

# RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO  
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

## **SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS IDOSAS ANTES E APÓS UM INTERNAMENTO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

## **SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MAYORES, ANTES Y DESPUÉS DE UNA HOSPITALIZACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS**

## **DEPRESSIVE SYMPTOMS OF ELDERLY PEOPLE BEFORE AND AFTER AN INTENSIVE CARE UNIT STAY**

Ana Fernandes Teixeira RN, MsC; Nursing Area, Department of Medicine of University of Oviedo, Spain.

Anamaria Alves Napoleão Nursing Area, Department of Nursing of Federal University of São Carlos, Brazil.

Ricardo F. Baldonado Cernuda MD, PhD; Nursing Area, Department of Medicine of University of Oviedo, Spain.

Fabiana de Souza Orlandi Gerontology Area, Department of Gerontology of Federal University of São Carlos, Brazil.

M<sup>a</sup> Pilar Mosteiro Diaz RN, PhD; Nursing Area, Department of Medicine of University of Oviedo, Spain.

## RESUMO

---

A presença de sintomas depressivos é frequente em idosos após um internamento nos cuidados intensivos e tem um impacto importante na qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar e comparar os sintomas depressivos em idosos, antes e depois do internamento numa unidade de cuidados intensivos (UCI), bem como determinar a sua prevalência. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e comparativo, cuja amostra consistiu em 75 doentes com 65 anos ou mais que consecutivamente tiveram alta das UCIs polivalente e cardíaca, durante três meses. Foi utilizada a escala de depressão geriátrica, seis meses após a alta da UCI e antes do internamento. **Resultados:** A percentagem de sintomas depressivos nos participantes foi de 36% antes do internamento e 30,7% aos seis meses da alta, indicando a comparação das pontuações dos sintomas depressivos antes e depois do internamento na UCI não existiram diferenças estatisticamente significativas. **Conclusões:** os sintomas depressivos são frequentes nos idosos, das UCIs polivalente e cardíaca, seis meses após a alta e antes do internamento. Aos seis meses após a alta, observou-se ligeira redução das pontuações dos sintomas depressivos, porém sem diferença significativa, em comparação com as pontuações prévias ao internamento. Futuros estudos são necessários no âmbito do diagnóstico e tratamento da depressão nesta população.

**Descritores:** Idosos; sintomas depressivos; doença grave; unidade de cuidados intensivos.

## ABSTRACT

---

Elderly survivors of critical illness often present depressive symptoms which have a significant impact on quality of life. **Objective:** To assess and compare depressive symptoms in people aged 65 years or older before and after ICU stay, as well as examining its prevalence. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive and comparative study and the sample consisted of 75 consecutive patients over the age of 64 years old who were discharged from the general and the cardiac ICUs, during three months. Depressive symptoms were assessed using the Geriatric Depression Scale, six months after ICU discharge and previous to ICU admission. **Results:** The percentage of depressive symptoms in participants was 36,00% before ICU admission and 30,70% at six months follow-up, indicating the comparison of depressive symptoms scores before and after ICU stay no significant statistical difference. **Conclusions:** Depressive symptoms are common in elderly patients from a general and a cardiac ICU, six months after discharge and before admission. At six months follow-up, depressive symptoms scores slightly decreased but did not change significantly from those prior to ICU admission. More research is needed on the diagnosis and treatment of depression in elderly ICU patients.

**Descriptors:** Elderly; depressive symptoms; critical illness; intensive care unit.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é hoje, a nível mundial, uma evidência. A esperança média de vida resulta do progresso económico, dos avanços tecnológicos e do aumento e melhoria dos cuidados de saúde. Contudo, hoje as pessoas vivem com um maior número de comorbilidades, necessitando de cuidados mais complexos (Royal College of Nursing, 2013).

Este fenómeno origina a necessidade da existência de mais recursos em saúde, incluindo os cuidados intensivos (Conti, Merlani, & Ricou, 2012), onde os idosos representam entre 30% até quase 50% do total da população da UCI na Europa (Castelló, Cabello, Goixart, Llanes, & Rodríguez-Pozo, 2008; López-Soto, 2005). Neste contexto, a adequação do sistema de saúde à população idosa assume-se como um importante desafio (Chamie, 2010).

Espera-se que após um internamento nos cuidados intensivos, as pessoas possam recuperar o estado de saúde prévio ou até melhorá-lo, visto que receberam cuidados de saúde diferenciados. Contudo, também é possível que as pessoas que estiveram internadas nos cuidados intensivos possam sofrer relevantes e indesejáveis alterações ou sequelas. Os transtornos mentais podem ser uma reação psicológica ao *stress* emocional e fisiológico da doença crítica e seu tratamento (Jackson, Mitchell, & Hopkins, 2009).

