

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO EM IDOSOS¹

EVALUATION LEVELS FOR DEPRESSION IN THE ELDERLY

ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN MAYORES

Cenir Gonçalves Tier²
Silvana Sidney Costa Santos³
Marlene Teda Pelzer³
Michelle Salum Bulhosa⁴

A depressão é uma doença com importantes repercussões sociais e individuais, devido ao fato de afetar não somente o convívio social, mas impossibilitar uma rotina de vida satisfatória e o risco inerente de morbidade e cronicidade, notadamente para idosos. Este é um estudo de revisão bibliográfica, cujo objetivo foi conhecer algumas das escalas de transtornos depressivos aplicadas ao idoso. Foram analisadas: a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton; a Escala de Depressão Abreviada de Zung; o Inventário de Beck, a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage. Algumas delas foram utilizadas em trabalhos elaborados/aplicados por enfermeiros. Todas se mostraram importantes na verificação de sinais e sintomas de transtornos depressivos, durante a avaliação multidimensional do idoso, direcionando a intervenções mais adequadas para amenizar ou até recuperar a saúde mental do idoso, mediante ações de enfermagem/saúde que possam ser implementadas.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Depressão. Envelhecimento.

Depression is a disease with important social and individual repercussions. This is due to the fact that it affects not only social interaction, but it also impedes a satisfactory life routine, while presenting an inherit risk of mortality, especially for the elderly. This is a literature review, with the objective of studying levels of depression problems in the elderly. The study analyzed Hamilton's Depression Assessment Scale, Zung's Depression Scale, Beck's inventory, and Yesavage's Geriatric Depression Scale. The nurses utilized some of these scales in the studies. All of the scales proved to be relevant in the verification of signals and symptoms of depression problems during the multidimensional evaluation of the elderly. This helped to indicate more adequate treatment interventions to minimize or recover the mental health of the elderly by means of nursing/health procedures possible to implement.

KEY WORDS: Elderly. Depression. Aging.

La depresión es una enfermedad con importantes repercusiones sociales e individuales, notadamente para los mayores, debido al hecho de afectar no solo el convivio social e impossibilitar una rutina de vida satisfatória, sino también, el riesgo inherente de morbilidad y cronicidad. Estudio de revisión bibliográfica, cuyo objetivo fue conocer algunas escalas de transtornos depresivos aplicados al mayor. Fueron analizadas: la Escala de Evaluación de Depresión de Hamilton; la Escala de Depresión Abreviada de Zung; el Inventario de Beck, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Algunas de ellas fueron utilizadas en trabajos elaborados y aplicados por enfermeros. Todas se mostraron

¹ Trabalho final da disciplina Tópicos Especiais - Cuidado ao Idoso/família na Enfermagem/Saúde. Mestrado em Enfermagem. Fundação Universidade Federal do Rio Grande (UFRGS/RS).

² Enfermeira. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (UFRGS/RS). cgtier@hotmail.com

³ Enfermeiras. Doutoradas em Enfermagem. Professoras do Departamento de Enfermagem e do Mestrado em Enfermagem da UFRGS/RS.

⁴ Enfermeira. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFRGS/RS. Bolsista da CAPES.

importantes en la verificación de señales y síntomas de trastornos depresivos durante la evaluación multidimensional del mayor, direccionando las intervenciones más adecuadas para amenizar, o hasta recuperar la salud mental del mayor, mediante acciones de enfermería/salud que puedan implementarse.

PALABRAS CLAVE: Mayor. Depresión. Envejecimiento.

INTRODUÇÃO

Quando se leva em consideração os diferentes enfoques sobre o envelhecimento, existe conformidade de que este não é um processo homogêneo. Cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma particular, considerando sua história e todos os aspectos estruturais de gênero, classe e etnia a ela relacionada, como educação, saúde e condições econômicas (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2002). Entretanto, para Rosa (1993), quando se leva em consideração apenas o aspecto cronológico, percebe-se o envelhecimento como um processo evolutivo. O estado de velhice, certamente, está correlacionado às condições de vida que o indivíduo enfrenta (KAWAMOTO; SANTOS; MATOS, 1995).

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, onde há modificações funcionais, bioquímicas, morfológicas e psicológicas que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (CARVALHO FILHO; ALENCAR, 1994).

