

PUCRS

INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

ALINE ZUARDI MAIA

**AVALIAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA E DO INVENTÁRIO DE
DEPRESSÃO DE BECK COMO INSTRUMENTOS DE CARACTERIZAÇÃO DA
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM LONGEVOS**

Porto Alegre
2017

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

**AVALIAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA E DO INVENTÁRIO
DE DEPRESSÃO DE BECK COMO INSTRUMENTOS DE CARACTERIZAÇÃO DA
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM LONGEVOS**

Dissertação de mestrado apresentada à Banca do Instituto de Geriatria e Gerontologia como requisito para obtenção do título de Mestre em cumprimento às exigências do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós

PORTO ALEGRE
JANEIRO 2017

Ficha Catalográfica

M217a Maia, Aline Zuardi

Avaliação da Escala de Depressão Geriátrica e do Inventário de Depressão de Beck como instrumentos de caracterização da sintomatologia depressiva em longevos / Aline Zuardi Maia . – 2017.

77 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós.

1. Depressão. 2. Idoso. 3. Longevo. 4. Diagnóstico. 5. GSD-15; BDI-II; M.I.N.I.
I. Bós, Ângelo José Gonçalves. II. Título.

ALINE ZUARDI MAIA

**AVALIAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA E DO INVENTÁRIO
DE DEPRESSÃO DE BECK COMO INSTRUMENTOS DE CARACTERIZAÇÃO DA
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM LONGEVOS**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca do Instituto de Geriatria e Gerontologia como requisito para obtenção do título de Mestre em cumprimento às exigências do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós

Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon

Profa. Dra. Amanda Bifano Balbinot

Dedico esta Dissertação:
principalmente à minha mãe Jane,
por acreditar sempre na minha capacidade, pelo amor incondicional e apoio de sempre;

ao meu marido Diego,
pelo amor, carinho, parceria, paciência e torcida;

ao meu pai Wilson, pelo amor e orgulho que sempre demonstrou pelo meu fazer profissional e
meu padrasto José Lucas, pelo carinho;

aos meus irmãos Caroline, Wilson, Donatella e Gabriela pela amizade e momentos de
descontração e afeto que contribuíram com minha escrita;

e, especialmente, às minhas queridas e amadas avós Noyr (in memoriam), Olimpia e Shirley,
que com seu amor incondicional me inspiraram a gostar desta área e me ensinaram muito
sobre a vida.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo suporte, amor, incentivo e apoio em todos os momentos, em especial à minha mãe Jane Maria Zuardi Lucas, marido Diego da Silva Carvalho, pai Wilson Porto Maia, padrasto José Marques Lucas, avós Noyr Vianna Zuardi, Olimpia Fernandes de Moraes e Shirley Terezinha Porto Maia, irmãos Caroline Zuardi Maia, Wilson Porto Maia, Donatella Campos Maia e Gabriela Zuardi Lucas;

à família do meu marido que me acolhe com muito carinho e torce por mim, sogra Veroni Terezinha da Silva Carvalho, sogro Jaime Roberto Carvalho e cunhadas Tiele da Silva Carvalho e Patrícia da Silva Carvalho;

ao meu orientador Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós, por ter me proporcionado que entrasse no mestrado no Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, auxiliando sempre nas minhas dúvidas e contribuindo muito para o meu aprendizado, tanto na área de Gerontologia, estatística, como na área multiprofissional, estando sempre disponível e acessível para que o conhecimento fosse adquirido. Responsável também por ter me dado a possibilidade em ingressar no Projeto de Atenção Multiprofissional ao Longevo (AMPAL), local onde puder aprender muito sobre os idosos, principalmente em relação aos longevos e nonagenários de Porto Alegre;

à professora Irani Iracema de Lima Argimon, pelo auxílio e orientação de maneira tão afável referente aos instrumentos e a dados relacionados à psicologia, bem como pelas sugestões realizadas como membro da Banca de Qualificação desse trabalho, assim como ao professor Alfredo Cataldo neto, que também compôs a Banca de Qualificação desse trabalho, fazendo apontamentos muito relevantes para o desenvolvimento desta dissertação;

aos longevos do AMPAL e das instituições, que participaram desta pesquisa, expuseram de maneira tão carinhosa sua vida e seus sentimentos e que foram os protagonistas e responsáveis por este estudo ter acontecido (dedico a estes um agradecimento muito especial). Foram excepcionais neste processo e contribuíram muito para meu aprendizado;

às minhas queridas colegas do Instituto de Geriatria e Gerontologia e à todo o grupo AMPAL pela troca de saberes. Também agradeço aos queridos nonagenários participantes do projeto e seus familiares que abriram suas casas para receber os profissionais do AMPAL com toda disponibilidade possível;

ao Instituto de Geriatria e Gerontologia, aos professores que muito agregaram em relação ao meu saber sobre o tema do envelhecimento, aos funcionários e demais colegas; à CAPES pelo suporte financeiro.

RESUMO

Longevos (80 anos ou mais) possuem perfil diferente dos idosos com 60 até 79 anos, com maior declínio das funcionalidades, acometimento de doenças, orgânicas e mentais, perda do status social, entre outros. Como consequência, ocorre uma grande possibilidade de desencadeamento de transtornos mentais, sendo o mais comum a depressão. O objetivo deste estudo é verificar a efetividade de dois instrumentos de rastreio para a caracterização da sintomatologia depressiva em longevos. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, observacional e analítico, sendo que a amostra foi composta por 74 longevos, residentes da cidade Porto Alegre, RS. Os dados de identificação do longofo foram coletados e foi realizada a aplicação do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), para caracterizar os longevos em depressivos ou não. Posteriormente, foram avaliadas a Escala de Depressão Geriátrica 15 (GDS-15) e o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II). A partir do diagnóstico do MINI, foram calculadas a sensibilidade e especificidade do BDI-II e GDS-15 para diferentes pontos de corte, gerando duas curvas ROC (*Receiver Operating Characteristics*). A GDS-15 apresentou sensibilidade de 100% e especificidade de 83%, sendo o melhor ponto de corte 6. O BDI-II obteve 100% de sensibilidade e 87% de especificidade, com ponto de corte 15 indicado para esta população. O BDI-II mostrou-se mais exato do que a GDS-15, apesar deste ter melhor aplicabilidade para pesquisas epidemiológicas. Ambas as ferramentas foram eficazes para rastreio da sintomatologia depressiva em longevos.

Palavras-chave: Depressão; Idoso; Longevo; Diagnóstico; Escala de Depressão Geriátrica; Inventário de Depressão de Beck; Mini International Neuropsychiatric Interview.

ABSTRACT

Oldest-old (80 years or more) have different profile than those aged 60 to 79, due to their larger decline in functionality, with involvement of disease, loss of social status, among others. As a result, there is a greater possibility to present mental disorders, the most common is depression. The objective of this project is to verify the effectiveness of two screening tools for the characterization of depression in the oldest-old. This is a quantitative, cross-sectional, observational, and analytical study. The sample size was 74 oldest-old, residents of the city Porto Alegre, RS, Brazil. After asking the identification and sociodemographic data the oldest-old answer the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) to identify those depressed or not. Later, they responded the Geriatric Depression Scale 15 (GDS-15) and the Inventory Beck Depression II (BDI-II). From the diagnosis of MINI we calculated the sensitivity and specificity of the BDI-II and GDS-15 for different cutoff points, generating two ROC curves (Receiver Operating Characteristics). GDS-15 showed 100% sensitivity and 83% specificity, being the best cutoff point 6. The BDI-II obtained 100% sensitivity and 87% specificity, with cutoff point 15 indicated for this population. The BDI-II was more accurate than the GDS-15, although the last one presented more appropriated for epidemiologic studies. The two tools were effective for the screening of depressive symptomatology in Oldest-old.

Keywords: Depression; oldest old; Geriatric Depression Scale; Inventory Beck Depression; Mini International Neuropsychiatric Interview.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 JUSTIFICATIVA	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 DEPRESSÃO	14
2.2 DEPRESSÃO E ENVELHECIMENTO	18
2.2.1 Depressão e longevos	21
2.3 INSTRUMENTOS DE RASTREIO DE DEPRESSÃO	22
3 OBJETIVOS	24
3.1 GERAL.....	24
3.2 ESPECÍFICOS	24
4 MÉTODOS.....	25
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	25
4.2 LOCAL DO ESTUDO	25
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	25
4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	25
4.3.2 Etapas da coleta de dados	25
4.4 INSTRUMENTOS	27
4.5 CÁLCULO AMOSTRAL	28
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	28
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	29
5 RESULTADOS	30
6 DISCUSSÃO	35
7 CONCLUSÕES.....	38

REFERÊNCIAS	39
APÊNDICE A (QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE)	47
APÊNDICE B (TERMO DE CONSENTIMENTO)	48
APÊNDICE C (ARTIGO SUBMETIDO)	50
ANEXO A (MEEM)	67
ANEXO B (GDS-15)	68
ANEXO C (BDI-II).....	69
ANEXO D (MINI)	71
ANEXO E (APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO IGG)	91
ANEXO F (APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP).....	92
ANEXO G (COMPROVANTE DA SUBMISSÃO DO ARTIGO NA REVISTA).....	94

1 INTRODUÇÃO

A faixa etária que mais cresce no Brasil é a dos indivíduos que tem 60 anos ou mais, representando um aumento de 4% ao ano, desde 2012 até o ano de 2022. Este público, em 2030, deve chegar a 41,5 milhões e, em 2060, as pessoas idosas corresponderão a 73,5 milhões da população. Acredita-se que em torno de 10 anos, haverá um aumento de 1 milhão de pessoas idosas a cada ano. Esta alta de indivíduos da terceira idade na sociedade pode ser resultado pela diminuição da fecundidade e também pelo baixo índice de mortalidade nas diferentes idades (IBGE, 2015).

Segundo Cerqueira et al. (2006), a população idosa vem aumentando no mundo inteiro, onde se estima que em 2025 a expectativa de vida alcance os 80 anos, no Brasil. A falta de entendimento de alguns profissionais, referente às características desta população, favorecem na ausência de prevenção e também do tratamento das dificuldades que estas pessoas podem vir a enfrentar. De acordo com o IBGE (2015), a expectativa de vida em 2100 será em torno de 88 anos para as mulheres enquanto que, para os homens, será de 82 anos.

A questão do envelhecimento, tanto em âmbito mundial, como nacional, requer um olhar diferenciado devido as enfermidades que muitas vezes acompanham o sujeito nesta faixa etária, bem como a redução de suas funcionalidades. De acordo com isto, é necessário reconhecimento destas particularidades e a construção de políticas públicas para esta faixa etária. Esta mudança não corresponde somente ao público que precisa de auxílio, mas sim, de treinamento, capacitação e conhecimento adequado dos profissionais que trabalham com as demandas de pessoas idosas (CAMACHO; COELHO, 2010).

Além do aspecto quantitativo, referente à expectativa de vida, é de suma importância que se dê atenção à qualidade vital que estes indivíduos estão tendo, não dando respaldo somente à idade alcançada, mas também às necessidades biopsicossociais. O investimento deve ocorrer nos diversos setores, sendo um deles a atenção básica, verificando estratégias de prevenção e promoção da saúde desta parcela da população (BARREIRA; VIEIRA, 2004).

Referente aos transtornos mentais, um dos distúrbios que mais acometem pessoas da terceira idade é a depressão. Mesmo que esta patologia ocorra em diversas idades, existe grande dificuldade em se detectar a origem do distúrbio em pacientes geriátricos (CARVALHO; FERNANDEZ, 2002).

A probabilidade do idoso padecer por causa desta doença é ainda maior, visto que, muitas vezes, apresentam limitações e perdas significativas que podem vir a ocasionar sentimentos de auto-depreciação (CARVALHO; FERNANDEZ, 2002). Além do transtorno

depressivo interferir na vida social do sujeito, reforçando comportamentos como isolamento, o distúrbio pode ter alto índice de mortalidade e cronicidade. Existe a possibilidade de 15% de pessoas que são diagnosticadas com transtorno depressivo cometerem suicídio (CARVALHO; FERNANDEZ, 2002).

Diversos fatores podem ser os causadores de transtornos depressivos (depressão maior, distímia e depressão sem outra especificação) onde os componentes genéticos determinam a patologia, porém, percebe-se que agentes psicológicos, sociais e familiares também contribuem como etiologia do aparecimento do distúrbio. A depressão pode estar associada a alterações neuroquímicas e neuroanatômicas (GAUER; FURLANETTO; BAUER, 2013). De acordo com Teng, Humes e Demétrio (2005), inúmeras doenças podem estar relacionadas à depressão, como as oncológicas, cardíacas, renais, neurológicas, entre outras. Existem ainda doenças neurodegenerativas que podem apresentar sintomatologia psiquiátrica, como no caso das demências (FERNANDEZ, 2012).

No Brasil, os idosos que são acometidos por sintomas depressivos, em muitos dos casos, não são diagnosticados e, como consequência, não recebem tratamento apropriado (ALMEIDA, 2010). Isto pode ocorrer pela falta de acessibilidade que as pessoas da terceira idade têm em relação à Atenção Primária de Saúde (APS), visto que identificam-se elementos da estrutura do sistema de saúde que facilitam ou dificultam a integralidade do acesso às unidades básicas de saúde, tais como: localização da unidade em relação ao domicílio do usuário, forma de organização, demora para obtenção do atendimento, tratamento recebido pelo usuário, respostas obtidas para demandas individuais, tipos de serviços oferecidos e qualidade destes (RAMOS; LIMA, 2003). A ideia de que a APS deve ser uma porta de fácil acesso é inerente à organização dos serviços de saúde, pois a ausência desta entrada facilmente acessível pode fazer com que a atenção adequada não seja obtida (STARFIELD, 2002).

Existem diversos tipos de instrumentos que rastreiam o transtorno depressivo em pessoas idosas. Uma das ferramentas mais utilizadas no Brasil e sugerida pelo Ministério da Saúde é a Escala de Depressão Geriátrica-15 (GDS-15) (ALMEIDA, O.; ALMEIDA, S., 1999), que serve para detectar a sintomatologia da depressão. Outra testagem importante para revelar sintomas depressivos é o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) (WENDT; RUSH; MALLETT; ARGIMON, 2008). Referente ao diagnóstico, existe o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (AMORIM, 2000), utilizado por profissionais da área da saúde mental.

Apesar disto, percebe-se que existem diferenças significativas entre idosos jovens (60 anos até 79 anos) e longevos (com 80 anos ou mais), como mostra o estudo de Navarro et. al (2015), onde as pessoas com mais de 80 anos apresentaram maiores dificuldades em diversos aspectos, como sair de casa com frequência (muitas vezes por não ter com quem sair), falta de motivação, complicações relacionadas à locomoção e à visão, entre outros. De acordo com isto, pode-se pensar que o ponto de corte da GDS-15 e do BDI-II não deva ser o mesmo para estas duas faixas etárias. Devido a problemática encontrada nas APS e ao tempo escasso de consultas dentro dos serviços de saúde, é essencial que se faça uma análise em relação a efetividade da GDS-15 e do BDI-II para a caracterização da sintomatologia depressiva em longevos.

1.1 JUSTIFICATIVA

Existem, atualmente, instrumentos já validados que servem de rastreio para depressão em pessoas idosas. Entretanto, estas escalas verificam, normalmente, a sintomatologia do transtorno depressivo em idosos mais jovens e as pesquisas existentes, como a de Almeida (2010), que analisa a efetividade da GDS-5 na população idosa em geral, não se detém especificamente em longevos. Desconhecem-se estudos brasileiros que avaliem a consistência da GDS-15 e do BDI-II em longevos. Devido a isto, novas pesquisas tornam-se necessárias para conferir a eficácia destes instrumentos em indivíduos com 80 anos ou mais. Esta população apresenta alta prevalência de distúrbios psiquiátricos, sendo a depressão o transtorno mental mais comum nesta faixa etária, porém, com baixo índice de tratamento devido à dificuldade de profissionais realizarem um diagnóstico mais preciso na Atenção Primária de Saúde (APS) (ALMEIDA, 2010).

É neste contexto que propomos investigar se os instrumentos de rastreio para sintomatologia depressiva, como a GDS-15 e o BDI-II, estão adequados para longevos, comparando seus resultados com aqueles apresentados na entrevista padronizada do MINI. O diagnóstico e, conseqüentemente, tratamento adequados são fundamentais para minimizar ou, até mesmo, extinguir os sinais provenientes da depressão, favorecendo ao indivíduo longo no seu desempenho, tanto referente às relações interpessoais como ocupacionais, promovendo a sua qualidade de vida.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DEPRESSÃO

O Transtorno depressivo está entre uma das principais doenças no que diz respeito à saúde, considerada mundialmente a quarta causa mais incapacitante. Em 2020 será o segundo maior motivo de faltas no trabalho, sendo uma doença que interfere também, de modo muito significativo, na vida pessoal e social do sujeito (Machado et al., 2009). Conforme a Organização da Saúde (OMS, 2009), o prognóstico para o ano de 2020 é que a depressão seja a segunda patologia que mais acomete pessoas, podendo chegar a ocorrer em torno de 121 milhões de indivíduos, independente de gênero e raça

A prevalência do transtorno psiquiátrico na população a nível mundial está entre 2,2% e 10,4% (KESSLER et al., 2010). A percentagem de depressão maior em países desenvolvidos, segundo Kessler (2008), ao longo da vida, varia de 13% e 21%.

