[...] eu acho que [a saúde mental] é ser consciente de tudo e não ter tristeza contigo, para mim é isso [...]. [uma pessoa com boa saúde mental, também] pode ficar triste, faz parte [...]" BDI-II: 19 "[...] hoje está boa [minha saúde mental], está melhor [...]. Estou me recuperando, estou me encontrando [...]. De repente [minha saúde mental] piorou pelas minhas teimosias [...]. Eu fiz errado [...]" BDI-II: 15	"[...] o que eu faço [para melhorar minha saúde mental] é me dar bem com as pessoas, tratar bem as pessoas, ajudar se eu puder ajudar no que puder e, no mais, cuidar da saúde. É o que eu tenho no momento, o resto [não consigo fazer no momento]." BDI-II: 28	
	Fé/Esperança	"[...] meus filhos me perguntam se eu estou preocupada com algum procedimento que vou fazer [...]. Então eu poderia estar 'louqueando' para lá e para cá e, é uma coisa que eu não estou [fazendo], eu estou com fé [na melhora]." BDI-II: 15	"[...] eu creio que, por tudo que Jesus viveu por nós, eu sempre tenho que esperar alguma coisa melhor. Pode até não ser para mim, mas se for para os meus netos, já está de bom tamanho." BDI-II: 22	
	Concepção de Depressão	"Eu acho que depressão é uma pessoa que não tem mais vontade de fazer as coisas, não sente vontade de sair, eu acho [...]. Que desanima 'completo' da vida [...]. Não vejo nada disso em mim." BDI-II: 14 "Você vai para o fundo do poço [na depressão] e aí chega lá, você tentando se puxar para voltar [...]. Às vezes [vejo algo disso em mim], mas não muito." BDI-II: 19 "[...] as pessoas tentam ajudar, mas ela [a pessoa deprimida] não se ajuda [...]. A pessoa termina ficando doente até a morte [...]. E às vezes é uma pessoa que parece que é normal, mas 'daí', muda [...]. Ela [minha vizinha que teve depressão] meio que 'desapareceu', não comia, não bebia, não falava com ninguém, até que começou a fazer um tratamento 'devagarinho' e voltou ao normal, mas foi difícil." BDI-II: 16	"E, às vezes lembra [o que sinto agora comparado com quando eu tratei depressão no passado] [...]. É a doença [física]... Acho que melhorar [a saúde mental] pode ajudar no resto." BDI-II: 26 "[...] acho que [a depressão] é uma coisa que te assola e que 'tu' não tem como 'te ver', não tem como sair daquilo ali, não tem como 'te virar'. [...] Por enquanto não [vejo algo disso em mim], estou passando pelo que estou passando, mas estou seguindo em frente." BDI-II: 28 "[...] eu creio que a pessoa começa assim, em um momento de tristeza, vai indo e chega um ponto onde não dá mais e ela entra naquela depressão profunda, ou ela se suicida ou ela vai procurar um médico para tratar." BDI-II: 24	"A depressão pra mim é uma pessoa que sente qualquer um problema, não desabaça aquilo com ninguém, segura aquilo para si e vai ficando deprimida, de repente fica só dentro de casa ou não quer mais sair, não quer mais ver ninguém [...]. Aconteceu com várias pessoas 'da minha gente', a pessoa não quer ver [ninguém], só chorar ou se lamentar, nem comer [...]" BDI-II: 31

Fonte: elaboração dos autores. Sul do Brasil, 2021.

DISCUSSÃO

O Inventário de Depressão de Beck-II mostrou-se profícuo para dar início ao diálogo com pessoas que, frequentemente, nunca tinham conversado sobre sua saúde mental. Isso é relevante porque a ação de se expressar e dialogar sobre sentimentos, medos e ansios pode ser um fator protetor à depressão⁽²⁴⁾.

