



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

JESANA SÁ DAMASCENO MORAES

**DEPRESSÃO E IDEAÇÃO SUICIDA EM IDOSOS COM PLEGIAS POR
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

CAMPINA GRANDE

2018

JESANA SÁ DAMASCENO MORAES

**DEPRESSÃO E IDEIAÇÃO SUICIDA EM IDOSOS COM PLEGIAS POR
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

**Dissertação apresentada à Universidade Estadual da
Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos
necessários para a obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.**

Orientador: Prof. Dr. Aleksandro Silva Coura

CAMPINA GRANDE

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M827d Moraes, Jesana Sá Damasceno.
Depressão e ideação suicida em idosos com plegias por acidente vascular encefálico [manuscrito] : / Jesana Sá Damasceno Moraes. - 2018.

67 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2018.

"Orientação : Prof. Dr. Alexsandro Silva Coura, Departamento de Enfermagem - CCBS."

1. Acidente Vascular Encefálico. 2. Envelhecimento. 3. Hemiplegia. 4. Suicídio.

21. ed. CDD 613.043 8

JESANA SÁ DAMASCENO MORAES

**DEPRESSÃO E IDEAÇÃO SUICIDA EM IDOSOS COM PLEGIAS POR
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

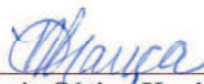
Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em: 28/03/2018

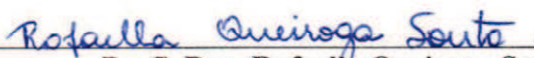
BANCA EXAMINADORA



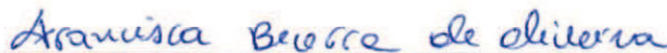
Prof. Dr. Alessandro Silva Coura
Universidade Estadual da Paraíba



Prof. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França
Universidade Estadual da Paraíba



Prof. Dra. Rafaella Queiroga Souto
Universidade Federal da Paraíba



Prof. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira
Universidade Federal de Campina Grande

Aos idosos, participantes desta pesquisa, que tão bondosamente me receberam e nobremente enriqueceram esse trabalho, dedico.

AGRADECIMENTOS

Aquele que dá sabedoria, entendimento e perseverança para lutar e não desistir. Aquele que está acima de tudo e de todos: Deus, meu Pai.

À mulher mais importante da minha vida, meu alicerce e refúgio em dias difíceis e minha companheira nos melhores dias: minha mãe.

Ao meu esposo, que acredita em mim quando eu descredito, que me levanta quando quero desanimar e me faz sorrir nos dias mais difíceis.

Aos meus familiares, que mesmo longe fisicamente, sempre se fizeram presentes, seja me incentivando, seja comemorando as minhas conquistas.

Ao Professor Doutor Alexsandro Silva Coura, por todos os ensinamentos, orientações e confiança durante a trajetória do mestrado.

Às Professoras Doutoras Inacia Sátiro e Rafaella Queiroga, que compuseram a banca examinadora, por todas as contribuições e críticas imprescindíveis para a melhoria desta dissertação.

À Professora Doutora Francisca Bezerra de Oliveira que direcionou os meus primeiros passos na pesquisa científica, me acompanhou durante a graduação e continua presente até os dias atuais. Obrigada também por aceitar participar da banca examinadora.

Às amigas do mestrado, Tácila, Ingrid e Silmara, pela colaboração e apoio sempre que necessário.

Aos idosos que participaram desta pesquisa com satisfação, me receberam em suas residências de coração aberto, responderam aos questionamentos com tão boa vontade e consentiram que eu os conhecesse em aspectos tão singulares e delicados. Os senhores me permitiram obter conhecimentos não apenas científicos, mas, sobretudo, de vida.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

Martin Luther King Jr.

RESUMO

Introdução: A presença de uma limitação física, como a plegia, em idosos que apresentam alterações significativas do envelhecimento, pode representar um fator agravante para ocorrência de situações de adoecimento mental. A depressão é considerada a doença psiquiátrica mais prevalente entre os idosos e um dos principais fatores de risco para o suicídio. **Objetivo:** Investigar a prevalência de depressão e ideação suicida e sua relação com fatores sociodemográficos em idosos com plegias por acidente vascular encefálico (AVE). **Métodos:** Estudo descritivo, transversal e quantitativo, com amostra de 82 idosos com plegias por AVE adscritos na Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona urbana de Campina Grande, Paraíba, Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio de visitas domiciliares entre maio e agosto de 2017. Foram utilizados três formulários: sociodemográfico, Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI). A análise foi realizada utilizando-se o programa estatístico SPSS, por meio de descrição das variáveis e dos testes de qui-quadrado, Fisher e Alfa de Cronbach. Foi adotado o nível de significância de 5%. A pesquisa respeitou os aspectos éticos envolvendo seres humanos, conforme preconiza o Conselho Nacional de Saúde pela Resolução 466/2012. **Resultados:** Houve predominância de sujeitos do sexo feminino (51,2%), com idade entre 60 e 96 (média de 73 anos), baixa renda (92,7%) e baixa escolaridade (80,5%), não branca (63,4%), com credo religioso (93,9%) e convivendo com companheiro (51,2%) e familiares (90,2%). A consistência interna da BSI foi satisfatória, com alfa de Cronbach total de 0,785 e 0,713 nas partes 1 e 2 do instrumento, respectivamente. As prevalências de depressão e ideação suicida foram, respectivamente, 56,1% e 23,8%. Dentre os que apresentaram ideação suicida, 10,5% fizeram um plano suicida, 10,5% prepararam-se para o suicídio e 5,2% tentaram suicídio. A depressão em idosos com plegias por AVE está associada à baixa renda ($p=0,029$), menor nível educacional ($p=0,006$) e não ter companheiro ($p=0,042$). Os fatores sociodemográficos não se mostraram associados à ideação suicida. O presente estudo não evidenciou relação entre depressão e ideação suicida. **Conclusões:** Constatou-se alta prevalência de depressão e ideação suicida e os fatores sociodemográficos interferem na ocorrência de depressão em idosos com plegias por AVE. Os resultados encontrados alertam para a necessidade de uma atenção especial no âmbito da saúde mental desses idosos, sobretudo daqueles com baixa renda e escolaridade e sem companheiro. A presente investigação forneceu subsídios para ações dos enfermeiros atuantes na ESF, que visem à promoção da saúde mental, prevenção primária desses agravos e detecção precoce para instituição de tratamento em tempo oportuno.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral. Idoso. Hemiplegia. Depressão. Ideação Suicida. Suicídio.

ABSTRACT

Introduction: The presence of a physical limitation, such as folding, in elderly individuals who present significant alterations in aging may represent an aggravating factor for the occurrence of mental illness. Depression is considered the most prevalent psychiatric illness among the elderly and a major risk factor for suicide. **Objective:** To investigate the prevalence of suicidal depression and suicidal ideation and its relationship with socio-demographic factors in elderly people with stroke. **Methods:** Descriptive, cross-sectional and quantitative study with a sample of 82 elderly people with stroke-related disorders enrolled in the Family Health Strategy (ESF) in the urban area of Campina Grande, Paraíba, Brazil. Data were collected through home visits between May and August 2017. Three forms were used: sociodemographic, Geriatric Depression Scale (EDG-15) and Beck's Suicidal Ideation Scale (BSI). The analysis was performed using the SPSS statistical program, through the description of the variables and the chi-square, Fisher and Cronbach Alpha tests. The significance level of 5% was adopted. The research respected the ethical aspects involving human beings, as recommended by the National Health Council by Resolution 466/2012. **Results:** There was a predominance of female subjects (51.2%), aged between 60 and 96 (average of 73 years), low income (92.7%) and low schooling (80.5%), not white (63.4%), with religious creed (93.9%) and living with companion (51.2%) and relatives (90.2%). The internal consistency of BSI was satisfactory, with Cronbach's total alpha of 0.785 and 0.713 in parts 1 and 2 of the instrument, respectively. The prevalence of depression and suicidal ideation were, respectively, 56.1% and 23.8%. Among those who presented suicidal ideation, 10.5% made a suicide plan, 10.5% prepared for suicide and 5.2% attempted suicide. Depression in elderly people with stroke is associated with low income ($p = 0.029$), lower educational level ($p = 0.006$) and no partner ($p = 0.042$). Sociodemographic factors were not associated with suicidal ideation. The present study did not show a relation between depression and suicidal ideation. **Conclusions:** A high prevalence of depression and suicidal ideation was observed, and sociodemographic factors interfere in the occurrence of depression in elderly people with stroke. The results show that special attention needs to be paid to the mental health of these elderly people, especially those with low income and schooling and without a partner. The present investigation provided support for the actions of nurses working in the FHT, aimed at the promotion of mental health, primary prevention of these diseases and early detection for the institution of treatment in a timely manner.

Keywords: Stroke. Aged. Hemiplegia. Depression. Suicidal Ideation. Suicide.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de idosos com plegias por acidente vascular encefálico. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.	35
Tabela 2 – Frequência de sintomas depressivos em idosos com plegias por acidente vascular encefálico. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.	36
Tabela 3 - Associações entre depressão e fatores sociodemográficos de idosos com plegias por acidente vascular encefálico. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.	37
Tabela 4 – Frequências de ideação suicida em idosos com plegias por acidente vascular encefálico. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.	38
Tabela 5 - Associações entre ideação suicida e fatores sociodemográficos de idosos com plegias por acidente vascular encefálico. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.	40

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Variáveis de caracterização sociodemográfica e do AVE avaliadas no estudo. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.....25
- Quadro 2** – Variáveis de caracterização de depressão e ideação suicida, segundo escores/ categorias de verificação. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.....26

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABP** - Associação Brasileira de Psiquiatria
- AVE** - Acidente Vascular Encefálico
- AVEI** - Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
- BSI** - *Beck Scale for Suicide Ideation*
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- DCNT** - Doenças Crônicas não Transmissíveis
- EDG** - Escala de Depressão Geriátrica
- ESF** - Estratégia Saúde da Família
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- PNAD** - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
- PNS** - Pesquisa Nacional de Saúde
- SPSS** - *Statistical Package for the Social Sciences*
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UEPB** – Universidade Estadual da Paraíba
- USF** - Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	20
	2.1 OBJETIVO GERAL	20
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3	HIPÓTESES	21
4	MATERIAL E MÉTODOS	22
	4.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
	4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	22
	4.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA E AMOSTRAGEM	22
	4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	23
	4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	23
	4.6 VARIÁVEIS ESTUDADAS	25
	4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	25
	4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	27
5	RESULTADOS	28
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICES	56
	ANEXOS	60

1 INTRODUÇÃO

Em 2011 existiam cerca de 893 milhões de pessoas acima de 60 anos em todo o mundo. Estima-se que em 2050 esse número chegue a 2,4 bilhões (UNFPA, 2011). De igual modo, a população idosa, no Brasil, apresentou considerável aumento desde os anos 1960, quando começou a crescer em ritmo mais acelerado do que a de adultos e de jovens (NETTO, 2012). Em 2004, eram 17,6 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. Em uma década, soma-se mais de 10 milhões de idosos, totalizando 27,8 milhões em 2014. Partindo para números relativos, em 2004 os idosos representavam 9,6% da população, chegando a 13,7% em 2014 (IBGE, 2004; IBGE, 2014).

Conforme apontam as projeções, em 2025 a população de idosos no Brasil será de mais de 34 milhões de pessoas (UNITED STATES CENSUS BUREAU, 2013), sendo então considerada uma das maiores populações de idosos do mundo. Essas alterações demográficas que estão acontecendo no Brasil decorrem, principalmente, da diminuição das taxas de natalidade e das melhorias na assistência à saúde da população (CARMO; DAGNINO; JOHANSEN, 2014).

Somado às alterações demográficas, ocorreram ainda, modificações no perfil de morbimortalidade da população brasileira, evidenciadas pela diminuição das doenças infectocontagiosas e acentuado aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (CRUZ et al., 2017).

No Brasil, as DCNT são a principal causa de mortalidade, com destaque para quatro grupos de doenças com maiores taxas de mortalidade, são elas: as doenças cardiovasculares, o câncer, a doença respiratória crônica e o diabetes (DUNCAN et al., 2012). Em 2012, as DCNT responderam por cerca de 74% do total de óbitos no Brasil (OMS, 2014).

As DCNT de origem cardiovascular estão entre as mais prevalentes, dentre as quais se destaca o Acidente Vascular Encefálico (AVE), o qual, segundo Oliveira e Silveira (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2011), é a morbidade neurológica mais comum e mais incapacitante do mundo.

