



Ana Carolina Veras Gomes Fabres

**Estudo Normativo da Escala de Depressão Geriátrica
(GDS-15) em Idosos do Rio de Janeiro**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós- Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Helenice Charchat-Fichman

Rio de Janeiro
Abril de 2020



Ana Carolina Veras Gomes Fabres

**Estudo Normativo da Escala de Depressão
Geriátrica (GDS-15) em Idosos do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora.

Profa. Helenice Charchat-Fichman
Orientadora
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Breno Sanvicente Vieira
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Felipe Kenji Sudo
Instituto D`OR (IDOR)

Rio de Janeiro, 17 de abril de 2020.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Ana Carolina Veras Gomes Fabres

Aluna de Mestrado em Psicologia Clínica, linha de pesquisa Psicologia Clínica e Neurociências, Departamento de Psicologia PUC-Rio, início em 02/2018. Especialista em Neuropsicologia – Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (2014). Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental – Unesa (2008) Graduada em Psicologia – Unesa (2001 – 2006)

Ficha Catalográfica

Fabres, Ana Carolina Veras Gomes

Estudo normativo da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) em idosos do Rio de Janeiro / Ana Carolina Veras Gomes Fabres ; orientadora: Helenice Charchat-Fichman. – 2020.

66 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2020.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Psicometria. 3. Escala de depressão geriátrica. 4. Média. 5. Depressão. 6. Idosos. I. Charchat-Fichman, Helenice. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Para meus pais, Marcus e Monica,
Por tudo que fizeram por mim,
Por todo o apoio e confiança sempre!

Agradecimentos

Agradeço primeiramente aos meus pais, que sempre prezaram por uma boa educação e me deram a oportunidade de estudar. Além disso, sempre estiveram presentes em todos os momentos da minha vida. Isso significa muito para mim.

Agradeço ao meu marido, Lucas, que é meu parceiro e amigo, com quem sempre pude contar durante todo esse processo, com sua serenidade, sempre me acalmando nos momentos mais críticos.

Agradeço à minha orientadora, Helenice Charchat-Fichman, pela oportunidade de fazer parte de sua equipe de pesquisa; e que com toda a sua tranquilidade, segurança e domínio técnico me fez crescer imensamente nesses dois últimos anos.

Também sou grata ao Prof. Felipe Kenji Sudo, que fez parte de minha trajetória, me orientando em um outro projeto durante o primeiro ano de mestrado e que muito me auxiliou em meu aprendizado.

Conheci pessoas maravilhosas durante esse período que contribuíram tanto academicamente, quanto em fazer meus dias mais felizes: toda nossa equipe de pesquisa, e em especial, Larissa Marques.

Sou especialmente grata à Deus, pois sem Ele, nada disso existiria. Agradeço pela minha saúde, por sempre me dar forças nos momentos difíceis e por ser quem sou.

À CAPES e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais, este trabalho não poderia ter sido realizado.

“O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”.

Resumo

Fabres, Ana Carolina Veras Gomes; Charchat-Fichman, Helenice. **Estudo Normativo da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) em Idosos do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2020. 66p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) é uma excelente porta de entrada para investigação e rastreio de sintomas depressivos em idosos. Algumas amostras populacionais possuem características particulares. O objetivo desse estudo foi expandir a normatização da GDS-15 para uma amostra de idosos de uma comunidade no Rio de Janeiro. A Escala foi aplicada em 468 idosos com 60 anos ou mais. Foram criados grupos a partir da idade, escolaridade e gênero para produção de normas. Foram produzidos dados normativos em forma de média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo e quartis; além do cálculo do Z score para cada pontuação na escala. Foram testadas também correlações entre o escore no GDS-15 e idade, escolaridade, funcionalidade e número de problemas de saúde. As correlações foram feitas utilizando-se a Correlação de Pearson. O Teste T de Student foi utilizado para verificar diferenças entre os gêneros na pontuação do GDS-15. Os idosos participantes do estudo apresentaram as seguintes características sócio demográficas: idade média de 72,76 anos (7,06), escolaridade média de 9,54 anos (5,32). 89% eram do gênero feminino e 11% do gênero masculino. A média da amostra no GDS-15 foi de 2,86 (3,02). Foram encontradas correlações fracas, porém significativas, do GDS-15 com o número de problemas de saúde, anos de escolaridade e funcionalidade, mas não com a idade. Não foram encontradas diferenças entre os gêneros na pontuação no GDS-15. Os dados obtidos podem servir como novos parâmetros para o rastreio de sintomas depressivos principalmente pelo cálculo do Z score, que possibilita entender a sintomatologia depressiva com uma visão mais dimensional, como um espectro,

contínuo e quantitativo, trazendo um grande benefício para a população não clínica, mas que já possui a qualidade de vida afetada por sintomas subsindrômicos. Os dados normativos aqui apresentados podem ser úteis para amostras com características sociodemográficas similares às encontradas nesse estudo.

Palavras-Chaves:

média; psicometria; escala de depressão geriátrica; idosos; depressão

Abstract

Fabres, Ana Carolina Veras Gomes; Charchat-Fichman, Helenice. **Normative Data for the Geriatric Depression Scale (GDS-15) in elderly of Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2020. 66p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

The Geriatric Depression Scale (GDS-15) is an excellent instrument for tracking and diagnosing depressive symptoms in the elderly. Some population samples have particular characteristics. The aim of this study was to expand the GDS-15 normative data to a sample of older adults from a community in Rio de Janeiro. The scale was applied to 468 elderly aged 60 years and older. Groups were created from age, education and gender to produce norms. Normative data were produced in the form of mean, standard deviation, median, minimum, maximum and quartiles. The Z scores were also reported for each GDS-15 score. Correlations between GDS score and age, education, functionality and number of health problems were also tested. Analysis were made using Pearson's correlation. Student's T Test was used to verify differences between genders in the GDS-15 score. The elderly participants in the study had the following social demographic characteristics: average age of 72.76 years (7.06), average education of 9.54 years (5.32). 89% were female and 11% male. The sample's mean on the GDS-15 was 2,86 (3,02). Significant correlations of GDS-15 were found with the number of health problems, years of schooling and functionality, but not with age. There was no significant difference between genders in the GDS-15 score. The data obtained may serve as new parameters for the screening of depressive symptoms, mainly by calculating the Z score, which makes it possible to understand depressive symptomatology with a more dimensional approach, as a spectrum, bringing great benefit to the non-clinical population, who may also have their quality of life affected by subsyndromic symptoms. The normative data presented here may be

useful for samples with similar sociodemographic characteristics to those found in this study.

Key words:

mean; psychometry; elderly; geriatric depression scale; depression;

Sumário

1	Introdução	14
2	Objetivos	19
3	Hipótese	20
4	Revisão da Literatura	21
4.1	Envelhecimento Populacional	21
4.2	A Depressão	23
4.2.1	A Depressão no Idoso.....	24
4.3	Instrumentos de Rastreamento de Depressão em Idosos	27
4.3.1	A Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15).....	29
5	Método	36
5.1	Participantes	36
5.2	Procedimentos	37
5.3	Instrumentos	38
5.4	Análise de Dados	39
6	Resultados	40
7	Discussão	47
8	Conclusão	54
9	Referências Bibliográficas.....	55
	Anexo 1.....	65
	Anexo 2.....	66

Lista de Tabelas

Tabela 1	Resumo dos Critérios Diagnósticos para Depressão Maior conforme DSM-5.....	24
Tabela 2	Comparação entre os tipos de Depressão	26
Tabela 3	Instrumentos Padronizados Validados no Brasil para o Rastreamento de Depressão Geriátrica.....	27
Tabela 4	Estudos Internacionais de Validação e Adaptação da GDS-15.....	33
Tabela 5	Estudos Nacionais de Validação e Adaptação da GDS- 15.....	34
Tabela 6	Estudos com Dados Normativos – Média e Desvio Padrão da Idade e da Pontuação no GDS-15 Reportados em cada Estudo	34
Tabela 7	Caracterização Sócio Demográfica da População em Estudo (n=468).....	42
Tabela 8	Normas e Estatísticas Descritivas Estratificadas por Grupos de Idade, Escolaridade, Gênero e Total	43
Tabela 9	Z Escores de Acordo com a Pontuação no GDS-15.....	44
Tabela 10	Correlações entre a Pontuação no GDS-15 e as variáveis Idade, Escolaridade, Número de Problemas de Saúde e Capacidade Funcional.....	46

Lista de Figuras

Figura 1	Caracterização da Amostra por Gênero	40
Figura 2	Caracterização da Amostra Dividida por Grupos de Idade.....	41
Figura 3	Caracterização da Amostra Dividida por Grupos de Escolaridade.....	41
Figura 4	Histograma – Número de Sujeitos Para Cada Pontuação no GDS-15 – N=468	45
Figura 5	Médias no GDS-15 em Estudos de Comunidade e Atenção Primária	49
Figura 6	Médias no GDS-15 em Estudos com Pacientes Psiquiátricos e a Média do Presente Estudo.	50

Depression . . . so mysteriously painful and elusive . . . remains nearly incomprehensible to those who have not experienced it in its extreme mood, although the . . . “blues” which people go through occasionally . . . are of such prevalence that they do give many individuals a hint of the illness in its catastrophic form.

William Styron, no livro Darkness Visible (p. 7)

1 Introdução

O aumento da expectativa de vida e o conseqüente envelhecimento populacional têm sido pesquisados e debatidos em diversas áreas científicas. Um aumento considerável na população idosa vem ocorrendo em países desenvolvidos, e principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil.

A Organização Mundial da Saúde utiliza-se do termo “idoso” para definir o indivíduo de 60 anos de idade ou mais, se ele residir em países em desenvolvimento, e 65 anos ou mais, caso ele resida em países desenvolvidos. Segundo a mesma instituição, até 2025, o Brasil será considerado o sexto país em número de idosos (Lima-Costa & Veras, 2003; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2005).

O crescimento vertiginoso da população idosa vem contribuindo estruturalmente para uma transição demográfica. Em 2010, havia aproximadamente 39 idosos para cada grupo de 100 jovens, somando um total de 20,5 milhões de indivíduos na terceira idade. Estima-se, para o ano de 2040, a proporção de quase 153 idosos para cada 100 jovens (Miranda et al., 2016). Essa nova realidade necessita ser acompanhada de uma melhoria no sistema de saúde, prezando pela qualidade de vida e manutenção da saúde deste novo universo populacional. (OMS, 2005 e Miranda et al., 2016).

O “Envelhecimento Ativo” é o termo adotado pela OMS para a obtenção de uma experiência positiva no processo de se envelhecer. Através desse processo, otimizam-se as oportunidades na área da saúde, a participação do idoso na sociedade e facilita-se tanto o cuidado quanto a segurança para esses indivíduos, permitindo que eles possam perceber seu potencial para o bem estar físico, mental e social (OMS, 2005)

No entanto, junto a uma maior expectativa de vida, tem-se observado, por outro lado, uma redução na qualidade de vida nesta faixa etária, ocasionada por uma maior propensão ao isolamento social e ao desenvolvimento de doenças. Além disso, a perda da funcionalidade e a aquisição de incapacidades físicas e mentais também contribuem para um envelhecimento não saudável (OMS, 2015).

Dentre as causas de incapacidade que acometem os idosos, a depressão tem um papel de destaque. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram de

depressão no mundo (OMS, 2017). Além disso, ela está associada a um prognóstico ruim, à altas taxas de morbidade e mortalidade, gerando um alto impacto nos sistemas de saúde (Chachamovich, Fleck, Laidlaw & Power, 2008; OMS, 2015). Com a alta prevalência de depressão na terceira idade e com a grande transição demográfica que muitos países vêm enfrentando, torna-se prioritário o estabelecimento de novas condutas na área da depressão geriátrica (Buchtemann, Luppá, Bramesfeld & Riedel-Heller, 2012).

Atualmente, há estudos que referem que assim como a Depressão Maior, os quadros subclínicos ou subsindrômicos, ou seja, aqueles que não preenchem os critérios para a primeira entidade clínica, geram impacto igualmente substancial na qualidade de vida das pessoas e precisam ser melhor investigados, considerando-se tratá-los (Chachamovich et al., 2008). Não há dúvidas de que existe uma gama de tratamentos eficazes disponíveis, mas ainda assim, os distúrbios depressivos continuam sendo um problema de saúde pública no mundo todo (Blazer, 2003 e OMS, 2017).

Segundo a OMS (2015), uma das formas de se proporcionar um envelhecimento ativo e saudável é através da prevenção secundária, utilizando-se um sistema de triagem de doenças crônicas, e posteriormente oferecendo tratamento clínico adequado. Nesse contexto, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) pode atuar como excelente instrumento de rastreio de sintomas depressivos nesta população. A GDS-15 é a versão curta (15 itens) da Escala de Depressão Geriátrica, originalmente, com 30 itens (Yesavage et al., 1983; Yesavage & Sheikh, 1986). Ela é bem difundida internacionalmente e foi desenvolvida especialmente para a população idosa, sendo bastante satisfatória e hábil em diferenciar pacientes não deprimidos de pacientes deprimidos, inclusive distinguindo esses últimos dos indivíduos apenas com queixas somáticas, essas, por sua vez, consideradas relativamente comuns nesta faixa etária.

O presente estudo se justifica neste cenário, pela necessidade de se investigar sintomas depressivos que afetam a qualidade de vida na terceira idade, para em um segundo momento, se propor um tratamento a esses indivíduos caso se faça necessário; e pela importância de se produzir dados normativos de uma escala de depressão amplamente utilizada, em uma amostra mais específica da população. Além disso, verificou-se que apesar de muitos estudos

epidemiológicos de comunidade, há uma escassez de produção de dados normativos da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15).

Pretende-se portanto, rastrear sintomas depressivos através desta escala em uma amostra de idosos ativos e independentes da cidade do Rio de Janeiro. Percebe-se a grande lacuna e ao mesmo tempo, relevância, em estudar uma população de comunidade que está ativa, mas que procura serviços de apoio e suporte tanto para se manter ativa e produtiva, quanto por estar enfrentando algumas mazelas características da terceira idade, como um maior isolamento social, perda de entes queridos e doenças.