Com relação aos diagnósticos médicos/condições de saúde identificados, nota-se que hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiência cardíaca obtiveram destaque, sendo estas doenças crônicas de alta incidência e associação com o envelhecimento⁽⁴⁾. A literatura aponta que a incidência de quadros depressivos em idosos hospitalizados atinge até 23% desta população⁽¹⁷⁾. O presente estudo, apesar de estar limitado a uma amostra reduzida, obtida por conveniência em um único local de avaliação, corrobora para uma diversidade claramente mensurável de sinais depressivos nesta clientela, até mesmo porque apenas três pacientes anteriormente recrutados tiveram pontuação inferior à identificação de sinais de depressão leve e metade dos participantes apresentou sinais de depressão moderada ou severa.

Como descrito na literatura, os principais causadores do sentimento de tristeza sinalizados pelos participantes foram: o luto pela perda de amigos e familiares; a internação hospitalar e a distância da família, amigos e animais de estimação; mudanças do cotidiano e o adoecimento. Também

como apontado pela literatura, houve ligação entre o sentimento de ver-se como um fardo para a família com a mudança do papel de cuidador dos filhos para a pessoa que, agora, depende de cuidados e apoio⁽⁵⁾.

A internação foi considerada uma situação desconfortável por afastar os participantes do lar e da família, mas que era necessária no momento para a melhora da saúde física e retorno, mesmo que parcial, da qualidade de vida dos idosos. O adoecer e as consequências ligadas ao processo de adoecimento foram os principais motivos citados para a queda na qualidade de vida e piora da saúde mental dos participantes. Estes achados condizem com o que é apontado pela literatura⁽³⁾. A positividade; a esperança quanto ao futuro; a religiosidade; as distrações em formas de hobbies e das interações com amigos e familiares foram citadas como os métodos utilizados pelos entrevistados para melhorar sua saúde mental. Achados estes que evidenciam a importância de uma rede de apoio presente e da oferta continuada de atividades como fatores associados a menor incidência de depressão em pessoas idosas⁽³⁾.

A permanência no hospital, as comorbidades e a perda de capacidades físicas foram destacadas como fatores que dificultaram a realização destas atividades, o que pode sugerir a necessidade de maior emprego de terapias alternativas durante a internação quando forem identificados sinais e sintomas de depressão no idoso, indo contra a rotina assistencial de foco exclusivo no diagnóstico que levou originalmente à hospitalização do paciente.

Quanto às limitações do estudo, foi encontrada certa dificuldade, bem como citado na literatura,

para identificar a diferença entre sinais e sintomas depressivos e características comuns da pessoa idosa, sendo necessário o uso de interpretação clínica baseada no referencial de enfermagem psiquiátrica para distinguir entre as duas possibilidades⁽²²⁾. Outro desafio na realização da pesquisa foi a dificuldade de alguns pacientes falarem sobre sua saúde mental. Estudo com temática semelhante, mas realizado em outro contexto e com outro enfoque, trouxe à tona o estigma e preconceito com a saúde mental e a depressão⁽²⁵⁾.

Por meio da integração de dados quantitativos e qualitativos, conclui-se que a presença destes sinais e sintomas de depressão entre pessoas idosas em regime de internação hospitalar foi evidente e multifacetada. O cenário de hospitalização e o próprio adoecimento/motivo da internação marcam/accentuam estes sinais. Contudo, os idosos apontam mecanismos de enfrentamento, em especial vinculados à fé e à esperança. Sugere-se a realização de novos estudos que aprofundem o tema, em diferentes cenários e amostras, assim como estudos clínicos que abordem a temática e proponham intervenções de enfermagem voltadas à saúde mental de idosos hospitalizados.

CONCLUSÃO

DEPRESSION AMONG HOSPITALIZED OLDER ADULTS: A MIXED METHODS STUDY

ABSTRACT

Objective: to identify the presence of signs and symptoms of depression among hospitalized older adults and their self-perception about this health problem. **Methods:** convergent parallel mixed method research with qualitative emphasis. Twelve older adults hospitalized during the period from October 22 to 27, 2021, in a hospital in Southern Brazil were selected by convenience. The participants were interviewed and answered the Beck Depression Inventory-II, and demographic and clinical variables were extracted from medical records. Data were analyzed descriptively and presented in thematic categories, with a joint display format and interpretive integration. **Results:** results were organized into three thematic categories: *Signs and symptoms of depression among older adults in hospitalization; Challenges faced by hospitalized older adults that affect mental health; Elements of mental health support and conception of depression among hospitalized older adults.* **Conclusion/Final Considerations:** the study identified signs and symptoms of depression and the challenges faced by older adults, which include hospitalization, their conception about depression, and mental health support mechanisms, with emphasis on faith. It provided an opportunity for speaking and active listening within the hospital setting, shedding light on the topic.