A depressão é uma alteração comum em doentes que passaram por uma situação crítica de doença e é também um dos síndromes geriátricos mais prevalentes em pessoas idosas, após internamento em cuidados intensivos (Bienvenu, Colantuoni, Mendez-Tellez, Dinglas, Shanholtz, Husain, & Needham, 2012; Sacanella, Pérez-Castejón, Nicolás, Masanés, Navarro, Castro, & López-Soto, 2011).

Os síndromes geriátricos consistem em condições clínicas comuns nas pessoas idosas e estão associados a elevada morbilidade e baixa qualidade de vida [QV] (Vest et al., 2011). Adicionalmente, a depressão relaciona-se com a diminuição do estado funcional e a necessidade de institucionalização dos doentes adultos após o internamento nos cuidados intensivos (Balas et al., 2011; Bienvenu et al., 2012). Neste sentido, a depressão tem um impacto relevante na QV destes doentes (Bienvenu et al., 2012; Sacanella et al., 2011; Vest et al., 2011), existindo poucos estudos sobre os sintomas depressivos nesta população.

Tendo em consideração que as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos constituem um grupo relevante da população das UCIs (Conti, Merlani, & Ricou, 2012), é fundamental avaliar os sintomas depressivos nos idosos que são internados nas UCIs, para conhecer o impacto dos cuidados intensivos na qualidade de vida desses doentes e, consequentemente, melhorar os cuidados de saúde prestados a essa população.

O objetivo deste estudo é avaliar e comparar os sintomas depressivos em pessoas de idade igual ou superior a 65 anos seis meses após a alta da UCI e antes do internamento nesta, bem como determinar a sua prevalência.

## MÉTODOS

---

Este é um estudo transversal, descritivo e comparativo que avalia os sintomas depressivos em doentes idosos, seis meses após a alta da UCI (prospetivamente) e antes do internamento nessa unidade (retrospectivamente). A amostra contempla 75 doentes de idade superior a 64 anos, que tiveram alta de uma UCI do Hospital de Oviedo (Hospital Universitário Central de Astúrias (HUCA), em Espanha, desde o dia 1 de Setembro de 2013 até ao dia 28 de Fevereiro de 2014.

O hospital de Oviedo é um hospital universitário de terceiro nível e de referência nas Astúrias, contando com duas unidades de cuidados intensivos de 54 camas em total – UCI polivalente e UCI cardíaca.

Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos;
- indivíduos que tivessem sido internados numa das UCIs, nos seis meses que antecederam o preenchimento do questionário;

- indivíduos que possuíssem um número de contacto telefónico válido;
- indivíduos que pudessem compreender e responder a este questionário;
- indivíduos que dessem o seu consentimento informado, oralmente.

Os critérios de exclusão foram:

- indivíduos que não reunissem os critérios de inclusão;
- indivíduos que tivessem sido reinternados numa das UCIs nos seis meses prévios à aplicação do questionário;
- indivíduos que apresentassem mais do que um internamento numa das UCIs no período do estudo (só foi considerado o último internamento sempre que permitisse a avaliação aos seis meses da alta).

Assim, dos 530 doentes que tiveram alta das UCIs do HUCA (entre 01/12/2013 e 28/02/2014), 250 tinham idade igual ou superior a 65 anos, mas destes 127 não puderam ser convidados para participar neste estudo. Dos 123 doentes que foram convidados a participar neste estudo (diretamente ou através de familiares), 48 não aceitaram ou não tinham condições de saúde para participar no estudo. Exemplos desta falta de condições de saúde foram doença respiratória com fadiga, desorientação no espaço, no tempo e/ou na pessoa e convulsões, entre outras.

Assim, 75 pacientes aceitaram participar no estudo, reunindo todos os critérios de inclusão (ver figura 1).