O presente estudo é uma análise transversal de um estudo maior sobre envelhecimento intitulado *Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica dos Usuários das Casas de Convivência da Prefeitura do Rio de Janeiro*, que está sendo conduzido há seis anos pelo Laboratório de Neuropsicologia Clínica do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, sob coordenação da Prof. Dra. Helenice Charchat-Fichman, em parceria com o programa social *Casas de Convivência e Lazer para Idosos* disponibilizado pela Prefeitura do Rio de Janeiro.

As Casas de Convivência foram criadas há mais de quinze anos com o intuito de reduzir o isolamento social comum à faixa etária. Elas se situam em seis bairros da cidade: Lagoa, Botafogo, Gávea, São Conrado, Tijuca e Penha. São oferecidas diversas atividades de lazer e entretenimento, assim como práticas que estimulam a cognição, como o artesanato, canto, yoga, alfabetização, oficina de memória, ginástica, dança, inglês, assistência social. A única exigência para que o idoso frequente a Casa é que seja autônomo e independente para as atividades de vida diária, não necessitando da assistência de um cuidador, por exemplo.

Os pesquisadores participantes são psicólogos e estudantes de psicologia da PUC-Rio que se deslocavam até as Casas de Convivência com o intuito de realizar tanto a coleta dos dados (sócio demográficos e aspectos clínicos), quanto uma avaliação neuropsicológica. Esta, por sua vez, aconteceu em sala silenciosa e adequada para o procedimento. Os idosos que consentiram em participar do estudo, se auto voluntariaram e estavam frequentando pelo menos uma atividade na Casa por semana. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer de número 965.264. Todo o processo de coleta aconteceu entre os anos de 2013 e 2016.

Durante este período algumas análises já foram feitas e seus resultados apresentados (Araujo, Lima, Barbosa, Furtado & Charchat Fichman, 2018; Lima et al., 2017). Lima et al., (2017) buscou analisar o desempenho cognitivo, funcional e de humor em testes neuropsicológicos e escalas com 264 idosos. Os resultados encontrados referem uma amostra cognitivamente saudável e funcionalmente independente, com 17% apresentando sintomas depressivos leves.

Outra pesquisa mais recente também gerou resultados referentes ao perfil neuropsicológico dos participantes (Araujo et al., 2018). Em suma, o objetivo deste estudo era descrever o padrão normativo das medidas cognitivas do instrumento que foi utilizado, a Bateria Breve de Rastreo Cognitivo (Nitrini et al., 1994), além de compreender o impacto da idade e da escolaridade nessas medidas. A população estudada foi considerada, em sua grande maioria, como cognitivamente saudável e funcionalmente independente. Além disso, concluiu-se que sujeitos com idade mais avançada desempenharam pior em tarefas de memória, e sujeitos com escolaridade mais baixa tiveram pior desempenho em tarefas que mediam funções executivas (Araujo et al., 2018).

A presente pesquisa tem como objetivo, apresentar e descrever as normas da escala GDS-15 para a população de idosos frequentadores das Casas de Convivência da Prefeitura do Rio de Janeiro. Com isso, buscamos verificar a presença de sintomas depressivos nessa população, além de investigar possíveis associações entre a pontuação na escala e características sócio demográficas; e associações entre a pontuação na escala e problemas de saúde e funcionalidade dos participantes.

A dissertação está organizada em 8 capítulos. No Capítulo 1, (presente capítulo) foi feita uma Introdução ao tema, além de uma breve explanação à respeito da pesquisa empírica realizada. Os Capítulos 2 e 3 são, respectivamente, os Objetivos e as Hipóteses da pesquisa. O Capítulo 4 refere-se a uma Revisão Teórica sobre o tema do presente estudo, onde será dissertado sobre o Envelhecimento Populacional, a Depressão em Idosos, os Instrumentos de Rastreo na População Geriátrica e mais especificamente sobre a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). Posteriormente, será descrita a pesquisa empírica realizada, explicitando o Método do Estudo Normativo da GDS-15 - Capítulo 5, os Resultados – Capítulo 6, e a Discussão – Capítulo 7. No Capítulo 8 encontra-se

a Conclusão da atual pesquisa seguida das Referências Bibliográficas e dos Anexos.

2 Objetivos

- Geral

Descrever as normas da escala GDS-15 para idosos independentes e ativos da cidade do Rio de Janeiro.

- Específicos

Investigar a relação entre a pontuação do GDS-15 e idade em anos.

Investigar a relação entre a pontuação do GDS-15 e anos de escolaridade.

Investigar a relação entre a pontuação do GDS-15 e o número de problemas de saúde.

Investigar a relação entre a pontuação do GDS-15 e a funcionalidade (desempenho nas atividades de vida diária avaliado pela Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária de Lawton).

Investigar diferenças entre os gêneros masculino e feminino na pontuação do GDS-15.

3 Hipóteses

Sabe-se que quando há um quadro de depressão já instalado, o indivíduo apresenta dificuldade significativa em querer se socializar, interagir, tomar decisões, justamente pelo humor deprimido e/ou perda de prazer/interesse, ambas, características inerentes à depressão. Nossa expectativa, portanto, é de encontrar um grupo com baixa pontuação no GDS-15, visto que os próprios sujeitos da amostra buscaram espontaneamente se inscrever nas Casas de Convivência para participar das diversas atividades oferecidas, não permitindo, dessa forma, que a tendência ao isolamento, característico da depressão, pudesse se desenvolver. Conseqüentemente esperamos uma média mais baixa do grupo na Escala GDS-15 se comparada à média de outros estudos com idosos de comunidade.

Além disso, assim como reportado em outros estudos, esperamos encontrar uma correlação positiva entre a pontuação do GDS-15 e a idade e entre a pontuação do GDS-15 e o número de problemas de saúde, assim como correlações negativas entre a pontuação do GDS-15 e a funcionalidade, e entre a pontuação do GDS e a escolaridade. Esperamos também que o gênero feminino esteja mais relacionado a uma maior pontuação na escala do que o gênero masculino, assim como demonstra a literatura (Blazer, 2003; Oliveira et al, 2012; Pinho, Custódio & Makdisse, 2009)

4 Revisão da Literatura

4.1 Envelhecimento Populacional

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, classifica-se como pessoa idosa aquela que possui acima de 60 anos de idade (em países em desenvolvimento) ou acima de 65 anos (em países desenvolvidos). Grupos compreendidos entre os 18 anos de idade e o ponto de corte para a faixa etária idosa, de acordo com a categoria de desenvolvimento do país, são nomeados “adultos jovens”. Além disso, sujeitos idosos acima de 80 anos são referidos como “idosos mais idosos”, ao passo que aqueles com mais de 100 anos são denominados “centenários” (OMS, 2017; Organização das Nações Unidas [ONU], 2020).

Nas últimas décadas do século XX, as quedas nas taxas de fecundidade e o aumento na expectativa de vida passaram a ser observados em todas as regiões do mundo, gerando taxas de crescimento marcadamente superiores nas faixas etárias acima dos 60 anos em relação aos demais grupos. O fenômeno do envelhecimento populacional, antes observado exclusivamente nos países desenvolvidos, passou a ser verificado de maneira acelerada nos países em desenvolvimento. Conforme projeções da Organização das Nações Unidas (ONU), 1 em cada 6 pessoas terão mais de 65 anos em 2050 (16%), contra 1 idoso em cada 11 pessoas em 2019 (9%). Estima-se que a proporção de idosos passará de 12,6% em 2012 para 33,7% em 2060, com uma maior (ONU, 2020).

A transição demográfica deverá implicar a necessidade de adaptações em diferentes setores sociais, tais como economia, saúde, segurança pública, justiça, infraestrutura e previdência. No caso dos países em desenvolvimento, estas mudanças terão de ocorrer de maneira mais acelerada do que o observado nos países desenvolvidos; de fato, enquanto na França, o aumento da proporção de idosos se elevou de 10 para 20% da população geral ao longo de 150 anos, países como o Brasil, China e Índia deverão sofrer esta transição demográfica ao longo de 20 anos (OMS, 2017). Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE) demonstraram que o número total de idosos atingiu 30,2 milhões em 2017, correspondendo a um

aumento de 18% em 5 anos (IBGE, 2017). Calcula-se que em 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de idosos (Lima-Costa & Veras, 2003).

Dentre as áreas sociais que serão afetadas pelo aumento da população idosa, o setor de saúde merece particular destaque. Segundo a PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) realizada pelo IBGE entre 2013 e 2015, os idosos são, proporcionalmente, os cidadãos que exigem mais atendimento de serviços de saúde, já que esta faixa etária é a mais acometida por doenças crônicas, salientando-se a presença de doenças metabólicas e osteomusculares, os quadros degenerativos e oncológicos. Além destes, os transtornos depressivos vêm sendo alvo de atenção dos gestores em saúde. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria MS nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, reconheceu a importância do bem-estar psicossocial para a promoção do “Envelhecimento Ativo” – conceito mais amplo do que o Envelhecimento Saudável (livre de doenças), que engloba os princípios de independência, participação social e política, dignidade da pessoa humana, assistência e autorrealização (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006). A publicação do manual “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” no mesmo ano pelo Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica reservou um capítulo para a instrução de profissionais da Atenção Básica em Saúde sobre a depressão em idosos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

4.2 A Depressão

A depressão ocupa uma posição destacada dentre os mais prevalentes e incapacitantes quadros mórbidos em todo o mundo. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram de depressão (OMS, 2017; Carneiro & David, 2017).

Trata-se de um transtorno de causas desconhecidas, ainda que se costume atribuí-lo a uma complexa interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos. Do ponto de vista biológico, a teoria monoaminérgica clássica, formulada em meados da década de 1960, prevaleceu por muitas décadas como a mais bem aceita para explicar a fisiopatologia da depressão. A observação empírica de que drogas que elevavam a disponibilidade de monoaminas (serotonina, noradrenalina e dopamina) nas sinapses, tais como os bloqueadores de proteínas transportadoras e os inibidores da monoaminoxidase (MAO), ocasionavam redução de sintomas depressivos, abriu caminho para a elaboração de estratégias terapêuticas para a condição, e também permitiu que se conhecesse mais acerca do próprio funcionamento cerebral (Mulinari, 2012). Evidências recentes vêm desafiando a validade da teoria clássica, passando-se atualmente a se enfatizar o impacto das interações entre fatores genéticos e estressores ambientais (epigenética) sobre a neuroplasticidade e a neurotransmissão (Massart, Mongeau & Lanfumey., 2012; Nester, 2014).

Apesar dos avanços na compreensão dos mecanismos neurais envolvidos na depressão, não foram identificados, até o presente, testes padrão-ouro ou biomarcadores para se detectar a condição. O diagnóstico baseia-se, portanto, em critérios diagnósticos, sendo consideradas as classificações diagnósticas oficiais: a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde –CID-10 (OMS, 1992); e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (APA, 2013), os quais definem várias categorias de transtornos depressivos com base nos parâmetros clínicos, tais como: duração, persistência, abrangência, perturbação do funcionamento psicológico e fisiológico e desproporção em relação a um fator desencadeante. O DSM-5 estabeleceu nove critérios diagnósticos para o transtorno depressivo maior, sendo obrigatória a presença de humor deprimido ou anedonia, além de outros quatro sintomas por ao menos 2 semanas. A Tabela 1 resume as diretrizes do DSM-5. A 11ª edição da

CID (CID-11) foi lançada no ano de 2018, devendo entrar em vigor somente em janeiro de 2022 (OMS, 2017)

Tabela 1. Resumo dos Critérios Diagnósticos para Depressão Maior conforme DSM-5.

1	Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. Ex. Sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. Ex., parece choroso) (Nota: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável);
2	Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação).
3	Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (por exemplo, mudança de mais de 5% do peso corporal em menos de um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (Nota: em crianças, considerar o insucesso em obter o peso esperado).
4	Insônia ou hipersonia quase diária.
5	Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias.
6	Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7	Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriação ou culpa por estar doente).
8	Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar , ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
9	Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Fonte: American Psychiatric Association (2013).

4.2.1 A Depressão no Idoso

Sintomas depressivos são comumente observados por familiares, amigos e profissionais de saúde quando atendem sujeitos idosos. A chamada Depressão Geriátrica compreende três entidades clinicamente semelhantes, mas cujas bases biológicas e aspectos prognósticos podem variar de modo expressivo: (1) a depressão recorrente ao longo da vida e que acomete o sujeito também em sua faixa etária idosa; (2) a depressão que incide após os 60 anos de idade sem que haja histórico pretérito de quadros assemelhados; e (3) a depressão que acomete o sujeito com demência (Casey, 2012). O quadro iniciado em um sujeito idoso, porém sem diagnóstico de demência, referida como Depressão de Início Tardio, parece se associar à significativa gravidade clínica, à presença de alterações

estruturais cerebrais (mais frequentemente a lesões cerebrovasculares), e à presença de anosognosia e de sintomas somáticos (Mitchel & Subramaniam, 2005).

A depressão acomete por volta de 12% dos idosos, estando associada à intenso sofrimento psíquico, à mortalidade por doenças clínicas e ao aumento nos custos ao sistema de saúde (Royall, Schillerstrom, Piper & Chiodo, 2007). Possui ainda seu curso mais crônico e persistente quando comparado à depressão em adultos jovens (Blazer, 2003). Além disso, a depressão na faixa etária idosa relaciona-se a um significativo aumento no risco de suicídio. Dados nacionais e internacionais alertaram para tal fato, salientando que as mais altas taxas de suicídio se situam em sujeitos acima de 65 anos (Mello-Santos et al., 2005 e Shah, 2007).

Com frequência, contudo, a depressão no idoso tende a ser naturalizada pelo entendimento negativo que se tem da velhice ou deliberadamente negligenciados em função do papel pouco privilegiado que estes sujeitos passam a ocupar nas famílias quando envelhecem. As representações sociais da velhice vêm sendo tema de estudos; acredita-se que a avaliação da faixa etária idosa como prenúncio da morte, os inevitáveis e repetidos episódios de luto, além do declínio físico, cognitivo e socioeconômico, levam os jovens (e também os mais velhos) a identificarem a senescência como um processo que naturalmente resultaria em tristeza, isolamento e depressão (Casey, 2012; Mendes et al., 2012). A negligência de familiares quanto aos cuidados do idoso e a autonegligência, resultantes deste processo, são reconhecidos fatores de risco para mortalidade, desnutrição, quedas, entre outros desfechos (Papaioannou, Räihä, Kivelä, 2012).