Gauer, Furlanetto e Bauer (2013) descrevem que os Transtornos de Humor acometem mais indivíduos a partir dos 40 anos, que não tem companheiro (seja por separação ou falecimento do cônjuge), podendo estar presente em todas as etnias. A depressão maior, considerada um transtorno do humor, é um distúrbio mais comum no sexo feminino, tendo prevalência da síndrome de 32%, enquanto que nos homens é de 18%.

A depressão é causada por componentes biológicos, porém, existe uma combinação entre a pré-disposição genética e aspectos familiares, sociais e psicológicos. Existe uma possibilidade de que as pessoas com pré-disposição a ter depressão, apresentem o alelo curto do gene da proteína, que transporta a serotonina. Alguns eventos estressantes podem estar vinculados ao desencadeamento do distúrbio, porém, pode-se pensar que as situações desagradáveis estão ocorrendo como consequência do transtorno que já estava presente. Alguns traumas infantis, se existentes na vida do indivíduo, podem fazer parte da etiologia do transtorno (GAUER; FURLANETTO; BAUER, 2013).

De acordo com Nestler et al. (2002), existe uma dificuldade em se detectar o gene causador da depressão, sendo que pode ser uma combinação de vários deles e estes podem ser diferentes em cada família. Outros fatores, porém, também podem ser causadores da síndrome psiquiátrica, tais como: doenças clínicas (NESTLER et al., 2002), doenças neurodegenerativas (FERNANDEZ, 2012; PINTON et al., 2011), infecções causadas por

vírus (AKISKAL, 2000), traumas emocionais e processos aleatórios que ocorrem no desenvolvimento cerebral (AKISKAL, 2000).

Conforme Castro et al. (2008), a depressão é a principal doença associada ao consumo de substâncias psicoativas, sendo que o distúrbio em sua forma mais grave tem maior recorrência em pessoas que utilizam drogas comparadas àqueles sujeitos que não usam. A maior comorbidade relacionada ao tabagismo e consumo de SPAs de acordo estudos científicos realizados é a depressão, onde há uma maior ocorrência de depressão grave naqueles que utilizam outras substâncias psicoativas em relação aos que não as utilizam. Há uma relação recíproca de fumantes terem mais depressão do que os não fumantes, e os depressivos serem mais fumantes do que os não fumantes. Pacientes depressivos têm aumento do risco de serem dependentes de nicotina e a associação de depressão e tabaco aumenta duas vezes o risco de doenças cardiovasculares (CASTRO et al., 2008).

O diagnóstico clínico da depressão pode ser realizado tanto pelo DSM-V (Quadro 1) quanto pelo CID-10 (Quadro 2). Em ambos os casos o diagnóstico pode ser feito a partir de um único episódio, que dure o tempo estabelecido, embora, normalmente os sintomas sejam recorrentes.

Quadro 1 - Sintomas do Episódio Depressivo Maior DSM-V (cinco itens ou mais devem preencher os critérios, por no mínimo 2 semanas).

-
1. Humor deprimido ou irritável
 2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos
 3. Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento de apetite
 4. Insônia ou hipersonia
 5. Agitação ou retardo psicomotor
 6. Fadiga ou perda de energia
 7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada
 8. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão
 9. Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida, tentativa ou plano suicida
-

Fonte: (APA, 2013).

Quadro 2 - Sintomas Episódio Depressivo CID-10 (quatro itens ou mais devem preencher os critérios, por no mínimo duas semanas).

1. Humor deprimido
 2. Falta de interesse e prazer
 3. Energia reduzida, aumentando a fadigabilidade e atividade diminuída
 4. Concentração e atenção reduzidas
 5. Auto-estima e auto-confiança reduzidas
 6. Ideias de culpa e inutilidade
 7. Visões desoladas e pessimistas do futuro
 8. Ideias ou atos autolesivos ou suicídio
 9. Sono perturbado
 10. Apetite diminuído
-

Fonte: (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

O DSM é um manual, muito longo, onde sua aplicação demanda tempo. Devido a isto, para diagnóstico, pode ser utilizado o Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), que é uma entrevista curta e estruturada, tendo aproximadamente 15 minutos de aplicação (SHEEHAN et al., 1998). Na depressão maior a pessoa experiencia sensação de atemporalidade, existindo uma fusão entre passado, presente e futuro, como se representassem um mesmo momento (STANGHELLINI; RABALLO, 2015).

A prevalência de depressão é alta e este transtorno pode colaborar no aumento das taxas de mortalidade da população, gerando assim grande demanda para saúde pública. Muitos indivíduos, porém, não tem diagnóstico e tratamento correspondentes a sua patologia. Apesar do grande acometimento da doença nas pessoas, ocorre ainda preconceito por parte de médicos e pacientes, o que vem a colaborar com um diagnóstico errôneo. Uma das formas de resolver esta situação seria o treinamento para profissionais da área da saúde sobre o distúrbio (TENG; CEZAR, 2010). Cerca de 50% a 60% dos pacientes que tem depressão não recebem diagnóstico e, conseqüentemente, tratamento apropriados (MOLINA et al., 2012).

Através dos sintomas, é importante que o sujeito procure um profissional que atue em saúde mental. Se existe uma dificuldade em diagnosticar o transtorno, o paciente pode ser encaminhado para realizar avaliação psicológica onde, além de ferramentas como testagens, o terapeuta irá fazer uma avaliação clínica do indivíduo, buscando informações pertinentes que

possam auxiliar na detecção do problema, tais como: histórico familiar da doença, história de vida, características dos sintomas (intensidade e início), uso de álcool e outras drogas e se já ocorreu tentativa de suicídio por parte do paciente (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2011).

O acompanhamento da pessoa com transtorno depressivo pode ocorrer através de psicoterapia, medicação (ou a combinação de ambos) e, em casos mais extremos, eletroconvulsoterapia (ECT) (FLECK et al., 2003). Os remédios, conhecidos como antidepressivos, atuam em neurotransmissores, como a serotonina, noradrenalina e dopamina (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2011).

Uma das psicoterapias mais indicadas para tratar a patologia é a Cognitivo-Comportamental, onde estudos realizados verificaram que a técnica pode ser tão benéfica quanto o uso de remédios, no que diz respeito ao tratamento inicial. Beck e Alford (2011) realizaram um levantamento de pesquisas experimentais com 3 grupos: somente medicação, somente Terapia Cognitivo-Comportamental e com medicação e Terapia Cognitivo-Comportamental. Eles observaram que, nos três grupos, houve uma melhora significativa dos sintomas nas seis primeiras semanas em todas as publicações. Porém, somente o último grupo mostrou-se efetivo na remissão dos sinais até doze semanas. Os autores concluíram que a combinação de remédios com a psicoterapia é a mais eficiente a médio e longo prazo (BECK; ALFORD, 2011).

Os antidepressivos, além de serem indicados para tratamento de depressão, também são utilizados para combater outros transtornos psiquiátricos, como o de ansiedade e doenças físicas, como, por exemplo, a dor crônica (LIEBERMAN, 2003). Boing et al. (2012) referem alta frequência de doenças crônicas em idosos, sendo a depressão uma patologia bastante comum entre esta população e a mesma são os que mais utilizam antidepressivos (BRUNONI, 2013; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006; UFER, 2007).

Conforme descrito acima, a prevalência da depressão aumenta com a idade, apresentando maiores índices nos idosos. Como será visto no item abaixo, é provável que esta maior porcentagem esteja relacionada a perda de um status econômico e ocupacional, mais doenças físicas, onde o suporte social e familiar são menores, declínio físico, aumento da incapacidade funcional, sendo estes fatores característicos do envelhecimento (GARCIA et al., 2006), ou ainda, quando o idoso é acometido por doenças neurodegenerativas, sendo a de Alzheimer, segundo Zubenko et al. (2003), a maior causadora de depressão em idosos.

2.2 DEPRESSÃO E ENVELHECIMENTO

De acordo com Erikson (1950) a mudança ocorre entre a interação do ego com o ambiente (desde o nascimento) e, desta relação, surgem e são resolvidas crises evolutivas, durante todo o ciclo vital. Existem oito fases do desenvolvimento, sendo a velhice a última delas e tem como características a auto-aceitação, noção de integridade da própria vida e um tipo de concepção referente à morte, sendo cada fase dependente uma da outra. A crise nesta fase da vida está na oposição entre integridade do ego e desespero. Esta concepção de desenvolvimento está dentro do paradigma organicista.

Existe ainda outros paradigmas, sendo um deles o paradigma de desenvolvimento ao longo de toda vida, que contém a teoria seletividade socioemocional. O idoso seleciona e otimiza atividades e relações que sejam mais importantes para o processo adaptativo dele, porém, esta é uma ordem natural nesta fase da vida (Neri, 2011).

O idoso entende a realidade sabiamente, a dor e maior dependência biológica, porém, encontra a liberdade psíquica (MORAES et al., 2010). Contrapondo-se a isso, a pessoa pode envelhecer ficando estagnada nos estágios iniciais do psiquismo, sendo a independência e autonomia consequências desta relação entre biologia e psiquismo, um processo absolutamente individual (MORAES et al., 2010). É bastante comum que a depressão surja no idoso a partir da queda de qualidade de vida, isolamento social e aparecimento de patologias clínicas graves (STELLA et al., 2002). O transtorno depressivo vem aumentando (5% a 35%) e, com isso, interferindo no bem estar de pessoas idosas (LEITE, 2006). O transtorno depressivo em idosos da comunidade acontece em torno de 4,8% a 14,6%. Quando verificada a sintomatologia depressiva, existe um aumento, onde a prevalência pode ficar entre 6,4% e 59,3% . Já em instituições, como as de longa permanência e hospitais, o número cresce para 22% (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Através de pesquisa feita com pessoas idosas cadastradas na Unidade de Saúde de Família, 52% dos indivíduos demonstraram sintomatologia depressiva, sendo 48% com depressão leve ou moderada e 4% depressão severa (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010). Duarte e Rego (2007) realizaram estudo com idosos que vivem na comunidade, observando prevalência de depressão entre 2% e 14% e com pessoas idosas institucionalizadas, onde apresentaram de 15% a 20% de sintomas depressivos. A Universidade Federal de Santa Catarina (BORGES et al., 2013) realizou uma pesquisa e detectou que fatores como baixa situação socioeconômica, pouca atividade social e sexual e

situação clínica adversa estão associados aos sintomas de depressão em indivíduos com 60 anos ou mais.

As pessoas envelhecem a partir de diversos fatores, tanto biológicos, como psicológicos, ocorrendo mudança celulares moleculares. Devido a isto, os mecanismos que regulam o equilíbrio do corpo diminuem, favorecendo o aparecimento de doenças em pessoas idosas. Sinais de deficiência vão surgindo durante o desenvolvimento, se caracterizando como senescência, porém, esta não é considerada doença e não compromete as relações nem as decisões (MORAES, 2009; MORAES et al., 2010).

O transtorno depressivo pode estar associada a diversas condições clínicas que são mais comuns em pessoas idosas, como perda auditiva (TEIXEIRA et al., 2010), uso inapropriado de medicamentos (AGS, 2012), alteração na qualidade da dieta (BRASIL, 2005) com efeitos no estado nutricional (SCHIRMER, 2014), mudanças da mobilidade (RIBEIRO, 2013) e do equilíbrio do corpo (SOLDERA, 2013), diminuição da atividades físicas (RIBEIRO, 2013) e sociais (CAUDURO, 2013). Estudos também afirmam que a dor crônica está intimamente ligada a fatores psicossomáticos, entre eles, a depressão, independentemente da patologia associada ao sintoma (LORENÇATTO et al., 2006; RANDOLPH; REDDY, 2006).

Disfunções endócrinas (hiper ou hipocortisolemia, hiper ou hipotiroidismo), traumas cerebrais, doenças vasculares, diabetes, câncer, doenças respiratórias como a asma, derrames, entre outras, também vão aparecendo com maior frequência durante o processo de envelhecimento e podem ser responsáveis por gerar depressão nos indivíduos. O transtorno tem como etiologia a combinação de componentes genéticos e ambientais (NESTLER et al., 2002).

Sujeitos com doenças neurodegenerativas, mais comuns em pessoas idosas, como o Parkinson, podem apresentar prevalência de 40% de depressão (FERNANDEZ, 2012). Já a doença de Alzheimer pode vir acompanhada de sintomas neuropsiquiátricos, como os depressivos e os de ansiedade (PINTON et al., 2011).

A depressão em pessoas que tem doenças degenerativas, como Parkinson, é mais frequente no início e no final da doença (bimodal), onde após a primeira fase, os parkinsonianos encontram maior tranquilidade (SILBERMAN et al., 2004). É grande a probabilidade de retorno do distúrbio psiquiátrico quando as dificuldades motoras aparecem (BROOKS; DODER, 2001).

As patologias neurodegenerativas podem acarretar, bem como a depressão, déficits cognitivos (BYERS; YAFFE, 2011). A prevalência de depressão em pessoas portadoras de

comprometimento cognitivo leve varia de 3% a 83% (REINLIEB et al., 2014), enquanto que a porcentagem de déficit cognitivo leve em pessoas com depressão é de 30% a 50% (YEH et al., 2011).

Existe uma dificuldade em se distinguir causa e efeito de doenças clínicas, depressão e limitação cognitiva. A iatrogenia (causa dos sintomas devido ao uso de medicamentos ou de substâncias psicoativas) pode estar presente e, quando o remédio é interrompido, os sinais da depressão também cessam. A anosognosia (falta de percepção da própria patologia) e alexitima (dificuldades em expressar emoções através da fala), podem também afetar o idoso e prejudicar um diagnóstico mais preciso (WANG; BLAZER, 2015).

Forlenza e Almeida (1997) relatam que realizar o diagnóstico diferencial em relação às limitações cognitivas é uma das grandes dificuldades dos profissionais. Alguns sintomas aparecem nas condutas de pessoas idosas, como apego a aspectos do passado (não conseguem fazer nada novo) e maior lentidão, onde os próprios pacientes ou seus familiares relatam estas mudanças de comportamento e dificuldade de entendimento. É importante que exista maior precisão no que se refere ao diagnóstico, para que se possa detectar se estas modificações se dão por algum transtorno mental ou se são condições próprias do envelhecimento que interferem na cognição, como déficits sensoriais, isolamento social, uso de diversas medicações e doenças médicas (FORLENZA, 1997).

Na depressão, os neurotransmissores químicos utilizados para as células se comunicarem estão em desequilíbrio. Exames realizados (ressonância magnética) mostraram que pessoas que tem o transtorno apresentaram alterações no cérebro diferente daquelas que não são acometidas pela patologia, porém, estas imagens não sugerem o motivo pelo qual o transtorno psiquiátrico apareceu e nem é utilizado para diagnóstico (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2011).

Pessoas idosas com transtorno cognitivo leve, ao utilizarem ômega 3, enriquecido com ácido docosaheptaenóico, tiveram resultados positivos em sintomas depressivos e fluência verbal, enquanto que os sujeitos que usaram ômega 3 com eicosapentaenoico, tiveram somente melhora na sintomatologia depressiva (SINN et al., 2012). De acordo com Walker et al. (2012), as vitaminas B12 e ácido fólico, usadas em conjunto, também foram benéficas.

Entretanto, Leite (2006) chama a atenção em relação a prescrição de medicamentos psiquiátricos à idosos, como os utilizados para transtorno depressivo, visto que estes podem provocar efeitos colaterais, dificultando a adesão ao tratamento e até mesmo risco, pois esta população normalmente já faz uso de polifarmácia, devido a outras doenças físicas, que podem vir a prejudicar na farmacocinética dos antidepressivos. Manter o acompanhamento

adequado referente a depressão é essencial, visto que este distúrbio em sujeitos idosos aumenta a possibilidade destes desenvolverem incapacidade funcional.

Conforme Wang e Blazer (2015), muitos idosos não respondem ao uso de psicotrópicos (Sertralina e Citalopram são um dos mais utilizados por este público), seja pelo custo, estigma de estarem adoecidos ou dificuldades em suportar os efeitos colaterais. É importante exercer uma terapia de suporte, tendo uma intervenção empática e possibilitando a promoção de uma aliança terapêutica. A Terapia Cognitivo-Comportamental é uma das mais eficazes, onde o paciente adquire habilidades que auxiliam no controle de seus sentimentos. Outras abordagens podem ser benéficas para tratamento, como a prática de exercícios físicos, religião e espiritualidade

Xavier et al. (2001), comenta que a literatura sobre transtornos de ansiedade em idosos com 80 anos ou mais são escassas. No seu estudo verificou a alta prevalência de ansiedade relacionada com sintomas depressivos, depressão maior e depressão menor, visando a importância da intervenção médica referente à pessoa da terceira idade, levando sempre em conta a existência de comorbidades entre ansiedade e humor depressivo (XAVIER et al., 2001).