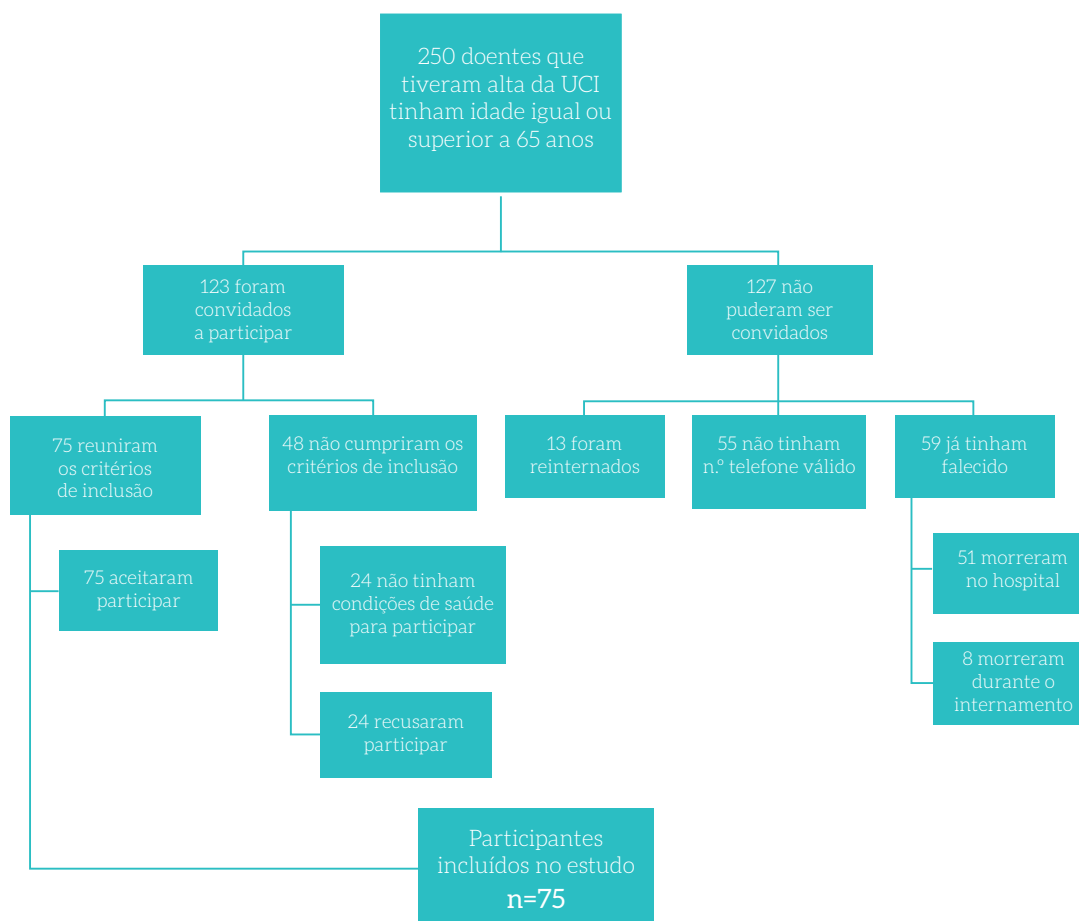


Figura 1. Fluxograma de inclusão e exclusão dos participantes

A caracterização dos participantes realizou-se com base num questionário sociodemográfico e consultando os ficheiros e as bases de dados do HUCA (UCI de proveniência; categoria de internamento; tempo de internamento no hospital e na UCI; tempo de ventilação mecânica invasiva; pontuações de Acute Physiology And Chronic Health Evaluation (APACHE) II ou Simplified Acute Physiology Score (SAPS) III no momento do internamento e condições prévias de comorbilidade). APACHE II foi usado em participantes da UCI polivalente e SAPS III foi usado em participantes da UCI cardíaca, visto que eram os sistemas de pontuação mais utilizados pelos médicos de cada unidade. As pontuações foram retiradas da base de dados clínica ou calculadas usando métodos *standard* disponíveis na UCI (Cofiño, 2014), sempre que existia a informação clínica necessária. As condições prévias de comorbilidade foram classificadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (ICD-10) da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014).

A escala de Depressão Geriátrica – GDS-15 – foi usada para avaliar os sintomas depressivos nos participantes, a qual consiste em 15 perguntas dicotómicas (sim/não), pontuada positiva e negativamente. As pontuações indicam ausência (0 a 4) ou presença (5 ou mais) de sintomas depressivos (Iglesia, Vilches, Herrero, Colomer, Taberné, & Luque, 2002). A versão livre espanhola deste instrumento (GDS-VE), validada para a população espanhola por Iglesia De la et al. (2002), foi usada mediante entrevista por telefone, reportando-se aos acontecimentos vivenciados nas duas últimas semanas.

Caso o doente ou o familiar não atendesse à primeira vez, far-se-iam pelo menos mais três chamadas (no total de duas de manhã e duas à tarde, em dois dias diferentes), antes do doente ser excluído do estudo.

Dado que os sintomas depressivos são considerados subjetivos e pessoais, só os doentes responderam ao questionário. A colheita de dados iniciou-se após a aprovação do estudo pelo Comité de Ética da Investigação do Principado de Astúrias, em Espanha.