Outra particularidade dos quadros depressivos em idosos é a alta prevalência de sintomas subsindrômicos (Chopra et al., 2005). Estes podem ser entendidos pela presença de até 4 sintomas depressivos definidos pelo DSM-5 para um transtorno depressivo maior, não atendendo, portanto, aos critérios diagnósticos para esta entidade clínica (APA, 2013).

Também denominada depressão subclínica, até os dias de hoje, a literatura científica ainda não assumiu concordância na definição clínica diagnóstica da depressão subsindrômica (Blank, Gruman & Robinson, 2004). O que se observa é a grande maioria a enquadrando como sinônimo de Depressão Menor. Esta categorização, por sua vez, foi retirada do novo Manual DSM-5, e segundo

critérios do antigo DSM-IV, seria definida exatamente pela presença de até 4 sintomas depressivos por pelo menos 2 semanas. No atual DSM-5 a depressão subsindrômica se enquadraria em “Outro Transtorno Depressivo Especificado / Não especificado” (Rodríguez, Nuevo, Chatterji & Ayuso-Mateos, 2012).

Tabela 2. Comparação entre os tipos de Depressão

Depressão Maior	Depressão Persistente (Distímia)	Outro Transtorno Depressivo (Subsindrômico/ Depressão Menor)
Pelo menos 5 sintomas	Pelo menos 2 sintomas	De 2 a 4 sintomas
Perda de Interesse ou Humor Deprimido	Humor deprimido	Perda de Interesse ou Humor Deprimido
Pelo menos 2 semanas	Pelo menos 2 anos	Não há restrição na duração

Fonte: Baseada nos critérios do DSM-5

Apesar de um número menor de sintomas, idosos com quadros de depressão subclínica parecem ter impacto significativo em sua funcionalidade e qualidade de vida assim como acontece quando acometidos pela depressão maior (Bretanha et al., 2015; Chachamovich et al., 2008, Lyness, King, Cox, Yoediono, & Caine 1999, Rodriguez et al., 2012).

Perante esse quadro, há propostas de se compreender a depressão como um continuum, variando do “sem-depressão” (sem impacto na qualidade de vida e funcionamento) para a depressão maior (com impacto), passando pelos estágios intermediários que englobariam a chamada depressão subclínica. Essa abordagem mais dimensional, e não dicotomizada por um ponto de corte arbitrário parece aumentar a precisão e, dessa forma, estados mais brandos da doença são identificados e podem ser tratados (Maj, 2011; Rodriguez et al., 2012).

Diante do exposto, tornou-se prioritário aos pesquisadores da área a busca pelo entendimento dos aspectos clínicos, fisiopatológicos e epidemiológicos, e a elaboração de métodos de rastreio e manejo da depressão geriátrica.

4.3 Instrumentos de Rastreamento de Depressão em Idosos

O emprego de instrumentos padronizados para o rastreamento de sintomas depressivos é uma prática recomendada por diretrizes clínicas (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2009).

A Tabela 3 resume as escalas validadas para a população idosa brasileira para este fim.

Tabela 3. Instrumentos padronizados validados no Brasil para o rastreamento de depressão geriátrica.

Instrumento	Autor, ano	Validação, ano
GDS - Geriatric Depression Scale	Yesavage <i>et al.</i> , 1983 (GDS-30) Yesavage <i>et al.</i> , 1986 (GDS-15)	Almeida & Almeida, 1999
CES-D - Center of Epidemiology Studies Depression Scale	Radloff & Terri, 1986	Batistoni, 2007
BDI-II - Beck Depression Inventory	Beck <i>et al.</i> , 1996	Gomes-Oliveira, <i>et al.</i> , 2012
MADRS - Montgomery-Åsberg Rating Scale	Montgomery & Åsberg, 1979	Portugal <i>et al.</i> , 2011
CSDD - Cornell Scale for Depression in Dementia	Alexopoulos <i>et al.</i> , 1988	Portugal <i>et al.</i> , 2011

A CES-D é uma escala de rastreamento originalmente desenvolvida por Radloff & Terri (1986) e que foi validada por Batistoni (2007) no Brasil para idosos residentes na comunidade. No estudo de validação foram avaliados os aspectos psicométricos da CES-D, além da obtenção da validade interna, de construto e de critério. Os resultados foram comparados com a versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). Uma característica que diferencia a CES-D em relação à GDS-15 é a inclusão de sintomas somáticos. Esses sintomas têm alta probabilidade de ocorrer em idosos por sua grande relação com outras doenças associadas ao envelhecimento, e muitas vezes podem ser um fator confusional no rastreamento de depressão (Batistoni, 2007).

O BDI-II é o Inventário de Depressão de Beck. Foi revisado por Beck *et al.*, (1996) para se adequar aos critérios diagnósticos de Episódio Depressivo Maior

do DSM-IV, e contempla sintomas cognitivos e somáticos. Possui alta consistência interna, boa capacidade de discriminação entre estado depressivo e não depressivo, e boa validade estrutural. No entanto, o maior impedimento para uma propagação mais ampla são os direitos autorais, devendo o inventário ser adquirido com a editora (Wang, & Gorenstein, 2013).

A MADRS (Montgomery-Asberg Rating Scale), originalmente concebida por Montgomery e Asberg (1979) e a CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia), desenvolvida por Alexopoulos et al., (1988); foram validadas no contexto ambulatorial no Brasil em 2011 (Portugal et al., 2011). Ambas as escalas são consideradas excelentes instrumentos de rastreio de depressão em idosos com demência. A CSDD é baseada no relato do cuidador, já a MADRS é baseada na observação clínica (Portugal et al., 2011)

Dentre todas essas escalas de rastreio de sintomas depressivos para a população idosa, podemos destacar a Escala de Depressão Geriátrica - GDS (Brink et al, 1982; Yesavage et al., 1983). A GDS (Brink et al., 1982; Yesavage et al., 1983) foi desenvolvida como um inventário de autorrelato, com 30 itens, construída para avaliar a presença de sintomas de depressão e bem-estar geral no idoso (Kok & Reynolds, 2017).

A GDS-30, diferentemente da maioria das escalas de rastreio, foi especificamente desenvolvida para a população de idosos. A justificativa para sua criação, na época, foram os altos índices de depressão geriátrica, e as características peculiares da própria quando comparada à depressão em adultos jovens.

Dentre as particularidades observadas nessa população, destaca-se a frequente presença de queixa subjetiva de memória e déficit cognitivo. A manifestação de sintomas somáticos, que geralmente é elemento chave para o diagnóstico da depressão em adultos jovens, não parece ser muito útil para o diagnóstico nos mais velhos, visto que essa faixa etária já é naturalmente acometida por essa sintomatologia (Yesavage et al., 1983).

Portanto, a GDS-30 tem como ponto de partida, o foco nos aspectos psicológicos da depressão, a diminuição de fatores confusionais (sintomas somáticos) e o desenvolvimento de perguntas de fácil entendimento, e que se adaptem ao contexto do envelhecimento, como no caso da incorporação de perguntas do tipo Sim/Não (Yesavage et al., 1983).

O processo de validação da escala foi feito com duas amostras distintas: idosos saudáveis da comunidade e pacientes depressivos ambulatoriais e hospitalizados. Os resultados demonstraram que a escala possui alta consistência interna. A evidência de validade da GDS-30 veio da comparação da pontuação média na escala associada aos sujeitos que foram previamente classificados como *normal*, *levemente deprimidos* e *severamente deprimidos* de acordo com o critério diagnóstico RDC (Research Diagnostic Criteria) para depressão, largamente difundido à época (Yesavage et al., 1983).

O estudo de Brink et al. (1981), explorou as medidas de sensibilidade e especificidade do GDS-30 com essa mesma amostra e considerou o ponto de corte maior ou igual a 11 pontos para distinguir sujeitos não deprimidos de sujeitos possivelmente deprimidos. (Brink et al., 1981)

4.3.1 A Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

Fadiga e baixa concentração foram fatores que levaram Yesavage e Sheikh (1986) a desenvolverem uma versão mais curta da escala GDS, nesse caso, com 15 itens apenas. Segundo os autores, além das particularidades da população geriátrica discriminadas nos estudos de construção e validação da GDS-30, prejuízo na concentração e um processo de fadiga mais constante foram observados quando esses sujeitos preenchiam escalas mais extensas. Com a nova versão de 15 itens, o tempo de aplicação da escala foi reduzido para, meramente, 5-7 minutos, beneficiando, portanto, os sujeitos fisicamente e cognitivamente comprometidos (Yesavage & Sheikh, 1986).

Das 30 questões, foram selecionadas as 15 que possuíam alta correlação com sintomas depressivos nos estudos de validação. Assim como a escala original, a GDS-15 manteve o formato de perguntas SIM/NÃO. Dos 15 itens, 10 indicavam a presença de depressão quando respondidos positivamente, enquanto os 5 restantes, quando respondidos negativamente (Yesavage & Sheikh, 1986).

A validação ocorreu através de uma amostra de 35 idosos. Desses, 18 eram advindos da comunidade e considerados saudáveis, e 17 eram pacientes em tratamento com diagnóstico de depressão ou distímia, segundo critérios do DSM-III. Todos os sujeitos preencheram as duas escalas, GDS-30 e GDS-15. Ambas as

escalas demonstraram ser instrumentos válidos e confiáveis para rastrear depressão em idosos, sendo bem-sucedidas ao diferenciarem sujeitos depressivos de não depressivos, apresentando alta correlação ($r = 0.84$, $p < 0.001$) (Yesavage & Sheikh, 1986).

Vários estudos de validação e adaptação da escala para diferentes amostras de idosos em contextos diversos foram conduzidos nacional e internacionalmente desde então. A Tabela 4. abrange alguns dos principais estudos internacionais em ordem crescente de ano desde a criação da escala em 1986. Além da região e contexto em que eles foram realizados, a tabela também exhibe os pontos de corte evidenciados em cada estudo.

Tabela 4. Estudos Internacionais de Validação e Adaptação da GDS-15

AUTOR	ANO	TÍTULO	REGIÃO	CONTEXTO	PONTO CORTE
Yesavage, J. A	1986	Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version.	EUA	Comunidade / Ambulatoria	>5
Burke, W. J	1991	The short form of the Geriatric Depression Scale: A comparison with the 30-item form.	EUA	Ambulatorial	5
D'Ath P	1994	Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: the acceptability and performance of the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) and the development of short versions	Reino Unido	Atenção Primária	>4
Leshner, E. L	1994	Validation of the Geriatric Depression Scale-short form among inpatients.	EUA	entes Psiquiátricos Intern	>6
van Marwijk, H. W	1995	Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale.	Holanda	Atenção Primária	3
Herrmann, N	1996	A validation study of the Geriatric Depression Scale short form.	Canada	Ambulatorial Psiquiátrico	>5
Lyness, JM	1997	Screening for depression in elderly primary care patients: a comparison of the center for epidemiologic studies—depression scale and the Geriatric Depression Scale.	EUA	Atenção Primária	5
Abas, MA	1998	Culturally sensitive validation of screening questionnaires for depression in older African-Caribbean people living in south London.	Londres	Atenção Primária	>4
Arthur A	1999	Using an annual over-75 health check to screen for depression: validation of the short Geriatric Depression Scale (GDS15) within general practice.	Reino Unido	Atenção Primária	3
Robison J.,	2002	Screening for depression in middle-aged and older puerto rican primary care patients	EUA	Atenção Primária	7
de Craen, AJ	2003	Accuracy of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) in a community sample of the oldest old.	Holanda	Comunidade	>3
Bae, JN	2004	Development of the Korean version of the Geriatric Depression Scale and its short form among elderly psychiatric patients	Korea	Ambulatório Psiquiátrico	8
Blank, K	2004	Case-finding for depression in elderly people: balancing ease of administration with validity in varied treatment settings.	EUA	Vários Contextos	6
Friedman, B	2005	Psychometric properties of the 15-item geriatric depression scale in functionally impaired, cognitively intact, community-dwelling elderly primary care patients.	EUA	Comunidade	6
Biji, D	2006	Test-characteristics of the GDS-15 in screening for major depression in elderly patients in general practice.	Holanda	Atenção Primária	5
Cullum, S	2006	Screening for depression in older medical inpatients	Reino Unido	Hospitalizados	7
Malakouti, SK	2006	Reliability, validity and factor structure of the GDS-15 in Iranian elderly	Iran	Comunidade	7
McCabe, MP	2006	Depression among older people with cognitive impairment: prevalence and detection.	Australia	Lar de Idosos	6
Marc, LG	2008	Screening performance of the 15-item Geriatric Depression Scale in a diverse elderly home care population.	EUA	Comunidade/Lar de Idosos	>4
Broekman, B.F.P	2011	Validation of a Brief Seven-Item Response Bias-Free Geriatric Depression Scale.	Singapura	Comunidade	4
Allgaier AK	2013	Beside the Geriatric Depression Scale: the WHO-Five Well-being Index as a valid screening tool for depression in nursing homes.	Alemanha	Lar de Idosos	>6
Sugishita, K	2016	A Validity and Reliability Study of the Japanese Version of the Geriatric Depression Scale 15 (GDS-15-J).	Japão	Ambulatório Psiquiátrico	>6
Durmaz, B	2017	Validity and Reliability of Geriatric Depression Scale - 15 (Short Form) in Turkish older adults	Turquia	Ambulatorial	>4

Como pode-se observar na Tabela 4, as pesquisas são conduzidas dentro de contextos diferenciados no intuito de se averiguar a confiabilidade e validade da escala, além disso, alguns desses estudos ainda apresentam dados normativos referentes à escala e à amostra, como média e desvio padrão. Pode-se verificar que há estudos em comunidades de idosos saudáveis, em âmbito hospitalar, ambulatorial geriátrico, psiquiátrico, atenção primária e lar de idosos.

Até os dias de hoje, observamos que há continuamente pesquisas com a escala GDS-15 ao redor do mundo, como no caso da validação recente da escala com idosos na Turquia e no Japão (Durmaz, Soysal, Ellidokuz, & Isik, 2018; Sugishita, Sugishita, Hemmi, Asada & Tanigawa, 2016).