Oliveira (2006) percebeu sintomatologia significativa de depressão, ansiedade e desesperança principalmente em idosos que estavam inseridos em instituições de longa permanência (sua investigação ocorreu com pessoas idosas institucionalizadas, grupos da terceira idade e em postos de saúde). Gazalle et al. (2004) observaram em outra pesquisa de base populacional que médicos e outros profissionais da saúde pouco investigam sintomas que podem corresponder à depressão, apesar das queixas referentes a esta sintomatologia serem muito comuns.

2.2.1 Depressão e longevos

Estima-se que as doenças crônicas, muitas consideradas próprias da velhice, serão mais constantes e acentuadas nos longevos, o que potencializará o aparecimento de dificuldades nas atividades de vida diária, interferindo na independência e autonomia. Os idosos com idade igual ou superior a 80 anos necessitarão de cuidados mais complexos e de longa duração, como o uso mais extenso de polifarmácia e maior busca por serviços de saúde, muitas vezes com custos altos (LOURENÇO et al, 2012).

A prevalência de fragilidade tende a aumentar com a idade, variando de 10% a 27% em pessoas com 65 anos e correspondendo a 48% em indivíduos com 85 anos ou mais (LEE

et al, 2016). Poucas pesquisas avaliaram fragilidade em pessoas com 90 anos ou mais, porque a maioria dos estudos categoriza os participantes mais antigos como pessoas com 80 anos e esta faixa etária é a que está tendo grande crescimento nos Estados Unidos. Percebe-se assim que, compreender a fragilidade nos longevos é muito importante, sendo necessário desenvolver intervenções que possam reduzir a carga de depressão nesta crescente população (LEE et al, 2016).

2.3 INSTRUMENTOS DE RASTREIO DE DEPRESSÃO

O transtorno depressivo é, muitas vezes, sub-diagnosticado e sub-tratado (FLECK et al., 2003). Deve-se ter muito cuidado na hora de identificar depressão em pessoas idosas, onde já existe, no envelhecimento saudável, algumas queixas somáticas e, quando o idoso é acometido pelo distúrbio psiquiátrico, estas aumentam, tendo uma grande relação com transtorno de ansiedade (TRENTINI et al., 2005; SAMUELS et al., 2004).

Conforme Samuels et al. (2004), sintomas de depressão em idosos não são tão claros como em adultos mais jovens. Muitos destes sinais, como pessimismo em relação ao futuro e alterações do sono podem ser característicos da faixa etária e não necessariamente como indicativo de depressão (CONRADSSON et al., 2013). Esta dificuldade de determinar o transtorno em indivíduos com 60 anos ou mais também existe entre demência e depressão senil, visto que a sintomatologia das duas patologias é muito parecida.

A partir da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) na pesquisa da EpiFloripa (BORGES et al., 2013), obteve-se prevalência de sintomatologia depressiva de 23,9%, escore parecido com outros estudos realizados, onde potencializa a importância de estarem disponíveis serviços voltados para saúde mental na rede pública de todo país. Almeida (2010), traz a ideia de que idosos de baixa renda e que apresentam mais doenças tem maior predisposição a apresentarem o transtorno depressivo, sendo este o público que mais utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS). A rede pública deve oferecer profissionais especializados para detectar distúrbios mentais. As próprias consultas precisam ocorrer de maneira mais detalhada, mesmo que isto signifique uma demora maior no tempo das mesmas, primando a qualidade. A falta destes fatores na APS colaboram para que não exista diagnóstico e tratamento adequados para muitos transtornos psiquiátricos.

Gazalle et al. (2004) referem que a depressão em idosos apresenta características próprias, como diminuição da resposta emocional (erosão afetiva), tendo como consequências perda de energia e de prazer em atividades do dia-a-dia, pouco sono e ruminação referente ao

passado. A partir das diferenças existentes nos quadros depressivos de adultos jovens quando relacionado à idosos, Gazalle et al. (2004) referenciam Mann (2001), que criou uma hipótese referente aos transtornos depressivos acometerem menos os idosos. O autor justifica essa menor prevalência devido a inadequação das escalas usadas para detectar depressão em pessoas da terceira idade, pois não contemplariam as manifestações clínicas próprias desta etapa da vida. Os profissionais que trabalham na área da saúde devem estar qualificados a diagnosticar o quadro depressivo em idosos, onde deveriam existir mais subsídios às avaliações rotineiras de médicos, possibilitando intervenções mais precoces e com maior eficácia (GAZALLE et al., 2004).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar a efetividade da GDS-15 e do BDI-II para a caracterização da sintomatologia depressiva em idosos longevos.

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Testar a sensibilidade e a especificidade da GDS-15 para discriminar longevos com depressão e sem depressão;
- b) Verificar a sensibilidade e especificidade do BDI-II para discriminar longevos com depressão e sem depressão;
- c) Comparar o desempenho dos longevos na GDS-15 e BDI-II.
- d) Descrever a frequência de depressão.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo quantitativo, transversal, observacional e analítico.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Os longevos residentes de Porto Alegre estão sendo identificados pelo Projeto do AMPAL desde o ano de 2014.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com o cálculo amostral do item 4.4, esta pesquisa será constituída por 74 longevos, homens e mulheres, voluntários, identificados em Porto Alegre.

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Para serem incluídos, os participantes devem ser longevos (idade igual ou superior a 80 anos) .

Estão sendo excluídos do estudo os longevos que apresentam dificuldade de responder ou compreender as perguntas, seja por prejuízo cognitivo evidente e/ou perda auditiva importante.

4.3.2 Etapas da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em três etapas:

I Etapa

A maioria das pessoas avaliadas contribuíram anteriormente com o Projeto “Atenção Multiprofissional ao Longevo – AMPAL”, onde foram convidados a participar da presente pesquisa através de contato telefônico. Conforme aceitaram, foi agendada uma visita

domiciliar para coleta, conforme disponibilidade do idosos e do avaliador. Uma parcela menor dos longevos avaliados eram residentes de Instituição de Longa Permanência (ILP), particular e filantrópica, ou eram longevos integrantes de atividades de ginástica no prédio 80 da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Em relação aos idosos que não foram previamente avaliados pelo AMPAL, também foi realizado agendamento prévio por telefone e, após concordarem em participar da pesquisa, foi marcado horário para a aplicação da entrevista diagnóstica, escalas de rastreio e, se necessário, o MEEM. A avaliação dos longevos residentes em ILP foi feita no próprio local onde moravam e, referente aos idosos que praticavam atividades na PUCRS, a coleta foi agendada na própria Universidade, no prédio 80, na sala do Laboratório de Avaliação e Pesquisa em Atividade Física (LAPAFI).

II Etapa

Nesta etapa, o longo assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram levantados dados de identificação e foi realizada a avaliação do M.I.N.I, seguido do BDI-II e da GDS-15, respectivamente nesta ordem. O MEEM foi aplicado em situações em que o avaliador tinha dúvida em relação às condições cognitivas do participante.

O MINI foi ministrado pela autora do projeto, psicóloga, que recebeu treinamento adequado pelas profissionais Irani Iracema de Lima Argimon e Tatiana Quarti Irigaray, ambas psicólogas e professoras da Faculdade de Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

A GDS-15 e o BDI-II foram manipulados também pela autora da pesquisa ou por pessoa colaboradora com o projeto, que estava capacitada para realizar a avaliação. Muitos longevos preferiram participar da pesquisa acompanhados de outra pessoa, normalmente algum familiar e, esta decisão, foi totalmente do longo, que deveria se sentir a vontade e seguro ao ser avaliado.

III Etapa

Após aplicação de todos os instrumentos, foi dado o retorno da avaliação para o participante e também para o acompanhante, caso este estivesse no local. Se a pessoa possuísse diagnóstico de depressão, a psicóloga investigava junto ao idoso e também, se presente, ao indivíduo que o acompanhava, se já existia algum tratamento em andamento referente ao transtorno mental. Em torno da metade dos participantes que apresentaram Episódio Depressivo Maior Atual já estavam em tratamento psiquiátrico ou somente

medicamentoso (receitado por outro especialista, normalmente geriatra), onde foram referidos os locais de acompanhamento e a medicação utilizada. A psicóloga pontuou a importância da continuidade dos tratamentos já realizados e a busca por profissionais adequados ao quadro, pontuando o resultado da avaliação. Em relação aos longevos com diagnóstico de depressão que não estavam realizando tratamento, foi dado o resultado e reforçada a importância em serem avaliados em locais com serviço adequado, bem como, familiar ou pessoa responsável também foram informados.

4.4 INSTRUMENTOS

a) Questionário sociodemográfico

Este estudo está avaliando características sociodemográficas e de saúde: sexo, idade, escolaridade, estado conjugal, ocupação.

b) MEEM

Aplicar MEEM, que tem como objetivo avaliar as funções cognitivas, observando as condições cognitivas do longevo em responder os questionários voltados para a avaliação de depressão. O MEEM tem questões que avaliam orientação para espaço e tempo, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras citadas anteriormente, capacidade construtiva visual e linguagem. Sua pontuação pode ocorrer entre 0 e 30 e a versão em português será a utilizada traduzida por Bertolucci et al. (1994).

c) MINI

O MINI é uma entrevista padronizada curta, correspondente aos critérios utilizados pelo CID-10 e DSM-III-R/IV. É utilizado na prática clínica e para pesquisa específica da atenção primária e na psiquiatria (AMORIM, 2000). No presente estudo, o teste foi utilizado para diagnosticar pessoas com transtorno depressivo maior (padrão ouro).

d) GDS-15

É uma medida utilizada para identificação e quantificação de sintomas depressivos em idosos. Essa versão é composta por 15 perguntas, com respostas classificadas em 'sim' ou 'não'. O escore total da GDS-15, versão curta, é feito a partir do somatório das respostas assinaladas pelos examinados nos 15 itens. O menor escore possível é zero e o maior é 15.

Em idosos (60 anos ou mais) tem sido usada a pontuação maior que 5 como ponto de corte para a existência de sintomatologia depressiva no resultado da escala, sendo o ponto de corte mais sensível 5/6 (PINHO et al., 2009).

e) BDI-II

BDI-II é um instrumento composto por 21 itens, cujo objetivo é medir a intensidade da depressão a partir dos 10 anos até a terceira idade. Existem, em cada questão, quatro possibilidades de resposta, com exceção das questões de número 16 e 18, onde há sete opções de escolha. O escore total para a população geral pode ser dividido em níveis em que a depressão se encontra: mínimo (escore de 0 a 13), leve (escore 14 a 19), moderado (escore 20 a 28) e grave (escore 29 a 63) (PARANHOS; ARGIMON; WERLANG, 2010). Cada pergunta um deles diferentes respostas, sendo cada uma delas correspondente a um grau menor ou maior de gravidade do sintoma, podendo alcançar em cada pergunta de zero a três pontos (WENDT; RUSH; MALLETT; ARGIMON, 2008).

4.5 CÁLCULO AMOSTRAL

Para se calcular a sensibilidade e a especificidade de uma escala, é necessário ter um número representativo de pessoas com depressão e sem depressão e isto está relacionado com a prevalência de depressão na população estudada. Harris (2006) estudando 266 longevos com 80 anos ou mais, observou uma prevalência de depressão em 34 pessoas (13%). Utilizando o Statcalc do Programa EPI INFO para uma população esperada de 35 mil longevos em Porto Alegre para estudar uma frequência esperada de 13% de depressão com intervalo de confiança de 5%, precisaremos estudar 74 longevos.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

O MINI foi utilizado para identificar os longevos depressivos dos não depressivos. Diferentes pontos de corte na GDS-15 foram utilizados para determinar qual o que tinha a maior relação sensibilidade e especificidade, sendo a sensibilidade a percentagem de longevos com depressão identificados pela GDS-15 (verdadeiros positivos) e a especificidade a percentagem de longevos sem depressão que tiveram a GDS negativa (verdadeiros negativos). A sensibilidade e especificidade foram calculadas também para diferentes pontos de corte da

escala BDI-II. Curvas ROC (Receiver Operating Characteristics) foram construídas para ambos os testes e a área embaixo das curvas foram calculadas. O teste considerado com melhor capacidade discriminatória foi o que apresentou a maior área embaixo da curva ROC. A análise descritiva dos dados foi realizada pelo Epi info versão 7.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo é um Subprojeto do Projeto de Atenção Multiprofissional ao Longevo (AMPAL), que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS sob número CAAE 55906216.0.0000.5336 em 18 de julho de 2016. Os participantes assinaram um consentimento informado para a presente pesquisa, apesar da mesma ser um subprojeto do estudo: “ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL AO LONGEVO (AMPAL): avaliação e acompanhamento domiciliar” (Apêndice B).

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 74 longevos, sendo 14 homens e 60 mulheres, com média de idade de 89,5 anos. A tabela 1 apresenta a distribuição dos longevos referente a sexo, idade, uso de antidepressivo e escalas de rastreio para sintomatologia depressiva. Dos 74 participantes, 11 (14,9%) foram diagnosticados com Episódio Depressivo Maior Atual pelo MINI. De acordo com a tabela 1, pessoas com Episódio Depressivo Maior Atual tiveram valores significativamente maiores na GDS 15 e no BDI-II, comparado com pessoas que não tem Episódio Depressivo Maior atual. Em relação à idade, sexo e uso de antidepressivos, não houveram diferenças significativas entre as pessoas que tem Episódio Depressivo Maior e as que não tem.

Tabela 1. Distribuição dos participantes conforme o sexo, idade, uso de antidepressivos e escalas de rastreio para sintomatologia depressiva

SEXO	Episódio Depressivo Maior Atual		Total	P
	Não	Sim		
Feminino	51(85%)	9(15%)	60(81,1%)	0,946
Masculino	12 (85,7%)	2(14,3%)	14(18,1%)	
Idade	89,3±5,8	90,6±3,3	89,5± 5,5	0,44
Uso de ADO				
Não	40(87,0%)	6(13,0%)	46(62,2%)	0,572
Sim	23(82,1%)	5(17,9%)	28(37,8%)	
BDI-II	7,8±6,3	26,4±7,8	10,6±9,3	<0,001
GDS 15	3,3±2,3	8,3±2,1	4±2,9	<0,001
TOTAL	63(85,1%)	11(14,9%)	74(100%)	

ADO= antidepressivo oral

Conforme a tabela 2, a relação entre especificidade e sensibilidade para GDS 15, usando ponto de corte 5, que é aplicado para pessoas mais jovens, também pode ser utilizado para longevos, porém, o melhor ponto de corte na GDS 15, para idosos acima de 80 anos, é o ponto de corte 6, sendo sensibilidade de 100% e especificidade de 83%. Esse resultado é expressado graficamente na figura 1.

Tabela 2. Número de longevos com e sem Episódio Depressivo Maior Atual (EDMA) para cada escore da Escala de Depressão Geriátrica-15 (GSD 15) e os seus correspondentes valores de Sensibilidade e Especificidade.

	Sem EDMA	Com EDMA	Sensibilidade	Especificidade
0	3	0	100%	0%
1	12	0	100%	5%
2	14	0	100%	24%
3	9	0	100%	46%
4	10	0	100%	60%
5	4	0	100%	76%
6	5	2	100%	83%
7	3	2	82%	90%
8	1	4	64%	95%
9	1	1	27%	97%
10	1	0	18%	98%
11	0	1	18%	100%
13	0	1	9%	100%
14	0	0	0%	100%
TOTAL	63	11		

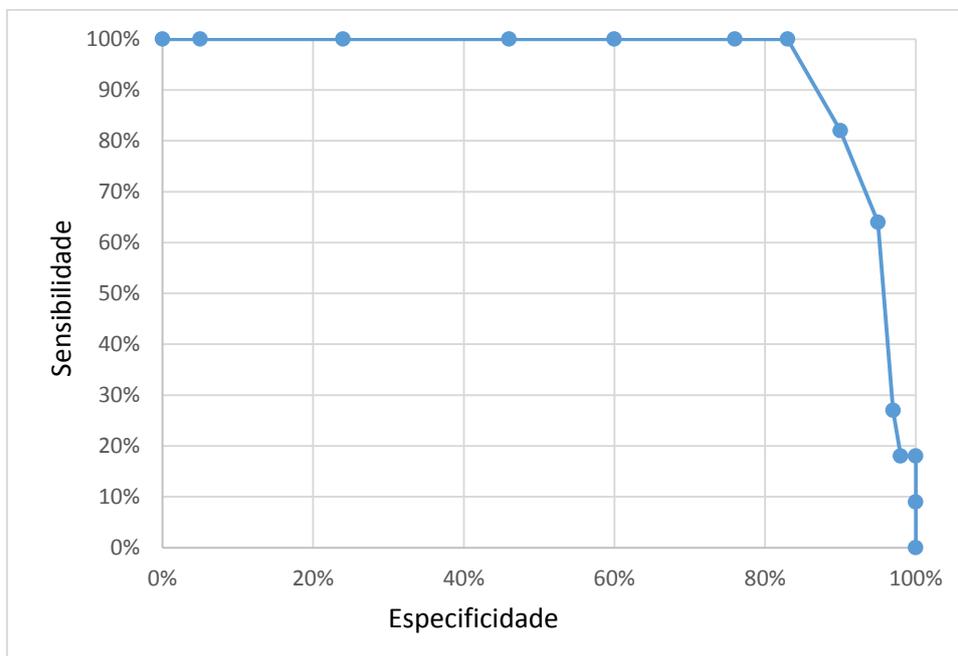


Figura 1. Relação entre sensibilidade e especificidade para a Escala de Depressão Geriátrica na identificação de Episódio Depressivo Maior Atual.