Os dados foram codificados, organizados e analisados usando o Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22. Os dados foram introduzidos por duas pessoas, com o intuito de minimizar possíveis erros. A análise descritiva realizou-se de acordo com os aspetos sociodemográficos e clínicos, bem como as pontuações dos sintomas depressivos antes da admissão na UCI e seis meses após a alta. A normalidade da distribuição foi avaliada usando o teste de Kolmogorov-Smirnov, no sentido de decidir a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos. Tendo em conta que não foi encontrada uma distribuição normal, os testes usados foram não paramétricos. O teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas foi utilizado com o intuito de avaliar se existia uma diferença estatisticamente significativa entre as pontuações dos sintomas depressivos, antes do internamento na UCI e após a alta. O nível aceite para significância estatística foi valor  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

---

A média de idade dos participantes foi de 73,71 ( $\pm 5,35$ ) anos de idade e o intervalo de 65 a 89 anos, 53,00% ( $n=40$ ) eram do sexo masculino e 47,00% ( $n=35$ ) do sexo feminino. A maioria dos entrevistados eram casados ou em união de facto (59,00%), pertencentes à faixa etária entre 70 a 74 anos (32,00%), tinham completado o ensino primário (69,30%), viviam em núcleo urbano (65,30%) e tinham um rendimento mensal individual e familiar entre 500 e 999 euros (38,70%) e entre 1000 e 1999 euros (37,30%), respectivamente. A ocupação anterior da maioria dos participantes pertencia ao grupo de ocupações elementares - como trabalhadores agrícolas (30,70%), estando todos os entrevistados atualmente aposentados. Quanto ao local de nascimento, 99,00% dos entrevistados nasceram em Espanha.

No que diz respeito às condições de habitação, 96,00% dos participantes (n=72) viviam em casa, 2,70% (n=2) estavam institucionalizados (lar e hospital) e 1,30% (n=1) não respondeu. Quase todos os participantes (97,30%/n=73) continuaram a viver na mesma residência onde viviam antes do internamento na UCI. A maioria dos entrevistados viviam com o cônjuge (42,70%/n=32) ou com familiares (incluindo ou não o seu/sua cônjuge) (29,30%/n=22), 25,30% (n=19) viviam sozinhos e 2,70% estavam institucionalizados. O sistema de saúde era predominantemente o público (96,00%/n=72), enquanto 4,00% (n=3) acumulavam também o seguro privado.

A maioria dos participantes (84,00%/n=63) afirmou que não sofreu nenhum acontecimento vital stressante nos seis meses após a alta, que pudesse ter afetado a sua saúde e/ou QV, enquanto que em 16,00% (n=12) este facto foi reportado. Entre os eventos relatados três ficaram viúvos e nove sofreram um problema de saúde diferente daquele que lhes motivou o internamento na UCI (como perda de visão, tratamento de quimioterapia, intervenção cirúrgica e doenças músculo-esqueléticas). No que diz respeito aos aspetos clínicos, para a maioria dos participantes a UCI de procedência foi a UCI cardíaca (58,70%), a categoria de internamento foi a cirurgia programada (57,30%) e o principal diagnóstico na UCI foi de pós-operatório de cirurgia cardíaca (56,00%). Na amostra estudada, 77,30% dos participantes (n=58) receberam tratamento com ventilação mecânica invasiva (VMI) e as comorbilidades anteriores mais prevalentes foram as pertencentes aos grupos do sistema circulatório (96,00%) e do endócrino, nutricional e metabólico (66,70 %). Quanto ao tempo de internamento foram 19,07 dias no hospital e 6,89 dias na UCI. Dentro do subgrupo dos que receberam VMI, a média de duração de VMI foi 88,34 horas (aproximadamente 3 dias e meio), com variação de 4 a 744 horas ( $\pm 31$  dias), sendo 4,75 o número médio de comorbilidades prévias.

#### *Sintomas depressivos em idosos que estiveram internados numa UCI*

Na população entrevistada, a percentagem de sintomas depressivos, avaliada pela GDS-VE, foi 36,00% (n=27) antes do internamento na UCI e 30,70% (n=23) seis meses após a alta (Figura 2).