No Brasil, a construção da versão brasileira da GDS-15 ocorreu em 1999 (Almeida & Almeida, 1999^a) e sua confiabilidade foi bem estabelecida. Um segundo estudo, publicado internacionalmente no mesmo ano e de mesma autoria, foi pioneiro na validação da GDS-15 para o diagnóstico de Episódio Depressivo Maior segundo os critérios do CID-10 e do DSM-IV, que havia entrado em vigor 5 anos antes, em 1994 e consequentemente padronizado mundialmente. Nesse estudo, a amostra era composta por 64 idosos de um ambulatório de geriatria que preenchiam os critérios diagnósticos de algum distúrbio depressivo (atual ou em remissão) de acordo com CID-10. (Almeida & Almeida, 1999^b). Os resultados foram consistentes no sentido de que a escala avalia a depressão de forma útil e coerente com coeficiente de confiabilidade de 0.80. Outra medida importante que o estudo demonstrou foi o ponto de corte de 4/5 (não caso/caso) quando o instrumento for usado para fins de rastreio, gerando valores mais altos de sensibilidade (92.7%); enquanto que um ponto de corte de 5/6 seria mais adequado tendo a escala a finalidade de diagnóstico de depressão. Ficou demonstrado também que a pontuação total da GDS-15 indica a severidade da doença, com a seguinte classificação: pontuação <5 (ausência de sintomas clinicamente significativos), 5-7 (depressão leve), 8-9 (depressão moderada) e >10 (depressão severa) (Almeida & Almeida, 1999^b).

A *Tabela 5* refere os estudos brasileiros de validação da GDS-15 em diferentes contextos.

Tabela 5. Estudos Nacionais de Validação e Adaptação da GDS-15.

AUTOR	ANO	TÍTULO	REGIÃO	CONTEXTO	PONTO CORTE
Almeida O. P	1999	Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida	Brasil	Ambulatorial	>5
Almeida O. P	1999	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.	Brasil	Ambulatorial	>5
Paradela, E. M	2005	Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral	Brasil	Ambulatorial	>5
Castello M. S	2010	Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients.	Brasil	Atenção Primária	>4
Dias, F. L.	2017	Accuracy of the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) in a community-dwelling oldest-old sample: the Pietà Study	Brasil	Comunidade	>4

A validação feita por Paradela et al., (2005) ocorreu em contexto de ambulatório geral, diferentemente de Almeida e Almeida, (1999) que obtiveram sua amostra em ambulatório psiquiátrico. No entanto, os pontos de corte encontrados para ambas as populações foram similares. As características da amostra também se assemelharam com o que é encontrado em vários estudos com idosos brasileiros (Dias et al., 2017), com predominância de mulheres em relação à homens, com baixa escolaridade e maioria casada ou viúva. (Paradela, Lourenço e Veras, 2005)

Castello et al. (2010), conduziu seu estudo na atenção primária, no Programa Saúde da Família (Programa Brasileiro que atua como porta de entrada das famílias brasileiras no Sistema de Saúde). Foi considerado ótimo o ponto de corte 4/5, com sensibilidade 86.8% e especificidade 82.4%. O coeficiente Alfa de Cronbach foi 0.81, denotando alta confiabilidade. Apesar de não ser um estudo epidemiológico, foi encontrado que 14% da amostra apresentava o diagnóstico de Episódio Depressivo Maior, segundo critérios de DSM-IV.

Por fim, um estudo bem recente de validação em comunidade (n=457), parte de uma pesquisa maior, denominada “The Pietá Study”, selecionou uma amostra de idosos mais idosos (acima de 75 anos) na região de Minas Gerais, Brasil. Utilizando o Índice de Youden (0.69), o ponto de corte 4/5 atingiu a melhor combinação de sensibilidade e especificidade (86.5 e 82.7%). Esse estudo especificamente, não encontrou um resultado favorável na concordância entre a

GDS-15 e a Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), por esse motivo, sugeriu utilizar o instrumento como rastreamento de sintomas depressivos e não como instrumento diagnóstico de Episódio Depressivo Maior (Dias et al., 2017).

Não foram encontrados muitos estudos descrevendo dados normativos do GDS-15. A maioria, se detinha nas questões de validação e acurácia do instrumento propriamente dito, com o foco em se estabelecer um ponto de corte pertinente para a amostra. A Tabela 6 resume alguns estudos que fizeram referência à média e desvio padrão do grupo no GDS-15.

Tabela 6. Estudos com Dados Normativos – Média e Desvio Padrão da Idade e da Pontuação no GDS-15 da amostra reportada em cada estudo.

AUTOR	ANO	CONTEXTO	N	Média (DP) Idade	Média (DP) GDS
Burke et al.,	1991	Ambulatório Geriátrico*	69	77,6 (7,2)	6,0 (3,7)
D'Ath et al.,	1994	Atenção Primária**	198	73,5 (-)	3,7 (-)
Leshner et al.,	1994	Psiquiátricos Internados	72	71,22 (7,55)	8,04 (4,62)
Hermann et al.,	1996	Ambulatório Geriat/Psiq	312	75,7 (6,5)	5,4 (4,0)
Lyness et al.,	1997	Atenção Primária	130	71,0 (6,8)	3,1 (3,3)
Abas et al.,	1998	Atenção Primária	164	68,3 (5,98)	3,6 (3,0)
Almeida & Almeida	1999	Ambulatório Psiquiátrico	64	67,45 (-)	7,27 (-)
Friedman et al.,	2005	Comunidade	960	79,3 (7,4)	4,34 (2,98)
McCabe et al.,	2006	Lar de Idosos	113	86,64 (6,59)	4,04 (3,18)
Marc et al.,	2008	Comunidade/Lar de Idosos	492	78,3 (7,5)	3,5 (3,0)
Sugishita et al.,	2016	Ambulatório Psiquiátrico	128	74,4 (8,3)	6,72 (3,95)
Durmaz et al.,	2018	Ambulatório	329	74,4 (8,5)	3,21 (3,5)
Shin et al.,	2019	Comunidade	774	69,12 (4,93)	3,63 (3,48)
Knight et al.,	2004	Comunidade	268	-	1,28 (1,76)
Magalhães & Hamdan	2010	Comunidade	57	70,7 (5,6)	2,0 (1,4)

* grupo controle (cognitivamente saudáveis)

** amostra por conveniência – pacientes de “prática generalista cirúrgica”

*** Intervalo de Confiança

As médias mais altas podem ser observadas em contextos de ambulatório psiquiátrico e em pacientes psiquiátricos internados, o que já é esperado (Almeida & Almeida, 1999; Hermann et al., 1996; Leshner & Berryhill, 1994; Sugishita et

al., 2016). No contexto de comunidade e atenção primária, as médias variam desde 1,28 até 4,34.

5 Método

5.1 Participantes

A amostra do presente estudo é formada por 468 idosos, de ambos os gêneros, frequentadores das *Casas de Convivência e Lazer de Idosos*, projeto social disponibilizado pela Prefeitura do Rio de Janeiro.

Foram, portanto, incluídos no estudo, os idosos com idade igual ou superior a 60 anos e independentes (sem assistência de cuidador). No caso de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes mellitus, doenças da tireoide e cardiopatias, os participantes eram incluídos apenas se as condições clínicas estivessem controladas e sob acompanhamento médico. Todos os que consentiram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado pelo Comitê de Ética (n 965.264).

Os critérios de exclusão foram: 1) presença de déficits sensoriais severos 2) anormalidades cognitivas ou motoras que impedissem de realizar o protocolo de avaliação, 3) doenças neurológicas diagnosticadas, como: demências, Parkinson e AVC prévio, 4) uso de drogas psicotrópicas, 5) dependência funcional significativa medida através de instrumento de funcionalidade: Escala de Lawton <5pts.

5.2 Procedimentos

Os idosos que consentiram em participar desse estudo foram agendados para a avaliação neuropsicológica com duração aproximada de 1 hora. Esta, por sua vez, aconteceu em sala silenciosa dentro da própria Casa de Convivência e foi conduzida por psicólogos e neuropsicólogos da PUC-Rio previamente treinados nos instrumentos necessários para a realização do processo de testagem. Foi utilizada a Bateria Breve de Rastreio Cognitivo (BBRC) (Nitrini et al., 1994), Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (Yesavage & Sheikh, 1986), Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária de Lawton (Lawton & Brody, 1969) e Questionário de Atividades Funcionais Pfeffer (Pfeffer et al., 1982). Nesta ocasião também foram coletados dados sócio demográficos (gênero, idade, escolaridade e estado civil) e aspectos clínicos dos participantes, como o histórico médico de problemas de saúde em curso.

5.3 Instrumentos

Os dois instrumentos que são utilizados nesse estudo fazem parte dos testes utilizados para a avaliação neuropsicológica dos participantes. São eles: GDS-15 (Yesavage & Sheikh, 1986) e a Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária de Lawton (Lawton & Brody, 1969)

O GDS-15 consiste em uma escala de rastreio de auto relato de 15 itens que avaliam humor deprimido e bem-estar. Cada pergunta respondida (SIM ou NÃO) de forma a sugerir sintoma depressivo soma um ponto. Os pontos de corte sugeridos são: <5 normal, 6-10 depressão leve à moderada, >11 depressão severa. (Yesavage & Sheikh, 1986; Leshner & Berryhill, 1994; Paradelo et al., 2005; Friedman, Heisel & Delavan, 2005)

A Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária de Lawton avalia a independência do idoso em atividades do cotidiano. São 7 itens, somando um máximo de 21 pontos, preenchidas pelo idoso e por seu acompanhante. No caso do nosso estudo, foi considerado apenas o auto relato do idoso. As perguntas se relacionam à capacidade do idoso de locomoção, responsabilidade à respeito de suas medicações, manejo com dinheiro, trabalhos domésticos, preparar sua própria alimentação, fazer compras e sua comunicação através do uso do telefone. A pontuação final gera resultados sugestivos de dependência total (<5 pts), dependência parcial (entre 5 e 20 pts) e independência (21 pts).

5.4 Análise de Dados

Os dados foram analisados pelo software SPSS 22.0. Inicialmente, foi realizada a estatística descritiva dos dados sócio demográficos com a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), com geração de média e desvio padrão, mínimo, máximo, mediana e quartis.

Posteriormente, com o objetivo de verificar possíveis correlações entre idade, escolaridade, número de problemas de saúde e funcionalidade com a pontuação na escala GDS-15, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson. O Teste T de Student foi realizado para verificar diferenças entre os gêneros masculino e feminino na pontuação no GDS-15. Valores de $p < 0.05$ foram considerados estatisticamente significativos.

6 Resultados

A amostra foi composta por 468 idosos, sendo 418 mulheres (89,3%) e 50 homens (10,6%). Os participantes tinham entre 60 e 96 anos, com idade média de 72,76 anos (DP = 7,06). A escolaridade média era de 9,54 anos (DP = 5,32). Destes, 4% eram analfabetos, 19% tinham entre 1 a 4 anos de estudo, 19% tinham entre 5 e 8 anos, 17% entre 9 a 11 anos e os 41% restantes possuíam 12 ou mais anos de escolaridade.

A média do número de problemas de saúde apresentados pelos participantes é de 1,94. A pontuação da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (Lawton & Brody, 1969) varia de 0 a 21 pontos, sendo que quanto mais próximo de 21, mais preservada está a funcionalidade. A média da amostra foi de 20,19 pontos, caracterizando uma amostra predominantemente funcional.

A caracterização sócio demográfica da população pode ser melhor visualizada nas Figuras 1, 2 e 3, correspondendo respectivamente à caracterização por gênero, grupos de idade e grupos de escolaridade; e na *Tabela 7*; em que está descrita cada variável com suas respectivas frequência e porcentagem relativa.