O campo de investigação sobre o envelhecimento apresenta uma tendência predominante em sua abordagem, que o coloca em difícil relação com o processo de doença e de morte, dificultando sua análise de maneira diferenciada e que também possa favorecer sua associação com a saúde e a qualidade de vida (BASSIT, 2002).

Com o processo do envelhecimento ocorrem alguns problemas considerados típicos da velhice, denominados os *Gigantes da Geriatria*, os quais são: incontinência urinária, instabilidade postural e quedas, imobilidade, demência, *delirium* e depressão (SANTOS, 2003).

No que se refere à depressão, esta é uma doença com importantes repercussões sociais e individuais, devido ao fato de afetar não somente o convívio social, mas impossibilitar uma rotina de vida satisfatória e o risco inerente de morbidade e cronicidade. Também pode ser considerada uma doença potencialmente fatal, uma vez que há possibilidade de suicídio em 15% dos casos (CARVALHO; FERNANDEZ, 1996).

O termo depressão já era usado em dicionários médicos em 1860, referindo-se à diminuição do ânimo da pessoa que sofria de uma doença. No final do século XX, a depressão tornou-se sinônimo de melancolia e, em geral, referia-se a um sintoma (BERRIOS, 1988).

A depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, de natureza multifatorial, envolvendo aspectos de ordem biológica, psicológica e social. Nos idosos, particularmente, a depressão pode ser caracterizada pela apatia e por uma perda de interesse pelas atividades habituais, ao contrário dos quadros identificados nos jovens, que são caracteristicamente marcados por tristeza (SANTOS, 1997).

Dessa maneira, as principais categorias de sintomas depressivos são:

- a) o humor - que inclui tristeza, perda de interesse e/ou prazer, crises de choro, variação diurna do humor (esta última, às vezes, classificada na categoria de sintomas vegetativos). Essa categoria de sintomas é essencial para o diagnóstico de depressão;
- b) vegetativos ou somáticos - inclui alterações no sono (insônia ou hipersonia), no apetite e no peso; há perda de libido, obstipação e fadiga;

- c) motores – inclui inibição ou retardo, agitação (mais em idosos), inquietação;
- d) sociais – inclui apatia, isolamento, incapacitação para o desempenho das tarefas cotidianas;
- e) cognitivos – inclui desesperança, desamparo, ideias de culpa (que podem chegar a delírios de culpa em depressões psicóticas) e de suicídio, indecisão, perda de *insight*, isto é, do reconhecimento de que está doente;
- f) ansiedade – inclui ansiedade psíquica, somática e fóbica (esta última em poucas escalas);
- g) irritabilidade – inclui hostilidade, auto e hetero-dirigida. A autoagressão associa-se com o risco de suicídio. Outros autores consideram a irritabilidade na categoria de alteração do humor (THOMPSON, 1989).

A indicação ou o diagnóstico de transtornos depressivos é realizado pela história clínica, avaliação da presença e tempo de permanência dos sinais e sintomas descritos anteriormente, além da aplicação de escalas específicas. Assim, existem diversas escalas que contribuem na avaliação das questões afetivas e são utilizadas na avaliação multidimensional do idoso, entre as quais pode-se destacar a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAMILTON, 1960); Escala de Depressão Abreviada de Zung (ZUNG, 1965, 1972); Inventário de Beck (BECK et al., 1961); Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (YESAVAGE, 1982), entre outras. É objetivo deste estudo conhecer algumas das escalas de transtornos depressivos aplicadas ao idoso.

ESCALAS DE DEPRESSÃO

As escalas de avaliação da depressão servem como recurso necessário e bem-vindo ao processo de investigação da depressão em idosos, pois a avaliação dos sintomas é, de fato, muito importante tanto na fase do diagnóstico em si, como no acompanhamento e na mensuração mais objetiva das intervenções terapêuticas instituídas no processo (GORDILHO, 2002).

A avaliação dos sintomas é muito importante não só no sentido do acompanhamento ou da

evolução da resposta em estudos sobre a eficácia das ações terapêuticas, mas também porque tal avaliação, no caso da depressão, é imprescindível para a elaboração do diagnóstico, por mais operacionalizados que estejam os critérios presentes no DSM-IV (APA, 1994) ou na CID-10 (CLASSIFICAÇÃO..., 1993).