Keywords: Health of older adults. Depression. Mental health. Psychiatric nursing. Hospital care.

DEPRESIÓN ENTRE PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS: ESTUDIO DE MÉTODOS MIXTO

RESUMEN

Objetivo: identificar la presencia de signos y síntomas de depresión en personas mayores hospitalizadas y su autopercepción sobre este problema de salud. **Métodos:** investigación de métodos mixtos con diseño paralelo convergente y énfasis cualitativo. Doce ancianos ingresados durante el período del 22 al 27 de octubre de 2021 en un hospital del Sur de Brasil, seleccionados por conveniencia, contestaron a la entrevista y a la prueba de Inventario de Depresión de Beck-II, además de la extracción documental de variables demográficas y clínicas. Los datos fueron analizados de forma descriptiva y presentados en categorías temáticas, con articulación en *joint display* e integración interpretativa. **Resultados:** los resultados fueron organizados en tres categorías temáticas: *Señales y síntomas de depresión entre personas mayores en la hospitalización; Desafíos enfrentados por personas mayores hospitalizadas que implican en la salud mental; Elementos de ayuda a la salud mental y concepción de la depresión entre personas mayores hospitalizadas.* **Conclusión/Consideraciones finales:** el estudio identificó signos y síntomas de depresión y los desafíos que las personas mayores enfrentan, que incluyen la propia hospitalización; su concepción sobre la depresión y los mecanismos de ayuda a su salud mental, con destaque a la fe. Proporcionó un espacio de habla y escucha activa dentro del escenario hospitalario, aclarando sobre la temática.

Palabras clave: Salud de la persona mayor. Depresión. Salud mental. Enfermería psiquiátrica. Atención hospitalaria.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan Americana

da Saúde. Depressão. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>

2. Rio de Janeiro. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento.

Pesquisa nacional de saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>

3. Volz P, Tomasi E, Saes M, Stofel N, Thumé E, Facchini L. Incidência de depressão em idosos e fatores associados: revisão sistemática. *Psicol. saúde doenças*. 2020; 21(3): 851-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/20psd210326>

4. Melo LA, Lima KC. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(10): 3869-3877. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.34492018>

5. Costa SMM, Ramos FCN, Barbosa E, Bahlis dos Santos N. Aspectos sociais das relações entre depressão e isolamento dos idosos. *GIGAPP EWP* [on-line]. 2020 [citado em 28 mar 2022]; 7 (155): 292-308. Disponível em: URL: <https://www.gigapp.org/ewp/index.php/GIGAPP-EWP/article/view/187202>

6. Costa A, Humboldt S. A viuvez no envelhecimento: estudo exploratório com idosos [Internet]. In: Pereira H, Monteiro S, Esgalhado G, Cunha A, Leal I, editores. *Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde [on-line]. 2020 [citado em 28 mar 2022]; 75-83. Disponível em: URL: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7504/1/13CongNacSaude_75.pdf

7. Leite TSM, Fett CA, Stoppiglia LF, Neves T, Figueiredo KRFV, Rodrigues RAS, Fett WCR. Prevalence and factors associated with depression in the elderly: a cross-sectional study. *R Medicina*. 2020; 53(3): 205-214. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v53i3p205-214>

8. Pereira-Ávila FMV, Lam SC, Goulart MCL, Góes FGB, Pereira-Caldeira NMV, Gir E. Factors associated with symptoms of depression among older adults during the covid-19 pandemic. *Texto & Contexto Enferm*. 2021; 30: e20200380. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0380>