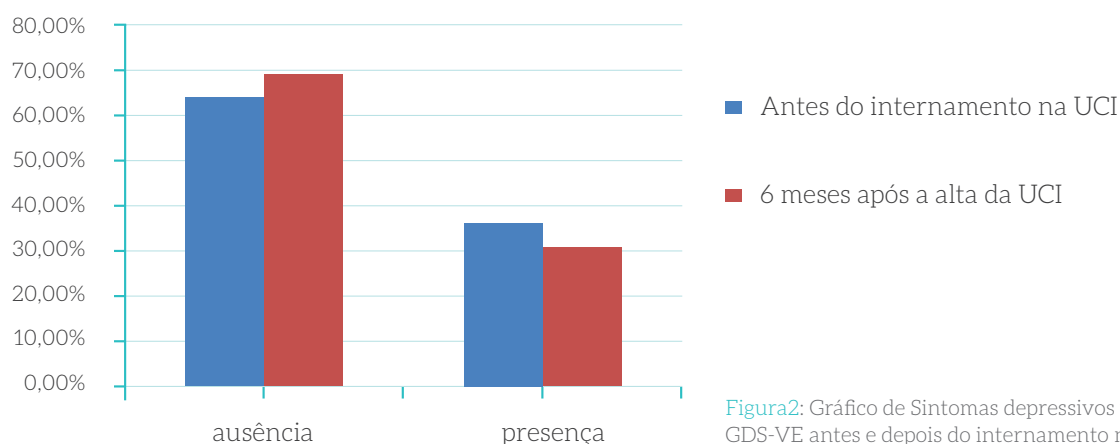


Figura2: Gráfico de Sintomas depressivos usando GDS-VE antes e depois do internamento na UCI.

A média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo da GDS-VE é apresentada na tabela 1, bem como a comparação entre as pontuações de sintomas depressivos antes e depois do internamento na UCI.

	Média ( $\pm$ DP)		P*	Mediana		Mínimo		Máximo	
	Após 6M	Antes UCI		Após 6M	Antes UCI	Após 6M	Antes UCI	Após 6M	Antes UCI
GDS-VE	3,68 ( $\pm$ 3,45)	3,61 ( $\pm$ 3,13)	0,88 6	2,00	3,00	0	0	14	12

**Tabela 1:** Pontuações da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-VE) dos entrevistados, antes e depois do internamento na UCI, de acordo com a média, mediana, valores mínimos e máximos, e comparação entre as duas avaliações [valor p] (Oviedo, 2014).

DP: desvio padrão; Após 6M: seis meses após a alta da UCI; Antes UCI: antes do internamento em UCI; GDS-VE: Escala de Depressão Geriátrica; \* Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas

## DISCUSSÃO

Neste estudo, os resultados dos sintomas depressivos em idosos sobreviventes da UCIs (médica e cirúrgica) são descritos seis meses após a alta da UCI e antes do internamento. Esses resultados evidenciam que a percentagem de doentes com sintomas depressivos foi maior antes do internamento em UCI (36,00%) do que seis meses após a alta (30,70%) (Figura 2), sendo as pontuações médias da escala GDS-VE ligeiramente superiores após 6 meses de alta do que antes do internamento na UCI (tabela 1). No entanto, a comparação dos sintomas depressivos antes e depois do internamento na UCI indicaram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os sintomas depressivos, seis meses após a alta da UCI em comparação com os mesmos antes do internamento.

Os resultados estão de acordo com Jackson, Mitchell, e Hopkins (2009), que identificaram que a depressão ocorreu em 25% a 50% dos sobreviventes de doenças críticas. Além disso, num estudo de revisão sobre a presença de depressão em doentes sobreviventes de UCI polivalente foi encontrada uma -prevalência de 28% num total de 1213 doentes de 14 estudos (Davydow, Gifford, Desai, Bienvenu, & Needham, 2009), o que é semelhante à prevalência no presente estudo após a alta da UCI. Idêntica prevalência (26%) foi constatada num estudo com doentes da UCI seis após uma doença pulmonar aguda (Dowdy, Bienvenu, Dinglas, Mendez-Tellez, Sevransky, Shanholtz, & Needham, 2009). Considerando outros estudos, uma maior prevalência de sintomas de



depressão foi constatada onde estes ocorreram em 40% dos sobreviventes adultos da UCI que sofreram uma doença traumatológica (moderada ou grave) um ano após a alta hospitalar (Jackson et al., 2011), assim como em 40% dos doentes que sofreram lesão pulmonar aguda, dois anos após um estado crítico de saúde (Bienvenu et al., 2012). Este facto pode ser explicado pelo período de tempo de acompanhamento, uma vez que sintomas depressivos podem aumentar ao longo do tempo em sobreviventes da UCI. A avaliação foi realizada no presente estudo seis meses após a alta, enquanto que nos estudos citados realizou-se um e dois anos depois. Conforme identificado numa revisão sistemática, mesmo que o componente físico tenha melhorado lentamente após um ou dois anos em sobreviventes da UCI, aspetos mentais e emocionais da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) diminuem durante muitos mais anos (Oeyen, Vandijck, Benoit, Annemans, & Decruyenaere, 2010). Estes autores afirmam que a partir de um ano após a alta há uma tendência para se manifestarem mais problemas emocionais. Do mesmo modo, Bienvenu et al. (2012) constataram que os sintomas depressivos persistem pelo menos dois anos após a doença crítica.