Pode-se contar com inúmeras escalas da avaliação de depressão, entre as quais estão as de autoavaliação (aquelas que são aplicadas por observadores); as mistas (autoavaliação e observador); e as de avaliação global. Essas escalas requerem julgamentos do próprio paciente, de alguém que o conheça bem ou de um observador profissional (CALIL; PIRES, 1998). Nesta reflexão teórica, entende-se que as escalas que se aplicam aos idosos brasileiros e de baixa renda são, em sua maioria, aplicadas por um observador, por meio da técnica da entrevista.

Dessa maneira, as escalas de avaliação da depressão ajudam na avaliação dos sintomas e na elaboração do próprio diagnóstico, além de auxiliarem o acompanhamento do idoso e o resultado do tratamento.

Na população idosa, os quadros depressivos apresentam características clínicas e características próprias dessa faixa etária. Ocorre uma diminuição da resposta emocional (erosão afetiva), acarretando predomínio de sintomas como: diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminação sobre o passado e perda de energia (GAZALLE et al., 2004).

Percebe-se através da aplicação das escalas de avaliação, a contribuição que elas podem trazer para a área da geriatria, especialmente para idosos residentes em Instituição de Longa Permanência. Entre os problemas afetivos, a depressão é o distúrbio mais comum na idade avançada (SMELTZER; BARE, 2004).

As escalas de depressão diferem quanto à abrangência das diferentes categorias de sintomas associados ao humor depressivo, tais como: cognitivos, vegetativos ou somáticos, ansiosos e psicomotores, bem como na sensibilidade às mudanças do quadro clínico, relevantes para o acompanhamento da eficácia das diversas modalidades terapêuticas (CALIL; PIRES, 1998).

O Quadro 1 mostra os itens e o escore total da Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D):

Itens	Escore Total
1. Humor depressivo	0-4
2. Sentimento de culpa	0-4
3. Suicídio	0-4
4. Insônia inicial	0-2
5. Insônia intermediária	0-2
6. Insônia tardia	0-2
7. Trabalho e atividades	0-4
8. Retardo	0-4
9. Agitação	0-4
10. Ansiedade psíquica	0-4
11. Ansiedade somática	0-4
12. Sintomas somáticos gastrointestinais	0-2
13. Sintomas somáticos gerais	0-2
14. Sintomas genitais	0-2
15. Hipocondria	0-4
16. Alteração de peso	0-2
17. Crítica	0-2
18. Variação diurna	0-2
19. Despersonalização e desrealização	0-4
20. Sintomas paranoides	0-4
21. Sintomas obsessivos e compulsivos	0-4

QUADRO I
ESCALA DE AVALIAÇÃO PARA DEPRESSÃO DE HAMILTON (HAM-D)
Fonte: Hamilton (1960).

A Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton é uma das mais utilizadas mundialmente e, provavelmente, a mais importante, considerando o número de outras escalas que nada mais são do que modificações desta (CALIL; PIRES, 1998).

TABELA I
ESCALA DE DEPRESSÃO ABREVIADA DE ZUNG

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

Fonte: Zung (1965, 1972).

Foram identificados, originalmente, vinte e um itens, mas concluiu-se que a avaliação da depressão deveria incluir somente dezessete deles, cuja gravidade é anotada em escalas de 3 ou 5 pontos, isso porque os outros quatro itens (variação diurna do humor, desrealização, sintomas paranoides e sintomas obsessivos), embora sejam de interesse para a pesquisa, são sintomas que ocorrem com menor frequência e nem sempre correspondem a maior gravidade do quadro depressivo. Dessa forma, a variação diurna do humor, ou seja, a piora dos sintomas depressivos pela manhã, é uma característica que pode auxiliar na realização do diagnóstico de depressão do tipo melancólica.

O autor não forneceu pontos de corte para o escore total (máximo = 50 para 17 itens), indicativos dos graus de gravidade da depressão: leve, moderada, grave. Apesar disso, tem havido consenso de que escores maiores do que 25 indicam depressão grave; escores de 18 a 24 representam a faixa de depressão moderada; escores de 7 a 17 indicam depressão leve; e escores menores que 7 definem remissão do quadro ou ausência de depressão (ENDICOTT, 1981).