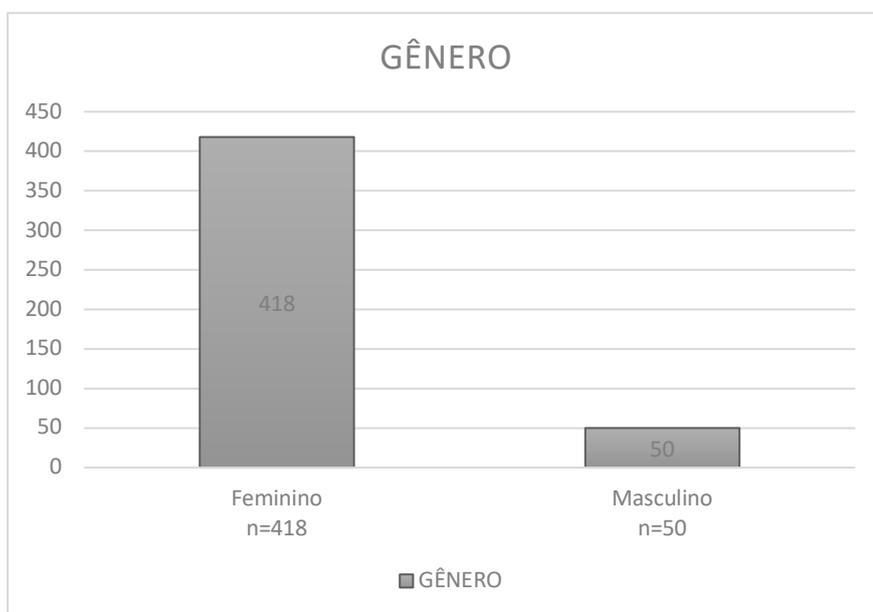


Figura 1. Caracterização da Amostra por Gênero

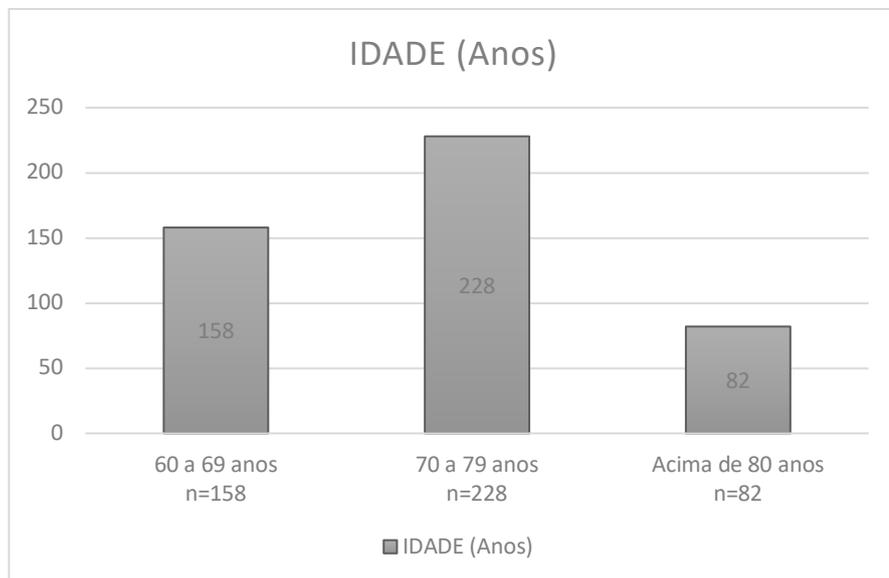


Figura 2. Caracterização da Amostra Dividida por Grupos de Idade

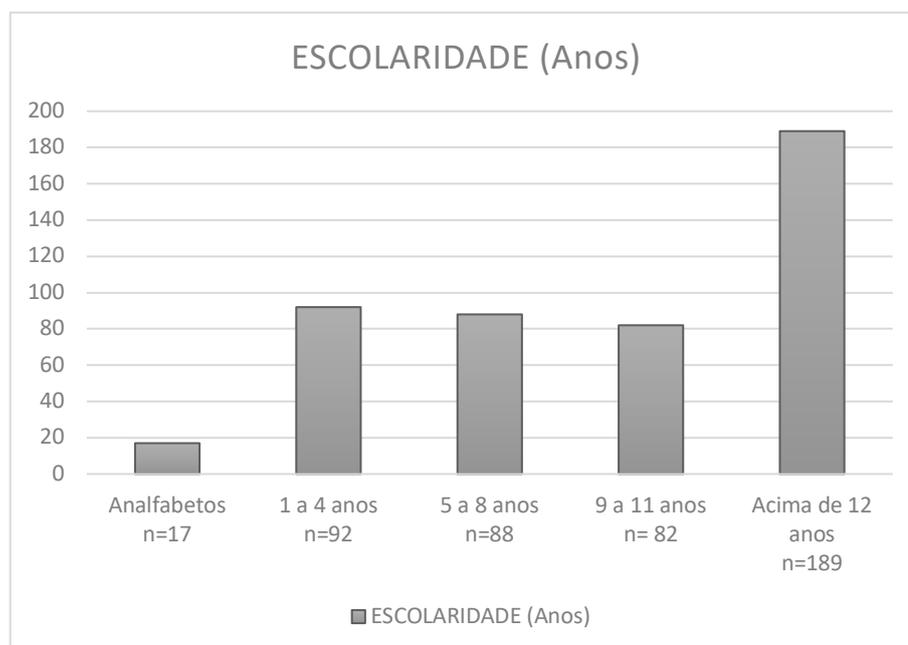


Figura 3. Caracterização da Amostra Dividida por Grupos de Escolaridade

Tabela 7. Caracterização Sócio Demográfica da População em Estudo (n=468)

Item	Variável	Frequência	%
Gênero	Feminino	418	89,3%
	Masculino	50	10,6%
Idade	60 a 69 anos	158	33,7%
	70 a 79 anos	228	48,7%
	Acima de 80 anos	82	17,5%
Escolaridade	Analfabetos	17	3,6%
	1 a 4 anos	92	19,6%
	5 a 8 anos	88	18,8%
	9 a 11 anos	82	17,5%
	Acima de 12 anos	189	40,3%

As normas e estatísticas descritivas referentes à amostra: médias, desvios padrões, medianas, mínimas, máximos e percentis estão expostas na *Tabela 8* de acordo com idade (agrupadas), escolaridade (agrupadas) e gênero.

A média de pontuação no GDS-15 da amostra total (n=468) foi de 2,86 com desvio padrão (DP) de 3,02. No grupo de idade que compreende dos 60 aos 69 anos, a média foi de 3,11 com desvio de 3,07. No grupo de 70 a 79 anos a média ficou em 2,77 com 3,02 de desvio, e no grupo de “idosos mais idosos”, acima dos 80 anos, pode-se observar uma média de 2,62 com 2,91 de DP.

Foram criados 5 grupos de escolaridade. O grupo de analfabetos teve média 3,82 (DP 3,61), no grupo de 1 a 4 anos a média foi 3,55 (DP 3,75). Entre 5 a 8 anos de escolaridade foi obtida a média no GDS-15 de 2,42 (2,35). A média de 3,00 (DP 3,07) foi a média do grupo de escolaridade entre 9 a 11 anos. E por último, o grupo que possuía escolaridade mais alta, acima de 12 anos obteve média de 2,57 com DP de 2,75. Pode-se perceber que o grupo de 5 a 8 anos, e logo em seguida o de escolaridade alta, pontuaram as médias mais baixas dentre

os grupos de escolaridade. Enquanto que os analfabetos e o grupo de escolaridade de 1 a 4 anos pontuaram médias maiores.

Com relação aos dois gêneros, o gênero feminino, responsável por 89,3% da amostra obteve média no GDS-15 de 2,77 (DP 2,93), enquanto os 10,6% do gênero masculino obtiveram 3,56 (DP 3,58) de média.

Tabela 7. Normas e Estatísticas Descritivas Estratificadas por Grupos de Idade, Escolaridade, Gênero e Total

Categoria	Grupos	N	M (DP)	Mín	Máx	Med	P25	P50	P75
Total		468	2,86 (3,02)	0	14	2	1	2	4
Idade	60 a 69 anos	158	3,11 (3,07)	0	14	2	1	2	4
	70 a 79 anos	228	2,77 (3,02)	0	14	2	0,25	2	4
	Acima de 80 anos	82	2,62 (2,91)	0	14	2	0	2	4
Escolaridade	Analfabetos	17	3,82 (3,61)	1	14	3	1	3	4,5
	1 a 4 anos	92	3,55 (3,75)	0	14	2	1	2	6
	5 a 8 anos	88	2,42 (2,35)	0	8	2	1	2	4
	9 a 11 anos	82	3,00 (3,07)	0	14	2	0	2	5
	Acima de 12 anos	189	2,57 (2,75)	0	14	2	0,5	2	4
Gênero	Feminino	418	2,77 (2,93)	0	14	2	1	2	4
	Masculino	50	3,56 (3,58)	0	13	2	1	2	6,25

M: Média; DP: Desvio Padrão; Mín: Mínimo; Máx: Máximo; Med: Mediana; P25: Percentil 25; P50: Percentil 50; P75: Percentil 75

Para se obter uma padronização dos escores da amostra, pode-se utilizar o cálculo do Z escore, dessa forma obtém-se escores em unidades de desvio padrão, ou seja, o quanto aquela pontuação específica se desvia da média em unidade de desvio-padrão. Para obter o valor de Z, primeiramente, calcula-se a média e o

desvio-padrão da amostra. Depois, subtrai-se a média do escore que pretende-se converter e divide-se o resultado encontrado pelo desvio padrão (Dancey, Reidy & Rowe, 2017)

$$Z = \frac{\text{Escore} - \text{Média}}{\text{Desvio-padrão}}$$

O GDS-15 tem a pontuação variando de 0 a 15, sendo que quanto maior essa pontuação, maior o número de sintomas depressivos. Os Z escores calculados de acordo com a média e desvio padrão da nossa amostra para cada pontuação estão expostos na *Tabela 9*, assim como suas respectivas frequências e porcentagens cumulativas.

Tabela 8. Z Escores de Acordo com a Pontuação no GDS-15

Pontuação GDS	Z escore	Frequência	Porcentagem cumulativa
0	0,95	108	23,1%
1	0,62	96	43,6%
2	0,28	72	59,0%
3	-0,05	50	69,7%
4	-0,38	31	76,3%
5	-0,71	25	81,6%
6	-1,04	30	88,0%
7	-1,37	12	90,6%
8	-1,70	17	94,2%
9*	-2,03	7	95,7%
10*	-2,36	4	96,6%
11*	-2,70	7	98,1%
12*	-3,03	3	98,7%
13*	-3,36	2	99,1%
14*	-3,69	4	100,0%
15*	-4,02	0	100,0%

Conforme dito anteriormente, um Z de zero corresponde a média, portanto a média de pontuação da nossa amostra é 2,86 e corresponde ao Z no valor zero. Um Z de -1 está aproximadamente na pontuação 6 (-1,04) do GDS-15. Um Z de -2 (que corresponde a uma maior dispersão dos sujeitos em relação à média) está aproximadamente em uma pontuação 9 (-2,03) no GDS. Um total de 4,3% da amostra pontuou mais de 9 no GDS-15.

A *Figura 4* corresponde ao histograma da amostra. Nele, está demonstrada a distribuição por frequência, ou seja, o número de sujeitos para cada pontuação no GDS-15. Como bem exposto, a maior parte da amostra se situa no que corresponde a uma pontuação mais baixa no GDS-15. Por ser uma escala que mede uma condição clínica (depressão) em uma comunidade, já se é esperado que a maioria dos sujeitos pontuem níveis mais baixos, os posicionando mais à esquerda no histograma.

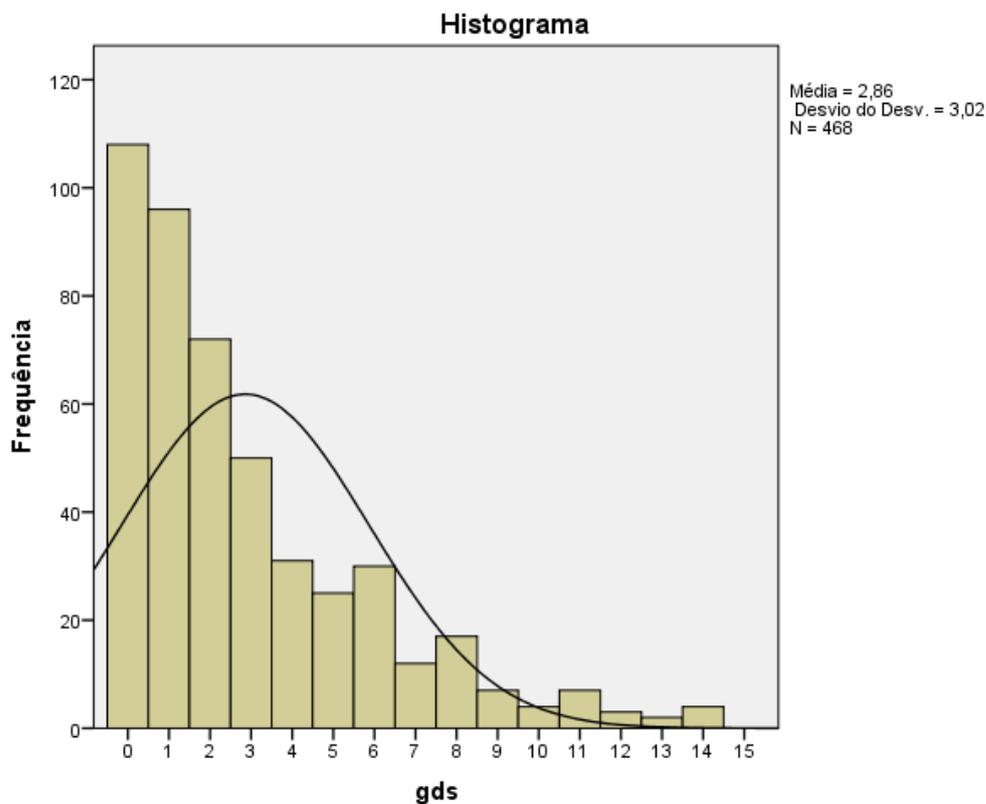


Figura 4. Histograma – Número de Sujeitos Para Cada Pontuação no GDS-15 – N=468

Realizamos a análise de Pearson para encontrar correlações entre a pontuação do GDS-15 e a idade em anos corridos; entre a pontuação do GDS-15 e a escolaridade também em anos corridos; entre a pontuação na escala e o número de problemas de saúde apresentados pelos sujeitos; e entre a pontuação na escala e a capacidade funcional dos sujeitos medida pela Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (Lawton & Brody, 1969)

Segundo as análises, foram encontradas correlações, ainda que fracas, entre a pontuação no GDS-15 e anos de escolaridade ($r(468) = -0.096$, $p = 0.038$), de forma que quanto menor a escolaridade, maior a sintomatologia depressiva; entre o GDS-15 e número de problemas de saúde ($r(468) = 0.189$, $p < 0.001$), de modo que quanto maior o número de problemas de saúde, maior a sintomatologia depressiva; e entre o GDS-15 e desempenho funcional medido por autorrelato ($r(468) = -0.204$, $p < 0.001$), assim, quanto maior a dependência funcional, mais sintomas depressivos. Não houve correlação com a idade ($r(468) = -0.075$, $p = 0.104$). Os resultados estão expostos na *Tabela 10*.

Tabela 9. Correlações entre a Pontuação no GDS-15 e as variáveis Idade, Escolaridade, Número de Problemas de Saúde e Capacidade Funcional

Variáveis	Teste	R	P
Idade (em anos)	Pearson	-0.075	0.104
Escolaridade (em anos)	Pearson	-0.096	0.038*
Número de Problemas de Saúde	Pearson	0.189	<0.001**
Capacidade Funcional	Pearson	-0.204	<0.001**

* estatisticamente significativa $p < 0.05$

** estatisticamente significativa $p < 0.001$

Foi utilizado o Teste T de Student para investigar diferenças entre os gêneros masculino e feminino na pontuação no GDS-15. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($t(57.143) = -1.493$, $p = .141$).

7 Discussão

O presente estudo teve como objetivo apresentar dados normativos do GDS-15 em uma amostra de idosos da comunidade e sua distribuição de acordo com gênero, idade e escolaridade. Foram analisadas também as associações entre essas variáveis e o GDS-15, e entre este último e o número de problemas de saúde e a funcionalidade dos sujeitos.