Conforme o Relatório Especial da Organização Mundial de Saúde (OMS), o AVE constitui uma das principais causas de morte e incapacidade em todas as populações (AVENUE, 1989). Pesquisadores (GARRITANO et al., 2012), ao comparar todas as causas de óbitos no Brasil, encontraram que o AVE respondeu por 10,2% das mortes em 2009.

O AVE é considerado um problema de saúde pública, pois apresenta importante taxa de mortalidade, e ainda, alta frequência de comprometimentos motores, cognitivos e sensoriais, os quais afetam a realização de atividades de vida diária, a qualidade de vida, a convivência social e as atividades laborais dos sujeitos. Dessa forma, além de impactos na saúde individual, gera impactos de âmbito coletivo, como a aposentadoria precoce e os gastos relacionados à assistência à saúde. Os custos de um paciente com AVE para o Sistema Único de Saúde variam entre R\$ 640 a R\$ 32 mil, a depender da gravidade do caso, sendo em média R\$ 6 mil (ABRAMCZUK; VILLELA, 2009).

Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, 1,5% dos indivíduos referiu diagnóstico de AVE, representando, aproximadamente 2,2 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade. A prevalência apresentou padrão de aumento conforme a idade, 2,9% para indivíduos entre 60 e 64 anos, 5,1% entre 65 e 74 anos e 7,3% para maiores de 75 anos de idade (BENSENOR et al., 2015). Embora possa acometer indivíduos em todas as faixas etárias, o AVE é mais comum na sexta, sétima e oitava décadas de vida (AVENUE, 1989).

O AVE pode ser classificado como isquêmico, decorrente de obstrução (trombose ou embolia) de uma artéria cerebral; ou hemorrágico, gerado por meio de uma hemorragia cerebral (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2011). O Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEI) tem maior frequência e morbidade, ocorrendo em 80% dos casos, enquanto que o AVE hemorrágico tem menor frequência, no entanto, apresenta alta taxa de mortalidade (LANGHORNE; BERNHARDT; KWAKKEL, 2011; PEREIRA et al., 2009).

Segundo estudo realizado em todos os estados brasileiros há um aumento progressivo das hospitalizações por AVEI a partir dos 40 anos de idade e os idosos com 80 anos de idade ou mais estão cerca de 20 vezes mais propensos à ocorrência de AVEI do que os indivíduos de 40 a 49 anos de idade (LOPES et al., 2016).

Apesar da maior sobrevivência nos casos de AVEI, este resulta em maiores sequelas, que afetam a capacidade funcional e a qualidade de vida, trazendo impactos relevantes para os sistemas de saúde e a seguridade social (LOPES et al., 2016). A PNS apontou, em 2013, 29,5% de prevalência de deficiência pós-AVE para homens e 21,5% para mulheres (BENSENOR et al., 2015).

É esperado que seis em cada 10 sobreviventes de um episódio de AVE recuperem a independência para o autocuidado, no entanto, dois em cada 10 sobreviventes necessitarão de cuidados institucionais (TERRANOVA et al., 2012).

Algumas das sequelas que podem se apresentar após um episódio de AVE são: problemas relacionados à percepção, à cognição, ao sistema sensorial, à comunicação, e

também, perturbações emocionais e comportamentais (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2011). A hemiplegia é uma das sequelas mais comuns pós-AVE (ROGER et al., 2011), definida como “paralisia completa dos membros superiores e inferiores do mesmo lado do corpo” (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2011).

Conforme mencionado, a população idosa é a mais acometida por AVE quando comparada à população em geral. A maioria dos idosos apresenta algumas alterações próprias da senescência, que podem ser físicas, psicológicas e sociais. Nesse contexto, a presença de uma limitação física, como a plegia, em idosos que apresentam alterações significativas do envelhecimento, pode representar um fator agravante para ocorrência de situações de adoecimento mental.

Dentre os transtornos mentais, a depressão merece destaque, por ser um dos que mais afetam a saúde dos indivíduos em todo o mundo (OMS, 2011). Conforme estimativas da OMS (2011), em 2030, a depressão será a principal patologia na carga global de doenças no mundo, apresentando-se com maior frequência em países de baixa e média renda, em decorrência do subdiagnóstico e subtratamento. É considerada a doença psiquiátrica mais prevalente entre os idosos (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, a prevalência de depressão autorreferida em idosos no Brasil, no ano de 2013, foi de 27,9% (STOPA et al., 2015).

A depressão apresenta-se com frequência na população idosa. Estudos epidemiológicos indicam variadas taxas de prevalência, entre 1 e 16% em idosos residentes nas comunidades, no entanto, apresenta taxas ainda maiores em indivíduos com outras condições clínicas (SIQUEIRA et al., 2009).

Compreendida como uma doença crônica, a depressão tem como principais sintomas, o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer (anedonia); sentimentos de culpa, alterações no sono e nos hábitos alimentares, redução ou perda de energia, diminuição da concentração e pensamentos de morte ou suicídio são outros sintomas que subsidiam o diagnóstico (NOGUEIRA et al., 2014).

A depressão em idosos tende a ser mais comumente negligenciada. O diagnóstico pode ser desafiador por sua apresentação variada ou atípica, divergindo da forma clássica que combina humor deprimido persistente com anedonia (NOGUEIRA et al., 2014). Além dos sintomas mais comuns, os idosos com transtornos depressivos podem apresentar queixas somáticas, como hipocondria, baixa autoestima, sentimento de inutilidade, humor disfórico, autodepreciação, ideação paranóide e pensamento recorrente de suicídio (SIQUEIRA et al., 2009).

Alguns fatores podem contribuir decididamente para a ocorrência da depressão, como períodos prolongados de dor, nutrição comprometida, emagrecimento e fatores procedentes de doenças físicas que levam à redução da autonomia e ao surgimento de limitações físicas (SIQUEIRA et al., 2009).

Transtorno que pode ser desencadeado por fatores biológicos, socioeconômicos, psicológicos, culturais e emocionais, a depressão é considerada multicausal. Quando não diagnosticada e tratada, pode causar comprometimento físico, social e funcional, afetando a qualidade de vida, e quando se apresenta mais severamente, pode culminar com o suicídio do indivíduo (FERREIRA et al., 2013).

Em obra clássica, Durkheim (1987) (p. 15) conceitua o suicídio como “todo caso de morte que resulte, direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado”. O suicídio é um fenômeno universal e complexo presente em todos os grupamentos humanos já conhecidos e estudados durante a história (BRASIL, 2005).

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (2014), entende-se o suicídio como um ato efetuado pelo próprio indivíduo tentando a sua morte, de modo intencional e consciente. Tentativa de suicídio é a nomenclatura utilizada para se referir aos atos praticados por pessoas que planejam o suicídio, no entanto, os seus atos não resultam em óbito. Por outro lado, a ideação suicida refere-se ao pensamento ou desejo de autoextermínio (BRASIL, 2005).

São registrados em todo o mundo, por ano, mais de um milhão de suicídios, e cerca de dez mil ocorrem no Brasil (ABP, 2014). Segundo a OMS (2013), aproximadamente 3000 pessoas suicidam-se diariamente, em todo o mundo, uma a cada 40 segundos. O nosso país ocupa o 8º lugar em número de suicídios, sendo registradas em 2012, 11.821 mortes (taxa de 6,0/100 mil habitantes). Entre 2000 e 2012 houve considerável aumento de 10,4% na ocorrência de suicídios no Brasil (ABP, 2014).

No que se refere à população idosa, as taxas de suicídio são ainda maiores. No ano 2000, a taxa era de 6,8/100 mil habitantes, alcançando 8,0/100 mil habitantes em 2007 (BRASIL, 2005). No ano 2009, foram notificados 9,0/100 mil para a população idosa e 5,8/100 mil para a população em geral (PINTO et al., 2012). Concernente à região Nordeste, o estudo de Pinto et al. (PINTO et al., 2012), demonstrou que houve aumento das taxas de mortalidade por suicídio entre idosos em todos os estados entre 1980 e 2009.

Conforme informações da ABP (ABP, 2014), as estimativas apontam que em 2020 ocorrerá um aumento de 50% na incidência anual de suicídios em nível mundial, sendo que o

quantitativo de mortes por este agravo ultrapassa, a cada ano, o número de mortes por homicídio e guerra somados.

O conhecimento dos fatores de risco e dos fatores de proteção relacionados ao suicídio é relevante como estratégia de prevenção, pois indicam as circunstâncias que tornam um indivíduo, uma comunidade ou uma população vulnerável a este agravo. A existência de um número maior de fatores negativos aumenta a probabilidade de comportamentos autodestrutivos e conseqüente consumação do ato suicida (DGS, 2013).

Os dois principais fatores de risco para o suicídio, segundo a ABP (ABP, 2014) são tentativa prévia e doença mental, especialmente a depressão. Outros fatores apontados são: sentimentos de desesperança, desespero e desamparo; idade, entre 15 e 30 anos e acima de 65 anos; sexo masculino; doenças clínicas não psiquiátricas, como câncer, HIV, doenças neurológicas, doenças cardiovasculares, com ênfase para infarto agudo do miocárdio e AVE; eventos adversos na infância e na adolescência, como maus tratos e abuso; história familiar e genética; fatores sociais, os quais envolvem dificuldades financeiras, residir em áreas urbanas, estar desempregado ou aposentado e isolamento social.

Alguns fatores protetores para a ocorrência de suicídio são apontados pela literatura: autoestima elevada, suporte familiar, laços sociais bem constituídos, religiosidade, ausência de doença mental, estar empregado, ter crianças em casa, senso de responsabilidade com a família, gravidez desejada e planejada, capacidade de adaptação positiva, capacidade de resolução de problemas e relação terapêutica positiva, além de acesso a serviços e cuidados de saúde mental (ABP, 2014). Cabe ressaltar que os fatores protetores são pouco estudados e são dados não muito consistentes, os quais não devem obscurecer a existência de fatores que identificam o risco de suicídio (ABP, 2014).

Analisando a literatura científica, Minayo e Cavalcante (2010) encontraram como fatores de risco para o suicídio de idosos: o status de aposentado, com conseqüente perda de função social; o isolamento social; a morte do cônjuge, filhos ou amigos; situações de dependência física ou mental; medo do prolongamento da vida sem dignidade; e o diagnóstico de uma doença grave. O suicídio em idosos é fortemente associado à existência de transtornos mentais, os quais se relacionam, frequentemente, a problemas de saúde física, ao isolamento e à falta de suporte social (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

Alguns indivíduos, ao se tornarem idosos e se depararem com as dificuldades surgidas nesta fase da vida, acreditam que não possuem competência para lidar com as perdas, a incapacidade e as pressões a que estão sujeitos, podendo assim estar mais vulneráveis à

depressão, uma das principais causas de sofrimento e redução da qualidade de vida (DGS, 2013).

O suicídio está intrinsecamente relacionado à depressão, a qual constitui o transtorno psiquiátrico mais comum e tratável em idosos, assim, algumas mortes por suicídio podem ser consideradas evitáveis (DGS, 2013).

Estudos analisados por Minayo e Cavalcante (2010) (p. 753) “reportam que entre 71% e 95% das pessoas idosas que cometeram suicídio possuíam diagnóstico de algum transtorno mental por ocasião de sua morte”.

Em pesquisas internacionais a depressão é citada em associação ao suicídio de idosos, conforme estudo de Hawton e Van Heeringer (2009), em que são apontados como fatores de risco, a redução do apoio social e o isolamento, o luto, o abuso de álcool, a perda da independência, a depressão e a existência de doenças.

A associação do suicídio em idosos com vários tipos de depressão já é confirmada em estudos brasileiros, sendo que o transtorno depressivo é mais referido entre mulheres idosas que em homens idosos (MELLO-SANTOS; BERTOLOTE; WANG, 2005; MINAYO et al., 2012).

Em pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro pelo método de autópsias psicológicas, a maioria dos suicídios analisados associou-se à depressão, atrelada às enfermidades físicas e mentais graves e aos tratamentos médicos, à decadência profissional e socioeconômica, à aposentadoria mal planejada, entre outros (MINAYO et al., 2012).

No estudo desenvolvido por Sérvio e Cavalcante (2013) no município de Teresina, a depressão apareceu como o problema de maior impacto, entretanto, mesmo nos casos em que ela adquiriu maior significância, sempre se mostrou associada a outros fatores. Dessa forma, “identificou-se a depressão como o fator desencadeador mais relevante” (SÉRVIO; CAVALCANTE, 2013) (p. 173).