No período da busca da aplicação desta escala por trabalhos científicos elaborados por enfermeiros, verificou-se que não foram encontrados trabalhos que a tivessem utilizado. A Tabela 1 exibe as características e períodos da Escala de Depressão Abreviada de Zung:

A Escala de Depressão Abreviada de Zung (1965, 1972) foi construída com base em critérios diagnósticos mais comumente utilizados para caracterizar os transtornos depressivos. Surgiu nos Estados Unidos, desenvolvida por Zung e colaboradores, que impulsionaram a melhora da qualidade dos diagnósticos, como também maior fidelidade no acompanhamento clínico dos idosos com suspeita de depressão. Nessa Escala, os escores são submetidos a um cálculo, em que o numerador T representa o total de pontos obtidos na avaliação, e os resultados acima de 70 são considerados como próprios dos quadros depressivos (CORRÊA, 1996). Para esta escala, existem quatro categorias de resposta com valores numéricos de 1 a 4, que significam: poucas vezes, algumas vezes, bastante vezes, quase sempre.

Na Enfermagem esta escala tem sido utilizada em trabalhos voltados aos idosos. Foi utilizada por Santos (1997), que verificou sua importância na avaliação psicossocial de um idoso, pois, ao utilizá-la a autora teve condições de avaliar o estado emocional dele, identificando também diagnósticos de

enfermagem com base em sua aplicação e destacando a necessidade de tal instrumento durante o cuidado domiciliar direcionado ao idoso.

Foi utilizada por Fernandez (2003) em cuidadores familiares de idosos dependentes. As cuidadoras que alcançaram escores de 10 a 19 foram categorizadas como portadoras de depressão leve; as que apresentaram escore de 20 a 23, como portadoras de depressão moderada; as cuidadoras com escores de 34 a 40, como portadoras de depressão acentuada.

Também foi utilizada por Andrade et al. (2005), quando identificaram sete idosos como depressivos, em um grupo de 41 idosos investigados, residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP). Perceberam que, após aplicação da Escala de Depressão Abreviada de Zung, este resultado coincidiu com valores apresentados por Correa (1996), que também encontrou percentuais variantes de 10 a 20% de idosos depressivos, residentes em Instituições de Longa Permanência.

O Quadro 2 apresenta o Inventário de Depressão Beck (BDI):

1. 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado às vezes.
2 Eu me sinto culpado a maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2. Estou enjoado de mim.
3. Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
 1 Tenho ideia de me matar, mas não às executaria.
 2 Gostaria de me matar.
 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.
 1 Choro mais agora do que costumava.
 2 Agora, choro o tempo todo.
 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
 2 Atualmente me sinto o tempo todo.
 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
 3 perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
 3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado do que de hábito.
 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
 2 Meu apetite está muito pior agora.
 3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
 1 Perdi mais de 2,5 kg.
 2 Perdi mais de 5,0 kg.
 3 Perdi mais de 7,5kg.
- Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos:
 SIM () NÃO ()
20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

QUADRO 2
INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO BECK (BDI)

Fonte: Beck et al. (1961).

O Inventário de Depressão de Beck – BDI (1961) consiste em 21 itens, cada um com quatro opções de resposta em forma de afirmações, ordenadas de acordo com a gravidade. A pessoa que responde seleciona aquela que melhor se ajusta à forma que se sente no momento.

A avaliação global do BDI é realizada por meio da soma dos números ao lado das perguntas, conferidos aos itens selecionados pelo respondente. O item da perda proposital de peso (item 19) não é computado. Uma soma de 0-9 é considerada Normal; 10-15 sugere a existência de uma Depressão Leve; 16-23, uma Depressão Moderada; e 24 ou mais pontos, de Depressão Severa.

Vasconcelos (2003), que utilizou Escala de Avaliação da Depressão de Beck, teve como objetivo investigar a relevância do cuidado de Enfermagem com visão holográfica, incluindo o uso da Terapia Floral de Bach em idosas deprimidas que se encontravam com depressão, segundo diagnóstico

médico, baseado no DSM IV. As respostas dadas à escala BDI mostraram que as idosas investigadas tinham depressão severa, além de estarem passando por momentos estressantes na vida. Esta escala mostrou-se importante no estudo realizado.

A Escala Beck foi validada por um grupo de pesquisadores que realizaram um trabalho com 266 pacientes psiquiátricos hospitalizados e ambulatoriais. Sua validação ocorreu comparando-se com a escala de Hamilton, mostrando-se a BDI mais eficaz. Foi testada em pacientes de conduta suicida e alcoolismo.

Assim, a Escala BDI tem validade e confiabilidade que vão de moderada à boa. Não obstante a maioria das provas terem sido realizadas em população psiquiátrica sabe-se que a precisão de uma escala depende da motivação dos sujeitos para assinalar seu estado emocional de forma clara (BROWLING, 1994).