De acordo com os pontos de corte do GDS-15 previamente reportados na literatura, um escore na escala até 5 pontos é considerado normal. Escores iguais ou superiores a 6 já detectam depressão leve (Sheikh & Yesavage, 1986). Além do próprio autor da escala, ainda há outros autores que reportaram que escores superiores a 10 indicam depressão grave. (Borges & Dalmolin, 2012; Ferrari & Dalacorte, 2007; Friedman et al., 2005; Nogueira et al., 2014)

Inicialmente, dos 468 idosos do nosso estudo, a maioria (81,6%), se encontra na faixa de pontuação 0 – 5, que não caracteriza a condição de depressão segundo Sheikh e Yesavage (1986). Consequentemente, 18,4% apresentaram um escore igual ou superior a 6 no GDS-15. Essa pontuação é indicativa de depressão de acordo com esses mesmos autores. Apesar do nosso estudo não ter um caráter de prevalência diagnóstica, podemos afirmar que essa porcentagem (18,4%) está consistentemente relacionada ao que se encontra na literatura de epidemiologia sobre depressão na população geriátrica: variando de 4,8% à 23,9% (Borges, Benedetti, Xavier & D’Orsi, 2013; Lampert & Ferreira, 2018; Lima, Silva e Ramos, 2009; Bretanah et al., 2015; Oliveira et al., 2012; Pinho et al., 2009). Além disso, essa mesma porcentagem (18,4%) foi encontrada em um outro estudo brasileiro de acurácia diagnóstica do GDS-15 realizado em uma comunidade de idosos de Caeté, Minas Gerais, ao se utilizar o mesmo ponto de corte (>5) (Dias et al., 2017). Nesse estudo, além de se averiguar a pontuação no GDS-15, a porcentagem de depressão maior foi diagnosticada através do MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) conforme o DSM-IV. A porcentagem de depressão relatada a partir desse diagnóstico foi de 11,4%. Em um outro estudo (Castello et al., 2009), a amostra de idosos foi selecionada em atenção primária na região nordeste. Assim como em nosso estudo, a amostra possui problemas de saúde relatados e boa independência funcional e a porcentagem de depressão

(episódio depressivo maior) de acordo com o SCID-I (Structured Clinical Interview) foi de 14%.

O que podemos observar em relação à literatura é que ainda não há um consenso sobre o caráter diagnóstico do GDS-15. Alguns autores validam o GDS-15 em suas amostras como instrumento diagnóstico e outros autores o validam como instrumento de rastreio apenas, visto que encontram porcentagens diferentes na amostra entre o estabelecimento da condição clínica (depressão) através do ponto de corte e através da entrevista e observação clínica baseada nos critérios do CID-10 e DSM-5.

Em nosso estudo com 468 idosos, a média de pontuação no GDS-15 foi 2,86 com desvio padrão de 3,02. Encontramos na literatura estudos com dados normativos do GDS-15 (média e desvio-padrão) que apresentaram tanto médias menores quanto médias maiores que a encontrada na presente amostra. Em um estudo normativo realizado com idosos saudáveis em comunidade da Nova Zelândia, (Knight, McMahon, Green, & Skeaff, 2004), 268 indivíduos preencheram o GDS-15. Contrastando com os resultados encontrados no presente estudo, a pontuação média foi 1.28 com desvio padrão de 1.76. A média mais baixa encontrada neste estudo pode ser justificada pela presença de critério de exclusão para idosos com diagnóstico de depressão maior. Em um estudo normativo brasileiro de um instrumento neuropsicológico para memória (RAVLT), dados demográficos foram coletados, além da pontuação no GDS-15, para um grupo etário estratificado dos 65 aos 81 anos (Magalhães & Hamdan, 2010). Com 57 sujeitos, a média da pontuação foi de 2.0 com desvio padrão de 1.4. Nesse estudo ainda, as variáveis: idade média (70.7) e escolaridade média (9.0) foram similares às encontradas em nossa amostra; entretanto também havia o critério de exclusão “presença de distúrbios psiquiátricos diagnosticados”, justificando dessa forma, a média de pontuação também mais baixa que a encontrada no presente estudo. Em outras pesquisas em que os sujeitos com diagnóstico de depressão não foram excluídos, médias no GDS-15 discretamente mais altas foram relatadas.

Na *Figura 5* estão relacionadas as médias de pontuação no GDS-15 dos estudos realizados em âmbito de comunidade e de atenção primária, sendo que a última coluna representa a média encontrada no presente estudo. Em todos esses estudos as amostras contemplam idosos com e sem o diagnóstico de depressão.

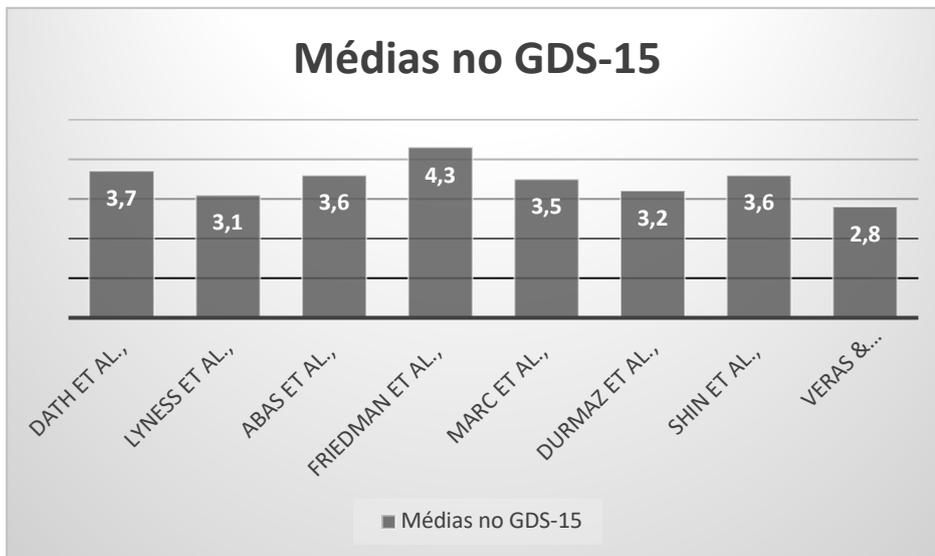


Figura 5. Médias no GDS-15 em estudos de comunidade e atenção primária

Por ser uma amostra independente e ativa, em um contexto mais específico, a média de pontuação no GDS-15 no presente estudo (Veras, Marques, Araujo & Charchat-Fichman, no prelo) foi discretamente mais baixa do que a dos outros estudos em contextos de comunidade e atenção primária. Quando observamos as médias de pontuação na escala relatadas em estudos de amostras psiquiátricas, com maior porcentagem de depressão diagnosticada, já percebemos um aumento considerável nessas médias. A *Figura 6* relaciona esses estudos e suas respectivas médias, além do presente estudo na última coluna, para termos de comparação apenas.

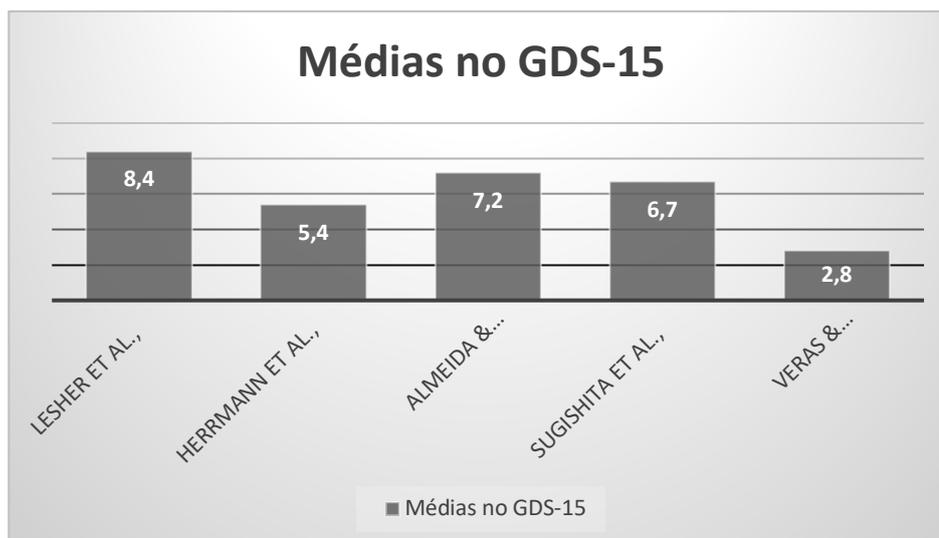


Figura 6. Médias no GDS-15 em estudos com pacientes psiquiátricos e a média do presente estudo.

Como dito anteriormente, foram encontrados poucos estudos normativos na literatura. A maioria tem um direcionamento maior para validação e acurácia diagnóstica a partir de um ponto de corte, visto que a depressão é considerada uma entidade clínica diagnóstica. No entanto, é possível perceber a diferente distribuição e presença de sintomas depressivos para além do que seriam as definições diagnósticas, uma vez que a presença de sintomas subsindrômicos já parece gerar impacto na qualidade de vida dos idosos (Buchtemann, 2012; Laborde-Lahoz et al, 2015 e Lyness et al, 1999). Nossa proposta ao trazer o cálculo do Z escore é descrever os sintomas de depressão como em um espectro, contínuo e quantitativo, observando e associando esses resultados com os pontos de corte relatados.

Traçando um paralelo entre pontos de corte e Z escore, ao se apresentar a distribuição utilizando o Z escore (*Tabela 9*) podemos observar que um Z de -1 está aproximadamente na pontuação 6 (Z -1,04) no GDS-15. Na literatura, a pontuação 5/6 na escala é o ponto de corte mais recomendado para se detectar depressão leve (Almeida & Almeida, 1999 e Paradela et al., 2005). Um Z de -2 (que corresponde a uma maior dispersão da amostra em relação à média) foi obtido a partir da pontuação 9 (Z -2,03) no GDS-15, caracterizando que os indivíduos que pontuaram escores iguais ou superiores a 9 (4,3% da amostra) se situaram no extremo *inferior da curva (cauda)* de acordo com a distribuição da amostra (ver *Figura 4*). Podemos relacionar esse achado com o que se observa na

literatura no que diz respeito a uma pontuação superior a 10 sugerindo depressão severa. (Borges & Dalmolin, 2012; Ferrari & Dalacorte, 2007; Nogueira, Rubin, Giacobbo, Gomes, & Neto, 2014)

Para examinar que fatores possuem relação com a pontuação no GDS-15, foram empregadas análises de correlações com as variáveis idade, escolaridade, funcionalidade e número de problemas de saúde; e associações em relação aos gêneros masculino e feminino e o escore no GDS-15.

Como resultado, foram encontradas correlações, ainda que fracas, entre a pontuação no GDS-15 e os anos de escolaridade, de forma que quanto maior a escolaridade, menor o nível de depressão. Além disso, tanto um maior número de problemas de saúde, quanto uma maior limitação funcional do idoso, contribuem para maior sintomatologia depressiva. Tal achado é condizente com os resultados encontrados na literatura (Roberts, Kaplan, Shema, & Strawbridge, 1997; Shoevers et al., 2000; Blazer, 2003; Barrantes-Monge, García-Mayo, Gutiérrez-Robledo & Miguel-Jaimes, 2007). Nesse contexto, há ainda estudos que apontam para uma relação de causa e efeito bidirecional entre declínio funcional e sintomas depressivos (Cole & Dendukuri, 2003; Ávila-Funes, Melano-Carranza, Payette, Amieva, 2007; Schillerstrom, Royall & Palmer, 2008). Os fatores correlacionados com o escore no GDS-15 e estudados na presente pesquisa (escolaridade, funcionalidade e número de problemas de saúde) configuram alguns dos fatores que geralmente são indicados na literatura como fatores de risco para depressão na faixa etária idosa (Asokan et al., 2018; Lampert & Ferreira, 2018; Oliveira et al., 2012; Pinho et al., 2009).

Com relação ao gênero, as mulheres apresentaram menos sintomas depressivos (M 2.77, DP 2.93) do que os homens (M 3.56, DP 3.58) nesta pesquisa; o que não é normalmente relatado na literatura. Entretanto, a maior presença de indivíduos do sexo feminino (89%) foi condizente com a tendência nacional, que demonstra uma feminilização da população idosa (Borges et al., 2013, Bretanha et al., 2015; Hoffmann, Ribeiro, Farnese, & Lima, 2010; Pinho et al., 2009). Ainda que muitos estudos considerem o sexo feminino como fator de risco para depressão (Cole & Dendukuri, 2003; Gullich, Duro, & Cesar 2016; Heun & Hein, 2005; Bretanha et al., 2015; Oliveira et al., 2012; Pinho et al., 2009), nesta pesquisa não foram encontradas diferenças entre os gêneros na pontuação do GDS-15. Os mesmos resultados foram relatados nos estudos de

Hoffman *et al.*, (2009) e Maciel e Guerra (2006). Cabe ressaltar que há uma grande disparidade entre o número de mulheres (N=418) e homens (N=50) em nossa amostra, o sexo masculino representa apenas 11% da amostra do presente estudo, o que, por sua vez, pode ter influenciado no resultado.

Em relação ao fator idade, também não se verificaram correlações com a presença de sintomas depressivos. Alguns estudos relataram o mesmo resultado (Bretanha *et al.*, 2015; Lampert & Ferreira, 2018; Lima *et al.*, 2017), enquanto outros indicam um aumento da prevalência de sintomas depressivos em idades mais avançadas (Borges *et al.*, 2013; Lima *et al.*, 2009; Pinho *et al.*, 2009). Uma possível explicação para tais resultados discrepantes pode se dar pela influência de outras variáveis concomitantemente a idade. Nesse sentido, já se verificou na literatura que se os idosos com idade mais avançada forem saudáveis, livres de incapacidades e limitações, seus níveis de depressão não se diferenciarão de idosos mais jovens (Roberts, Kaplan, Shema, & Strawbridge, 1997; Shoevers *et al.*, 2000).