Na tabela 3, a área abaixo da curva de ROC está próxima dos 100% para o BDI-II. Considerando longevos, o melhor ponto de corte é o 15, pois alcança 100% de sensibilidade e

87% de especificidade. De acordo com a área de ROC, a área do BDI-II é maior que a da GDS 15. O resultado revela que não existe grandes diferenças entre os pontos de corte de idosos mais jovens e longevos para a GDS-15 e BDI-II, porém, percebe-se que o BDI-II é mais exato que a GDS-15, no que se refere a escala de rastreio para sintomatologia depressiva em idosos acima de 80 anos. Esse resultado é expressado graficamente na figura 2.

Tabela 3. Número de longevos com e sem Episódio Depressivo Maior Atual (EDMA) para cada escore de Beck Depression Inventory II (BDI-II) e os seus correspondentes valores de Sensibilidade e Especificidade.

	Sem EDMA	Com EDMA	Sensibilidade	Especificidade
0	2	0	100%	0%
1	3	0	100%	3%
2	9	0	100%	8%
3	5	0	100%	22%
4	5	0	100%	30%
5	5	0	100%	38%
6	3	0	100%	46%
7	2	0	100%	51%
8	5	0	100%	54%
9	3	0	100%	62%
10	3	0	100%	67%
11	4	0	100%	71%
12	3	0	100%	78%
13	2	0	100%	83%
14	1	0	100%	86%
15	0	1	100%	87%
16	2	0	91%	87%
17	1	0	91%	90%
18	1	0	91%	92%
19	1	1	91%	94%
20	1	0	82%	95%
21	0	2	82%	97%
23	1	0	64%	97%
24	0	1	64%	98%
27	0	1	55%	98%
29	0	2	45%	98%
30	0	1	27%	98%
31	0	1	18%	98%
33	1	0	9%	98%
44	0	1	9%	100%
45	0	0	0%	100%
TOTAL	63	11		

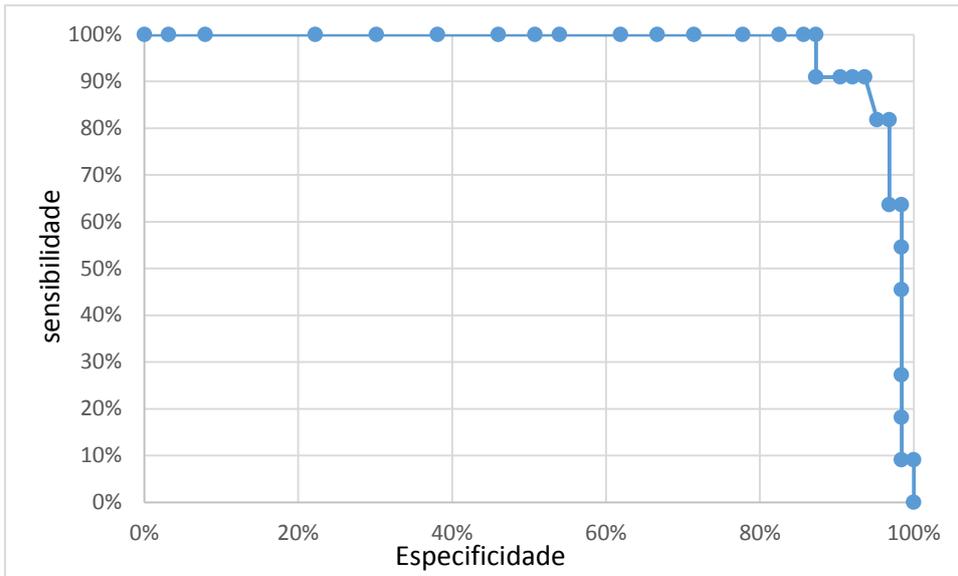


Figura 2. Relação entre sensibilidade e especificidade para o Beck Depression Inventory II na identificação de Episódio Depressivo Maior Atual

6 DISCUSSÃO

A GDS-15 e o BDI-II são instrumentos validados e traduzidos para o Brasil, onde demonstram ter eficácia para identificação da sintomatologia depressiva em idosos. Existem trabalhos que utilizam estas escalas em pessoas idosas de todas as idades, porém, não foram encontradas pesquisas brasileiras que avaliem a efetividade destas duas ferramentas em longevos, visto que apresentam características próprias, diferentes de indivíduos com menos de 80 anos. No presente estudo, estas duas escalas foram avaliadas, verificando a aplicabilidade dos dois instrumentos em indivíduos com 80 anos ou mais, bem como avaliou qual deles é o mais exato. A partir do MINI (entrevista breve retirada do DSM-IV), utilizado como padrão ouro, foi possível detectar as pessoas que tinham episódio depressivo maior e verificar a sensibilidade e especificidade de cada escala, analisando, caso fossem eficazes para longevos, qual o ponto de corte ideal.

O estudo contou com a participação de 74 longevos, dos quais 11 (14,9%) foram diagnosticados com Episódio Depressivo Maior Atual pelo MINI. A partir disto, observou-se que tanto a GDS-15 quanto o BDI-II podem ser utilizados para detectar sintomatologia depressiva em indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos. De acordo com os resultados, a GDS-15 apresentou 100% de sensibilidade e 83% especificidade, onde o melhor ponto de corte encontrado para esta população foi o de 6. Já o BDI-II teve 100% de sensibilidade e 87% especificidade, sendo 15 o melhor ponto de corte para longevos.

Greenberg (2012) refere aplicabilidade da GDS, onde mostra a sensibilidade de 92% e uma especificidade de 89% da ferramenta, não definindo, porém, a faixa etária estudada. Conforme a autora, a validade do instrumento tem seu respaldo na clínica e na pesquisa.

Em relação ao BDI-II, já existe validação deste instrumento, sendo importante para a população e relevante para detectar sinais de depressão desde a adolescência até a terceira idade. A sua confiabilidade é grande e tem boa aplicabilidade no exercício clínico, tanto no Brasil como em outros lugares do mundo (Wang, 2013).

O ponto de corte utilizado para a GDS-15, pensando-se numa população com 60 anos ou mais é 5 (Santana Filho & Barboza, 2007) e o do BDI-II, utilizado em adolescentes até idosos é 14 (mesmo em etapas diferentes da vida, com características próprias, as duas faixas etárias são entendidas da mesma forma no que se refere aos sinais do transtorno), já caracterizando esta pontuação como uma intensidade leve de depressão (Rocha et al., 2016). Não foram encontrados estudos que avaliassem o ponto de corte da GDS-15 nem do BDI-II

para caracterização da sintomatologia depressiva em longevos, conforme mostram os resultados desta pesquisa.

De acordo com estes resultados, percebeu-se que, apesar de ambos serem muito efetivos para rastreio da sintomatologia depressiva em longevos, o BDI-II mostrou-se ainda mais exato. Durante a aplicação, porém, a avaliadora percebeu que a GDS-15, para esta população, tem melhor aplicabilidade, pensando-se que são apenas 15 questões curtas, mais objetivas (a possibilidade de resposta é somente “sim” ou “não”), comparada com o BDI-II, que leva mais tempo para ser aplicado (são 21 questões, cada uma contendo 4 possibilidades de respostas mais complexas, sendo que 2 itens do instrumentos são compostos por 7 possibilidades de respostas), onde muitos idosos demonstraram maior cansaço e dificuldade em responde-lo.

Na pesquisa de Williams et al. (2012) foi comparada a efetividade entre a GDS-30 e o BDI-II em pacientes com doença de Parkinson. O autor evidenciou que a GDS-30 teria melhor aplicabilidade, devido as suas propriedades psicométricas, bem como por causa da brevidade que a ferramenta oferece.

Em relação ao sexo, os resultados não evidenciaram diferenças significativas entre as pessoas que tinham episódio depressivo maior e as que não tinham, apesar do número de mulheres avaliadas ter sido maior. Contrário a isto, na literatura existem pesquisas que evidenciam que as mulheres apresentam maior prevalência do transtorno depressivo do que os homens. Conforme Gauer, Furlanetto e Bauer (2013), a depressão maior atinge 32% das mulheres, enquanto que nos homens a frequência do distúrbio é de 18%.

O motivo pelo qual as mulheres tem mais depressão pode ser explicado não pelo fato das mesmas procurarem mais os serviços de saúde. O que pode influenciar são questões culturais e sociais que podem estar associadas com vivencias negativas e maior propensão a situações de estresse que ocorre no sexo feminino (Justo & Calil, 2006).

No presente estudo, também não houve diferença significativa em relação à idade, entre pessoas com depressão maior e as que não tinham o transtorno. A pesquisa de Irigaray e Schneider (2007) corrobora com esta ideia, onde avaliaram que a velhice não é determinante para o surgimento da depressão. Cabe salientar que, muitas vezes, as pessoas ao chegarem na terceira idade, acabam tendo mudanças relevantes em suas vidas, como a aposentadoria, perda do cônjuge e, por vezes, estes e outros motivos promovem isolamento social, onde o idoso acaba desenvolvendo o transtorno depressivo. Foi avaliado, porém, que as pessoas que realizavam atividades grupais de educação permanente apresentavam menor sintomatologia comparadas àquelas que não tinham interação social.

Não foram significativos também os resultados em relação ao uso de antidepressivos, entre pessoas com depressão maior e as que não tinham o transtorno. Apesar disso, percebe-se um grande número de participantes (28 das 74 pessoas avaliadas) que usavam a medicação. Destas, muitas não tiveram diagnóstico do distúrbio pelo MINI. Isto pode ser explicado pelo efeito positivo do remédio ou, uma hipótese, pode ser o uso da medicação para problemas não psiquiátricos, ou ainda, o uso banalizado dos antidepressivos. A partir dos resultados, observou-se também que muitas pessoas, mesmo com a utilização do remédio, apresentaram episódio depressivo maior diagnosticado pelo MINI, o que pode se pensar que o tratamento para depressão deve ser integrado com medicação, psicoterapia e estilo de vida, como espiritualidade, prática de exercícios físicos, interação social, entre outros.

Estudos demonstram que os antidepressivos são usados muitas vezes para tratamento de outras patologias, que não a depressão, como o do câncer. O remédio parece aliviar a dor, sendo também um auxílio para o próprio tratamento da doença oncológica (Morais, 2012).

O Tratamento indicado para pessoas com depressão seria a combinação de fármacos com psicoterapia, sendo a Terapia Cognitivo-Comportamental e as técnicas de relaxamento, das mais sugeridas, que diminuem as chances de recorrência da doença e possível internação hospitalar devido à crises. Complementando estas formas de tratamento, sabe-se que a prática de exercícios físicos e a espiritualidade auxiliam neste processo de melhora.

De alguma forma, porém, nota-se que a indicação de uma psicoterapia, além de um tratamento medicamentoso, vem ao encontro muito mais para auxiliar na adesão do acompanhamento farmacológico e não exclusivamente por ser influente no processo de melhora, como integrado ao uso de remédios e fundamental para um bom prognóstico (Daré & Caponi, 2015).

7 CONCLUSÕES

O presente estudo buscou analisar a efetividade da GDS-15 e do BDI-II para a caracterização da sintomatologia depressiva em longevos. Observou-se a sensibilidade e especificidade das duas escalas, verificando qual delas é mais aplicável para esta população.

Concluiu-se que, tanto a Escala de Depressão Geriátrica-15 (GDS-15), quanto o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) são instrumentos eficazes para rastrear os sinais da depressão em pessoas com 80 anos ou mais. Os pontos de corte mais adequados para esta população se diferiram dos já utilizados, onde é recomendada a pontuação mínima de 6 pontos na GDS-15 e 15 no BDI-II. De acordo com a pesquisa, apesar das duas ferramentas terem demonstrado serem bastante válidas para a amostra estudada, o BDI-II apresentou-se um pouco mais exato, comparado com a GDS-15.

A maioria das pessoas avaliadas nesta pesquisa eram aposentadas e muitas já não tinham condições de exercer atividades da vida diária básicas, como lavar louça e, menos ainda, exercer outro tipo de atividade mais elaborada. A maioria dos participantes precisava do auxílio de outras pessoas, normalmente filhos ou cuidadores, porém, percebeu-se que a interação com os longevos era mais com o objetivo de cuidados, pelas limitações, principalmente físicas, apresentadas.

Ressalta-se que estas duas escalas são somente para rastreio da sintomatologia depressiva e sempre é importante, para a realização de um diagnóstico, além desta triagem inicial, o profissional se apropriar de três fatores fundamentais: entendimento sobre o transtorno depressivo, conhecimento das características próprias desta faixa etária e, principalmente, um olhar diferenciado para cada pessoa que está buscando auxílio, valorizando sua história de vida e criando uma relação empática com o sujeito. A depressão é um distúrbio que pode ser tratado e a pessoa pode ter qualidade de vida, portanto, nunca deve ser banalizada, principalmente na terceira idade, fase que vem acompanhada de muitas mudanças.

REFERÊNCIAS

- AKISKAL, H.S. Mood disorders: introduction and overview. In: SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. New York: Lippincott, Williams & Wilkins, 2000. p. 1284-1298.
- ALMEIDA, M.S.C. **Efetividade da escala de depressão geriátrica de cinco itens em população idosa da comunidade**. 2010. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/4507/1/000433658-Texto%2BCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da Versão Brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) Versão Reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.57, n.2-B, p.421-426, 1999.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS). American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Journal of The American Geriatrics Society**, v.60, n.4, p.616-631, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5.ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 2013.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.22, n.3, set. 2000.
- BARREIRA, K.S., VIEIRA, L.J.E.S. O olhar da enfermagem para o idoso: revisão de literatura. **Revista de enfermagem**, v.12, n.3, p.01-10, 2004.
- BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **Depressão causas e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=cTY9DQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q=tratamento&f=false>>. Acesso em: 17 abr. 2017.
- BERTOLUCCI, P.H. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.52, n.1, p. 1-7, mar. 1994.
- BORGES, L.J. et al. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.4, 2013.
- BOING, A.F. et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.4, p.617-23, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BROOKS, D.; DODER, M. Depression in Parkinson's disease. **Current Opinion in Neurology**, Londres, v.14, p.465-470, 2001.

BRUNONI, A.R. et al. Patterns of benzodiazepine and antidepressant use among middle-aged adults: the Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **Journal of Affective Disorders**, v.151, n.1, p.71-7, 2013.

BYERS, A.L.; YAFFE, K. Depression and risk of developing dementia. **Nature Reviews: Neurology**, Londres, v.7, p.323-331, 2011.

CAMACHO, ACLF; COELHO, MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.63, n.2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200017> Acesso em 10 out. 2016.

CARVALHO, V.F.C.; FERNANDEZ, M.E.D. Depressão no idoso. In: NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.160-173.

CASTRO, M. R. P. et al. A dependência da nicotina associada ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 131-140, jul./dez. 2008.

CAUDURO, M.H.F. **Relação da rede de apoio social e a qualidade de vida em idosos longevos**. 2013. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Porto Alegre, 2013.

CERQUEIRA, C.S. et al. Estudo inicial sobre o desempenho de população com idade acima de 60 anos nos testes de Stroop e Rey. **Boletim de Iniciação Científica em Psicologia**, São Paulo, v.7, n.1, p.64-81, 2006. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Cursos/Psicologia/boletins/7/4_ESTUDO_INICIAL_SOBRE_O_DESEMPENHO_DE_POPULACAO_COM_IDADE_ACIMA_DE_60_ANOS_NOS_TESTES_DE_STROOP_E_REY.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2015.

COUTINHO, M.P.L. et al. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Psico-USF**, v.8, n.2, p.183-192, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psuf/v8n2/v8n2a10>>. Acesso em 30 set. 2015.

CONRADSSON, M. et al. Usefulness of the Geriatric Depression Scale 15- item version among very old people with and without cognitive impairment. **Aging & Mental Health**, v.17, n.5, p.638–645, 2013. Disponível em: <[file:///Users/diegors_carvalho/Downloads/UsefulnGDS15%20ItemVersionAmongVeryOldPeopleWith&WithoutCognitiveImpairment%20\(1\).pdf](file:///Users/diegors_carvalho/Downloads/UsefulnGDS15%20ItemVersionAmongVeryOldPeopleWith&WithoutCognitiveImpairment%20(1).pdf)>. Acesso em 12 dez. 2016.

DARÉ, P.K.; CAPONI, S. Uma análise das estratégias de cuidado a indivíduos com diagnóstico de depressão. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.7, n.15, p.73-93, 2015. Disponível em:

<<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2425/4438>>. Acesso em 19 dez. 2016.