O Quadro 3 expõe os itens com questões fechadas da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage:

	SIM	NÃO
1. Você está satisfeito com sua vida?	[] 0	[] 1
2. Abandonou muito de seus interesses e atividades?	[] 1	[] 0
3. Sente que sua vida está vazia?	[] 1	[] 0
4. Sente-se frequentemente aborrecido?	[] 1	[] 0
5. Você tem muita fé no futuro?	[] 0	[] 1
6. Tem pensamentos negativos?	[] 1	[] 0
7. Na maioria do tempo está de bom humor?	[] 0	[] 1
8. Tem medo que algo de mal vá lhe acontecer?	[] 1	[] 0
9. Sente-se feliz na maioria do tempo?	[] 0	[] 1
10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado?	[] 1	[] 0
11. Sente-se frequentemente intranquilo?	[] 1	[] 0
12. Prefere ficar em casa em vez de sair?	[] 1	[] 0
13. Preocupa-se muito com o futuro?	[] 1	[] 0
14. Acha que tem mais problema de memória que os outros?	[] 1	[] 0
15. Acha bom estar vivo?	[] 0	[] 1
16. Fica frequentemente triste?	[] 1	[] 0
17. Sente-se inútil?	[] 1	[] 0
18. Preocupa-se muito com o passado?	[] 1	[] 0
19. Acha a vida muito interessante?	[] 0	[] 1
20. Para você é difícil começar novos projetos?	[] 1	[] 0
21. Sente-se cheio de energia?	[] 0	[] 1
22. Sente-se sem esperança?	[] 1	[] 0
23. Acha que os outros têm mais sorte que você?	[] 1	[] 0
24. Preocupa-se com coisas sem importância?	[] 1	[] 0

	SIM	NÃO
25. Sente frequentemente vontade de chorar?	[] 1	[] 0
26. É difícil para você concentrar-se?	[] 1	[] 0
27. Sente-se bem ao despertar?	[] 0	[] 1
28. Prefere evitar as reuniões sociais?	[] 1	[] 0
29. É fácil para você tomar decisões?	[] 0	[] 1
30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente?	[] 0	[] 1

QUADRO 3

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Fonte: Yesavage (1982).

A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, versão ampliada, consiste em 30 itens com questões fechadas: “sim ou não”. Sua pontuação total é de 30 e pontuações maiores ou iguais a 11 são indicativas de transtorno afetivo (REICHEL *et al.*, 2001).

Essa escala foi utilizada em idosos residentes numa Instituição de Longa Permanência, no sul do Rio Grande do Sul, fazendo parte de um instrumento de avaliação multidimensional do idoso, apresentado-se eficaz aos objetivos do estudo proposto (SANTOS, 2005).

Tier (2006) também utilizou essa escala em pesquisa que envolveu cinquenta e cinco idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP) e identificou vinte e seis idosos com transtornos depressivos; desses, dezoito foram mulheres e oito homens. Tal Escala mostrou-se eficaz ao alcance dos objetivos propostos e direcionou a elaboração de propostas de ações de enfermagem/saúde, para contribuir na melhoria da qualidade de vida dos idosos investigados.

CONCLUSÃO

Pode-se considerar a importância e a necessidade da aplicação das escalas de depressão em idosos, pois, a avaliação dos sinais e sintomas e o uso das escalas possibilitam realizar acompanhamento ao idoso e intervir de modo que ocorra a amenização ou recuperação da sua saúde mental, por meio das ações de enfermagem/saúde que possam ser implementadas, sem perder de vista o diagnóstico clínico.

Desse modo, para a avaliação da depressão em idosos, é preciso ter conhecimento dos múltiplos fatores que podem tê-lo conduzido à depressão apresentada, não perdendo de vista sua singularidade, pois o idoso, assim como todos os seres humanos, necessita ser visto em sua totalidade, com suas características e vivências.

Percebe-se que, devido à existência de várias escalas de avaliação da depressão, necessita-se buscar a validade e a confiabilidade, para que ocorra um trabalho com eficiência e se obtenha resultados cabíveis, buscando-se a melhoria da qualidade de vida dos idosos que estão no início da depressão, assim como daqueles que já estão deprimidos.