Os sintomas depressivos na população idosa são de grande prevalência. A atual abordagem pragmática utilizada pelos Manuais Diagnósticos para se definir depressão clínica parte do princípio que há um continuum de severidade e prevalência desde uma simples tristeza à depressão clínica propriamente dita. No entanto, esse modelo preconiza o estabelecimento de balizadores caracterizando a depressão clínica, caso/não caso (Maj, 2011) Contrariamente, ao observarmos os sintomas como um continuum, sem dicotimizá-los, podemos contemplar tanto os quadros clínicos quanto os subclínicos, visto que as duas formas podem, igualmente, impactar a qualidade de vida dos sujeitos (Rodríguez, Nuevo, Chatterji & Ayuso-Mateos, 2012)

Normalmente, apenas quem sofre com depressão clínica é tratado. A viabilidade do uso do GDS-15 como rastreamento de sintomas depressivos, além da possibilidade do cálculo de Z score e os ganhos que isso traz em relação a localização de um paciente no espectro que caracteriza a sintomatologia depressiva é um grande benefício para a população idosa, não-clínica, que, ainda assim, tem a qualidade de vida afetada por sintomas subsindrômicos, geralmente desconsiderados quando abaixo de um ponto de corte.

Estudos já demonstram o impacto dos sintomas subsindrômicos na qualidade de vida dos idosos (Blazer *et al.*, 2003 e Chachamovich *et al.*, 2008)

Uma questão que se apresenta nessa conjuntura é se esses quadros subclínicos devem ou não ser tratados, já que eles impactam a qualidade de vida, muitas vezes da mesma forma que o transtorno depressivo maior (Lyness et al., 2006)

No estudo de Friedman *et al.* (2005), por exemplo, 28% da amostra (cognitivamente saudável e funcionalmente prejudicada) estava levemente ou moderadamente deprimida (um escore de 6 a 10 no GDS-15) e 4% estava severamente deprimida (escore de 11 a 15). No entanto, apenas 13% preencheram os critérios para episódio depressivo maior de acordo com a entrevista clínica padronizada MINI. Há um ‘gap’ de 19% de sujeitos que se sentem deprimidos, expressam a sintomatologia depressiva, mas provavelmente não serão tratados para depressão. Além disso, quem pontuou 4, por exemplo, abaixo do corte 5/6 também possui sintomatologia depressiva que pode estar gerando um impacto negativo em sua vida. É nesse contexto que devemos refletir se os quadros subclínicos não seriam passíveis da necessidade de tratamento psicoterapêutico e psiquiátrico, visto que eles afetam a qualidade de vida e contribuem para a ocorrência de um episódio depressivo maior.

Cabe ressaltar que o presente estudo apresenta algumas limitações. A primeira é que não foi possível contemplar todos os estudos que fazem menção ao GDS-15, em virtude do grande acervo literário sobre o tema. Além disso, o desenho transversal do estudo não nos permite um aprofundamento longitudinal necessário para que se possa estabelecer relações de causa e efeito entre as variáveis correlacionadas. Também não houve entrevista psiquiátrica estruturada com o objetivo de se diagnosticar clinicamente transtorno depressivo; uma vez que nosso objetivo foi apresentar as nuances de sintomas depressivos para além de um ponto de corte, apenas descrevendo as normas da amostra.

Para um estudo futuro poderia se considerar a utilização de um questionário padronizado para medir o impacto dos sintomas depressivos (clínicos e subclínicos) na qualidade de vida dos sujeitos, mantendo essa proposta de uma visão para além de um ponto de corte ou entidade diagnóstica. Esse quesito poderia ser analisado, por exemplo, através do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Assessment for Older Adults, ou outro instrumento igualmente adequado, para que mais associações possam ser feitas.

8 Conclusão

O envelhecimento populacional e a considerável porcentagem de idosos com sintomas depressivos são aspectos meritorios da atenção dos profissionais de saúde e das políticas públicas atuais. Já contamos com instrumentos de rastreio de sintomas depressivos para a depressão geriátrica que tiveram sua validade testada e assegurada, como é o caso do GDS-15.

Foram demonstradas, no presente estudo, as normas do GDS-15 em uma amostra de comunidade predominantemente saudável do ponto de vista cognitivo, ativa e funcionalmente independente. Pôde-se confirmar a hipótese inicial da pesquisa, de que a média de pontuação no GDS-15 no presente estudo seria mais baixa que a encontrada em outros estudos de comunidade e atenção primária. Isso se deve, provavelmente, à justamente essas particularidades da presente amostra.

Além disso, procurou-se enxergar a sintomatologia depressiva para além do ponto de corte ao se apresentar o Z score e entender a depressão em seu espectro contínuo. Modelos categóricos e dicotomizados tendem a subestimar a importância de condições subclínicas. Um grande acervo na literatura já demonstra impacto na qualidade de vida e piora da saúde global em quadros subsindrômicos. Uma abordagem mais dimensional elimina um ponto de corte arbitrário e flexibiliza os limites impostos para as doenças mentais (Rodriguez et al., 2012).

Ratifica-se a relevância do instrumento GDS-15 como rastreio de sintomatologia depressiva na população geriátrica e como uma forma de avaliar esse espectro de forma contínua, acolhendo portanto, quadros subclínicos.

Vale ressaltar que não é pretensão deste estudo que os resultados aqui apresentados sejam generalizados às diferentes realidades de populações idosas, visto que cada amostra possui suas singularidades.

O presente estudo, no entanto, foi bem-sucedido no sentido de expandir a normatização da GDS-15 para uma população como a de idosos da comunidade do Rio de Janeiro, com todas as suas peculiaridades. O conhecimento produzido pela presente pesquisa pode servir de subsídio futuro para aspectos clínicos, além de provocar mudanças úteis aos programas assistenciais de saúde e políticas públicas.

Referências Bibliográficas

Abas, M., Phillips, C., Carter, J., Walter, J., Banerjee, S., & Levy, R. (1998). Culturally sensitive validation of screening questionnaires for depression in older African-Caribbean people living in south London. *British Journal of Psychiatry*, 173(3), 249-254. doi:10.1192/bjp.173.3.249

Allgaier A.K., Kramer D., Mergl R., Fejtkova S., & Hegerl U. (2011). Validity of the Geriatric De- pression Scale in nursing home residents: Comparison of GDS-15, GDS-8, and GDS-4. [German] Validitat der Geriatrischen Depressionsskala bei Altenheimbewohnern: Vergleich von GDS-15, GDS-8 und GDS-4. *Psychiatrische. Praxis*, 38(6), 280–286. doi: [10.1055/s-0030-1266105](https://doi.org/10.1055/s-0030-1266105)

Almeida O. P., Almeida S. A. (1999^a) Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(2), 421- 426

Almeida O. P., Almeida S. A. (1999^b) 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. *Intern. Journ. Ger. Psych.*, 14(10), 858-65.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (5.ed.). Porto Alegre, RS: Artmed

Arthur A, Jagger C, Lindesay J, Graham C, Clarke M. (1999). Using an annual over-75 health check to screen for depression: validation of the short Geriatric Depression Scale (GDS15) within general practice. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 14(6), 431–439.

Araujo, V. C., Lima, C. M. B., Barbosa, E. N. B., Furtado, F. P., & Charchat-Fichman, H. (2018). Impact of age and schooling on performance on the Brief Cognitive Screening Battery: A study of elderly residents in the City of Rio de Janeiro, Brazil. *Psychology & Neuroscience*, 11(3), 317-328.

Ávila-Funes J. A., Melano-Carranza E., Payette H., & Amieva H. (2007). Síntomas depressivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Publica de Mexico*, 49, 367-375. doi: [10.1590/S0036-36342007000500007](https://doi.org/10.1590/S0036-36342007000500007)

Asokan, G., Awadhalla, M., Albalushi, A., al-Tamji, S., Juma, Z., Alasfoor, M., & Gayathripriya, N. (2018). The magnitude and correlates of geriatric depression using Geriatric Depression Scale (GDS-15) – a Bahrain perspective for the WHO 2017 campaign “Depression – let’s talk”. *Perspectives in Public Health*, 139(2), 79-87. doi: [10.1177/1757913918787844](https://doi.org/10.1177/1757913918787844)

Bae, J. N., Cho, M. J. (2004). Development of the Korean version of the Geriatric Depression Scale and its short form among elderly psychiatric patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 57(3), 297-305

Barrantes-Monge M, García-Mayo E. J, Gutiérrez-Robledo L. M, Miguel-Jaimes A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Publica Mex.*, 49(4), 459-66.

Batistoni, S. S. T.; Neri, A. L; Cupertino, A. P. F B. (2007). Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Rev. Saúde Pública*, 41(4), 598-605.

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory II*. San Antonio. TX: Psychological corporation.

Bijl D, Epid, Harm WJ. van Marwijk, Hermanz J. Adér, Aartjan T.F. Beekman & Marten de Haan (2006) Test-Characteristics of the GDS-15 in Screening for Major Depression in Elderly Patients in General Practice. *Clinical Gerontologist*, 29(1), 1-9, DOI: 10.1300/J018v29n01_01

Blank, K., Gruman, C., Robinson, J.T., (2004) Case-finding for depression in elderly people: balancing ease of administration with validity in varied treatment settings. *Journal of Gerontology & Medical Sciences*, 59(4), 378-84

Blazer D. (2003) Depression in late life: review and commentary. *Journal of Gerontology & Medical Sciences*. 58(3), 249–265. doi: [10.1093/gerona/58.3.m249](https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.m249)

Borges, D. T., & Dalmolin, B. M. (2012). Depressão em Idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 7(23), 75-82 doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(23\)381](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(23)381)

Borges, L. J., Benedetti, T. B., Xavier, A. J., & D'Orsi, E. (2013). Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: Estudo EpiFloripa. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 701-710. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003844>

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília : Ministério da Saúde, 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

Bretanha, A. F., Facchini, L. A., Nunes, B. P., Munhoz, T. N, Tomasi, E., & Thumé, E. (2015). Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 1-12. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>

Brink, T. A., Yevasage, J. A., Lum, O., Heersema, P., Adey, M. and Rose, T. L. (1982) Screening tests for geriatric depression. *Gerontologist* 1,37-44.

Broekman BF, Niti M, Nyunt MS, Ko SM, Kumar R, Ng TP. (2011). Validation of a brief seven-item response bias-free geriatric depression scale. *Am J Geriatr Psychiatry.*, 19(6), 589-96. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181f61ec9.

Büchtemann, D., Luppá, M., Bramesfeld, A., & Riedel-Heller, S. (2012). Incidence of late-life depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 172–179. doi: [10.1016/j.jad.2012.05.010](https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.010)

Burke, W. J., Roccaforte, W. H. & Wengel, S. P. (1991) The short form of the Geriatric Depression Scale: A comparison with the 30-item form. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 4(3), 173-178. <https://doi.org/10.1177/089198879100400310>

Castello M. S., Coelho-Filho J. M., Carvalho A.F., Lima, J. W. O., Noletto, J. C. S., Ribeiro, K. G., & Siqueira-Neto, J. I. (2010). Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. *International Psychogeriatrics* 22(1), 109–113. doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610209991219>

Casey, D. A. (2012). Depression in the elderly: A review and update. *Asia-Pacific Psychiatry*, 4(3), 160–167.

Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *Gerontologist*. 48(5), 593-602.

Chopra M. P., Zubritsky C., Knott K., Have T. T., Hadley T, Coyne J. C., & Oslin D. W. (2005). Importance of subsyndromal symptoms of depression in elderly patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(7), 597-606. doi:[10.1176/appi.ajgp.13.7.597](https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.7.597)

Cole M. G, Dendukuri N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 160(6), 1147-1156.

Craen, AJ., Heeren TJ, Gussekloo J. (2003). Accuracy of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) in a community sample of the oldest old. *Int J Geriatr Psychiatry.*;18(1), 63-6.

Cullum S., Tucker S., Todd C., Brayne C., (2006). Screening for depression in older medical inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry.*21(5), 469-476.

Dancey, C. P, Reidy, J. G, & Rowe, R. (2017). *Estatística sem Matemática para as Ciências da Saúde*. Porto Alegre: Penso.

D'Ath P., Katona P., Mullan E., Evans S., & Katona C. (1994). Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: the

acceptability and performance of the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) and the development of short versions. *Family Practice*, 11(3), 260–266. doi: [10.1093/fampra/11.3.260](https://doi.org/10.1093/fampra/11.3.260)

Dias, F. L. da C, Teixeira, A. L., Guimarães, H. C., Barbosa, M. T. Resende, E. de P. F., Beato, R. G, Carmona, K. C., & Caramelli, Paulo. (2017). Accuracy of the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) in a community-dwelling oldest-old sample: the Pietà Study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(4), 276-279. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0046>

Durmaz, B., Soysal, P., Ellidokuz, H., & Isik, A. T. (2018). Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults. *Northern clinics of Istanbul*, 5(3), 216–220. <https://doi.org/10.14744/nci.2017.85047>

Evans, S. and Katona, C. (1993) The epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. *Dementia* 4(6), 327-333.

Ferrari J. F., & Dalacorte, R. R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, 17(1), 3-8.

Friedman B, Heisel, M. J, Delavan, R. L. (2005). Psychometric properties of the 15-item geriatric depression scale in functionally impaired, cognitively intact, community-dwelling elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc.*, 53(9), 1570-1576.

Gullich, I., Duro, S. M. S., & Cesar, J. A. (2016). Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(4), 691-701. <https://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>

Herrmann, N., Mittmann, N., Silver, I. L., Shulman, K. I., Busto, U. A., Shear, N. H., & Naranjo, C. A. (1996). A validation study of the Geriatric Depression Scale short form. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(5), 457-460.

Heun R, Hein S. (2005). Risk factors of major depression in the elderly. *Eur Psychiatry.*, 20 (3), 199-204.

Hoffmann, E. J., Ribeiro, F, Farnese, M. J, & Lima, E. W. V. (2010). Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 190-197, 2010. doi: [10.1590/S0047-20852010000300004](https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300004)

IBM Corp. (2013). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Knight, R. G., McMahon, J., Green, T. J., & Skeaff, C. M. (2004). Some Normative and Psychometric Data for the Geriatric Depression Scale and the Cognitive Failures Questionnaire from a Sample of Healthy Older Persons. *New Zealand Journal of Psychology*, 33(3), 163-170.