As pesquisas supracitadas evidenciam a intrínseca relação entre os transtornos depressivos e a ocorrência de suicídio em idosos. A depressão havia sido diagnosticada anteriormente na maioria dos casos analisados, entretanto, são poucos os casos em que ela aparece como único fator precipitante, do contrário, na quase totalidade, ela vem acompanhada predominantemente, por doenças clínicas, problemas sociais e econômicos. Assim, quanto maior o número de doenças associadas à depressão e quanto mais grave for o limite funcional real ou imaginado, maior será o risco de suicídio por parte do idoso (CAVALCANTE; MINAYO; MANGAS, 2013).

No que diz respeito à relação entre tentativas de suicídio e atos consumados, os dados na população idosa, quando comparados à população em geral, são alarmantes. Segundo Pinto *et al.* (2012), em outras faixas etárias essa relação fica na faixa de 100 a 200 tentativas para uma morte consumada, enquanto nos idosos a relação é de 2 a 3 tentativas para um óbito consumado. Os mesmos autores apontam que enforcamento, estrangulamento e sufocação foram predominantemente utilizados por idosos como meios para cometer suicídio, destacando-se também o uso de arma de fogo.

A depressão e a ideação suicida constituem-se importantes fatores de risco para o suicídio e devem suscitar medidas preventivas e imediatas, tendo em vista que o idoso coloca em prática seu plano suicida muito mais rapidamente que os jovens (CAVALCANTE; MINAYO; MANGAS, 2013).

O suicídio pode ser prevenido, pois muitos de seus fatores de risco são modificáveis, como a doença física e mental, além disso, o tratamento da depressão é crucial para a sua prevenção (PINTO *et al.*, 2012). Uma forte estratégia de prevenção é a promoção de uma rede social de suporte e o incentivo a participação na vida comunitária, a fim de minimizar sofrimentos e de desenvolver a autonomia desses sujeitos (SÉRVIO; CAVALCANTE, 2013).

O envelhecimento populacional é uma experiência que o Brasil vivencia atualmente, bastante discutida pelos estudiosos da área. A carga das doenças crônicas não transmissíveis é um desafio enfrentado pelos gestores, pesquisadores e profissionais da área de saúde pública. O AVE, patologia crônica que traz diversas limitações à vida dos indivíduos, tem alta prevalência entre os idosos. As alterações do envelhecimento somadas às sequelas deixadas pelo AVE podem ser enfrentadas com dificuldades por idosos, os quais podem vir a apresentar sinais de adoecimento mental.

Nessa perspectiva, a presente investigação apresenta as seguintes questões norteadoras: Qual a prevalência de depressão e ideação suicida em idosos com plegias por AVE? Há relação entre fatores sociodemográficos e a ocorrência de depressão ou ideação suicida? Existe associação entre a depressão e a ideação suicida neste grupo?

Pesquisas que envolvam essa problemática são exíguas na literatura científica. Segundo Minayo e Cavalcante (MINAYO; CAVALCANTE, 2010), a temática tem recebido pouca atenção, tanto no Brasil, quanto no mundo. A maioria dos estudos recentes (CAVALCANTE; MINAYO; MANGAS, 2013; MENEGHEL *et al.*, 2012; MINAYO *et al.*, 2012; MINAYO; CAVALCANTE, 2013; MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012; SÉRVIO; CAVALCANTE, 2013; SOUSA *et al.*, 2014) sobre suicídio na população idosa é de investigação *post mortem*, os quais utilizam o método de autópsias psicológicas ou

psicossociais. Não foi encontrado nenhum estudo sobre ideação suicida e/ou depressão em idosos com plegias por acidente vascular encefálico. Esse público, em particular, apresenta diversos fatores de risco para o suicídio, como envelhecimento, doença clínica crônica, aposentadoria, situação de dependência física, além do risco de depressão, a qual é um importante preditivo para o suicídio.

A ABP (2014) alerta para a necessidade de rastreamento dos sintomas depressivos e do comportamento suicida em pacientes com doenças clínicas crônicas, os quais apresentam comorbidades com transtornos psiquiátricos, com taxas que variam de 52 a 88%.

Nessa perspectiva, torna-se objeto do presente estudo, a identificação de ideação suicida e depressão em idosos com plegias por acidente vascular encefálico, considerando-se que esse grupo apresenta maior vulnerabilidade para ocorrência desses agravos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a prevalência de depressão e ideação suicida e sua relação com fatores sociodemográficos em idosos com plegias por AVE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de depressão e sua relação com os fatores sociodemográficos em idosos com plegias por AVE.
- Examinar a prevalência de ideação suicida e sua relação com os fatores sociodemográficos em idosos com plegias por AVE.
- Verificar a existência de associação entre a presença de sintomas depressivos e a ideação suicida em idosos com plegias por AVE.

3 HIPÓTESES

- Há associação entre depressão e fatores sociodemográficos em idosos com plegias por acidente vascular encefálico.
- Há associação entre ideação suicida e fatores sociodemográficos em idosos com plegias por acidente vascular encefálico.
- Há associação entre a presença de sintomas depressivos e a ocorrência de ideação suicida em idosos com plegias por acidente vascular encefálico.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa. O estudo transversal, segundo Pereira (2008) é efetuado em um dado período de tempo, no qual exposição e doença são examinados simultaneamente em uma população. É um tipo de estudo bastante empregado atualmente, sendo utilizado quando o pesquisador objetiva realizar um diagnóstico imediato da situação de saúde de uma população (ROUQUAYROL; SILVA, 2013).

O estudo descritivo tem a finalidade de fornecer informações sobre a distribuição de um evento na população, em termos quantitativos. Por meio da determinação das frequências de um dado evento é possível identificar grupos de risco e sugerir explicação para as variações de frequências encontradas no estudo, servindo como base ao prosseguimento de estudos analíticos (PEREIRA, 2008).

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo foi realizado nos domicílios dos idosos com plegias por acidente vascular encefálico, adscritos nas Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana do município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. O município está localizado no interior do estado, a 133 km da capital, João Pessoa, e possui 593,026 km² de área total (IBGE, 2016). Sua população foi estimada, em 2016, em 407.754 habitantes (IBGE, 2016).

Em conformidade com dados fornecidos ao pesquisador pela Secretaria Municipal de Saúde, a rede de serviços de saúde do município de Campina Grande está organizada em oito distritos sanitários, sendo seis pertencentes à zona urbana, um à zona rural e um ao distrito de Galante. Concernente à Atenção Primária à Saúde são 88 estabelecimentos, sendo 06 Centros de Saúde, 02 policlínicas, 79 Unidades de Saúde da Família e 01 Unidade Mista.

4.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA E AMOSTRAGEM

A população-alvo de um estudo consiste no conjunto completo de pessoas que apresentam um determinado conjunto de características, sendo a amostra, o subconjunto dessa população disponível para estudo (HULLEY et al., 2003). Destarte, a população do estudo constituiu-se de idosos que apresentavam plegias em decorrência de AVE.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), Campina Grande possui cerca de 42.740 pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, consideradas idosos para a legislação brasileira. Contudo, não existem dados que demonstrem o quantitativo de idosos com plegias por AVE no município.

Desse modo, foi realizado um censo populacional, pois todos os idosos que atenderam aos critérios descritos a seguir foram incluídos no estudo. Foram visitados 106 sujeitos, dos quais nove haviam falecido, sete não tinham condições de responder aos questionamentos por problemas de cognição e/ou dicção e oito mudaram de endereço ou não foram encontrados após três tentativas. A amostra foi composta por 82 idosos.

4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

4.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ter idade maior ou igual a 60 anos;
- Estar com algum tipo de plegia (hemiplegia, paraplegia ou tetraplegia) decorrente de AVE;
- Ser adscrito a alguma USF da zona urbana de Campina Grande.

4.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Possuir alguma doença ou agravo que afete a capacidade funcional, tais como: lesão medular, cegueira e fratura;
- Ter sido diagnosticado com outros transtornos mentais;
- Não conseguir responder aos questionários por problemas cognitivos e/ou de dicção.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados entre maio e agosto de 2017, por meio de visitas domiciliares realizadas pelos pesquisadores acompanhados dos agentes comunitários de saúde. Durante as visitas, os objetivos do estudo foram explicitados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foi assinado pelos sujeitos que manifestaram interesse em participar do estudo. Em seguida, foram aplicados os formulários I, II e III.

O Formulário I (Apêndice B) diz respeito às variáveis sociodemográficas e às características do AVE, as quais estão contidas em questões fechadas, a serem preenchidas pelo pesquisador mediante respostas dos sujeitos.

O Formulário II (Anexo A) é a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), instrumento para rastreio de sintomas depressivos na população idosa, desenvolvido e validado por Yesavage e colaboradores (1983). A versão original tem 30 itens, e apesar de suas vantagens, tem sido substituída por versões reduzidas, com 15, 10, 4 e 1 item. Diversos estudos de validação foram realizados e apontam para um bom desempenho das escalas na detecção de casos de depressão em idosos, em especial a EDG-15 e a EDG-10. A versão reduzida com 15 itens, desenvolvida por Sheikh & Yesavage (1986), traduzida e validada no Brasil por Almeida & Almeida (1999), foi a versão utilizada nesse estudo. A cada resposta que indique depressão, seja afirmativa ou negativa, é somado 1 ponto. Realizada a somatória, uma pontuação entre 0 e 5 é considerada normal, 6 a 10 sugere depressão leve e entre 11 a 15 indica depressão severa.

O Formulário III (Anexo B) é a Escala de Ideação Suicida de Beck, versão portuguesa de *Beck Scale for Suicide Ideation* – BSI (BECK; KOVACS; WEISSMAN, 1979), traduzida e adaptada por Cunha (2001). Esta escala tem a finalidade de detectar a presença de ideação suicida e medir a extensão da motivação e do planejamento, sendo composta por 21 itens pontuados em escala de 0 a 2. A escala possui duas partes e somente os sujeitos que pontuam 1 ou 2 no grupo 4 ou 5 da primeira parte, prosseguem respondendo o questionário. Os demais, respondem apenas o grupo 20 e 21. Somando-se a pontuação dos primeiros 19 itens, é obtido um escore de gravidade, o qual varia de 0 a 38. Um corte dicotômico não é determinado para definição de risco, no entanto, pontuações altas indicam um risco superior de ideação suicida (MARTINS, 2012). Os últimos dois itens não são contabilizados na somatória, têm apenas caráter informativo. Em sua versão brasileira, a BSI apresentou um valor de consistência interna elevado, com um valor de α de Cronbach igual a 0,90 (CUNHA, 2001).

As escalas foram aplicadas pelo pesquisador de forma oral, com leitura pausada dos itens, sendo assinaladas no formulário conforme respondido pelo participante.

4.6 VARIÁVEIS ESTUDADAS

As variáveis independentes relacionadas ao perfil sociodemográfico e às características do AVE estão listadas no quadro 1. As variáveis dependentes estudadas foram depressão e ideação suicida (Quadro 2). As variáveis dependentes estudadas foram depressão e ideação suicida. O ponto de corte utilizado para o desfecho “depressão” foi 5/6 (não caso/caso) na EDG-15. Considerou-se como presença de ideação suicida uma pontuação acima de 0 na BSI (CUNHA, 2001).

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram duplamente digitados e submetidos à validação no subprograma *Validate* do Epi Info 3.5.2. Os dados foram implantados e processados no programa SPSS, versão 20.0, considerando o intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$). Para os dados sociodemográficos e os itens da EDG-15 e BSI foram calculadas frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão. A consistência interna da BSI foi analisada por meio do coeficiente de Cronbach, aplicado separadamente na parte I e II do instrumento, conforme salienta Field (2009). Foram utilizados os testes de Qui-quadrado (X^2) e Exato de Fisher para examinar associações. Na execução dos testes estatísticos, procedeu-se a dicotomização das variáveis.