Neste trabalho sobre escalas de avaliação de depressão foram realizadas análise das seguintes escalas: Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton; Escala de Depressão Abreviada de Zung; Escala de Montgomery-Asberg de Depressão (MADRS); Inventário de Beck; Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage. Algumas dessas escalas já foram utilizadas em trabalhos científicos realizados por enfermeiras e puderam ser aplicadas nos maiores de 60 anos. Este estudo contribuiu para que se obtivesse maior conhecimento sobre possíveis formas de avaliação de depressão, bem como conhecer algumas das escalas existentes e ter condições de escolha, quando da sua utilização.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.C.A. de et al. Depressão identificada em idosos residentes numa instituição de longa permanên-

- cia (ILP): proposta de ação de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 57-66, abr. 2005.
- APA – ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- BASSIT, A.Z. Histórias de mulheres: reflexões sobre a saúde e envelhecimento. In: MINAYO, M.C.E.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 175-189.
- BECK, A.T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of general psychiatry**, London, v. 4, p. 561-571, 1961.
- BERRIOS, G.E. Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. **Br. j. Psychiatry**, Canadá, v. 153, p. 298-304, 1988.
- BROWLING, A. **La medida de la salud revision des las escalas de medida de la calidad de vida**. Barcelona: Masson, 1994.
- CALIL, H.M.; PIRES, M.L. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, ed. Esp., p. 240-244, 1998.
- CARVALHO, V.F.C.; FERNANDEZ, M.E.D. Depressão no idoso. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 160-173.
- CARVALHO FILHO, E.T.; ALENCAR, Y.M.G. Teorias do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALEO NETO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1994. p. 1-8.
- CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO: CID-10: **Discrições clínicas e diretrizes diagnósticas** – Coordenação organizadora mundial da saúde. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- CORRÊA, A.C.O. **Envelhecimento: depressão e doenças de Alzheimer**. Belo Horizonte: Health, 1996.
- ENDICOTT, J. et al. Hamilton depression rating scale. **Archives of General Psychiatry**, London, v. 38, p. 98-103, 1981.
- FERNANDEZ, M.G.M. **Tensão do cuidador familiar de idosos dependentes**. Análise conceitual. 2003. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003.
- GAZALLE, F.K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Re-vista Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 365-371, jun. 2004.
- GORDILHO, A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 204-215.
- HAMILTON, M. A rating scale for depression. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**, London, v. 23, p. 56-62, 1960.
- KAWAMOTO, E.E.; SANTOS, N.C.H.; MATOS, T.M. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.
- MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. Entre a liberdade e dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: _____. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 11-24.
- LEVY, S. M. Avaliação multidimensional do paciente idoso. In: GALLO, J. J. et al. **Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001. cap. 2, p. 15-24.
- REICHEL, M.D. et al. Assistência do idoso. Aspecto clínico do envelhecimento. In: AVALIAÇÃO multidimensional do paciente idoso. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- ROSA, M. **Psicologia evolutiva**. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1993. p. 75-79.
- SANTOS, S.C.S. **O perfil de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência: ações de enfermagem/saúde**. Edital Universal. Projeto de pesquisa em andamento. Mestrado em Enfermagem. Fundação Universidade Federal do Rio Grande (UFRGS). Rio Grande/RS, 2005.
- SANTOS, S.S.C. **O cuidar da pessoa idosa no âmbito domiciliar: uma relação de ajuda na enfermagem**. 1997. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1997.
- _____. **O ensino da enfermagem Gerontogerítrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da complexidade de Edgar Morin**. Florianópolis: UFSC, 2003. Série Teses em Enfermagem, n. 44.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. v. 1.
- THOMPSON, C. Affective disorders. In: THOMPSON C. (Ed.). **The instruments of psychiatric research**. London: John Wiley e Sons, 1989. p. 87-126.
- TIER, C.G. **Depressão em idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP): identificação e ações de Enfermagem e Saúde**. 2006. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa

de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006.

VASCONCELOS, E.M.R. de. **Cuidado de enfermagem, com visão holográfica, na abordagem de idosos deprimidas, utilizando a Terapia Floral de Bach.** 2003. 267 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

ZUNG, W.W.K. A self rating depression scale. **Archives of General Psychiatry**, London, n. 12, p. 63-70, 1965.

ZUNG, W.W.K. The depression status inventory: an adjunct to the self rating depression scale. **Journal of Clinical Psychology**, Canadá, v. 28, p. 539-543, 1972.

YESAVAGE, J.A. Degree of dementia and improvement with memory training. **Clinical Gerontologist**, London, v. 1, p. 77-81, 1982.