Kok R. M. & Reynolds C. F. (2017). Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA*. 317(20), 2114–2122. doi:10.1001/jama.2017.5706

Küchemann, Berlindes Astrid. (2012). Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e Estado*, 27(1), 165-180. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>

Laborde-Lahoz, P., El-Gabalawy, R., Kinley, J., Kirwin, P., Sareen, J. & Pietrzak, R. (2015) Subsyndromal depression among older adults in the USA: prevalence, comorbidity, and risk for new-onset psychiatric disorders in late life. *Int J Geriatr Psychiatry*. 30(7): 677–685. Published online 2014 Oct 23. doi: 10.1002/gps.4204

Lampert, C. D. T. & Ferreira, V. R. T. (2018). Fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos. *Avaliação Psicológica*, 17(2), 205-212. <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1702.14022.06>

Lawton, M. P. & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186.

Leshner, E. L. & Berryhill, J. S. (1994) Validation of the Geriatric Depression Scale-short form among inpatients. *J. Clin. Psychol.* 50, 256-260.

Lima, C. M. B., Alves, H. V. Dias, M., Daniel C., Pereira, F. F., Fernandez, J. L., & Charchat-Fichman, H. (2017). Performance on cognitive tests, instrumental activities of daily living and depressive symptoms of a community-based sample of elderly adults in Rio de Janeiro, Brazil. *Dementia & Neuropsychologia*, 11(1), 54-61. <https://dx.doi.org/10.1590/1980-57642016dn11-010009>

Lima, M. T. da R., Silva, R. de S. e Ramos, L. R. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 1-7. <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852009000100001>

Lyness, J.M., (2008). Naturalistic outcomes of minor and subsyndromal depression in older primary care patients. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 23, 773–781. <https://doi.org/10.1002/gps.1982>.

Lyness, J. M., Heo, M., Datto, C. J., Have, Ten, T.R., Katz, I.R., Drayer, R., Reynolds, C.F., Alexopoulos, G.S., Bruce, M.L., (2006). Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Ann. Intern. Med.* 144(7), 496-504.

Lyness J. M., King D. A., Cox C., Yoediono Z., Caine E. D. (1999). The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability. *J Am Geriatr Soc.* 47(6), 647-52.

Lyness JM, Noel TK, Cox C, King DA, Conwell Y, Caine ED. (1997). Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. *Arch Intern Med.*, 157(4), 449-54.

Lyons, J. S., Strain, J. J., Hammer, J. S., Ackerman, A. D. & Fulop, G. (1989) Reliability, validity and temporal stability of the Geriatric Depression Scale in hospitalized elderly. *International Journal of Psychiatry in Medicine.* 19(2), 203-209. doi:[10.2190/nlg4-mc90-78e6-xv80](https://doi.org/10.2190/nlg4-mc90-78e6-xv80)

Maciel A. C. C., & Guerra R. O. (2006). Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(1), 26-33. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000100004>

Magalhães, S. S., & Hamdan, A. C. (2010). The Rey Auditory Verbal Learning Test: Normative data for the Brazilian population and analysis of the influence of demographic variables. *Psychology & Neuroscience*, 3(1), 85-91. <http://dx.doi.org/10.3922/j.psns.2010.1.011>

Maj, M. (2011). When does depression become a mental disorder? *Br J Psychiatry.* 199(2), 85-6. doi: 10.1192/bjp.bp.110.089094

Malakouti, SK; Fatollahi, P., Mirabzadeh, A., Salavati, M., Zandi, T. (2006). Reliability, validity and factor structure of the GDS-15 in Iranian elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 21(6), 588-593.

Marc, L.G., Raue, P.J., Bruce, M.L., (2008). Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 16, 914–921. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e318186bd67>.

Massart, R., Mongeau, R., & Lanfumey, L. (2012). Beyond the monoaminergic hypothesis: neuroplasticity and epigenetic changes in a transgenic mouse model of depression. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 367(1601), 2485–2494.

McGivney, S. A., Mulvihill, M. & Taylor, B. (1994). Validating the GDS depression screen in the nursing home. *Journal of The American Geriatrics Society*, 42(5), 490-492. doi: [10.1111/j.1532-5415.1994.tb04969.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1994.tb04969.x)

Mello-Santos, C., Bertolote, J. M., & Wang, Y. P. (2005). Epidemiology of suicide in Brazil (1980 – 2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 131-134. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000200011>

Mendes, C. K. T. T., Alves, M. do S. C. F., Silva, A. O. Paredes, M. A. S, & Rodrigues, T. P. (2012). Representações sociais de trabalhadores da atenção básica de saúde sobre envelhecimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(3), 148-155.

Miranda, G. M. D.; Mendes, A. da C. G.; Silva, A. L. A. da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatr. Gerontol.*, 19(3), 507-519.

Mulinari, S. (2012). Monoamine theories of depression: Historical impact on biomedical research. *J Hist Neurosci.*, 21(4), 366-92.

Nestler E.J. Epigenetic mechanisms of depression. (2014). *JAMA psychiatry*. 71(4), 454-456.

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Depression in adults: recognition and management*. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-Guidance#step-1-recognition-assessment-and-initial-management>. Acesso em 7 de setembro de 2018.

Nitrini R., Lefèvre B.H., Mathias S.C., Caramelli P., Carrilho P.E., Sauaia N., Massad E., Takiguti C., Silva, I. O., Porto, C. S., Magila, M. C., & Scaff, M. (1994). Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 52(4):457-465. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000400001>.

Nogueira, E. L., Rubin, L. L., Giacobbo, S. S., Gomes, I., & Neto, A. C., (2014). Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na estratégia saúde da família, Porto Alegre. *Revista de Saúde Pública*, 48(3), 368-377 doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004660>

Oliveira, M. F., Bezerra, V. P. Silva, A. O., Alves, M. S. C. F, Moreira, M. A. S. P., & Caldas, C. P. (2012). Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2191-2198. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800029>

Organização Mundial da Saúde. (1992). *CID-10*. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª rev. São Paulo.

Organização Mundial de Saúde. (2018). *CID-11*. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 11ª ver. São Paulo; 2018. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 7 de setembro de 2018

Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília, DF.

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Rio de Janeiro: Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6 . 2015. Acesso em 25 de agosto de 2018.

Organização Mundial de Saúde. (2017). *10 facts on ageing and health*. disponível em: <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/> Acesso em: 25 de agosto de 2018

Organização Mundial da Saúde. (2017) *Depression and Other Common Mental Health Disorders*. Retirado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organização das Nações Unidas. (2020). *A ONU e as Pessoas Idosas*. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>. Acesso em: 16 jan.2020.

Osborn D. P., Fletcher A. E., Smeeth L., Stirling, S., Bulpitt, C. J., Breeze, E., Ng, E. S., Nunes, M., Jones, D., & Tulloch, A. (2003). Factors associated with depression in a representative sample of 14,217 people aged 75 years and over in the United Kingdom: results from the MRC Trial of Assessment and Management of Older People in the Community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(7), 623–630. doi:[10.1002/gps.896](https://doi.org/10.1002/gps.896)

Paradela, E. M., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral [Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic]. *Revista de Saúde Pública*, 39(6) 918–923. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>

Papaioannou, E.S., Räihä, I., Kivelä, S.L. (2012). Self-neglect of the elderly. An overview. *Eur J Gen Pract.*, 18(3), 187-90. Doi: 10.3109/13814788.2012.688019.

Pfeffer R.I., Kurosaki T.T., Harrah C.H. Jr, Chance J.M., Filos S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol.*, 37, 323-329

Pinho, M. X., Custódio, O., & Makdisse, M. (2009). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: Revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(1), 123-140. doi:10.1590/1809-9823.2009120111

Pocklington C., Gilbody S., Manea L., & McMillan D. (2016). The diagnostic accuracy of brief versions of the Geriatric Depression Scale: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(8), 837-857. doi: [10.1002/gps.4407](https://doi.org/10.1002/gps.4407)

Portugal, M., Coutinho, E., Almeida, C., Barca, M., Knapskog, A., Engedal, K., & Laks, J. (2012). Validation of Montgomery-Åsberg Rating Scale and Cornell Scale for Depression in Dementia in Brazilian elderly patients. *International Psychogeriatrics*, 24(8), 1291-1298. doi:10.1017/S1041610211002250

Radloff, L. S., & Teri, L. (1986). Use of the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale with older adults. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 119–136. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_06

Roberts R. E., Kaplan G. A., Shema S. J., & Strawbridge W. J. (1997). Does growing old increase the risk for depression? *The American Journal of Psychiatry*, 154(10), 1384-1390. doi: [10.1176/ajp.154.10.1384](https://doi.org/10.1176/ajp.154.10.1384)

Robison J., Gruman C., Gaztambide S., & Blank K. (2002). Screening for depression in middle-aged and older puerto rican primary care patients. *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(1), M308–M314. doi: [10.1093/gerona/57.5.M308](https://doi.org/10.1093/gerona/57.5.M308)

Rodríguez, M. R., Nuevo, R., Chatterji, S., & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 12(1). doi:10.1186/1471-244x-12-181

Royall D. R., Schillerstrom J. E., Piper P. K., & Chiodo L. K. (2007). Depression and mortality in elders referred for geriatric psychiatry consultation. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(5), 318-21 doi:[10.1016/j.jamda.2006.12.018](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2006.12.018)

Schillerstrom J. E, Royall D. R, & Palmer R. F. (2008). Depression, disability and intermediate pathways: a review of longitudinal studies in elders. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 21(3), 183-197. doi: [10.1177/0891988708320971](https://doi.org/10.1177/0891988708320971)

Schoevers R. A., Beekman A. T., Deeg D. J., Geerlings M. I., Jonker C., & van Tilburg W. (2000). Risk factors for depression in later life: results of a prospective community based study (AMSTEL). *Journal of Affective Disorders*, 59(2), 127-137. doi:[10.1016/s0165-0327\(99\)00124-](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(99)00124-)

Shah, A. (2007). The relationship between suicide rates and age: an analysis of multinational data from the World Health Organization. *International Psychogeriatrics*, 19(6), 1141-1152. doi:[10.1017/S1041610207005285](https://doi.org/10.1017/S1041610207005285)

Sheikh J. I., & Yesavage J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165-173. doi: https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09

Shin, C., Park, M. H., Lee, S. H., Ko, Y. H., Kim, Y. K., Han, K., (2019). Usefulness of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) for classifying minor and major depressive disorders among community-dwelling elders. *Journal of Affective Disorders*, 259, 370-375. doi: [10.1016/j.jad.2019.08.053](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.053).

Sugishita, K., Sugishita, M., Hemmi, I., Asada, T., & Tanigawa, T. (2016). A Validity and Reliability Study of the Japanese Version of the Geriatric Depression Scale 15 (GDS-15-J). *Clinical Gerontologist*, 40(4), 233–240. doi: [10.1080/07317115.2016.1199452](https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1199452)

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019: Ten Key Findings.

van Marwijk, H. W., Wallace, P., de Bock, G. H., Hermans, J., Kaptein, A. A., & Mulder, J. D. (1995). Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *The British Journal of General Practice:: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 45(393), 195–199

Veras, C., Marques, L., Araujo, V., & Charchat-Fichman, H. (no prelo). Estudo Normativo da Escala de Depressão Geriátrica em Amostra de Idosos no Rio de Janeiro. *Neuropsicologia Latinoamericana*.

Wang, Yuan-Pang, & Gorenstein, Clarice. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 35(4), 416-431. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. doi: [10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Anexo 1

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS

Responda SIM ou NÃO para cada pergunta escolhendo a melhor resposta sobre como se sentiu na semana passada.

	Sim	Não
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?		*
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	*	
3. Sente que sua vida está vazia?	*	
4. Você se aborrece com frequência?	*	
5. Se sente de bom humor a maior parte do tempo?		*
6. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer?	*	
7. Sente-se feliz na maior parte do tempo?		*
8. Você sente que sua situação não tem saída?	*	
9. Prefere ficar em casa em vez de sair em fazer coisas novas?	*	
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	*	
11. Acha maravilhoso estar vivo?		*
12. Sente-se inútil nas atuais circunstâncias?	*	
13. Sente-se cheio de energia?		*
14. Acha que sua situação é sem esperança?	*	
15. Acha que os outros estão melhores que você?	*	
ESCORE TOTAL		

Anexo 2

ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA – LAWTON

Itens / Opções	Pac.	Acomp.
1. Telefone		
- capaz de ver os números, discar, receber e fazer ligações sem ajuda	(3)	(3)
- capaz de responder o telefone, mas necessita de um telefone especial ou de ajuda para encontrar os números ou para discar	(2)	(2)
-completamente incapaz no uso do telefone	(1)	(1)
2. Viagens		
- capaz de dirigir seu próprio carro ou viajar sozinho de ônibus ou táxi	(3)	(3)
-capaz de viajar exclusivamente acompanhado	(2)	(2)
-completamente incapaz de viajar	(1)	(1)
3. Compras		
- capaz de fazer compras, se fornecido transporte	(3)	(3)
-capaz de fazer compras, exclusivamente acompanhado	(2)	(2)
-completamente incapaz de fazer compras	(1)	(1)
4. Preparo de refeições		
- capaz de planejar a cozinhar refeições completas	(3)	(3)
-capaz de preparar pequenas refeições, mas incapaz de cozinhar refeições completas sozinho	(2)	(2)
-completamente incapaz de preparar qualquer refeição	(1)	(1)
5. Trabalho doméstico		
- capaz de realizar trabalho doméstico pesado (como esfregar o chão)	(3)	(3)
- capaz de realizar trabalho doméstico leve, mas necessita de ajuda nas tarefas pesadas	(2)	(2)
- completamente incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico	(1)	(1)
6. Medicações		
-capaz de tomar os remédios na dose certa e na hora certa	(3)	(3)
-capaz de tomar remédios, mas necessita de lembretes ou de alguém que os prepare	(2)	(2)
-completamente incapaz de tomar remédios sozinho	(1)	(1)
7. Dinheiro		
-capaz de administrar necessidades de compra, preencher cheques e pagar contas	(3)	(3)
-capaz de administrar necessidades de compra diária, mas necessita de ajuda com cheques e no pagamento de contas	(2)	(2)
-completamente incapaz de administrar dinheiro	(1)	(1)
Resultado		

Pontuação: < 5 dependência total, entre 5 e 20 dependência parcial, 21 independência