CATEGORIAS	VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO
Sociodemográficas	Sexo	Feminino e masculino.
	Faixa etária	Verificação da idade conforme data de nascimento. Apresentada em anos completos. Foi dicotomizada em “ ≤ 73 anos” e “ > 73 anos”, que é a idade média dos sujeitos.
	Raça	Classificada conforme o IBGE (BRASIL, 2008) em branco, negro, pardo, amarelo e indígena. Foram dicotomizados em “brancos” e “não brancos” para a análise estatística.
	Religião	Classificada em católico, evangélico, kardecista, umbandista, sem credo religioso e outras. Para fins de análise estatística foram dicotomizados em

Acidente vascular encefálico		“sem credo religioso” e “com credo religioso”.
	Escolaridade	Classificada em: sem escolaridade, alfabetizado, fundamental I incompleto, fundamental I completo, fundamental II incompleto, fundamental II completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo, pós-graduação incompleta e pós-graduação completa. Para análise estatística foram dicotomizados em “menor ou igual a 5 anos de estudo” e “maior que 5 anos de estudo”.
	Estado civil	Classificados em: casado, viúvo, solteiro, divorciado e união estável. Para fins de análise estatística foram dicotomizados em “sem companheiro” e “com companheiro”.
	Renda familiar	Verificação conforme somatória da renda mensal de cada membro da família. Para fins de análise estatística foi dicotomizada em “até R\$1900,00” e “maior que R\$1900,00”. Este valor foi obtido por meio da média na renda familiar da amostra estudada.
	Renda per capita	Verificação conforme renda familiar dividida pelo número de moradores da residência. Foi dicotomizada em “menor ou igual a um salário mínimo” e “maior que um salário mínimo”.
	Pessoas na residência	Verificação conforme o número de residentes no domicílio. Para realização da análise estatística foi dicotomizada em “mora sozinho” e “mora com família”.
	Tipo de AVE	Classificado em isquêmico, hemorrágico e não sabe informar.
	Lado da plegia	Classificado em direito e esquerdo.
	Tempo de ocorrência	Descritos pelo sujeito em anos. Categorizados em: “menor ou igual a 5 anos”, “6 a 10 anos” e “maior que 10 anos”.

Quadro 1 – Variáveis de caracterização sociodemográfica e do AVE avaliadas no estudo. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	ESCORES/ CATEGORIA DE VERIFICAÇÃO
Desfecho “Depressão”	Depressão (6 a 15 pontos) Normal (0 a 5 pontos)
Grau de depressão	Depressão severa (11 a 15 pontos) Depressão leve (6 a 10 pontos) Normal (0 a 5 pontos)
Desfecho “Ideação suicida”	Ideação suicida (>0 ponto) Sem ideação (0)

Quadro 2 – Variáveis de caracterização de depressão e ideação suicida, segundo escores/ categorias de verificação. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi inicialmente apresentado para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP-UEPB), o qual foi aprovado com CAEE nº 67426517.8.0000.5187 (Anexo D). Ademais, foi solicitada uma autorização institucional à Secretaria Municipal de Saúde (Anexo C).

A pesquisa respeitou os aspectos éticos envolvendo seres humanos, conforme preconiza o Conselho Nacional de Saúde – CNS, pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). Esta resolução regulamenta as pesquisas em seres humanos e assegura aos participantes do estudo informações acerca dos seus objetivos, bem como o anonimato, a liberdade para o consentimento e desistência da participação em qualquer momento (BRASIL, 2012).

O TCLE foi assinado pelos participantes após esclarecimento sobre o conteúdo e objetivos do estudo, sigilo das informações, a não identificação do participante, direito de se recusar a participar ou desistência a qualquer momento do estudo sem prejuízos. Os sujeitos que não puderam assinar fizeram impressão datiloscópica do dedo polegar da mão direita. Para preservar a identidade dos sujeitos de pesquisa, foi utilizado um sistema de identificação por codificação alfanumérica, por exemplo, S1, S2, S3... S82.

5 RESULTADOS

Esta seção está apresentada conforme determinação das “Normas para elaboração da dissertação” do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, por meio de um artigo científico original, estruturado de acordo com as normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva, qualis B1 para a área de Saúde Coletiva (Anexo E).

O artigo intitulado “Ideação suicida e sintomas depressivos em idosos com plegias por acidente vascular encefálico” investiga a prevalência de depressão e ideação suicida e sua relação com fatores sociodemográficos em idosos com plegias por acidente vascular encefálico, respondendo aos objetivos propostos nesta dissertação.

IDEAÇÃO SUICIDA E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS COM PLEGIAS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

SUICIDAL IDEATION AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN AGED PEOPLE WITH
PARALYSIS BY STROKE

RESUMO

O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de sintomas depressivos e ideação suicida e sua relação com fatores sociodemográficos em idosos com plegias por acidente vascular encefálico (AVE). Estudo transversal, com amostra censitária de 82 participantes do município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. A coleta de dados deu-se a partir de entrevistas domiciliares utilizando formulário sociodemográfico, Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e Escala de Ideação Suicida de Beck. Na análise foram utilizados os testes de qui-quadrado, Fisher e Cronbach. As prevalências de sintomas depressivos e ideação suicida foram, respectivamente, 56,1% e 23,8%. A depressão em idosos com plegias por AVE está associada à baixa renda e escolaridade e não ter companheiro. Os sintomas depressivos e os fatores sociodemográficos não se mostraram associados à ideação suicida. Constatou-se alta prevalência de sintomas depressivos e ideação suicida e os fatores sociodemográficos podem interferir na ocorrência de depressão em idosos com plegias por AVE.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral. Idoso. Depressão. Ideação Suicida.

ABSTRACT

The objective of this study has been to investigate the prevalence of depressive symptoms and suicidal ideation and its relationship with sociodemographic factors in aged people with stroke. A transversal study with a census sample of 82 participants from the city of Campina

Grande, Paraíba, Brazil. The data collection has been based on home interviews using a sociodemographic form, the Geriatric Depression Scale (GDS-15) and Beck's Suicidal Ideation Scale. The chi-square, Fisher and Cronbach tests have been used in the analysis. The prevalence of depressive symptoms and suicidal ideation were respectively, 56.1% and 23.8%. Depression in aged people with paralysis by stroke is associated with low income and schooling and no partner. Depressive symptoms and sociodemographic factors were not associated with suicidal ideation. It was found a high prevalence of depressive symptoms and suicidal ideation, and sociodemographic factors may interfere with the occurrence of depression in aged people with paralysis by stroke.

Keywords: Stroke. Aged. Depression. Suicidal Ideation.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) constitui uma das principais causas de incapacidade em todas as populações¹. A maioria dos pacientes que sofreu AVE apresenta deficiências motoras, como fraqueza muscular, tônus muscular anormal e deficiências sensoriais². A prevalência do AVE apresenta padrão de aumento conforme a idade, acometendo principalmente a população idosa³. Os sobreviventes de AVE desenvolvem com maior frequência quadros depressivos, o que pode contribuir para a ocorrência de ideação suicida, tentativas e suicídio completo⁴.

A depressão destaca-se entre as situações de adoecimento mental por ser a mais comum em idosos. Compreendida como uma doença crônica, tem como principais sintomas, o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer (anedonia). Sentimentos de culpa, alterações no sono e nos hábitos alimentares, redução ou perda de energia, diminuição da

concentração e pensamentos de morte ou suicídio são outros sintomas que subsidiam o diagnóstico⁵. Os sinais e sintomas da depressão precisam ser valorizados pelos profissionais de saúde no atendimento ao idoso, pois esta condição pode interferir na qualidade de vida, agravar doenças crônicas, causar distanciamento social e dificultar a adesão ao tratamento de outras condições existentes⁶.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde⁷, a prevalência de depressão autorreferida em idosos no Brasil, no ano de 2013, foi de 27,9%. Análise da literatura científica reporta que a depressão grave associada a outros transtornos mentais estiveram presentes na maioria dos estudos sobre tentativas de suicídio entre idosos⁸.

A ideação suicida refere-se ao pensamento ou desejo de autoextermínio. O suicídio é entendido como um ato efetuado pelo próprio indivíduo tentando a sua morte, de modo intencional e consciente⁹. Estudo de meta-análise evidenciou que sobreviventes de AVE com quadro depressivo apresentaram mais ideação suicida que os não deprimidos¹⁰.

Nessa perspectiva, a presente investigação apresenta as seguintes questões norteadoras: Qual a prevalência de sintomas depressivos e ideação suicida em idosos com plegias por AVE? Há relação entre fatores sociodemográficos e a ocorrência de depressão ou ideação suicida? Existe associação entre sintomas depressivos e ideação suicida neste grupo?

As respostas a estes questionamentos podem colaborar para o esclarecimento acerca dos fatores de risco para ocorrência e gravidade dos sintomas depressivos, bem como para extensão da motivação e do planejamento suicida em idosos com plegias por AVE. No âmbito da Saúde Coletiva, o conhecimento dos fatores envolvidos e da associação entre doenças e agravos em um dado grupo populacional corrobora para o planejamento de ações preventivas e instituição de medidas específicas para este grupo.

Não foi encontrado nenhum estudo sobre ideação suicida e/ou depressão em idosos com plegias por acidente vascular encefálico. Esse público, em particular, apresenta vários

fatores de risco para o suicídio, como envelhecimento, doença clínica crônica, aposentadoria, situação de dependência física, além do risco de depressão, a qual é um importante preditivo para o suicídio⁹.

Nessa perspectiva, objetiva-se investigar a prevalência de sintomas depressivos e ideação suicida e sua relação com fatores sociodemográficos em idosos com plegias por AVE.

MÉTODO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e respeitou os aspectos éticos envolvendo seres humanos.

Estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. A coleta de dados ocorreu entre maio e agosto de 2017 nas residências dos participantes.

A população foi composta por idosos que apresentavam plegias em decorrência de AVE, adscritos às unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona urbana De Campina Grande. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 60 anos, estar com plegia decorrente de AVE e ser adscrito a alguma unidade da ESF da zona urbana do referido município. Foram excluídos os sujeitos que possuíam alguma doença ou agravo que afete a capacidade funcional, tais como lesão medular, cegueira e fratura; diagnosticados com outros transtornos mentais; ou que não conseguissem responder aos questionários por problemas cognitivos e/ou de dicção. Desse modo, foi realizado um censo populacional, pois todos os idosos que atenderam aos critérios foram incluídos no estudo.

Foram visitados 106 sujeitos, dos quais nove haviam falecido, sete não tinham condições de responder aos questionamentos por problemas de cognição e/ou dicção e oito

mudaram de endereço ou não foram encontrados após três tentativas. A amostra foi composta por 82 idosos.

Os dados foram coletados por meio de visitas domiciliares realizadas pelos pesquisadores acompanhados dos agentes comunitários de saúde. Durante as visitas, os objetivos do estudo foram explicitados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado. Os idosos que concordaram, responderam aos formulários I, II e III, os quais foram aplicados pelo pesquisador de forma oral, com leitura pausada dos itens, sendo assinalados conforme respondido pelo participante.

O formulário I foi utilizado para levantamento das variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, religião, escolaridade, estado civil, renda familiar, renda per capita e pessoas na residência).

O formulário II foi a Escala de Depressão Geriátrica, instrumento para rastreamento de sintomas depressivos na população idosa, desenvolvido e validado, em 1983, por Yesavage e colaboradores¹¹. A versão original tem 30 itens, e apesar de suas vantagens, tem sido substituída por versões reduzidas, com 15, 10, 4 e 1 item. A versão reduzida com 15 itens (EDG-15), traduzida e validada no Brasil por Almeida & Almeida¹², foi a versão utilizada nesse estudo. A cada resposta que indique depressão, seja afirmativa ou negativa, é somado 1 ponto. Realizada a somatória, uma pontuação entre 0 e 5 é considerada normal, 6 a 10 sugere depressão leve e entre 11 a 15 indica depressão severa. O ponto de corte utilizado para o desfecho “depressão” foi 5/6 (não caso/caso).

O formulário III foi a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)¹³, traduzida e adaptada por Cunha¹⁴, tem a finalidade de detectar a presença de ideação suicida e medir a extensão da motivação e do planejamento, sendo composta por 21 itens. A escala possui duas partes e somente os sujeitos que pontuam 1 ou 2 no grupo 4 ou 5 da primeira parte, prosseguem respondendo o questionário. Os demais, respondem apenas o grupo 20 e 21. A gravidade da

ideação é medida somando a pontuação dos primeiros 19 itens, totalizando de 0 a 38. Um ponto de corte ou níveis não são determinados para definição de risco, no entanto, pontuações acima de 0 já indicam a existência de ideação suicida. Assim, consideramos como presença de ideação suicida uma pontuação acima de 0 na BSI¹⁵.

Os dados foram duplamente digitados e processados no programa SPSS (versão 20.0) e submetidos à validação no subprograma *Validate* do Epi Info 3.5.2. Para os dados sociodemográficos e os itens da EDG-15 e BSI foram calculadas frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão. A consistência interna da BSI foi analisada por meio do coeficiente de Cronbach, aplicado separadamente na parte I e II do instrumento, conforme salienta Field¹⁶. Foram utilizados os testes de Qui-quadrado (X^2) e Exato de Fisher para examinar associações. Na execução dos testes estatísticos, procedeu-se a dicotomização das variáveis. Foi considerado o intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Os dados referentes ao perfil sociodemográfico da amostra estão descritos na Tabela 1. A maioria dos sujeitos é do sexo feminino (51,2%), com idade média de 73 anos ($\pm 7,69$, $X_{\min} = 60$; $X_{\max} = 96$), não branca (63,4%), com credo religioso (93,9%), com até 4 anos de escolaridade (80,5%), convivem com companheiro (51,2%), com renda familiar de até dois salários mínimos (75,6%), com renda per capita de até um salário mínimo (92,7%) e residindo com uma a cinco pessoas (90,2%).