DUARTE M.B.; REGO, M.A. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.691-700, 2007.

ERIKSON, E.H. **Identity: Youth and crisis**. New York: Norton, 1950.

FERNANDEZ, H.H. Updates in the medical management of Parkinson disease. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, Lyndhurst, v.79, p.28-35, 2012.

FERNANDES, M.G.M.; NASCIMENTO, N.F.S.; COSTA, K.N.F.M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Revista Rene**, Fortaleza, v.11, n.1, p.19-27, 2010.

FLECK, M. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o Tratamento da Depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.25, n.2, p.114-122, 2003.

FORLENZA, O.V. **Depressão e demência no idoso**. São Paulo: Lemos, 1997.

FORLENZA, O. V.; ALMEIDA, O.P. **Depressão e Demência no Idoso: tratamento psicológico e farmacológico**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FRANK, M.H.; RODRIGUES, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.376-387, 2006.

GARCIA et al. A depressão e o processo de envelhecimento. **Ciências e Cognição**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, mar. 2006.

GAUER, G.J.C.; FURLANETTO, L.M.; BAUER, M.E. Transtornos do humor. In: CATALDO NETO, A.; GAUER, G.J.C.; FURTADO, N.R. **Psiquiatria para Estudantes de Medicina**. 2. ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2013.

GAZALLE, F.K. et al. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, n.3, p.145-149, 2004.

GAZALLE, F.K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.38, n.3, 2004.

GREENBERG, S.A. The Geriatric Depression Scale (GDS). New York: University College of Nursing, 2012. Disponível em: <[file:///Users/diegors_carvalho/Downloads/Geriatric%20Depression%20Scale%20\(GDS\)%20\(1\).pdf](file:///Users/diegors_carvalho/Downloads/Geriatric%20Depression%20Scale%20(GDS)%20(1).pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2016.

HARRIS, Tess et al. Onset and persistence of depression in older people: results from a 2-year community follow-up study. **Age and Aging**, Oxford, v.35, n.1, p.25-32, jan. 2006. Disponível em: <<http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/1/25.full>>. Acesso em: 01 maio 2015.

IBGE. Censo Demográfico 2010. **Mudança geográfica no Brasil no início do século XXI.** Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro, 2015.

IRIGARAY, T.Q.; SCHNEIDER, R.H. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.** V.29, n.1, p.19-27, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n1/v29n1a08>>. Acesso em 12 dez. 2016.

JUSTO, L.P.; CALIL, H.M. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Revista de Psiquiatria Clínica,** 2006.

KESSLER, R.C. et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Health Survey Initiative. **Depression and Anxiety,** v.27, n.4, p. 351-64, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.20634/abstract?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+unavailable+on+Saturday+17th+December+2016+at+09%3A00+GMT%2F+04%3A00+EST%2F+17%3A00+SGT+for+4hrs+due+to+essential+maintenance.Apologies+for+the+inconvenience>>. Acesso em 16 dez. 2016.

KESSLER, R.C. et al. The Prevalence and Correlates of Workplace Depression in the National Comorbidity Survey Replication. **Journal of Occupational and Environmental Medicine,** Chicago, v.50, n.4, p.381-390, 2008.

LEE, D.R. et al. Prevalence of Frailty and Factors Associated with Frailty in Individuals Aged 90 and Older: The 90+ Study. **Journal compilation, The American Geriatrics Society,** 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/15190952.PORTOALEGRE.006/Downloads/Lee_et_al-2016-Journal_of_the_American_Geriatrics_Society.pdf>. Acesso em: 11 out. 2016.

LEITE, V.M.M. et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** Recife, v.6, n.1, p.31-38, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a04v6n1.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2015.

LIEBERMAN, J.A. History of the Use of Antidepressants in Primary Care. **Journal of Clinical Psychiatry.** 2003. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/253680392_History_of_the_Use_of_Antidepressants_in_Primary_Care>. Acesso em 19 dez. 2016.

LORENÇATTO, C. et al. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica,** Singapura, v.85, n.1, p.88-92, 2006.

LOURENÇO, T.M. et al. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v.33, n.2, p.176-185, 2012.

MACHADO et al. Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** v.58, n.3, p.175-180, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n3/06.pdf>>. Acesso em 16 dez. 2016.

MANN, A. Depression in the elderly: findings from a community survey. **Maturitas**, Oxford, v.38, n.38, p.53-58, p. 58-59, 2001.

MOLINA, M.R.A.L. et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Revista de psiquiatria clínica**, v.39, n.6, p.194-197, 2012.

MORAES, E.N.; MORAES, F.L.; LIMA, S.P.P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.20, n.1, p.67-73, 2010.

MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

MORAIS, F.L.L. **Avaliação de antidepressivos como adjuvantes no tratamento da dor oncológica**. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Farmácia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Farmácia, Campina Grande, 2012. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/323/1/PDF%20-%20Francisca%20Luana%20Lopes%20Morais.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. **What is Depression?**. 2011. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/index.shtml>>. Acesso em: 20 set. 2015.

NAVARRO, J.H.N. et al. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.461-470, 2015.

NERI, A.L. Teorias Psicológicas do Envelhecimento: Percurso Histórico e Teorias Atuais. In: FREITAS, E.V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Coogan, 2011.

NESTLER, E.J. et al. Neurobiology of Depression. **Neuron**, Oxford, v.34, n.1, p.13-25, mar. 2002.

OLIVEIRA, K.L. et al. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupo de idosos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.2, p.351-359, maio/ago. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Depressão. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/>. Acesso em 20 dez. 2016.

PARANHOS, M.E.; ARGIMON, I.I.L.; WERLANG, B.S.G. Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II) em adolescentes. **Avaliação Psicológica**, Porto

Alegre. v.9, n.3, dez. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712010000300005&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 31 out. 2016.

PINHO, M.X. et. al. **Confiabilidade e Validade da Escala de Depressão Geriátrica em Idosos com Doença Arterial Coronariana**. [s.l.]: Sociedade Brasileira de cardiologia, 2009.

PINTON, S. et al. Sporadic dementia of Alzheimer's type induced by streptozotocin promotes anxiogenic behavior in mice. **Behavioural Brain Research**, Oxford, v.223, n.1, p.1-6, 2011.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e Acolhimento aos Usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.27-34, jan./fev 2003.

RANDOLPH, M.E.; REDDY, D.M. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the impact of depression, support, and abuse. **Journal of Sex Research**, Highfield, v.43, n.1, p.38-45, 2006.

REINLIEB, M. et al. The patterns of cognitive and functional impairment in amnesic and non-amnesic mild cognitive impairment in geriatric depression. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, Philadelphia, v.22, p.1487-1495, 2014.

RIBEIRO, A. **Características funcionais da Fragilidade em longevos**. 2013. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

ROCHA, G.M.A. et al. Psicoterapia breve psicodinâmica de caso grave de depressão em serviço-escola: limites e alcance. São Leopoldo, v.9, n.1, jun. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822016000100008>. Acesso em 12 dez. 2016.

RODRIGUES, M.A.P.; FACCHINI, L.A.; LIMA, M.S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.1, p.107-14, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27123.pdf>>. Acesso em 19 dez. 2016.

SAMUELS et al. Depression in Autopsy-confirmed Dementia with Lewy Bodies and Alzheimer's Disease. **The Mount Sinai Journal of Medicine**, New York, v.71, n.1, p.55-62, 2004.

SANTANA FILHO, A.J.; BARBOZA, J.C. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade de Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.31, n.1, p.134-146, 2007. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1400/1037>>. Acesso em 12 dez. 2016.

SCHIRMER, C. L. **Relação entre hábitos alimentares e composição corporal de longevos**. 2014. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SHEEHAN, D.V. et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and CID-10. **The Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v.59, supl. 20, p.22-33, 1998.

SILBERMAN, C.D. et al. Uma revisão sobre depressão como fator de risco na Doença de Parkinson e seu impacto na cognição. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.26, n.1, p.52-60, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20477.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

SINN, N. et al. Effects of n-3 fatty acids, EPA v. DHA, on depressive symptoms, quality of life, memory and executive function in older adults with mild cognitive impairment: a 6-month randomised controlled trial. **The British Journal of Nutrition**, Cambridge, v.107, p.1682-1693, 2012.

SOLDERA, C.L.C. **Participação dos sistemas de manutenção do equilíbrio corporal, do risco de quedas e do medo de cair em idosos e longevos**. 2013. Tese (Doutorado) -- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Porto Alegre, 2013.

STANGHELLINI, G.; RABALLO, A. Differential typology of delusions in major depression and schizophrenia. A critique to the unitary concept of 'psychosis'. **Journal of Affective Disorders**, Oxford, v.171, p.171-178, 2015. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/ez94.periodicos.capes.gov.br/S0165032714005813/1-s2.0-S0165032714005813-main.pdf?_tid=778e5204-0639-11e5-9c92-00000aab0f02&acdnat=1432928139_6e8f6f84617a631a4e1fea9ac775acfb>. Acesso em: 29 maio 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STELLA, F. et al. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz**, Rio Claro, v.8 n.3, p.91-98, 2002.

TEIXEIRA, A.R. et al. Associação entre Perda Auditiva e Sintomatologia Depressiva em Idosos. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.14, n.4, p.444-449, 2010.

TENG, C.T.; CEZAR, L.T.S. Depressão. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 67, 2010. Disponível em <<http://www.moreirajr.com.br/revista.asp?fase=roo3&idmateria=4526>>. Acesso em 04 nov. 2016.

TENG, C.T.; HUMES, E.C.; DEMETRIO, F.N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.32, n.3, p.149-159, 2005.

TRENTINI, C. et al. The influence of somatic symptoms on the performance of elders in the Beck Depression Inventory (BDI). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.27, n.2, p.119-123, 2005.

UFER, M. et al. Patterns and prevalence of antidepressant drug use in the German state of Baden-Wuerttemberg: a prescription-based analysis. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, v.16, n.10, p.1153-60, 2007.

WALKER, J.G. et al. Oral folic acid and vitamin B-12 supplementation to prevent cognitive decline in community-dwelling older adults with depressive symptoms—the Beyond Ageing Project: a randomized controlled trial. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.95, p.194-203, 2012.

WANG, S.; BLAZER, D.G. Depression and Cognition in the Elderly. **Annual Review of Clinical Psychology**, Palo Alto, v.11, p.331-360, 2015.

WANG, Y.P.; GORESTEIN, C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.35, n. 4, p. 416–43, 2013. Disponível em: <file:///Users/diegors_carvalho/Downloads/1516-4446-rbp-2013-35-4-416.pdf>. Acesso em 13 dez. 2016.

WENDT, G.W.; RUSCH, S. G. S.; MALLET, L. G; ARGIMON, I. I. L. Adaptação do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) para a População Brasileira. In: IX Salão de Iniciação Científica da PUCRS, 2008, Porto Alegre. **Anais do IX Salão de Iniciação Científica da PUC-RS**. Porto Alegre : EDIPUCRS, 2008. p. 1-3.

WILLIAMS, J.R. et al. A comparison of nine scales to detect depression in Parkinson disease. Which scale to use? **Neurology**, mar. 2012. Disponível em: <file:///Users/diegors_carvalho/Downloads/Compara%C3%A7%C3%A3o%20entre%20nove%20escalas%20para%20delectar%20depress%C3%A3o%20na%20doen%C3%A7a%20de%20parkison.pdf>. Acesso em 13 dez. 2016.

XAVIER, F.M.F. et al. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.3, p.296-302, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n3/5016.pdf>. Acesso em: 8 out. 2014.

YEH, Y.C. et al. Subtypes of mild cognitive impairment among the elderly with major depressive disorder in remission. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v.19, p.923-931, 2011.

ZUBENKO, G. et al. Collaborative Study of the Emergence and Clinical Features of the Major Depressive Syndrome of Alzheimer's Disease. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v.160, p.857-866, 2003.

APÊNDICE B (TERMO DE CONSENTIMENTO)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do projeto: "AVALIAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA COMO INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM IDOSOS LONGEVOS", que tem como objetivo analisar a efetividade da GDS-15 para a caracterização da sintomatologia depressiva em idosos longevos. A sua participação será totalmente gratuita e trará como principal benefício a possibilidade de detectarmos possíveis problemas de saúde e encaminharmos soluções de uma forma mais rápida, pois muitas vezes não nos damos conta desses problemas até que se tornem graves.

O estudo é um subprojeto do Projeto: "ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL AO LONGEVO (AMPAL)" que está sendo realizado por uma equipe multiprofissional do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, coordenada pelo Professor Ângelo José Gonçalves Bós, em parceria com o Conselho Municipal do Idoso.

Após ter recebido as explicações dos procedimentos, riscos e benefícios associados ao presente projeto de pesquisa, será combinado um horário para uma visita domiciliar onde dois pesquisadores do projeto realizarão uma avaliação. Será aplicado um questionário com perguntas sobre etnia, sexo, idade, escolaridade, estado conjugal, com quem vive e frequência com que sai de casa, além dos dados de identificação. Também serão aplicadas quatro escalas, em dois dias diferentes, uma que avalia questões cognitivas e três que identificam sintomatologia depressiva, sendo uma delas de diagnóstico da depressão.

Além do desconforto do tempo necessário para responder às questões do questionário e da escala, não são previstos outros riscos em função da sua participação na pesquisa. Ao final do encontro você receberá os resultados da avaliação realizada e as orientações sobre possíveis problemas detectados. Caso necessário, realizaremos o encaminhamento do possível problema diretamente ao especialista adequado através da Unidade de Saúde da sua região.

Dependendo de alguns critérios específicos poderemos convidá-lo(a) a participar de outras avaliações que poderão ou não necessitar o seu deslocamento para a PUCRS. Nesse caso você receberá um convite específico para cada uma das avaliações. A não participação nessas avaliações não afetará o acompanhamento que estamos propondo e que você está concordando neste documento.

Sua colaboração é muito importante. Os seus dados serão utilizados apenas para esta pesquisa e seu nome não será apresentado na divulgação da pesquisa. Você poderá deixar de participar do estudo sem que isto lhe cause qualquer prejuízo. Reforçamos que esta pesquisa não apresentará nenhum custo para os participantes.

Caso você queira mais informações ou no caso de dúvidas poderá entrar em contato com o coordenador do Projeto o Professor Ângelo Bós (51-3320 3000 ramal 2322) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS pelo telefone 51-3320 3345, de segunda a sexta das 8:30 às 12:00. A equipe de pesquisadores agradece o seu apoio e atenção.

Eu, _____, abaixo assinado, declaro que aceito participar do estudo acima proposto, tendo sido informado sobre os seus objetivos, do meu direito de participar ou não e da garantia de anonimato e confidencialidade dos dados.

Porto Alegre, ___/___/___

Assinatura do usuário: _____.

Assinatura do pesquisador: _____.

APÊNDICE C (ARTIGO SUBMETIDO)

Avaliação da Geriatric Depression Scale-15 e do Beck Depression Inventory-II como instrumentos de caracterização da sintomatologia depressiva em longevos

Aline Zuardi Maia¹

Angelo José Gonçalves Bós²

Resumo

Introdução: Longevos (pessoas com 80 anos ou mais) apresentam maior possibilidade de depressão. **Objetivos:** Verificar a efetividade de dois instrumentos de caracterização da sintomatologia depressiva em longevos. **Métodos:** Setenta e quatro longevos foram caracterizados em depressivos ou não pelo Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), posteriormente avaliados pela Escala de Depressão Geriátrica 15 (GDS-15) e Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II). Foram calculadas a sensibilidade e especificidade do BDI-II e GDS-15 para diferentes pontos de corte. **Resultados:** A GDS-15 apresentou sensibilidade de 100% e especificidade de 83% e o BDI-II 100% de sensibilidade e 87% de especificidade. **Conclusão:** O BDI-II mostrou-se mais exato do que a GDS-15, apesar das duas ferramentas serem eficazes para rastreamento da sintomatologia depressiva em longevos.

Palavras-chave: Depressão; Longevo; Diagnóstico; Escala de Depressão Geriátrica; Inventário de Depressão de Beck.

Evaluation of Geriatric Depression Scale-15 and Beck Depression Inventory-II as instruments of characterization of depressive symptom in long lived

¹ Psicóloga. Mestranda em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS. E-mail: alinezm@gmail.com.

² Professor orientador, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS. Doutor em Phd In Medicine e médico geriatra.

Abstract

Background: Oldest-old (80 years or older) have higher odds for depression. Objectives: Verify the effectiveness of two screening tools for depression in the oldest-old. Method: Seventy-four oldest-old were diagnosed for depression using the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) and further assessed by the Geriatric Depression Scale 15 (GDS-15) and the Inventory Beck Depression II (BDI-II). We calculated the sensitivity and specificity of the BDI-II and GDS-15 for different cutoff points. Results: GDS-15 showed 100% sensitivity and 83% specificity while BDI-II obtained 100% sensitivity and 87% specificity. Conclusion: The BDI-II was more accurate than the GDS-15, although the two tools were effective for the screening of depressive symptomatology in Oldest-old.