Por outro lado, Bienvenu et al. (2012) constatou que a prevalência de depressão, em doentes que sofreram lesão pulmonar aguda, foi mais elevada após a doença crítica do que antes do internamento, o que contrasta com os resultados do presente estudo. Numa outra investigação realizada numa UCI médico-cirúrgica, adultos sobreviventes relataram piores pontuações para a depressão 18 meses após a alta da UCI, quando comparado com os níveis prévios ao internamento (Lizana, Bota, De Cubber, & Vicent, 2003). No presente estudo, a prevalência de sintomas depressivos foi maior antes do internamento, possivelmente porque a maioria dos participantes foi admitido na UCI para pós-operatório de cirurgia cardíaca, que é uma cirurgia que muitas vezes produz uma melhoria dos níveis de QV (Nwaejike, Breen, Bonde, & Campalani, 2009; Schottler et al, 2005). Antes do internamento, doentes com fadiga acentuada, devido a doença cardíaca, podem sentir o aumento de sintomas depressivos como consequência de graves limitações na vida diária, que posteriormente deixarão de afetar as suas vidas se a cirurgia for bem sucedida. Outra possibilidade é o facto de que como os participantes sofreram uma doença grave, os seus padrões e expectativas internas podem diminuir (Oeyen, Vandijck, Benoit, Annemans, & Decruyenaere, 2010).

Similarmente, em estudos prévios usando o SF-36 com doentes de idade igual ou superior a 80 anos, três meses e seis meses após o internamento na UCI, as pontuações de saúde mental não se modificaram significativamente das pontuações antes do internamento na UCI (Hofhuis, Van Stel, Schrijvers, Rommes, & Spronk, 2011), o que também foi demonstrado numa revisão sistemática de 21 estudos, envolvendo 7320 e vinte adultos sobreviventes da UCI (Dowdy et al, 2005).

Uma potencialidade deste estudo é o facto de que a percepção de sintomas depressivos foi exclusivamente respondida por doentes e não familiares evitando o potencial enviesamento dos resultados (Oeyen, Vandijck, Benoit, Annemans, & Decruyenaere, 2010). Além disso, a avaliação

inicial antes do internamento na UCI foi realizada, o que é crucial quando se estuda o impacto da doença crítica (Oeyen, et al., 2010). Adicionalmente, levando em consideração que a QVRS pode diminuir ao longo do tempo (Hopman et al., 2014) e há diferentes pontuações de QV em pessoas com a mesma idade cronológica (Conti, Merlani, & Ricou, 2012), entende-se que faz sentido que os idosos voltem a um nível semelhante ao de antes do internamento, a fim de saber se as alterações refletem o impacto da doença crítica ou um nível baixo antes dos cuidados intensivos.

No entanto, este estudo apresenta também limitações. Em primeiro lugar, uma vez que a colheita de dados incluiu doentes que consecutivamente tiveram alta da UCI durante três meses, possíveis variações sazonais não foram contabilizadas. Além disso, apesar de muitos autores defenderem que seis meses é o período de tempo em que os resultados de QV podem melhorar e estabilizar (Castelló, Cabello, Goixart, Llanes, & Rodríguez-Pozo, 2008; Conti, Friolet, Eckert, & Merlani, 2011), um maior tempo de seguimento pode detetar alterações mais relevantes que tenham impacto sobre os sintomas depressivos dos idosos sobreviventes da UCI (Oeyen, et al., 2010). Também é necessário admitir um possível enviesamento dos resultados para os sintomas depressivos antes do internamento na UCI, já que as informações foram recolhidas retrospectivamente. Por outro lado, esses dados podem não ser aplicáveis a todos os doentes com mais de 65 anos de idade que foram internados numa UCI, uma vez que os critérios e políticas de admissão variam amplamente entre os países e até mesmo dentro do mesmo país.

É importante notar que, provavelmente os critérios de seleção adotados no internamento de doentes nas UCIs, selecionam aqueles que têm maior probabilidade de beneficiar dos cuidados intensivos. Assim, os resultados reportados poderão representar os doentes mais saudáveis (com comorbilidades em menor número e menos graves) e os mais jovens internados nas UCIs.