No tocante às características relacionadas à ocorrência do AVE, a maior proporção de sujeitos refere AVE do tipo isquêmico (48,8%), plegia à esquerda (50,6%), com tempo de ocorrência menor ou igual a 5 anos (53,6%). Ressalta-se que 31 sujeitos (37,8%) não sabem informar o tipo de AVE.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de idosos com plegias por acidente vascular encefálico. Campina Grande/PB, Brasil, 2017. n=82.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	42	51,2
Masculino	40	48,8
Faixa etária		
60-69 anos	31	37,8
70-79 anos	36	43,9
≥ 80 anos	15	18,3
Raça		
Parda	41	50
Branca	30	36,6
Negra	9	11
Amarela	2	2,4
Religião		
Católico	57	69,5
Evangélico	18	22
Outras	2	2,4
Sem credo	5	6,1
Escolaridade (anos de estudo)		
0	35	42,7
1 a 4	31	37,8
5 a 8	5	6,1
9 a 11	9	11
≥12	2	2,4
Estado civil		
Casado	38	46,3
Viúvo	26	31,7
Solteiro	7	8,5
Divorciado	7	8,5
União estável	4	4,9
Renda familiar (salário mínimo*)		
≤ 1	23	28
1-2	39	47,6
2-4	18	22
> 4	2	2,4
Renda per capita (salário mínimo*)		
≤ 1	76	92,7
> 1	6	7,3
Pessoas na residência		
Mora sozinho	4	4,9
1 - 5 pessoas	74	90,2
≥ 6 pessoas	4	4,9

*Salário mínimo de R\$ 937,00.

A prevalência de sintomas depressivos na amostra estudada foi de 56,1% (n=46). A pontuação média na EDG-15 foi de 6,16, desvio padrão de $\pm 2,68$, com uma amplitude de resposta de 1 a 12, sendo a amplitude real da escala de 0 a 15 pontos. No tocante ao grau de depressão, 46,3% (n=38) dos sujeitos apresentaram pontuação sugestiva para depressão leve e 9,8% (n=8) para depressão severa.

As frequências das variáveis contempladas na EDG-15 estão descritas na Tabela 2. Em termos percentuais, os sintomas mais frequentes foram: “deixou interesses e atividades” (95,1%), “inútil nas atuais circunstâncias” (64,6%), “vida vazia” (58,5%), “medo que algum mal aconteça” (58,5%), “aborrece-se com frequência” (57,3%), “situação não tem saída” (53,7%) e “a maioria das pessoas está melhor” (51,2%).

Tabela 2 – Frequência de sintomas depressivos em idosos com plegias por acidente vascular encefálico. Campina Grande/PB, Brasil, 2017. n=82.

Itens da EDG-15	SIM		NÃO	
	N	%	n	%
Satisfeito com a vida	69	84,1	13	15,9
Deixou interesses e atividades	78	95,1	4	4,9
Vida vazia	48	58,5	34	41,5
Aborrece-se com frequência	47	57,3	35	42,7
Bom humor	61	74,4	21	25,6
Medo que algum mal aconteça	34	41,5	48	58,5
Feliz na maior parte do tempo	65	79,3	17	20,7
Situação não tem saída	44	53,7	38	46,3
Prefere ficar em casa a sair	30	36,6	52	63,4
Problemas de memória	32	39	50	61
Acha maravilhoso estar vivo	77	93,9	5	6,1
Inútil nas atuais circunstâncias	29	35,4	53	64,6
Sente-se cheio de energia	49	59,8	33	40,2
Situação sem esperança	32	39	50	61
A maioria das pessoas está melhor	42	51,2	40	48,8

Verificou-se que a escolaridade ($p=0,006$), o estado civil ($p=0,042$) e a renda familiar ($p=0,029$) são fatores sociodemográficos que estão associados à depressão em idosos com plegias por AVE (Tabela 3).

Tabela 3 - Associações entre depressão e fatores sociodemográficos de idosos com plegias por acidente vascular encefálico. Campina Grande/PB, Brasil, 2017. $n=82$.

Fatores sociodemográficos	Depressão				RP (IC - 95%)	X ^{2*}	p
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	27	64,3	15	35,7	-	2,344	0,126
Masculino	19	47,5	21	52,5			
Faixa etária							
≤ 73 anos	21	50	21	50	-	1,300	0,254
> 73 anos	25	62,5	15	37,5			
Religião							
Sem credo	3	60	2	40	-	-	0,616
Com credo	43	55,8	34	44,2			
Raça							
Branca	18	60	12	40	-	0,293	0,589
Não branca	28	53,8	24	46,2			
Escolaridade							
≤5 anos	42	63,6	24	36,4	2,545 (1,068-6,064)	-	0,006
>5 anos	4	25	12	75			
Estado civil							
Sem companheiro	27	67,5	13	32,5	1,492 (1,004-2,217)	4,123	0,042
Com companheiro	19	45,2	23	54,8			
Pessoas na casa							
Mora sozinho	1	25	3	75	-	-	0,221
Mora com família	45	57,7	33	42,3			
Renda familiar							
Até R\$1900,00	39	62,9	23	37,1	1,797 (0,960-3,365)	4,781	0,029
Maior que R\$1900,00	7	35	13	65			
Renda per capita							
≤ salário mínimo	44	57,9	32	42,1	-	1,362	0,243
> salário mínimo	2	33,3	4	66,7			

*Nas caselas menores que cinco, considerou-se o teste de Fisher.

Concernente à análise da ideação suicida, verificou-se confiabilidade satisfatória na BSI, com alfa de Cronbach total de 0,785 e 0,713 nas partes 1 e 2, respectivamente.

A prevalência de ideação suicida na amostra foi de 23,8%, com amplitude de resposta de 0 a 13, sendo a amplitude real da escala de 0 a 38 pontos. Dentre os que apresentaram ideação suicida, 10,5% fizeram um plano suicida, 10,5% prepararam-se para o suicídio e 5,2% tentaram o suicídio.

As frequências de ideação suicida concernentes à parte 1 e 2 da BSI estão descritas na tabela 4. Em termos percentuais, as ideias mais frequentes na parte 1 foram: “eu tenho um desejo fraco de morrer” (11,3%), “eu tenho um desejo fraco de viver” (8,6%), “as minhas razões para viver e morrer são ambas iguais” (6,2%), “eu não tenho qualquer desejo de viver” (4,9%) e “eu tenho um desejo fraco de me matar” (3,7%).

Tabela 4 – Frequências de ideação suicida em idosos com plegias por acidente vascular encefálico. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.

Itens da BSI (Parte 1)		N	%
G1 n=81	Eu tenho um desejo moderado a forte de viver.	70	86,4
	Eu tenho um desejo fraco de viver.	7	8,6
	Eu não tenho qualquer desejo de viver.	4	4,9
G2 n=80	Eu não tenho qualquer desejo de morrer.	67	83,7
	Eu tenho um desejo fraco de morrer.	9	11,3
	Eu tenho um desejo moderado a forte de morrer.	4	5
G3 n=80	As minhas razões para viver superam as minhas razões para morrer.	75	93,8
	As minhas razões para viver e morrer são ambas iguais.	5	6,2
G4 n=80	Eu não tenho qualquer desejo de me matar.	76	95
	Eu tenho um desejo fraco de me matar.	3	3,7
	Eu tenho um desejo moderado a forte de me matar.	1	1,3
G5 n=80	Eu tentaria salvar a minha vida se me encontrasse numa situação de ameaça de vida.	79	98,7
	Eu deixaria ao acaso viver ou morrer se me encontrasse numa situação de ameaça de vida.	1	1,3
G20 n=80	Eu nunca tentei o suicídio.	79	98,7
	Eu tentei o suicídio uma vez	1	1,3
G21 n=1	O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era baixo.	1	100
Itens da BSI (Parte 2) n=4		N	%
G6	Eu tenho breves períodos de pensamento acerca de me matar, que passam rapidamente.	4	100
G7	Eu raramente ou apenas ocasionalmente penso acerca de me matar.	3	75
	Eu tenho pensamentos constantes acerca de me matar.	1	25
G8	Eu não aceito a ideia de me matar.	3	75
	Eu aceito a ideia de me matar.	1	25
G9	Eu consigo conter-me de cometer suicídio.	4	100
G10	Eu não me mataria por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc.	4	100
	As minhas razões para querer cometer suicídio são baseadas primariamente em escapar aos meus problemas.	4	100

	Eu não tenho um plano específico acerca de como me matar.	2	50
G12	Eu tenho considerado formas de me matar, mas não trabalhei os detalhes.	1	25
	Eu tenho um plano específico para me matar.	1	25
	Eu não tenho acesso a um método ou a uma oportunidade para me matar.	2	50
G13	O método que eu usaria para cometer suicídio demora tempo, e eu realmente não tenho uma boa oportunidade para usar este método.	1	25
	Eu tenho acesso ou antecipo ter acesso ao método que eu escolheria para me matar e também tenho ou terei a oportunidade para usar.	1	25
G14	Eu não tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio.	4	100
G15	Eu não espero fazer uma tentativa de suicídio.	4	100
G16	Eu não fiz quaisquer preparativos para cometer suicídio.	2	50
	Eu fiz alguns preparativos para cometer suicídio.	2	50
	Eu não escrevi uma nota de suicídio.	3	75
G17	Eu pensei acerca de escrever uma nota de suicídio ou comecei a escrever uma, mas ainda não a completei.	1	25
	Eu não fiz quaisquer preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio.	3	75
G18	Eu pensei acerca de fazer alguns preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio.	1	25
G19	Eu não escondi o meu desejo de me matar das outras pessoas.	3	75
	Eu contive-me de contar às pessoas acerca de querer matar-me.	1	25

*G= grupo.

Todos os sujeitos que responderam a parte 2 da BSI apresentaram os seguintes pensamentos: “eu tenho breves períodos de pensamento acerca de me matar, que passam rapidamente”, “eu consigo conter-me de cometer suicídio”, “eu não me mataria por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc.”, “as minhas razões para querer cometer suicídio são baseadas primariamente em escapar aos meus problemas”, “eu não tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio” e “eu não espero fazer uma tentativa de suicídio”.

Os fatores sociodemográficos não se mostraram associados à ideação suicida na amostra estudada (Tabela 5). No entanto, a maioria dos sujeitos que apresentou ideação suicida é do sexo feminino (52,6%), com faixa etária até 73 anos (63,2%), com credo religioso (89,5%), com até 5 anos de escolaridade (73,7%), sem companheiro (57,9%), mora com familiares (100%), renda familiar de até R\$1900,00 (63,2%) e renda per capita de até um salário mínimo (89,5%).

Tabela 5 - Associações entre ideação suicida e fatores sociodemográficos de idosos com plegias por acidente vascular encefálico. Campina Grande/PB, Brasil, 2017. n=80.

Fatores sociodemográficos	Ideação suicida				X ^{2*}	p
	Sim		Não			
	N	%	n	%		
Sexo						
Feminino	10	25	30	75	0,069	0,793
Masculino	9	22,5	31	77,5		
Faixa etária						
≤ 73 anos	12	28,6	30	71,4	1,135	0,287
> 73 anos	7	18,4	31	81,6		
Religião						
Sem credo	2	40	3	60	-	0,340
Com credo	17	22,7	58	77,3		
Raça						
Branca	10	33,3	20	66,7	2,434	0,119
Não branca	9	18	41	82		
Escolaridade						
≤5 anos	14	21,5	51	78,5	0,936	0,333
>5 anos	5	33,3	10	66,7		
Estado civil						
Sem companheiro	11	28,2	28	71,8	0,834	0,361
Com companheiro	8	19,5	33	80,5		
Pessoas na casa						
Mora sozinho	0	0	4	100	-	0,330
Mora com família	19	25	57	75		
Renda familiar						
Até 1900,00	12	20	48	80	1,864	0,172
Maior que 1900,00	7	35	13	65		
Renda per capita						
≤ salário mínimo	17	23	57	77	-	0,439
> salário mínimo	2	33,3	4	66,7		

*Nas caselas menores que cinco, considerou-se o teste de Fisher.