Keywords: Depression; oldest old; Geriatric Depression Scale; Inventory Beck Depression.

1 Introdução

A faixa etária que mais cresce no Brasil é a dos indivíduos que tem 60 anos ou mais, representando um aumento de 4% ao ano, desde 2012 até o ano de 2022. Este público, em 2030, deve chegar a 41,5 milhões e, em 2060, as pessoas idosas corresponderão a 73,5 milhões da população. Acredita-se que em torno de 10 anos, haverá um aumento de 1 milhão de pessoas idosas a cada ano. Esta alta de indivíduos da terceira idade na sociedade pode ser resultado pela diminuição da fecundidade e também pelo baixo índice de mortalidade nas diferentes idades (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2015).

Segundo Cerqueira et al. (2006), a população idosa vem aumentando no mundo inteiro, onde se estima que em 2025 a expectativa de vida alcance os 80 anos, no Brasil. A falta de entendimento de alguns profissionais, referente às características desta população favorecem na ausência de prevenção e também ao tratamento das dificuldades que estas pessoas podem vir a enfrentar. De acordo com o IBGE (2015), a expectativa de vida em 2100 será em torno de 88 anos para as mulheres enquanto que, para os homens, será de 82 anos.

A questão do envelhecimento, tanto em âmbito mundial, como nacional, requer um olhar diferenciado devido as enfermidades que muitas vezes acompanham o sujeito nesta faixa etária, bem como a redução de suas funcionalidades. Devido a isto, é necessário reconhecimento destas particularidades e a construção de políticas públicas para esta faixa etária. Esta mudança não corresponde somente ao público que precisa de auxílio, mas sim, de

treinamento, capacitação e conhecimento adequado dos profissionais que trabalham com as demandas de pessoas idosas (Camacho & Coelho, 2010).

Além do aspecto quantitativo, referente à expectativa de vida, é de suma importância que se dê atenção à qualidade vital que estes indivíduos estão tendo, não dando respaldo somente a expectativa de vida, mas também às necessidades biopsicossociais. O investimento deve ocorrer nos diversos setores, sendo um deles a atenção básica, verificando estratégias de prevenção e promoção da saúde desta parcela da população (Barreira & Vieira, 2004).

Referente aos transtornos mentais, um dos distúrbios que mais acometem pessoas da terceira idade é a depressão. Mesmo que esta patologia ocorra em diversas idades, existe grande dificuldade em se detectar a origem do distúrbio em pacientes geriátricos (Carvalho & Fernandez, 2002).

A probabilidade do idoso padecer por causa desta doença é ainda maior, visto que, muitas vezes, apresentam limitações e perdas significativas que podem vir a ocasionar sentimentos de auto-depreciação. Além do transtorno depressivo interferir na vida social do sujeito, reforçando comportamentos como isolamento, o distúrbio pode ter alto índice de mortalidade e cronicidade. Existe a possibilidade de 15% de pessoas que são diagnosticadas com transtorno depressivo cometerem suicídio (Carvalho & Fernandez, 2002).

Diversos fatores podem ser os causadores de transtornos depressivos (depressão maior, distímia e depressão sem outra especificação) onde os componentes genéticos determinam a patologia, porém, percebe-se que agentes psicológicos, sociais e familiares também contribuem como etiologia do aparecimento do distúrbio. A depressão pode estar associada a alterações neuroquímicas e neuroanatômicas (Gauer, Furlanetto, & Bauer, 2013). De acordo com Teng, Humes e Demétrio (2005), inúmeras doenças podem estar relacionadas à depressão, como as oncológicas, cardíacas, renais, neurológicas, entre outras. Existem ainda doenças neurodegenerativas que podem apresentar sintomatologia psiquiátrica, como no caso das demências (Fernandez, 2012).

No Brasil, os idosos que são acometidos por sintomas depressivos, em muitos dos casos, não são diagnosticados e, como consequência, não recebem tratamento apropriado (Almeida, 2010). Isto pode ocorrer pela falta de acessibilidade que as pessoas da terceira idade têm em relação à Atenção Primária de Saúde (APS), visto que identificam-se elementos da estrutura do sistema de saúde que facilitam ou dificultam a integralidade do acesso às unidades básicas de saúde, tais como: localização da unidade em relação ao domicílio do usuário, forma de organização, demora para obtenção do atendimento, tratamento recebido pelo usuário, respostas obtidas para demandas individuais, tipos de serviços oferecidos e qualidade destes

(Ramos & Lima, 2003). A ideia de que a APS deve ser uma porta de fácil acesso é inerente à organização dos serviços de saúde, pois a ausência desta entrada facilmente acessível pode fazer com que a atenção adequada não seja obtida (Starfield, 2002).

Existem diversos tipos de instrumentos que rastreiam o transtorno depressivo em pessoas idosas. Uma das ferramentas mais utilizada no Brasil e sugerida pelo Ministério da Saúde é a Escala de Depressão Geriátrica-15 (GDS-15) (Almeida & Almeida, 1999), que serve para detectar a sintomatologia da depressão. Outra testagem importante para revelar sintomas depressivos é o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) (Wendt, Rush, Mallet, & Argimon, 2008). Referente ao diagnóstico, existe o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Amorim, 2000), utilizado por profissionais da área da saúde mental.

Apesar disto, percebe-se que existem diferenças significativas entre idosos jovens (60 anos até 79 anos) e longevos (com 80 anos ou mais), como mostra o estudo de Navarro et. al (2015), onde as pessoas com mais de 80 anos apresentaram maiores dificuldades em diversos aspectos, como sair de casa com frequência (muitas vezes por não ter com quem sair), falta de motivação, complicações relacionadas à locomoção e à visão, entre outros. De acordo com isto, pode-se pensar que o ponto de corte da GDS-15 e do BDI-II não deva ser o mesmo para estas duas faixas etárias. Devido a problemática encontrada nas APS e ao tempo escasso de consultas dentro dos serviços de saúde, é essencial que se faça uma análise em relação a efetividade da GDS-15 e do BDI-II para a caracterização da sintomatologia depressiva em idosos longevos. Desconhecem-se estudos brasileiros que avaliem a consistência destas ferramentas nesta população.

2 Método

2.1 Amostra

O presente estudo caracteriza-se por ser quantitativo, transversal, observacional e analítico. Os longevos participantes, residentes de Porto Alegre, foram identificados pelo Projeto do AMPAL desde o ano de 2014. Participaram do presente estudo 74 longevos, homens e mulheres, voluntários, identificados em Porto Alegre. Para serem incluídos, os participantes deveriam ser longevos (idade igual ou superior a 80 anos). Foram excluídos do estudo os longevos que apresentaram dificuldade de responder ou compreender as perguntas, seja por prejuízo cognitivo evidente e/ou perda auditiva importante.

2.2 Instrumentos

2.2.1 Questionário sociodemográfico

Este estudo está avaliando características sociodemográficas e de saúde: sexo, idade, escolaridade, estado conjugal, ocupação.

2.2.2 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Avaliar as funções cognitivas, observando as condições do longo em responder os questionários voltados para a avaliação de depressão. O MEEM tem questões que avaliam orientação para espaço e tempo, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras citadas anteriormente, capacidade construtiva visual e linguagem. Sua pontuação pode ocorrer entre 0 e 30 e a versão em português será a utilizada traduzida por Bertolucci et al. (1994).

2.2.3 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Este estudo visa diagnosticar quais os longevos deprimidos e não deprimidos. O MINI é uma entrevista padronizada curta, correspondente aos critérios utilizados pelo CID-10 e DSM-III-R/IV. É utilizado na prática clínica e para pesquisa específica da atenção primária e na psiquiatria (Amorim, 2000).

2.2.4 Escala de Depressão Geriátrica-15 (GDS-15)

É uma medida utilizada para identificação e quantificação de sintomas depressivos em idosos. Essa versão é composta por 15 perguntas, com respostas classificadas em 'sim' ou 'não'. O score total da GDS-15, versão curta, é feito a partir do somatório das respostas assinaladas pelos examinados nos 15 itens. O menor score possível é zero e o maior é 15. Em idosos (60 anos ou mais) tem sido usada a pontuação maior que 5 como ponto de corte para a existência de sintomatologia depressiva no resultado da escala, sendo o ponto de corte mais sensível 5/6 (Pinho et al., 2009).

2.2.5 Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II)

BDI-II é um instrumento composto por 21 itens, cujo objetivo é medir a intensidade da depressão a partir dos 10 anos até a terceira idade. Existem, em cada questão, quatro possibilidades de resposta, com exceção das questões de número 16 e 18, onde há sete opções de escolha. O escore total para a população geral pode ser dividido em níveis em que a depressão se encontra: mínimo (escore de 0 a 13), leve (escore 14 a 19), moderado (escore 20 a 28) e grave (escore 29 a 63) (Paranhos, Argimon, & Werlang, 2010). Cada pergunta um deles diferentes respostas, sendo cada uma delas correspondente a um grau menor ou maior de gravidade do sintoma, podendo alcançar em cada pergunta de zero a três pontos (Wendt et al., 2008).

2.3 Procedimentos para coleta de dados

A maioria das pessoas avaliadas contribuíram anteriormente com o Projeto “Atenção Multiprofissional ao Longevo – AMPAL”, onde foram convidados a participar da presente pesquisa através de contato telefônico. Conforme aceitaram, foi agendada uma visita domiciliar para coleta, conforme disponibilidade do idosos e do avaliador. Uma parcela menor dos longevos avaliados eram residentes de Instituição de Longa Permanência (ILP), particular e filantrópica, ou eram longevos integrantes de atividades de ginástica no prédio 80 da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Em relação aos idosos que não foram previamente avaliados pelo AMPAL, também foi realizado agendamento prévio por telefone e, após concordarem em participar da pesquisa, foi marcado horário para a aplicação da entrevista diagnóstica, escalas de rastreio e, se necessário, o MEEM. A avaliação dos longevos residentes em ILP foi feita no próprio local onde moravam e, referente aos idosos que praticavam atividades na PUCRS, a coleta foi agendada na própria Universidade, no prédio 80, na sala do Laboratório de Avaliação e Pesquisa em Atividade Física (LAPAFI). Nesta etapa, o longevo assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram levantados dados de identificação e foi realizada a avaliação do MINI, seguido do BDI-II e da GDS-15, respectivamente nesta ordem. O MEEM foi aplicado em situações em que o avaliador tinha dúvida em relação às condições cognitivas do participante.

O MINI foi ministrado pela autora do projeto, psicóloga, que recebeu treinamento adequado pelas profissionais Irani Iracema de Lima Argimon e Tatiana Quarti Irigaray, ambas psicólogas e professoras da Faculdade de Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

A GDS-15 e o BDI-II foram manipulados também pela autora da pesquisa ou por pessoa colaboradora com o projeto, que estava capacitada para realizar a avaliação. Muitos longevos preferiram participar da pesquisa acompanhados de outra pessoa, normalmente algum familiar e, esta decisão, foi totalmente do longevo, que deveria se sentir a vontade e seguro ao ser avaliado.

Após aplicação de todos os instrumentos, foi dado o retorno da avaliação para o participante e também para o acompanhante, caso este estivesse no local. Se a pessoa possuísse diagnóstico de depressão, a psicóloga investigava junto ao idoso e também, se presente, ao indivíduo que acompanhava, se já existia algum tratamento em andamento referente ao transtorno mental. Em torno da metade dos participantes que apresentaram Episódio Depressivo Maior Atual já estavam em tratamento, psiquiátrico ou somente medicamentoso (receitado por outro especialista, normalmente geriatra), onde foram referidos os locais de acompanhamento e a medicação utilizada. A psicóloga pontuou a importância da continuidade dos tratamentos já realizados e a busca por profissionais adequados ao quadro, pontuando o resultado da avaliação. Em relação aos longevos com diagnóstico de depressão que não estavam realizando tratamento, foi dado o resultado e reforçada a importância em serem avaliados em locais com serviço adequado, bem como, familiar ou pessoa responsável também foram informados.

Este estudo é um subprojeto do Projeto de Atenção Multiprofissional ao Longevo (AMPAL), que foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da PUCRS sob número CAAE 55906216.0.0000.5336 em 18 de julho de 2016.

2.4 Procedimentos para análise dos dados

O MINI foi utilizado para identificar os longevos depressivos dos não depressivos. Diferentes pontos de corte na GDS-15 foram utilizados para determinar qual o que tinha a maior relação sensibilidade e especificidade, sendo a sensibilidade a percentagem de longevos com depressão identificados pela GDS-15 (verdadeiros positivos) e a especificidade a percentagem de longevos sem depressão que tiveram a GDS negativa (verdadeiros negativos). A sensibilidade e especificidade foram calculadas também para diferentes pontos de corte da escala BDI-II. Curvas ROC (Receiver Operating Characteristics) foram construídas para ambos os testes e a as áreas embaixo das curvas foram calculadas. O teste considerado com melhor capacidade discriminatória foi o que apresentou a maior área embaixo da curva ROC. A análise descritiva dos dados foi realizada pelo Epi info versão 7.

3 Resultados

Tabela 1

Distribuição dos participantes conforme o sexo, idade, uso de antidepressivos e escalas de rastreio para sintomatologia depressiva

SEXO	Episódio Depressivo Maior Atual		Total	P
	Não	Sim		
Feminino	51(85%)	9(15%)	60(81,1%)	0,946
Masculino	12 (85,7%)	2(14,3%)	14(18,1%)	
Idade	89,3±5,8	90,6±3,3	89,5± 5,5	0,44
Uso de ADO				
Não	40(87,0%)	6(13,0%)	46(62,2%)	0,572
Sim	23(82,1%)	5(17,9%)	28(37,8%)	
BDI-II	7,8±6,3	26,4±7,8	10,6±9,3	<0,001
GDS 15	3,3±2,3	8,3±2,1	4±2,9	<0,001
TOTAL	63(85,1%)	11(14,9%)	74(100%)	

ADO= antidepressivo oral

Participaram do estudo 74 longevos, dos quais 11 (14,9%) foram diagnosticados com Episódio Depressivo Maior Atual pelo MINI. De acordo com a Tabela 1, pessoas com Episódio Depressivo Maior Atual tiveram valores significativamente maiores na GDS 15 e no BDI-II, comparado com pessoas que não tinham Episódio Depressivo Maior atual. Em relação à idade, sexo e uso de antidepressivos, não houveram diferenças significativas entre as pessoas que tinham Episódio Depressivo Maior e as que não tinham.

Tabela 2

Número de longevos com e sem Episódio Depressivo Maior Atual (EDMA) para cada escore de Geriatric Depression Scale 15 (GSD 15) e os seus correspondentes valores de Sensibilidade e Especificidade.

	Sem EDMA	Com EDMA	Sensibilidade	Especificidade
0	3	0	100%	0%
1	12	0	100%	5%
2	14	0	100%	24%
3	9	0	100%	46%
4	10	0	100%	60%
5	4	0	100%	76%
6	5	2	100%	83%
7	3	2	82%	90%
8	1	4	64%	95%
9	1	1	27%	97%
10	1	0	18%	98%
11	0	1	18%	100%
13	0	1	9%	100%
14	0	0	0%	100%
TOTAL	63	11		

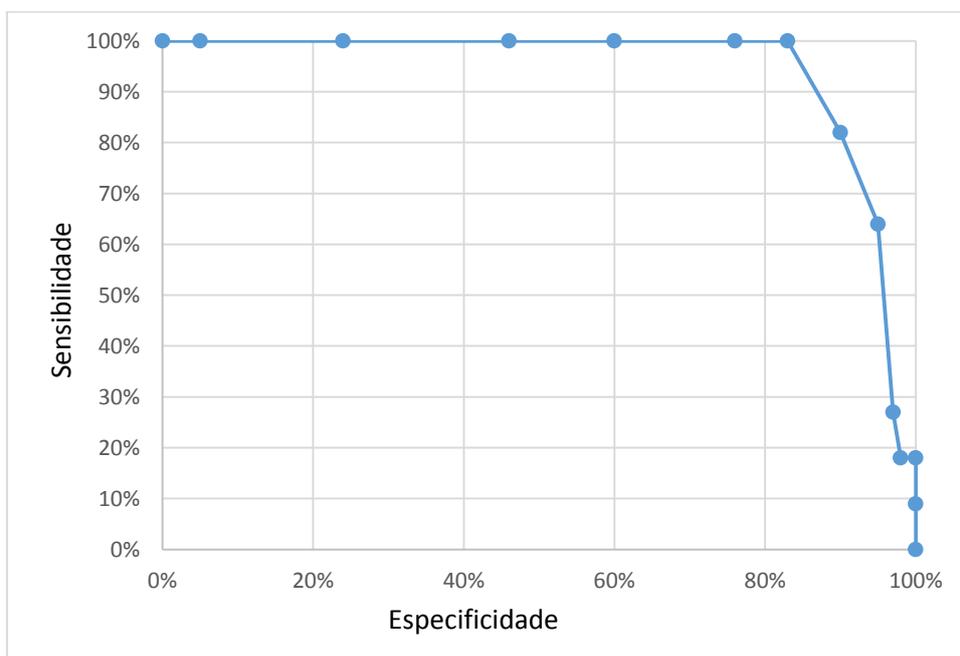


Figura 1. Relação entre sensibilidade e especificidade para o Geriatric Depression Scale na identificação de Episódio Depressivo Maior Atual.