Por outro lado, os participantes deste estudo foram sobreviventes da UCI dispostos a responder ao questionário, por isso poderão não representar aqueles que não concordaram em participar ou não tinham condições de saúde para o fazer que, possivelmente, apresentariam piores resultados, como já foi sugerido por alguns autores (Oeyen, Vandijck, Benoit, Annemans, & Decruyenaere, 2010). Finalmente, os resultados encorajadores na amostra estudada devem ser interpretados cuidadosamente, uma vez que podem estar relacionados com as características dos participantes. Particularmente, a maioria dos entrevistados foram internados na UCI devido a uma cirurgia cardíaca programada no pós-operatório, que é uma cirurgia que muitas vezes origina uma melhoria dos níveis de QV (Nwaejike, Breen, Bonde, & Campalani, 2009; Schottler et al, 2005), além do facto de que os doentes de pós-operatório têm apresentado o melhor nível de bem-estar subjetivo entre os sobreviventes de UCI e, especialmente, os admitidos para cirurgia programada têm apresentado uma recuperação mais rápida (Schenk, Warszawska, Fuhrmann, König, Madl, & Ratheiser, 2012). Também o regresso a casa após a alta da UCI (relatado por 97,30% dos participantes), tem sido associado a melhores resultados entre os idosos da UCI, em

comparação com os doentes que receberam alta para uma instituição (Conti, Friolet, Eckert, & Merlani, 2011). Esta percentagem foi ainda maior do que a reportada em estudos anteriores (de Rooij et al, 2008; Schrøder, Poulsen, & Perner, 2011).

Mais estudos são necessários para identificar os resultados de QV de grupos específicos de pacientes que recebem assistência de cuidados intensivos e para definir intervenções, durante e após UCI, que promovam a recuperação dos doentes. Portanto, um contínuo e multidisciplinar acompanhamento a longo prazo parece ser relevante para melhorar e manter os resultados de QV física e mental nos idosos da UCI. Por exemplo, efetivar um diagnóstico e tratamento mais completo da depressão nesta população. Vários estudos têm analisado a incidência e os fatores de risco para a depressão (Bienvenu et al, 2012; Dowdy et al, 2009), mas não foram encontrados estudos de intervenção para reduzir os sintomas depressivos em idosos da UCI.

## CONCLUSÕES

---

Os sintomas depressivos são frequentes em doentes idosos, das UCIs polivalente e cardíaca, apresentando uma prevalência de 36,00% antes do internamento na UCI e 30,70% seis meses após a alta da UCI. Aos seis meses após a alta, observou-se ligeira redução das pontuações dos sintomas depressivos, porém sem diferença significativa em comparação com as pontuações prévias ao internamento. Neste sentido, parece ser relevante a necessidade de futuros estudos no âmbito do diagnóstico e tratamento da depressão em doentes idosos da UCI, com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

---

Balas, M., Chaperon, C., Sisson, J., Bonasera, S., Hertzog, M., Potter, J. & Burke, W. (2011, December). Transitions experienced by older survivors of critical care. *Journal of Gerontological Nursing*, 37(12), 14-25. doi: 10.3928/00989134-20111102-01

Bienvenu, O., Colantuoni, E., Mendez-Tellez, P., Dinglas, V., Shanholtz, C., Husain, N., & Needham, D. (2012, March). Depressive Symptoms and Impaired Physical Function after Acute Lung Injury. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 185(5), 517-524. doi: 10.1164/rccm.201103-0503OC

Castelló, M., Cabello, J., Goixart, L., Llanes, J., & Rodríguez-Pozo, A. (2008, June-July). Cambios en la calidad de vida tras UCI según grupo diagnóstico. Comparación de dos instrumentos de medida. *Medicina Intensiva*, 32(5), 203-215. doi: 10.1016/S0210-5691(08)70942-2

Chamie, J. (2010). Foreseeing future population challenges. In United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *World Social Science Report 2010* (pp. 24-26). Paris, France: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

Cofiño, L. (2014). Calculadora APACHE II (Versión 2.1) [software]. Retrieved from: <https://play.google.com/store/apps/details?id=org.lacofi.apache>

Conti, M., Friolet, R., Eckert, P., & Merlani, P. (2011, April). Home return 6 months after an intensive care unit admission for elderly patients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55(4), 387-393. doi: 10.1111/j.1399-6576.2011.02397.x

Conti, M., Merlani, P., & Ricou, B. (2012, September). Prognosis and quality of life of elderly patients after intensive care. *Swiss Medical Weekly*, 142, w13671. doi: 10.4414/smw.2012.13671

Davydow, D., Gifford, J., Desai, S., Bienvenu, O., & Needham, D. (2009, May). Depression in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 35(5), 796-809. doi: 10.1007/s00134-009-1396-5

De Rooij, S., Govers, A., Korevaar, J., Giesbers, A., Levi, M., & Jonge, E. (2008, May). Cognitive, functional, and quality-of-life outcomes of patients aged 80 and older who survived at least 1 year after planned or unplanned surgery or medical intensive care treatment. *Journal of the American Geriatrics Society* 56(5), 816-822. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01671

Dowdy, D., Bienvenu, O., Dinglas, V., Mendez-Tellez, P., Sevransky, J., Shanholtz, C., & Needham, D. (2009). Are intensive care factors associated with depressive symptoms six months after acute lung injury? *Critical Care Medicine*, 37(5), 1702-1707. doi: 10.1097/CCM.0b013e31819fea55