Depressão e ideação suicida não estiveram associadas neste estudo (p=0,221). Contudo, a frequência de ideação suicida ascende conforme o grau depressivo, apresentando prevalência de 17,1% entre os idosos sem sintomas depressivos, 27% para depressão leve e 37,5% para depressão severa.

DISCUSSÃO

No presente estudo identificou-se uma predominância de mulheres, corroborando com pesquisa realizada por Dutra e colaboradores¹⁷ na cidade de Campina Grande, na qual 51,7% dos idosos com plegias por AVE eram do sexo feminino. Um estudo realizado no mesmo município com 168 idosos, encontrou que as mulheres estão duas vezes mais associadas à depressão que os homens¹⁸.

Concernente à faixa etária, o resultado encontrado nesta investigação foi semelhante aos dados de estudo realizado no município de Campina Grande que revelou idade média de 72,3 anos de idade entre idosos residentes na comunidade¹⁷. Essa realidade parece não ser exclusiva da região nordeste, pesquisa realizada no sudeste do país com 90 idosos sobreviventes do AVE, obteve uma média de 71,2 anos de idade¹⁹. Estudo realizado em Recife e Caruaru, Estado de Pernambuco, apontou que a ideação suicida esteve mais presente nos indivíduos entre 70 e 89 anos de idade¹⁹.

A baixa escolaridade e a baixa renda familiar dos idosos, em geral, como também daqueles sobreviventes do AVE, são citadas por estudos nacionais e internacionais^{16,18,20-22}, apoiando os resultados encontrados nesta pesquisa. A forte ligação entre a escolaridade e a saúde é um indicador preocupante, pois as pessoas que possuem menor grau de instrução demonstram menor observação dos hábitos de vida saudáveis²¹.

A maioria dos sujeitos convive com companheiro, o que também foi demonstrado no estudo de Santos e colaboradores¹⁸, conduzido em Ribeirão Preto, SP, no qual 53,3% dos idosos sobreviventes do AVE eram casados. Esse aspecto pode ser considerado como favorável, a medida em que reduza os sentimentos de solidão, que frequentemente surgem nessa época da vida²¹.

A crença religiosa afirmada pela maior parte dos sujeitos pode ser um fator positivo em relação à saúde mental, visto que possibilita a participação em grupos ou atividades religiosas, formação de vínculos e amizades. Segundo Sousa e colaboradores²³, a religiosidade ou espiritualidade colabora para a qualidade de vida do idoso, exercendo o maior impacto dentre os fatores relacionados à cultura.

Buscando confrontar a prevalência verificada em idosos com plegias por AVE com estudos que utilizaram a EDG-15, observou-se prevalência de 23,9 a 27,5% para idosos residentes na comunidade, no Brasil^{21,24,25}. Estudo realizado na Inglaterra, encontrou prevalência de 12,9% em uma amostra de 6017 idosos²⁶. Valores semelhantes aos do presente estudo encontram-se em pesquisas com idosos institucionalizados, que utilizaram a mesma escala de avaliação da sintomatologia depressiva, apresentando taxas de prevalência entre 49 e 58% no Brasil^{22,27,28} e 61,4% em Portugal²².

Dessa forma, a prevalência de sintomatologia depressiva em idosos com plegias por AVE é alta quando comparada a de idosos residentes na comunidade, porém semelhante àquela de idosos institucionalizados. Isso pode ser consequência da somatória de fatores de risco, como a doença crônica e a limitação física, os quais são mais frequentes em idosos institucionalizados e naqueles sobreviventes de AVE que nos residentes na comunidade.

No que se refere às frequências dos sintomas depressivos, “deixou interesses e atividades” e “inútil nas atuais circunstâncias” foram os mais presentes. Apesar de serem considerados sintomas importantes, em alguns sujeitos podem não estar relacionados à presença de quadro depressivo, mas sobretudo, à limitação física e incapacidades, em decorrência da plegia, que o impossibilita de realizar algumas atividades e produz um sentimento de inutilidade por não poder contribuir efetivamente para realização de diversas tarefas.

No tocante à associação entre os fatores sociodemográficos e a depressão em idosos com plegias por AVE, observou-se que a escolaridade, o estado civil e a renda familiar foram significativos. Estudos realizados no Nordeste, Sul e Sudeste do Brasil também têm demonstrado a relação da baixa ou nenhuma escolaridade com a depressão em idosos^{22,24,25,28,29}. A educação possibilita a busca por mais recursos de promoção e prevenção da saúde, como recursos para o enfrentamento de situações estressantes.

Os idosos com plegias por AVE que não possuem companheiro apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos que os casados ou em união estável. Pesquisa realizada com 639 idosos em Montes Claros, Minas Gerais, concluiu que não ter companheiro está associado à ocorrência de depressão²⁵. A solidão é um possível fator preditor para os sintomas depressivos²³.

Baixa renda familiar como fator associado à depressão também é descrita na literatura^{29,30}. As desigualdades sociais podem contribuir para o adoecimento mental, a medida em que exercem influência sobre as condições de vida e saúde²⁴.

Mesmo sem significância estatística, houve predomínio de depressão nas mulheres idosas. O sexo feminino é um fator apontado pela literatura nacional e internacional como fortemente associado à depressão em idosos^{17,22,23,27-32}.

A depressão mostra-se com alta prevalência na população idosa, contudo, é subdiagnosticada e não tratada. Apesar do seu diagnóstico ser clínico, os profissionais de saúde associam os sintomas à senescência ou os confundem com ansiedade e tristeza²³.

O presente estudo identificou uma prevalência considerável de ideação suicida. Em busca exaustiva na literatura acerca da temática, não foram encontrados estudos sobre ideação suicida em população com AVE no Brasil, apenas estudos internacionais. Pesquisa realizada na China, encontrou uma prevalência de 10,7% de ideação suicida entre os sobreviventes de AVE, por meio da BSI³³. Um outro estudo, com mais de 220 mil participantes, conduzido na

Coreia, comparou as frequências de ideação suicida entre os pacientes com AVE e aqueles sem AVE, resultando em prevalências de 24,4% e 9,8%, respectivamente³⁴. A justificativa para as diferenças nas prevalências pode ser atribuída às diferentes culturas e características das amostras e aos diversos métodos e instrumentos escalares utilizados.

Pesquisa realizada em duas cidades de Pernambuco, com idosos institucionalizados, verificou uma prevalência de ideação suicida de 26,9%, por meio da BSI¹⁹. Um outro estudo, conduzido com 530 idosos cadastrados em ESF do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, apontou para uma prevalência de 11,3% de ideação suicida nessa população³⁵. Assim como na depressão, os resultados encontrados na presente investigação demonstram prevalência de ideação suicida equivalente àquela dos idosos institucionalizados, e superior a dos idosos residentes na comunidade.

Não foi evidenciada associação entre a ideação suicida e os fatores sociodemográficos analisados, assim como no estudo realizado em Hong Kong, China, em que a maioria das variáveis sociodemográficas não apresentou diferença significativa entre os pacientes pós-AVE com e sem ideação suicida, incluindo sexo, faixa etária, estado civil, nível de escolaridade e renda familiar³³.

Embora não tenha apresentado significância estatística, a maioria dos sujeitos com ideação suicida é do sexo feminino e com baixa condição socioeconômica. Estudos nacionais e internacionais com idosos demonstraram associação entre ideação suicida e baixa renda familiar³⁵⁻³⁷ e sexo feminino^{10,19,38}.

A associação entre depressão e ideação suicida não foi evidenciada neste estudo. Pesquisa realizada com idosos institucionalizados no Estado de Pernambuco, também não encontrou relação estatisticamente significativa¹⁹. No entanto, outros estudos identificaram a existência dessa associação em populações idosas institucionalizadas e não institucionalizadas no Brasil, Portugal, China e em 12 países europeus³⁵⁻³⁸. A depressão apresenta importante

papel no suicídio pois é a condição psiquiátrica mais comumente identificada após a ocorrência de AVE e está intrinsecamente relacionada ao suicídio nesses sujeitos⁴.

A frequência de ideação suicida mostrou-se em ascensão conforme o grau depressivo (depressão leve e depressão severa). Revisão sistemática com meta-análise revela que os sobreviventes de AVE que apresentavam depressão foram mais propensos a ter ideação suicida, em comparação com os não deprimidos¹⁰.

CONCLUSÃO

Constatou-se que a maioria dos idosos com plegias por AVE em Campina Grande são mulheres, com 73 anos em média, baixa renda e escolaridade, não branca, com credo religioso e convivem com companheiro e familiares. A pesquisa evidenciou alta prevalência de sintomas depressivos e ideação suicida. Idosos com menor escolaridade, sem companheiro e com baixa renda estão mais propensos à depressão que os demais. Por outro lado, a depressão e os fatores sociodemográficos não se mostraram relacionados à presença de ideação suicida.

A principal limitação deve-se ao fato do estudo ser do tipo transversal, o qual não permite estabelecimento de causalidade. Destaca-se que a exiguidade de pesquisas com população semelhante dificultou uma comparação mais direcionada sobre a temática. Estudos prospectivos com maior tamanho amostral são indicados para melhor elucidação dos fatores associados.

Os resultados encontrados alertam para a necessidade de uma atenção especial no âmbito da saúde mental dos idosos com plegias por AVE, sobretudo daqueles com baixa renda e escolaridade e sem companheiro. A presente investigação forneceu subsídios para ações dos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família, que visem à promoção da

saúde mental, prevenção primária desses agravos e detecção precoce para instituição de tratamento em tempo oportuno.

REFERÊNCIAS

1. Alonso de Leciana M, Gutiérrez-Fernández M, Romano M, Cantú-Brito C, Arauz A, Olmos LE, et al. Strategies to improve recovery in acute ischemic stroke patients: Iberoamerican Stroke Group Consensus. *Int J Stroke* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 3]; 9 (4): 503–13. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/ij.s.12070?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed.
2. Boudarham J, Zory R, Genet F, Vigné G, Bensmail D, Roche N, et al. Effects of a knee-ankle-foot orthosis on gait biomechanical characteristics of paretic and non-paretic limbs in hemiplegic patients with genu recurvatum. *Clin Biomech Bristol Avon* [Internet]. 2013[cited 2017 Jan 10]; 28 (1): 73–8. Available from: [http://www.clinbiomech.com/article/S0268-0033\(12\)00226-4/pdf](http://www.clinbiomech.com/article/S0268-0033(12)00226-4/pdf)
3. Bensenor IM, Goulart AC, Szwarcwald CL, Vieira MLFP, Malta DC, Lotufo PA, et al. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey - 2013. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 2015[cited 2017 Jan 10]; 73 (9): 746–50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v73n9/0004-282X-anp-73-9-0746.pdf>
4. Pompili M, Venturini P, Campi S, Seretti ME, Montebovi F, Lamis DA, et al. Do Stroke Patients have an Increased Risk of Developing Suicidal Ideation or Dying by Suicide? An Overview of the Current Literature. *CNS Neurosci Ther* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 15]; 18 (9): 711–21. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1755-5949.2012.00364.x/epdf>
5. Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SS, Gomes I, Cataldo Neto A, Nogueira EL, et al. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 13]; 48 (3): 368–77. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0368.pdf
6. Teston EF, Carreira L, Marcon SS, Teston EF, Carreira L, Marcon SS. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 20]; 67 (3): 450–6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0450.pdf>
7. Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, Lopes CS, Menezes PR, Kinoshita RT, et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 20]; 18: 170–80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00170.pdf>
8. Minayo MCS, Cavalcante FG. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 20]; 20: 1751–62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1751.pdf>

9. Associação Brasileira de Psiquiatria. *Suicídio: informando para prevenir* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 7]. Available from: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14#page/4>
10. Bartoli F, Pompili M, Lillia N, Crocamo C, Salemi G, Clerici M, et al. Rates and correlates of suicidal ideation among stroke survivors: a meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. 2017 [cited 2017 May 7]; 88 (6): 498–504. Available from: <http://jnnp.bmj.com/content/88/6/498.long>
11. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* [Internet]. 1983 [cited 2017 May 7]; 17: 37–49. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7183759>
12. 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* [Internet]. 1999 [cited 2017 May 16]; 14 (10): 858–65. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/ac2f/d368c2219102537b9d5c1ac5a4c4252aea4e.pdf>
13. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 1979 [cited 2017 May 17]; 47 (2): 343–52. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/c2de/a047d5d71cd6500d92d4cdf2c6e36129d8cf.pdf>
14. Cunha JA. *Manual da Versão em Português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
15. Field A. *Descobrimos a Estatística usando o SPSS*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Dutra MOM, Coura AS, França ISX, Enders BC, Rocha MA. Fatores sociodemográficos e capacidade funcional de idosos acometidos por acidente vascular encefálico. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 2]; 20 (1): 124–35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n1/1980-5497-rbepid-20-01-00124.pdf>
17. Lopes JM, Fernandes SGG, Dantas FG, Medeiros JLA, Lopes JM, Fernandes SGG, et al. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 7]; 18 (3): 521–31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n3/1809-9823-rbgg-18-03-00521.pdf>
18. Santos EB, Rodrigues RAP, Marques S, Pontes-Neto OM, Santos EB, Rodrigues RAP, et al. Estresse percebido nos idosos sobreviventes do AVC após a alta hospitalar para casa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 24]; 49 (5): 797–803. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0797.pdf
19. Mello HMV, Sales GNT, Magalhães MVOC, Silva EV, Almeida AC, Carvalho MVD, et al. Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados. *Derecho Cambio Soc* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 24]; 1–18. Available from: http://www.derechocambiosocial.com/revista045/DEPRESSAO_E_IDEACAO_SUICIDA.pdf
20. Costa TF, Gomes TM, Viana LRC, Martins KP, Costa KNFM, Costa TF, et al. Acidente vascular encefálico: características do paciente e qualidade de vida de cuidadores.

Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 7]; 69 (5): 933–9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0933.pdf>

21. Oliveira MF, Bezerra VP, Silva AO, Alves MSCF, Moreira MASP, Caldas CP. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2017 Dec 17]; 17 (8): 2191–8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/29.pdf>

22. Leal MCC, Apóstolo JLA, Mendes AM, Marques AP. Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 17]; 27 (3): 208–14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0208.pdf>

23. Sousa KA, Freitas FFQ, Castro AP, Oliveira CDB, Almeida AAB, Sousa KA. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. *REME Rev Min Enferm* [Internet] 2017 [cited 2018 Jan 25]; 21. Available from: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1154/e1018.pdf>

24. Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, Souza ACC, Silva DB. Validação de conteúdo das dimensões constitutivas da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial*. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 17]; 47 (5): 1077–83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1076.pdf

25. Ramos GCF, Carneiro JA, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Caldeira AP. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 21]; 64 (2): 122–31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n2/0047-2085-jbpsiq-64-2-0122.pdf>

26. Chigogora S, Zaninotto P, Kivimaki M, Steptoe A, Batty GD. Insulin-like growth factor 1 and risk of depression in older people: the English Longitudinal Study of Ageing. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 17]; 6 (9): e898. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5048205/pdf/tp2016167a.pdf>

27. Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 11]; 46 (6): 1387–93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/15.pdf>

28. Verçosa VSL, Cavalcanti SL, Freitas DA. Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 17]; 10 (5): 4264–70. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11172/12706>

29. Galli R, Moriguchi EH, Bruscati NM, Horta RL, Pattussi MP, Galli R, et al. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 14]; 19 (2): 307–16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n2/1980-5497-rbepid-19-02-00307.pdf>

30. Liu N, Pan X, Yu C, Lv J, Guo Y, Bian Z, et al. Association of Major Depression With Risk of Ischemic Heart Disease in a Mega- Cohort of Chinese Adults: The China Kadoorie Biobank Study. *J Am Heart Assoc* [Internet] 2016 [cited 2018 Feb 17]; 5 (12).

Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5210415/pdf/JAH3-5-e004687.pdf>

31. Lentsck MH, Pilger C, Schoereder EP, Prezotto KH, Mathias TAF. Prevalência de sintomas depressivos e sinais de demência em idosos na comunidade. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 16]; 17 (3): 1-9. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n3/pdf/v17n3a10.pdf>
32. Tsai CS, Wu CL, Hung TH, Chou SY, Su JA. Incidence and risk factors of poststroke depression in patients with acute ischemic stroke: A 1-year prospective study in Taiwan. *Biomed J* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 2]; 39 (3): 195–200. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2319417016301524?via%3Dihub>
33. Dou J, Tang J, Lu CH, Jiang ES, Wang PX. A study of suicidal ideation in acute ischemic stroke patients. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 9]; 13: 7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4308882/pdf/12955_2014_Article_198.pdf
34. Chung JH, Kim JB, Kim JH. Suicidal ideation and attempts in patients with stroke: a population-based study. *J Neuro* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 22]; 263 (10): 2032–8. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00415-016-8231-z>
35. Ciulla L, Nogueira EL, Filho IGS, Tres GL, Engroff P, Ciulla V, et al. Suicide risk in the elderly: Data from Brazilian public health care program. *J Affect Disord* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 6]; 152: 513–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032713004692>
36. Almeida L, Quintão S. Depressão e Ideação Suicida em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados em Portugal. *Acta Med Port* [Internet]. 2012 [cited 2018 Feb 7]; 25 (6): 350–8. Available from: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/21667/1/1351-2001-1-PB.pdf>
37. Xu H, Qin L, Wang J, Zhou L, Luo D, Hu M, et al. A cross-sectional study on risk factors and their interactions with suicidal ideation among the elderly in rural communities of Hunan, China. *BMJ Open* [Internet] 2016 [cited 2018 Feb 18]; 6 (4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4838719/pdf/bmjopen-2015-010914.pdf>
38. Stolz E, Fux B, Mayerl H, Rásky É, Freidl W. Passive Suicide Ideation Among Older Adults in Europe: A Multilevel Regression Analysis of Individual and Societal Determinants in 12 Countries (SHARE). *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 5]; 71(5): 947–58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982389/pdf/gbw041.pdf>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que a maioria dos idosos é constituída por mulheres, com média de 73 anos de idade, baixa renda e escolaridade, não branca, com credo religioso e convivem com companheiro e familiares. A pesquisa evidenciou alta prevalência de depressão e ideação suicida. Idosos com menor escolaridade, sem companheiro e com baixa renda estão mais propensos à depressão que os demais. Por outro lado, a depressão e os fatores sociodemográficos não se mostraram relacionados à presença de ideação suicida.

No tocante as limitações do estudo, ressalta-se o seu delineamento transversal, cujos resultados não podem ser interpretados no sentido de relação causa e efeito, no entanto, indicam a associação entre as variáveis analisadas e os sintomas depressivos. Destaca-se a escassez de pesquisas com população semelhante, o que dificultou uma comparação mais direcionada sobre a temática. Estudos prospectivos com maior tamanho amostral são indicados para melhor elucidação dos fatores associados.

Os resultados encontrados alertam para a necessidade de uma atenção especial no âmbito da saúde mental dos idosos com plegias por AVE, sobretudo daqueles com baixa renda e escolaridade e sem companheiro. A presente investigação contribuiu para o esclarecimento acerca dos fatores de risco envolvidos na ocorrência de depressão em idosos com plegias por AVE; forneceu subsídios para ações dos enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família, que visem à promoção da saúde mental, prevenção primária desses agravos e detecção precoce para instituição de tratamento em tempo oportuno.

REFERÊNCIAS

ABRAMCZUK, B.; VILLELA, E. A luta contra o AVC no Brasil. **Revista Eletrônica de Jornalismo Científico**, 2009.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. 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. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 14, n. 10, p. 858–865, out. 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir** Conselho Federal de Medicina, , 2014. Disponível em: <<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14#page/4>>. Acesso em: 3 jan. 2017

AVENUE, G. Stroke--1989. Recommendations on stroke prevention, diagnosis, and therapy. Report of the WHO Task Force on Stroke and other Cerebrovascular Disorders. **Stroke**, v. 20, n. 10, p. 1407–1431, 1 out. 1989.

BECK, A. T.; KOVACS, M.; WEISSMAN, A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 47, n. 2, p. 343–352, abr. 1979.

BENSENOR, I. M. et al. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey - 2013. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 73, n. 9, p. 746–750, set. 2015.

BRASIL. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros** Ministério da Saúde, OPAS, , 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2017

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. . 2012.

CARMO, R. L. DO; DAGNINO, R. DE S.; JOHANSEN, I. C. Demographic transition and transition of urban water consumption in Brazil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 31, n. 1, p. 169–190, jun. 2014.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. DE S.; MANGAS, R. M. DO N. Different aspects of depression in suicide among the elderly. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2985–2994, out. 2013.

CRUZ, M. F. DA et al. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.

CUNHA, J. A. **Manual da Versão em Português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017** Programa Nacional para a Saúde Mental, , 2013. Disponível em: <<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>>. Acesso em: 3 nov. 2017

DUNCAN, B. B. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: priorities for disease management and research. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 126–134, dez. 2012.

DURKEHIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 1987.

FERREIRA, P. C. DOS S. et al. Características sociodemográficas e hábitos de vida de idosos com e sem indicativo de depressão. v. 15, n. 1, p. 197–204, 2013.

FIELD, A. **Descobrendo a Estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011**. [s.l.] UNFPA, 2011. Disponível em: <[://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2011.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2011.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2016.

GARRITANO, C. R. et al. Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no século XXI. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 98, n. 6, p. 519–527, jun. 2012.

HAWTON, K.; HEERINGEN, K. VAN. Suicide. **The Lancet**, v. 373, n. 9672, p. 1372–1381, 18 abr. 2009.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 1 ago. 2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2016**, 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtm>. Acesso em: 3 jul. 2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 2004**, [s.d.]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/defaulttab_hist.shtm>. Acesso em: 20 out. 2016^a

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 2014**, [s.d.]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2014/sintese_defaultxls.shtm>. Acesso em: 20 out. 2016^b

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE | Cidades | Infográficos | Paraíba | Campina Grande | Dados Gerais**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=250400&search=paraiba|campina-grande|infogr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%EDpio>>. Acesso em: 8 mar. 2017^c

LANGHORNE, P.; BERNHARDT, J.; KWAKKEL, G. Stroke rehabilitation. **Lancet (London, England)**, v. 377, n. 9778, p. 1693–1702, 14 maio 2011.

LOPES, J. M. et al. Hospitalization for ischemic stroke in Brazil: an ecological study on the possible impact of Hiperdia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 1, p. 122–134, mar. 2016.

MARTINS, C. M. S. **Análise da ocorrência de Estresse Precoce em pacientes psiquiátricos adultos**. Dissertação de Mestrado—Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2012.

MELLO-SANTOS, C. DE; BERTOLETE, J. M.; WANG, Y.-P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p. 131–134, jun. 2005.

MENEGHEL, S. N. et al. Suicide in the elderly from a gender perspective. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 1983–1992, ago. 2012.

MINAYO, M. C. DE S. et al. Psychological autopsies into suicide among the elderly in Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2773–2781, out. 2012.

MINAYO, M. C. DE S.; CAVALCANTE, F. G. Suicide in elderly people: a literature review. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 750–757, ago. 2010.

MINAYO, M. C. DE S.; CAVALCANTE, F. G. A comprehensive study on suicide among older women in seven Brazilian cities. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 12, p. 2405–2415, dez. 2013.

MINAYO, M. C. DE S.; MENEGHEL, S. N.; CAVALCANTE, F. G. Suicide of elderly men in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2665–2674, out. 2012.

NETTO, M. P. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2012.

NOGUEIRA, E. L. et al. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 368–377, jun. 2014.

OLIVEIRA, A. I. C.; SILVEIRA, K. R. M. Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC. **Rev Neurocienc**, v. 19, n. 4, p. 653–662, 2011.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 734–736, ago. 2006.

PEREIRA, A. B. C. N. DA G. et al. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 1929–1936, set. 2009.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PINTO, L. W. et al. Suicide mortality temporal trends in people aged 60 years or more in the Brazilian states: 1980 to 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 1973–1981, ago. 2012.

ROGER, V. L. et al. Heart disease and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, v. 123, n. 4, p. e18–e209, 1 fev. 2011.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. DA. **Rouquayrol epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SÉRVIO, S. M. T.; CAVALCANTE, A. C. S. Portraits of Psychosocial autopsies about suicides of elderly people in Teresina. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. SPE, p. 164–175, 2013.

SHEIKH, J. I.; YESAVAGE, J. A. A Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. v. 5, p. 165–173, 1986.

SIQUEIRA, G. R. DE et al. Analysis of depression in elderly living in the shelter “ Christ the Redeemer” , applying the Scale of Geriatric Depression (SGD). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 253–259, fev. 2009.

SOUSA, G. S. DE et al. Circumstances surrounding the suicide of elderly people. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 49, p. 389–402, jun. 2014.

STOPA, S. R. et al. Prevalence of self-reported depression in Brazil: 2013 National Health Survey results. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 170–180, dez. 2015.