9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Brasília: MS; 2017 Disponível em: from: 2017025PerfilepidemiologicodastentativasobitosporsuicidionoBrasilarededeatenaoasade.pdf (www.gov.br)

10. Guimarães LA, Brito TA, Pithon KR, Jesus CS, Souto CS, Souza SJN, Santos TS. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019; 24 (9): 3275-3282. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.30942017>

11. Oliveira DV, Pivetta NRS, Oliveira GVN, Silva DA, Júnior JRAN, Cavagliari CR. Factors influencing depression markers in elderly primary healthcare center patients in Maringá, Paraná, Brazil, 2017. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2019; 28(3): e2018043. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000300010>

12. Liu Q, Cai H, Yang LH, Xiang YB, Yang G, Li H, Gao YT, Zheng W, Susser E, Shu XO. Depressive symptoms and their association with social determinants and chronic diseases in middle-

aged and elderly Chinese people. *Sci Rep*. 2018; 8:3841. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-22175-2>

13. Li H, Ge S, Greene B, Dunbar-Jacob J. Depression in the context of chronic diseases in the United States and China. *Int. J. Nurs. Sci*. 2019; 6(1):117-122. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.11.007>

14. Razzak HA, Harbi A, Ahli S. Depression: Prevalence and Associated Risk Factors in the United Arab Emirates. *Oman Med. J*. 2019; 34(4):274-282. DOI: <https://doi.org/10.5001/omj.2019.56>

15. Pilania M, Yadav V, Bairwa M, Behere P, Gupta SD, Khurana H, Mohan V, Baniya G, Poongothai S. Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997–2016: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2019; 19(832):1-18. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7136-z>

16. Pramesona BA, Taneepanichskul S. Prevalence and risk factors of depression among Indonesian elderly: A nursing home-based cross-sectional study. *Neurol Psychiatry Brain Res*. 2018; 30:22-27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2018.04.004>

17. Ferreira KV, Melo NI. Depressão em idosos: o papel do profissional farmacêutico. *Rev Psicol Saúde*. 2018; 4(1):44-60. DOI: <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V4N1A3>

18. Lima FRMU, Tenório MGC, Santos RS, Melo AKCV, Carvalho AKM. Assistência de enfermagem ao idoso acometido por depressão. *Anais da 5ª Semana de Pesquisa do Centro Universitário Tiradentes* [on-line]. 2017 [citado em 28 mar 2022]. Disponível em: URL: https://eventos.set.edu.br/al_sempesq/article/view/8395

19. Creswell JW, Creswell JD. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 5a edição. Porto Alegre: Artmed: 2021.

20. Oliveira JLC, Magalhães AMM, Matsuda LM. Mixed methods in nursing research: application possibilities. *Texto & Contexto Enferm*. 2018; 27(2):e0560017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180000560017>

21. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Neto FL, Andrade LH, Wang YP. Validação da versão brasileira em português do Inventário de Depressão de Beck-II numa amostra da comunidade. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2012; 4(34): 389-394. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>

22. Townsend, MC. Transtornos do Humor - Depressão. Townsend, MC *Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2012.

23. Bardin L. Análise de Conteúdo. 1ª ed. São Paulo: Almedina: 2011.

24. Assenheimer A, Moura D, Soares NV. Prevalência de depressão em pacientes internados: um relato de experiência. *RICSB*. 2019; 3(2):45-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.31512/ricsb.v3i2.3131>

25. Brito Rodrigues, A. P., Carvalho e Silva Sales, J., Silva Júnior, F. J. G. da, Silva de Moura, M., Ferreira de Souza Monteiro, C., Cardoso Costa, A. P., & Tereza de Galiza, F. Limitations and possibilities of community health workers in identifying depressive symptoms. *Ciênc. cuid. saúde*. 2022; 21. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.58496>

Endereço para correspondência: João Lucas Campos de Oliveira. Rua São Manoel 963, Bairro Rio Branco, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 90620-110. Telefone: +555133085226 E-mail: joao-lucascampos@hotmail.com

Data de recebimento: 10/11/2022

Data de aprovação: 03/03/2023