Dowdy, D., Eid, M., Sedrakyan, A., Mendez-Tellez, P., Pronovost, P., Herridge, M., & Needham, D. (2005). Quality of life in adult survivors of critical illness: a systematic review of the literature. *Intensive Care Medicine*, 31, 611-620. doi: 10.1007/s00134-005-2592-6

Hofhuis, J., Van Stel, H., Schrijvers, G., Rommes, J., & Spronk, P. (2011). Changes of health-related quality of life in critically ill octogenarians. A follow-up study. *Chest Journal*, 140(6), 1473-1483. doi: 10.1378/chest.10-0803

Hopman, W., Berger, C., Joseph, L., Zhou, W., Prior, J., Towheed, T. & The CaMos Research Group. (2014, December). Prospectively measured 10-year changes in health-related quality of life and comparison with cross-sectional estimates in a population-based cohort of adult women and men. *Quality of Life Research*, 23(10), 2707-2721. doi: 10.1007/s11136-014-0733-5

Iglesia De la, J., Vilches, M., Herrero, R., Colomer, C., Taberné, C., & Luque, R. (2002, September). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM*, 12(10), 620-630.

Jackson, J., Archer, K., Bauer, R., Abraham, C., Song, Y., Greevey, R., & Obremskey, W. (2011, October). A prospective investigation of long-term cognitive impairment and psychological distress in moderately versus severely injured trauma intensive care unit survivors without intracranial hemorrhage. *Journal Of Trauma-Injury Infection And Critical Care*, 71(4), 860-866. doi: 10.1097/TA.0b013e3182151961

Jackson, J., Mitchell, N., & Hopkins, R. (2009). Cognitive functioning, mental health, and quality of life in ICU survivors: an overview. *Critical Care Clinics*, 25(3), 615-628. doi:10.1016/j.ccc.2009.04.005

Lizana, F., Bota, D., De Cubber, M., & Vicent, J. (2003, August). Long-term outcome in ICU patients: What about quality of life? *Intensive Care Medicine*, 29(8), 1286-1293. doi: 10.1007/s00134-003-1875-z

López-Soto, A. (2005). Valoración geriátrica en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(1), 50-53.

Nwaejike, N., Breen, N., Bonde, P., & Campalani, G. (2009, June-September). Long term results and functional outcomes following cardiac surgery in octogenarians. *The Aging Male*, 12(2-3), 54-57. doi:10.1080/13685530903033224

Oeyen, S., Vandijck, D., Benoit, D., Annemans, L., & Decruyenaere, J. (2010, December). Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature. *Critical Care Medicine*, 38(12), 2286-2400. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181f3dec5

Royal College of Nursing. (2013, May). *Moving care to the community: an international perspective*. Retrieved October 29, 2013, from Royal College of Nursing website: [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/523068/12.13\\_Moving\\_care\\_to\\_the\\_community\\_an\\_international\\_perspective.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0006/523068/12.13_Moving_care_to_the_community_an_international_perspective.pdf)

Sacanella, E., Pérez-Castejón, J., Nicolás, J., Masanés, F., Navarro, M., Castro, P., & López-Soto, A. (2011, March). Functional status and quality of life 12 months after discharge from a medical ICU in healthy elderly patients: a prospective observational study. *Critical Care*, 15(2), R105. doi: 10.1186/cc10121

Schenk, P., Warszawska, J., Fuhrmann, V., König, F., Madl, C., & Ratheiser, K. (2012, September). Health-related quality of life of long-term survivors of intensive care: changes after intensive care treatment. Experience of an Austrian intensive care unit. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 124, 624-632. doi: 10.1007/s00508-012-0224-z

Schöttler, J., Petersen, S., Böning, A., Schöneich, F., Ernst, M., & Cremer, J. (2005). One year survival of patients with a prolonged ICU stay after cardiac surgery – Predictors for a bad prognosis [Abstract]. *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon*, 53(84). doi: 10.1055/s-2005-862008

Schrøder, M., Poulsen, J., & Perner, A. (2011, July). Acceptable long-term outcome in elderly intensive care unit patients. *Danish Medical Bulletin*, 58(7), A4297.

Vest, M., Murphy, T., Araujo, K., & Pisani, M. (2011, February). Disability in activities of daily living, depression, and quality of life among older medical ICU survivors: a prospective cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(9). doi: 10.1186/1477-7525-9-9.

WHO (2014). *International Classification of Diseases (ICD-10) Version:2010*. Retrieved September, 19, 2014 from WHO website <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

**Correspondence:** Pilar Mosteiro Diaz - [pilarmosteiro@gmail.com](mailto:pilarmosteiro@gmail.com)