Conforme a Tabela 2, a relação entre especificidade e sensibilidade para GDS 15, usando ponto de corte 5, que é aplicado para pessoas mais jovens, também pode ser utilizado para longevos, porém, o melhor ponto de corte na GDS 15, para idosos acima de 80 anos, é o ponto de corte 6, sendo sensibilidade de 100% e especificidade de 83%.

Tabela 3

Número de longevos com e sem Episódio Depressivo Maior Atual (EDMA) para cada escore de Beck Depression Inventory II (BDI-II) e os seus correspondentes valores de Sensibilidade e Especificidade.

	Sem EDMA	Com EDMA	Sensibilidade	Especificidade
0	2	0	100%	0%
1	3	0	100%	3%
2	9	0	100%	8%
3	5	0	100%	22%
4	5	0	100%	30%
5	5	0	100%	38%
6	3	0	100%	46%
7	2	0	100%	51%
8	5	0	100%	54%
9	3	0	100%	62%
10	3	0	100%	67%
11	4	0	100%	71%
12	3	0	100%	78%
13	2	0	100%	83%
14	1	0	100%	86%
15	0	1	100%	87%
16	2	0	91%	87%
17	1	0	91%	90%
18	1	0	91%	92%
19	1	1	91%	94%
20	1	0	82%	95%
21	0	2	82%	97%
23	1	0	64%	97%
24	0	1	64%	98%
27	0	1	55%	98%
29	0	2	45%	98%
30	0	1	27%	98%
31	0	1	18%	98%
33	1	0	9%	98%
44	0	1	9%	100%
45	0	0	0%	100%
TOTAL	63	11		

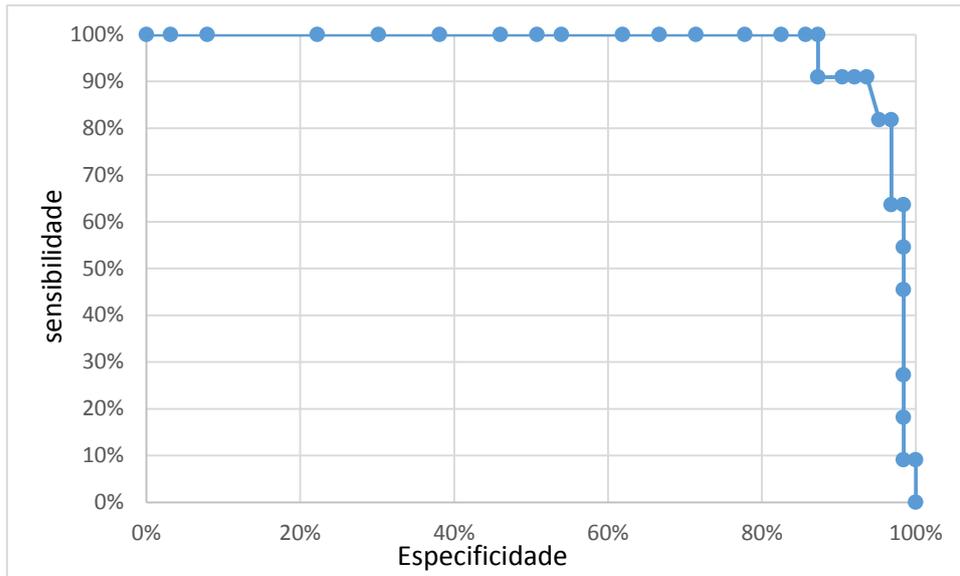


Figura 2. Relação entre sensibilidade e especificidade para o Beck Depression Inventory II na identificação de Episódio Depressivo Maior Atual

Na Tabela 3, a área abaixo da curva de ROC está próxima dos 100% para o BDI-II. Considerando longevos, o melhor ponto de corte é o 15, pois alcança 100% de sensibilidade e 87% de especificidade. De acordo com a área de ROC, a área do BDI-II é maior que a da GDS 15. O resultado revela que não existem grandes diferenças entre os pontos de corte de idosos mais jovens e longevos para a GDS-15 e BDI-II.

4 Discussão

A GDS-15 e o BDI-II são instrumentos validados e traduzidos para o Brasil, onde demonstram ter eficácia para identificação da sintomatologia depressiva em idosos. Existem trabalhos que utilizam estas escalas em pessoas idosas de todas as idades, porém, não foram encontradas pesquisas brasileiras que avaliem a efetividade destas duas ferramentas em longevos, visto que apresentam características próprias, diferentes de indivíduos com menos de 80 anos. No presente estudo, estas duas escalas foram avaliadas, verificando a aplicabilidade dos dois instrumentos em indivíduos com 80 anos ou mais, bem como avaliou qual deles é o mais exato. A partir do MINI (entrevista breve retirada do DSM-IV), utilizado como padrão ouro, foi possível detectar as pessoas que tinham episódio depressivo maior e verificar a sensibilidade e especificidade de cada escala, analisando, caso fossem eficazes para longevos, qual o ponto de corte ideal.

O estudo contou com a participação de 74 longevos, dos quais 11 (14,9%) foram diagnosticados com Episódio Depressivo Maior Atual pelo MINI. A partir disto, observou-se que tanto a GDS-15 quanto o BDI-II podem ser utilizados para detectar sintomatologia depressiva em indivíduos acima de 80 anos. De acordo com os resultados, a GDS-15 apresentou 100% de sensibilidade e 83% especificidade, onde o melhor ponto de corte encontrado para esta população foi o de 6. Já o BDI-II teve 100% de sensibilidade e 87% especificidade, sendo 15 o melhor ponto de corte para longevos.

Greenberg (2012) refere aplicabilidade da GDS, onde mostra a sensibilidade de 92% e uma especificidade de 89% da ferramenta, não definindo, porém, a faixa etária estudada. Conforme a autora, a validade do instrumento tem seu respaldo na clínica e na pesquisa.

Em relação ao BDI-II, já existe validação deste instrumento, sendo importante para a população, podendo ser relevante para detectar sinais de depressão desde a adolescência até a terceira idade, sendo grande sua confiabilidade e tendo boa aplicabilidade no exercício clínico, tanto no Brasil como em outros lugares do mundo (Wang, 2013).

O ponto de corte utilizado para a GDS-15, pensando-se numa população com 60 anos ou mais é 5 (Santana Filho & Barboza, 2007) e o do BDI-II, utilizado em adolescentes até idosos é 14 (mesmo em etapas diferentes da vida, com características próprias, as duas faixas etárias são entendidas da mesma forma no que se refere aos sinais do transtorno), já caracterizando esta pontuação como uma intensidade leve de depressão (Rocha et al., 2016). Não foram encontrados estudos que avaliassem o ponto de corte da GDS-15 nem do BDI-II para caracterização da sintomatologia depressiva em longevos, conforme mostram os resultados desta pesquisa.

De acordo com estes resultados, percebeu-se que, apesar de ambos serem muito efetivos para rastreio da sintomatologia depressiva em longevos, o BDI-II mostrou-se ainda mais exato. Durante a aplicação, porém, a avaliadora percebeu que a GDS-15, para esta população, tem melhor aplicabilidade, pensando-se que são apenas 15 questões curtas, mais objetivas (a possibilidade de resposta é somente “sim” ou “não”), comparada com o BDI-II, que leva mais tempo para ser aplicado (são 21 questões, cada uma contendo 4 possibilidades de respostas mais complexas, sendo que 2 itens do instrumentos são compostos por 7 possibilidades de respostas), onde muitos idosos demonstraram maior cansaço e dificuldade em responde-lo.

Na pesquisa de Williams et al. (2012) foi comparada a efetividade entre a GDS-30 e o BDI-II em pacientes com doença de Parkinson. O autor evidenciou que a GDS-30 teria melhor aplicabilidade, devido as suas propriedades psicométricas, bem como por causa da brevidade que a ferramenta oferece.

Em relação ao sexo, os resultados não evidenciaram diferenças significativas entre as pessoas que tinham episódio depressivo maior e as que não tinham, apesar do número de mulheres avaliadas ter sido maior. Contrário a isto, na literatura existem pesquisas que evidenciam que as mulheres apresentam maior prevalência do transtorno depressivo do que os homens. Conforme Gauer, Furlanetto e Bauer (2013), a depressão maior atinge 32% das mulheres, enquanto que nos homens a frequência do distúrbio é de 18%.

O motivo pelo qual as mulheres tem mais depressão pode ser explicado não pelo fato das mesmas procurarem mais os serviços de saúde. O que pode influenciar são questões culturais e sociais que podem estar associadas com vivências negativas e maior propensão a situações de estresse que ocorre no sexo feminino (Justo & Calil, 2006).

No presente estudo, também não houve diferença significativa em relação à idade, entre pessoas com depressão maior e as que não tinham o transtorno. A pesquisa de Irigaray e Schneider (2007) corrobora com esta ideia, onde avaliaram que a velhice não é determinante para o surgimento da depressão. Cabe salientar que, muitas vezes, as pessoas ao chegarem na terceira idade, acabam tendo mudanças relevantes em suas vidas, como a aposentadoria, perda do cônjuge e, por vezes, estes e outros motivos promovem isolamento social, onde o idoso acaba desenvolvendo o transtorno depressivo. Foi avaliado, porém, que as pessoas que realizavam atividades grupais de educação permanente apresentavam menor sintomatologia comparadas àquelas que não tinham interação social.

Não foram significativos também os resultados em relação ao uso de antidepressivos, entre pessoas com depressão maior e as que não tinham o transtorno. Apesar disso, percebe-se um grande número de participantes (28 das 74 pessoas avaliadas) que usavam a medicação. Destas, muitas não tiveram diagnóstico do distúrbio pelo MINI. Isto pode ser explicado pelo efeito positivo do remédio ou, uma hipótese, pode ser o uso da medicação para problemas não psiquiátricos, ou ainda, o uso banalizado dos antidepressivos. A partir dos resultados, observou-se também que muitas pessoas, mesmo com a utilização do remédio, apresentaram episódio depressivo maior diagnosticado pelo MINI, o que pode se pensar que o tratamento para depressão deve ser integrado com medicação, psicoterapia e estilo de vida, como espiritualidade, prática de exercícios físicos, interação social, entre outros.

Estudos demonstram que os antidepressivos são usados muitas vezes para tratamento de outras patologias, que não a depressão, como o do câncer. O remédio parece aliviar a dor, sendo também um auxílio para o próprio tratamento da doença oncológica (Morais, 2012).

O Tratamento indicado para pessoas com depressão seria a combinação de fármacos com psicoterapia, sendo as técnicas de relaxamento, a terapia cognitiva, terapia de apoio e a

interpessoal as mais sugeridas e que diminuam as chances de recorrência da doença e possível internação hospitalar devido às crises. De alguma forma, porém, nota-se que a indicação de uma psicoterapia, além de um tratamento medicamentoso, vem ao encontro muito mais para auxiliar na adesão do acompanhamento farmacológico e não exclusivamente por ser influente no processo de melhora, como integrado ao uso de remédios e fundamental para um bom prognóstico (Daré & Caponi, 2015).

Referências

- Almeida, M. S. C. (2010). *Efetividade da escala de depressão geriátrica de cinco itens em população idosa da comunidade*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, RS, Brasil. Recuperado de <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/4507/1/000433658-Texto%2BCompleto-0.pdf>
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da Versão Brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) Versão Reduzida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(2-B), 421-426.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115.
- Barreira, K. S., & Vieira, L. J. E. S. (2004). O olhar da enfermagem para o idoso: revisão de literatura. *Revista de enfermagem*, 12(3), 1-10.
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 52(1), 1-7.
- Camacho, A. C. L. F., & Coelho, M. J. (2010). Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 279-284. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200017
- Carvalho, V. F. C., & Fernandez, M. E. D. (2002). Depressão no idoso. In Netto, M. P. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp.160-173). São Paulo: Atheneu.
- Cerqueira, C. S., Schmidecke, E. V., Mendes, C. A., Coelho, C. B., Machado, D. F., Moura, G. R. M., . . . Boggio, P. S. (2006). Estudo inicial sobre o desempenho de população com idade acima de 60 anos nos testes de Stroop e Rey. *Boletim de Iniciação Científica em*

Psicologia, 7(1), 64-81. Recuperado de

http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Cursos/Psicologia/boletins/7/4_ESTUDO_INICIAL SOBRE O DESEMPENHO DE POPULACAO COM IDADE ACIMA DE 60 ANOS NOS TESTES DE STROOP E REY.pdf

Daré, P. K., & Caponi, S. (2015). Uma análise das estratégias de cuidado a indivíduos com diagnóstico de depressão. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 7(15), 73-93. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2425/4438>

Fernandez, H. H. (2012). Updates in the medical management of Parkinson disease. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, Lyndhurst, 79, 28-35.

Gauer, G. J. C., Furlanetto, L. M., & Bauer, M. E. (2013). Transtornos do humor. In Cataldo Neto, A., Gauer, G. J. C., & Furtado, N. R. *Psiquiatria para Estudantes de Medicina* (2a ed.). Porto Alegre: Edipucrs.

Greenberg, S. A. (2012). The Geriatric Depression Scale (GDS). *New York University College of Nursing*, (4). Recuperado de [file:///Users/diegors_carvalho/Downloads/Geriatric%20Depression%20Scale%20\(GDS\)%20\(1\).pdf](file:///Users/diegors_carvalho/Downloads/Geriatric%20Depression%20Scale%20(GDS)%20(1).pdf)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). *Censo Demográfico 2010: mudança geográfica no Brasil no início do século XXI. Subsídios para as projeções da população*. Rio de Janeiro: IBGE.

Irigaray, T. Q., & Schneider, R. H. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 19-27. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n1/v29n1a08>

Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 74-79.

Morais, F. L. L. (2012). *Avaliação de antidepressivos como adjuvantes no tratamento da dor oncológica*. (Trabalho de conclusão de curso em Farmácia). Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Farmácia, Campina Grande, PB, Brasil. Recuperado de <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/323/1/PDF%20-%20Francisca%20Luana%20Lopes%20Morais.pdf>

Navarro, J. H. N., Andrade, F. P., Paiva, T. S., Silva, D. O., Gessinger, C. F., & Bós, A. J. G. (2015). Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 461-470.

- Paranhos, M. E., Argimon, I. I. L., & Werlang, B. S. G. (2010). Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II) em adolescentes. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 383-392. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712010000300005&script=sci_arttext&tlng=es
- Pinho, M. X., Custódio, O., Makdisse, M., & Carvalho, A. C. C. (2009). *Confiabilidade e Validade da Escala de Depressão Geriátrica em Idosos com Doença Arterial Coronariana*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de cardiologia.
- Ramos, D. D., & Lima, M. A. D. S. (2003). Acesso e Acolhimento aos Usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 27-34.
- Rocha, G. M. A., Bunge, M., Strauss, V., Honda, G. C., Peixoto, E., Santeiro, T. V., & Enéas, M. L. E. (2016). Psicoterapia breve psicodinâmica de caso grave de depressão em serviço-escola: limites e alcance. *Contextos Clínicos*, 9(1), 86-97. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822016000100008
- Santana Filho, A. J., & Barboza, J. C. (2007). Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade de Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31(1), 134-146. Recuperado de <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1400/1037>
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Teng, C. T., Humes, E. C. & Demetrio, F. N. (2010). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.
- Wang, Y. P., & Gorestein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 416–43. Recuperado de file:///Users/diegors_carvalho/Downloads/1516-4446-rbp-2013-35-4-416.pdf
- Wendt, G. W., Rusch, S. G. S., Mallet, L. G., & Argimon, I. I. L. (2008). Adaptação do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) para a População Brasileira. In Salão de Iniciação Científica da PUCRS, *Anais do IX Salão de Iniciação Científica da PUC-RS*. (pp. 1-3). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Williams, J.R., Hirsch, E. S., Anderson, K., Bush, A. L., Goldstein, S. R., Grill, S., . . . Marsh, L. (2012). A comparison of nine scales to detect depression in Parkinson disease. Which scale to use? *Neurology*, 78(13), 998-1006. Recuperado de [file:///Users/diegors_carvalho/Downloads/Compara%C3%A7%C3%A3o%20entre%20nove%20escalas%20para%20delectar%20depress%C3%A3o%20na%20doen%C3%A7a%20de%20pa rkison.pdf](file:///Users/diegors_carvalho/Downloads/Compara%C3%A7%C3%A3o%20entre%20nove%20escalas%20para%20delectar%20depress%C3%A3o%20na%20doen%C3%A7a%20de%20parkison.pdf)

ANEXO A (MEEM)

38009

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

L 3/9

Orientação temporal (5): Em que dia estamos?
 Ano Semestre Mês Dia do mês Dia da semana

Orientação espacial (5): Onde estamos?
 Estado Cidade Bairro Rua Local

Registro (3): Pedir para repetir as palavras depois de dizê-las (repetir até aprender, máximo 5x)
 Caneta Tapete Tijolo