TERRANOVA, T. T. et al. Acidente vascular cerebral crônico: reabilitação. **Revista Acta Fisiátrica**, v. 19, n. 2, p. 50–59, 2012.

UNITED STATES CENSUS BUREAU. **International Programs. International database**, 2013. Disponível em: <http://www.census.gov/population/international/data/idb/>

WHO. Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level: report by the Secretariat. 2011.

WHO | Suicide data. Disponível em:

<http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/>. Acesso em: 26 fev. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Suicide prevention day**, 2013. Disponível em:

<http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/index.html>. Acesso em: 3 nov. 2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mortality and burden of disease.**

Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014: Brazil. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf?ua=1>.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a preliminary report. v. 17, p. 37–49, 1983.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “Depressão e ideação suicida em idosos com plegias por acidente vascular encefálico”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho terá como objetivo geral: Investigar a prevalência de depressão e ideação suicida e sua relação com fatores sociodemográficos em idosos com plegias por acidente vascular encefálico (AVE).

Ao voluntário só caberá a autorização para responder a três questionários e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 99606-4995 com Jesana Sá Damasceno Moraes.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



APÊNDICE B - FORMULÁRIO I

Projeto: DEPRESSÃO E IDEACÃO SUICIDA EM IDOSOS COM PLEGIAS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Entrevistador: _____ Código: _____

Data da Entrevista: ___ / ___ / _____

1. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino **2. Idade:** _____ anos

3. Religião: 1. Sem credo religioso 2. Católico 3. Evangélico 4. Kardecista
5. Umbandista 6. Outras. Qual? _____

4. Raça: 1. Branca 2. Preta 3. Parda 4. Amarela 5. Indígena

5. Escolaridade:

1. Sem escolaridade
2. Alfabetizado
3. Ensino Fundamental 1 incompleto
4. Ensino Fundamental 1 completo
5. Ensino Fundamental 2 incompleto
6. Ensino Fundamental 2 completo
7. Ensino Médio (científico, técnico ou equivalente) incompleto
8. Ensino Médio (científico, técnico ou equivalente) completo
9. Ensino Superior incompleto
10. Ensino Superior completo
11. Pós-Graduação incompleta
12. Pós-Graduação completa

6. Estado civil:

1. Solteiro 2. Casado 3. Viúvo 4. Divorciado 5. União Estável

7. O(a) Sr.(a) tem filhos?

1. Sim (em caso positivo, quantos?) _____ 2. Não

8. Quantas pessoas vivem com o(a) Sr.(a) nesta casa? _____ pessoas

9. As pessoas que convivem com o(a) senhor(a) são:

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Esposo(a)/companheiro(a) | 6. <input type="checkbox"/> Pais |
| 2. <input type="checkbox"/> Filhos | 7. <input type="checkbox"/> Filhas |
| 3. <input type="checkbox"/> Irmãos/irmãs | 8. <input type="checkbox"/> Netos(as) |
| 4. <input type="checkbox"/> Outros parentes | 9. <input type="checkbox"/> Amigos |
| 5. <input type="checkbox"/> Empregado(a) | 10. <input type="checkbox"/> Outros. Quem? _____ |

10. Tempo de ocorrência do AVE: _____

11. Tipo de AVE: 1. AVE isquêmico 2. AVE hemorrágico 3. Não sabe

12. Lado que apresenta plegia: 1. Direito 2. Esquerdo

13. Na sua família já houve algum caso de suicídio?

1. Sim (em caso positivo, quem?) _____ 2. Não

14. Renda Familiar Total: _____

15. Renda per capita: _____

ANEXOS

ANEXO A - FORMULÁRIO II - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Instruções: Inicie dizendo: "Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o(a) Sr(a) vem se sentindo na última semana."

Tradução de Osvaldo de Almeida e Shirley de Almeida, 1999.

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

Observações:

1. Quando a resposta do paciente for igual a que está entre parênteses, junto à pergunta, o item vale 1 (um) ponto. 2. Quando a resposta do paciente for diferente da que está entre parênteses o item vale 0 (zero).

ANEXO B – FORMULÁRIO III - ESCALA DE IDEAÇÃO SUICIDA DE BECK

Instruções: Por favor leia cuidadosamente cada grupo de afirmações abaixo. Assinale a questão, em cada grupo, que melhor descreve como tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Tenha a certeza de ler todas as afirmações em cada grupo antes de fazer uma escolha.

PARTE 1

<p>1. 0 - Eu tenho um desejo moderado a forte de viver. 1 - Eu tenho um desejo fraco de viver. 2 - Eu não tenho qualquer desejo de viver.</p> <p>2. 0 - Eu não tenho qualquer desejo de morrer. 1 - Eu tenho um desejo fraco de morrer. 2 - Eu tenho um desejo moderado a forte de morrer.</p> <p>3. 0 - As minhas razões para viver superam as minhas razões para morrer. 1 - As minhas razões para viver e morrer são ambas iguais. 2 - As minhas razões para morrer superam as minhas razões para viver.</p>	<p>4. 0 - Eu não tenho qualquer desejo de me matar. 1 - Eu tenho um desejo fraco de me matar. 2 - Eu tenho um desejo moderado a forte de me matar.</p> <p>5. 0 - Eu tentaria salvar a minha vida se me encontrasse numa situação de ameaça de vida. 1 - Eu deixaria ao acaso viver ou morrer se me encontrasse numa situação de ameaça de vida. 2 - Eu não tomaria os passos necessários para evitar a morte se me encontrasse numa situação de ameaça de vida.</p> <p>Se assinalou as afirmações zero em ambos os grupos 4 e 5 acima, avance para o grupo 20. Se marcou um 1 ou 2, quer no grupo 4 quer no 5, então vire a página e vá para o grupo 6.</p>
--	--

<p>20. 0 - Eu nunca tentei o suicídio. 1 - Eu tentei o suicídio uma vez. 2 - Eu tentei o suicídio duas ou mais vezes.</p> <p>Se anteriormente tentou o suicídio, por favor, continue com o próximo grupo de afirmações.</p> <p>21. 0 - O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era baixo. 1 - O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era moderado. 2 - O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era elevado.</p>
--

_____ Subtotal Parte 1

_____ Subtotal Parte 2

_____ Pontuação Total

PARTE 2

<p>6. 0 - Eu tenho breves períodos de pensamento acerca de me matar, que passam rapidamente. 1 - Eu tenho períodos de pensamento acerca de me matar, que duram um tempo moderado. 2 - Eu tenho longos períodos de pensamento acerca de me matar.</p> <p>7. 0 - Eu raramente ou apenas ocasionalmente penso acerca de me matar. 1 - Eu tenho pensamentos constantes acerca de me matar. 2 - Eu penso continuamente acerca de me matar.</p> <p>8. 0 - Eu não aceito a ideia de me matar. 1 - Eu não aceito nem rejeito a ideia de me matar . 2 - Eu aceito a ideia de me matar.</p> <p>9. 0 - Eu consigo conter-me de cometer suicídio. 1 - Eu estou incerto de que consigo conter-me de cometer suicídio. 2 - Eu não consigo conter-me de cometer suicídio.</p> <p>10. 0 - Eu não me mataria por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc. 1 - Eu estou algo preocupado acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc. 2 - Eu não estou preocupado ou apenas um pouco acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc.</p> <p>11. 0 - As minhas razões para querer cometer suicídio são apontadas primariamente a influenciar outras pessoas, como a vingar-me de pessoas, fazer pessoas mais felizes, fazer prestarem-me atenção, etc. 1 - As minhas razões para querer cometer suicídio não estão apenas apontadas a influenciar outras pessoas, mas também representam um meio de resolver os meus problemas. 2 - As minhas razões para querer cometer suicídio são baseadas primariamente em escapar aos meus problemas.</p> <p>12. 0 - Eu não tenho um plano específico acerca de como me matar. 1 - Eu tenho considerado formas de me matar, mas não trabalhei os detalhes. 2 - Eu tenho um plano específico para me matar.</p>	<p>13. 0 - Eu não tenho acesso a um método ou a uma oportunidade para me matar. 1 - O método que eu usaria para cometer suicídio demora tempo, e eu realmente não tenho uma boa oportunidade para usar este método. 2 - Eu tenho acesso ou antecipo ter acesso ao método que eu escolheria para me matar e também tenho ou terei a oportunidade para usar.</p> <p>14. 0 - Eu não tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio. 1 - Eu estou incerto de que tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio. 2 - Eu tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio.</p> <p>15. 0 - Eu não espero fazer uma tentativa de suicídio. 1 - Eu estou incerto de que farei uma tentativa de suicídio. 2 - Eu estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p> <p>16. 0 - Eu não fiz quaisquer preparativos para cometer suicídio. 1 - Eu fiz alguns preparativos para cometer suicídio. 2 - Eu quase acabei ou completei os meus preparativos para cometer suicídio.</p> <p>17. 0 - Eu não escrevi uma nota de suicídio. 1 - Eu pensei acerca de escrever uma nota de suicídio ou comecei a escrever uma, mas ainda não a completei. 2 - Eu completei uma nota de suicídio.</p> <p>18. 0 - Eu não fiz quaisquer preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio. 1 - Eu pensei acerca de fazer alguns preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio. 2 - Eu fiz preparativos definitivos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio.</p> <p>19. 0 - Eu não escondi o meu desejo de me matar das outras pessoas. 1 - Eu contive-me de contar às pessoas acerca de querer matar-me. 2 - Eu tentei esconder, ocultar, ou mentir acerca de querer cometer suicídio.</p>
Vá para o grupo 20.	

ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE

CNPJ: 08.993.917/0001-48

Endereço: Av. Rio Branco, 304 - Centro, Campina Grande - PB, 58400-058

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "Ideação suicida e sintomas depressivos em idosos com plégias por acidente vascular encefálico" desenvolvido pela aluna Jesena Sá Damasceno Moraes do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação do professor Dr. Alexandre Silva Coura.

CAMPINA GRANDE, 19/01/17.

Raquel Lúcia

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Raquel Lúcia de F. Melo Lobo
Coordenadora de Serviços
de Saúde

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISADOR
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



Título da Pesquisa: Ideação suicida e sintomas depressivos em idosos com Plegias por Acidente Vascular Encefálico.

Pesquisador Responsável: Jesana Sá Damasceno Moraes

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Silva Coura

CAAE: 67426517.8.0000.5187

Nº do parecer: 2.040.937.

SITUAÇÃO DO PROJETO: APROVADO.

Data da relatoria: 02/05/2017

Apresentação do Projeto: Projeto intitulado "Ideação suicida e sintomas depressivos em idosos com Plegias por Acidente Vascular Encefálico", encaminhado em sua versão física para análise, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com fins à obtenção de parecer favorável ao início de desenvolvimento de pesquisa para conclusão do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

Objetivo Geral da Pesquisa: Investigar a associação entre a ocorrência e a gravidade de sintomas depressivos e a ideação suicida em idosos com plegias por acidente vascular encefálico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Conforme a RESOLUÇÃO 466/12/CNS/MS, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos com graus variados. Para este estudo não há risco com maior potencial e se houver riscos mínimos como desconfortos em relação às respostas durante a aplicação dos questionários, os pesquisadores envolvidos agirão de modo a garantir o bem estar dos participantes e amenizar quaisquer eventos dessa ordem. A pesquisa poderá contribuir para o esclarecimento acerca dos fatores de risco envolvidos na ocorrência e na gravidade dos sintomas depressivos, bem como na extensão da motivação e do planejamento suicida em idosos com plegias por AVE. No âmbito da Saúde Pública, o conhecimento dos fatores de risco e da associação entre doenças e agravos em um dado grupo populacional corrobora para o planejamento de

ações preventivas para este grupo. Dessa forma, é possível instituir medidas específicas para evitar a ocorrência de depressão e de outros fatores contribuintes para um desfecho indesejado e irreversível, o suicídio.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O estudo será descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa e possui relevância social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os termos necessários e obrigatórios foram acostados ao projeto.

Recomendações: Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O referido estudo não apresenta pendências que possam comprometer seu desenvolvimento. Diante do exposto, este CEP é favorável a aprovação deste protocolo de pesquisa.

ANEXO E - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO

Ciência & Saúde Coletiva

Ciência & Saúde Coletiva**Ideação suicida e sintomas depressivos em idosos com
plegias por acidente vascular encefálico**

Journal:	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	CSC-2018-0783
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	Acidente Vascular Cerebral, Idoso, Depressão, Ideação Suicida

SCHOLARONE™
Manuscripts