Perguntar se faz cálculos: Sim => Se de R\$ 100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria?
 93 Se retirados mais R\$ 7,00 86-7= 79-7= 72-7= 65
 Não => Solete a palavra MUNDO de trás para frente: O D N U M

Memória de evocação (3): Repita as três palavras que disse a pouco. Caneta Tapete Tijolo

Mostrar um relógio e uma caneta e pedir para nomeá-los. Respondeu corretamente? Relógio Caneta

Repita a frase (1): "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ" Conseguiu Falhou

Siga em ordem os três estágios (3):
 Pegue o papel com a mão direita. Conseguiu 1
 Dobre-o ao meio Conseguiu 2 Falhou todos
 Ponha-o no chão Conseguiu 3

Pedir para ler e executar (1): **Feche os olhos**
 Conseguiu Falhou

Pedir para escrever uma frase completa (1): _____
 Conseguiu Falhou

Copie o desenho (1):
 Conseguiu Falhou



Qual a facilidade ou dificuldade de realizar as seguintes atividades

(ESCOLHA SIMPLES)

	Fácil	± fácil	Difícil	Não consegue
É fácil ou difícil caminhar 400 metros ou quatro quadras?	()	()	()	()
É fácil ou difícil subir 10 degraus ou um lance de escada?	()	()	()	()
É fácil ou difícil levantar ou carregar objetos de 5 quilos (duas sacolas de supermercado)?	()	()	()	()
É fácil ou difícil levantar-se de uma cadeira sem usar as mãos?	()	()	()	()
É fácil ou difícil abaxar-se e levantar-se para pegar um objeto no chão?	()	()	()	()
É fácil ou difícil levantar os braços acima da cabeça?	()	()	()	()
É fácil ou difícil agarrar objetos firmemente com as mãos?	()	()	()	()
É fácil ou difícil transferir-se para uma cama ou cadeira?	()	()	()	()
É fácil ou difícil banhar-se?	()	()	()	()
É fácil ou difícil vestir-se?	()	()	()	()
É fácil ou difícil alimentar-se sozinho?	()	()	()	()
É fácil ou difícil usar o banheiro para suas necessidades?	()	()	()	()

ANEXO B (GDS-15)



Escala de Depressão Geriátrica (GDS)	Sim	Não
1. Está satisfeito com sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Acha que sua vida está vazia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Aborrece-se com frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Temie que algo ruim lhe aconteça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sente-se desamparado com frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sente-se inútil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sente-se cheio(a) de energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sente-se sem esperança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Acha que os outros têm mais sorte que você?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L
4 / 9

Suporte Social: Se precisar, com que frequência pode contar com alguém...

	nunca	às vezes	sempre
1. Que o ajude, se ficar de cama?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Para levá-lo (a) ao médico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Para ajudá-lo (a) nas tarefas diárias, se você ficar doente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Para se divertir junto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Que compreenda seus problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Que você ame e que faça se sentir querido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avaliação das relações familiares - APGAR

- Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família (sempre que alguma coisa me incomoda ou preocupa). nunca às vezes sempre
- Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas. nunca às vezes sempre
- Estou satisfeito(a) com a maneira com que minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar, modificar ou manter atividades ou estilo de vida. nunca às vezes sempre
- Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage aos meus sentimentos tais como irritação, mágoa ou amor. nunca às vezes sempre
- Estou satisfeito(a) com o tempo que passo com a minha família. nunca às vezes sempre

Foi atendido/a em serviço de saúde (posto ou ambulatório) nos últimos 6 meses?

- não sim, consulta rotina (hora marcada) sim, consulta emergência

Data do último atendimento: / /

Atendido por qual(is) profissional(is)

- NSA Agente de Saúde Fisioterapeuta Fonoaudiólogo Psicólogo
 Médico Dentista Nutricionista Não sabe responder
 Enfermeiro Outro profissional:

Motivo Data aproximada da última vacina da gripe / / () NSR Vacina da pneumonia: () NSR Última vacina tétano: () NSR

Teve infecção respiratória nos últimos 6 meses?

- não sim, sem antibiótico sim, com antibiótico

Quantas vezes?

Para caminhar, na maioria das vezes, necessitou:

- nenhum auxílio bengala ou muleta cadeira de rodas acamado

Quantas vezes por mês, em média, saiu de casa, fora de sua propriedade, nos últimos 6 meses?

todos os dias colocar 30, uma vez por semana colocar 4, se não sai, colocar 00, se não sabe, colocar o mais aproximado possível X/mês

Com que frequência visitou amigos ou familiares por semana: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5+

Com que frequência recebe visita de amigos ou familiares por semana: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5+

Com que frequência participa de atividades sociais (ex.: grupo de idosos) por semana:

- () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5+

ANEXO C (BDI-II)

Instruções:

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, a que melhor descreva o modo como você tem se sentido nas **duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje**. Faça um círculo em volta do número (0, 1, 2, ou 3), correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (Alterações no padrão de sono) e o item 18 (Alterações de apetite).

<p>1. Tristeza 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste grande parte do tempo. 2 Estou triste o tempo todo. 3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2. Pessimismo 0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro. 1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume. 2 Não espero que as coisas dêem certo para mim. 3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p> <p>3. Fracasso passado 0 Não me sinto um(a) fracassado(a). 1 Tenho fracassado mais do que deveria. 2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos. 3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p>4. Perda de prazer 0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto. 1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir. 2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar. 3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p>5. Sentimentos de culpa 0 Não me sinto particularmente culpado(a). 1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito. 2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo. 3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p>	<p>6. Sentimentos de punição 0 Não sinto que estou sendo punido(a). 1 Sinto que posso ser punido(a). 2 Eu acho que serei punido(a). 3 Sinto que estou sendo punido(a).</p> <p>7. Auto-estima 0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a). 1 Perdi a confiança em mim mesmo(a). 2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a). 3 Não gosto de mim.</p> <p>8. Autocrítica 0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual. 1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser. 2 Eu me critico por todos os meus erros. 3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p>9. Pensamentos ou desejos suicidas 0 Não tenho nenhum pensamento de me matar. 1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10. Choro 0 Não choro mais do que chorava antes. 1 Choro mais agora do que costumava chorar. 2 Choro por qualquer coisinha. 3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p>
--	--

Subtotal página 1 CONTINUA NO VERSO

<p>11. Agitação 0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes. 1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes. 2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a). 3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p> <p>12. Perda de Interesse 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar. 2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas. 3 É difícil me interessar por algo.</p> <p>13. Indecisão 0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes. 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes. 2 Tenho muito mais dificuldades em tomar decisões agora do que antes. 3 Tenho dificuldades pra tomar qualquer decisão.</p> <p>14. Desvalorização 0 Não me sinto sem valor. 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes. 2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas. 3 Eu me sinto completamente sem valor.</p> <p>15. Falta de energia 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive. 1 Tenho menos energia do que costumava ter. 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa. 3 Não tenho energia suficiente para nada.</p> <p>16. Alterações no padrão de sono 0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono. 1a Durmo um pouco mais do que o habitual. 1b Durmo um pouco menos do que o habitual. 2a Durmo muito mais do que o habitual. 2b Durmo muito menos do que o habitual. 3a Durmo a maior parte do dia. 3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.</p>	<p>17. Irritabilidade 0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual. 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual. 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual. 3 Fico irritado(a) o tempo todo.</p> <p>18. Alterações de apetite 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite. 1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual. 1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual. 2a Meu apetite está muito menor do que antes. 2b Meu apetite está muito maior do que antes. 3a Não tenho nenhum apetite. 3b Quero comer o tempo todo.</p> <p>19. Dificuldade de concentração 0 Posso me concentrar tão bem quanto antes. 1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente. 2 É muito difícil pra mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo. 3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.</p> <p>20. Cansaço ou fadiga 0 Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual. 1 Fico cansado(a) ou fadigado(a) mais facilmente do que o habitual. 2 Eu me sinto cansado(a) ou fadigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer. 3 Estou me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.</p> <p>21. Perda de interesse por sexo 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar. 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora. 3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

Subtotal página 2

Subtotal página 1

Pontuação total

ANEXO D (MINI)

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994) e da CID-10 (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1992). Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o M.I.N.I. ao SCID-P e ao CIDI (uma entrevista padronizada desenvolvida pela OMS para entrevistadores leigos). Os resultados desses estudos mostraram que o M.I.N.I. apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto (média= 18.7 ± 11.6 minutos; mediana = 15 minutos). O M.I.N.I. pode ser utilizado por entrevistadores clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva. O M.I.N.I. Plus é uma versão mais detalhada do M.I.N.I. Sintomas imputáveis a uma causa orgânica ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool não devem ser cotados positivamente no M.I.N.I. O M.I.N.I. Plus tem perguntas que investigam essas questões.

Entrevista:

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

Apresentação:

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto para o módulo Transtornos Psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.

No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao(à) entrevistador(a) indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

Convenções:

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAÍUSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o(a) entrevistador(a) deve se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “**negrito**” indicam o período de tempo a explorar. O(a) entrevistador(a) deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes durante esse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o(a) entrevistador(a) deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (Λ) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O(a) entrevistador(a) deve ir diretamente para o final do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

Instruções de cotação :

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O(a) entrevistador(a) deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788
ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@hsc.usf.edu

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA, M.S.
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE
tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Patrícia AMORIM, M.D., PhD
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000, Chácara 2
Jardim Novo Mundo
74703-000 – Goiânia - Goiás
BRASIL
Tel: + 55 62 524 18 02
+ 55 62 524 18 04
fax: + 55 62 213 64 87
e-mail: p.amorim@persogo.com.br

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994) e da CID-10 (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1992). Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o M.I.N.I. ao SCID-P e ao CIDI (uma entrevista padronizada desenvolvida pela OMS para entrevistadores leigos). Os resultados desses estudos mostraram que o M.I.N.I. apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto (média= 18.7 ± 11.6 minutos; mediana = 15 minutos). O M.I.N.I. pode ser utilizado por entrevistadores clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva. O M.I.N.I. Plus é uma versão mais detalhada do M.I.N.I. Sintomas imputáveis a uma causa orgânica ou ao uso de

medicamentos, droga ou álcool não devem ser cotados positivamente no M.I.N.I. O M.I.N.I. Plus tem perguntas que investigam essas questões.

Entrevista:

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

Apresentação:

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto para o módulo Transtornos Psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.

No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao(à) entrevistador(a) indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

Convenções:

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAIÚSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o(a) entrevistador(a) deve se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O(a) entrevistador(a) deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes durante esse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o(a) entrevistador(a) deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (Λ) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O(a) entrevistador(a) deve ir diretamente para o final do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

Instruções de cotação :

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O(a) entrevistador(a) deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788
ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@hsc.usf.edu

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA, M.S.
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE
tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Patrícia AMORIM, M.D., PhD
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000, Chácara 2
Jardim Novo Mundo
74703-000 – Goiânia - Goiás
BRASIL
Tel: + 55 62 524 18 02
+ 55 62 524 18 04
fax: + 55 62 213 64 87
e-mail: p.amorim@persogo.com.br

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994) e da CID-10 (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1992). Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o M.I.N.I. ao SCID-P e ao CIDI (uma entrevista padronizada desenvolvida pela OMS para entrevistadores leigos). Os resultados desses estudos mostraram que o M.I.N.I. apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto (média= 18.7 ± 11.6 minutos; mediana = 15 minutos). O M.I.N.I. pode ser utilizado por entrevistadores clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva. O M.I.N.I. Plus é uma versão mais detalhada do M.I.N.I. Sintomas imputáveis a uma causa orgânica ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool não devem ser cotados positivamente no M.I.N.I. O M.I.N.I. Plus tem perguntas que investigam essas questões.

Entrevista:

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

Apresentação:

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto para o módulo Transtornos Psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.

No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao(à) entrevistador(a) indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

Convenções:

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAÍUSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o(a) entrevistador(a) deve se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O(a) entrevistador(a) deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes durante esse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o(a) entrevistador(a) deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (Λ) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O(a) entrevistador(a) deve ir diretamente para o final do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

Instruções de cotação :

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O(a) entrevistador(a) deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
 University of South Florida
 Institute for Research in Psychiatry
 3515 East Fletcher Avenue
 TAMPA, FL USA 33613-4788
 ph: +1 813 974 4544
 fax: +1 813 974 4575
 e-mail : dsheehan@hsc.usf.edu

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA, M.S.
 Inserm U302
 Hôpital de la Salpêtrière
 47, boulevard de l'Hôpital
 F. 75651 PARIS
 FRANCE
 tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
 fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
 e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Patrícia AMORIM, M.D., PhD
 N.A. P. S. Novo Mundo
 Avenida Manchester 2000, Chácara 2
 Jardim Novo Mundo
 74703-000 – Goiânia - Goiás
 BRASIL
 Tel: + 55 62 524 18 02
 + 55 62 524 18 04
 fax: + 55 62 213 64 87
 e-mail: p.amorim@persogo.com.br

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

((SIGNIFICA: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOPTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10b), examinar, PARA CADA RESPOSTA positiva ÀS questões SEGUINTEs, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

A1 a Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?

SE A1a = SIM:

NÃO SIM 1

B Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte NÃO
 SIM 2
 do dia, quase todos os dias,?

A2 a Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas ? NÃO
SIM 3

SE A1a = SIM:

b Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ? NÃO SIM 4

A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ? NÃO SIM

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ DEPRIMIDO(A) ATUALMENTE (A1b ou A2b = SIM): EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.
SE NÃO: EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A3 **Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:**

	<u>Episódio Atual</u>	<u>Episódio Passado</u>			
a	Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIAÇÃO DE \pm 5% AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, \pm 3,5 KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG)		NÃO	SIM	NÃO
SIM	5				
COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO					
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?		NÃO	SIM	NÃO
SIM	6				
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado(a), quase todos os dias?		NÃO	SIM	
NÃO	SIM	7			

d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? NÃO SIM
 NÃO SIM 8

e Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? NÃO SIM NÃO SIM
 9

SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO.

O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? NÃO SIM

Episódio AtualEpisódio Passado

	f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	
	NÃO	SIM	10		
	g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	
	NÃO	SIM	11		

A4		HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS "SIM" EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, NÃO SIM NÃO			
	SIM	SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO			
		OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?			
		VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS			
		SEMANAS.			
		SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO			
		MAIS GRAVE.			

A5		Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) NÃO SIM			
	NÃO	SIM	12		
		pertubaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais			
		ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?			

SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A6		Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?			
		UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	NÃO	SIM	NÃO
	SIM	13			

SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- A7 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?
 Não Sim
- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
 Não Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).

A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 14

SE **A7 (SUMÁRIO)** É COTADA **NÃO** PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR **A 4, A 5 A6 E A7** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A8 COTAR **SIM** SE **A7 (SUMÁRIO) = SIM** OU **INCERTO**.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior</i>	
Atual <input type="radio"/>	

A9 COTAR **SIM** SE **A7b = SIM** E **A7 (SUMÁRIO) = NÃO**.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral</i>	

A10 COTAR **SIM** SE A7a = **SIM** E A7 (SUMÁRIO) = **NÃO**.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância</i>	
Atual	Ⓢ
Passado	Ⓢ

CRONOLOGIA

A11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 idade
semanas ou mais em
que apresentou esses problemas de depressão ?

A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas ?

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

(SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A8 = **SIM, ATUAL**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A13 a **A2b** É COTADA **SIM** ? **NÃO** **SIM**

b Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam? **NÃO** **SIM** 17
SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?

A13a OU **A13b** SÃO COTADAS **SIM** ? **NÃO** **SIM**

A14 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:

a Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se **NÃO** **SIM** 18

pode sentir quando se perde uma pessoa querida?

- b Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ? NÃO SIM 19
- c Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias? NÃO
SIM 20
- d **A3c** É COTADA **SIM** (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)? NÃO SIM
- e **A3a** É COTADA **SIM** (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)? NÃO SIM
- f Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia? NÃO SIM 21

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS
"SIM" EM A14 ?

NÃO

SIM

*Episódio Depressivo Maior com características melancólicas
Atual*

SUBTIPOS DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

Assinale tudo que se

aplica

- Leve © 296.21/296.31
- Moderado © 296.22/296.32
- Severo sem aspectos psicóticos © 296.23
- Severo com aspectos psicóticos © 296.24
- Em remissão parcial © 296.25
- Em remissão completa © 296.26
- Crônico ©
- Com características catatônicas ©
- Com características melancólicas ©
- Com características atípicas ©
- Com início no pós-parto ©
- Com padrão sazonal ©
- Com recuperação completa entre episódios ©
- Sem recuperação completa entre episódios ©

SE A8 oU A9 oU A10 = SIM, \ PASSAR PARA **RISCO DE SUICÍDIO**

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

(\ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

Se a sintomatologia do(a) entrevistado(a) preenche os critérios para um Episódio Depressivo Maior Atual, NÃO explore Transtorno Distímico Atual, mas explore Transtorno Distímico Passado. Assegure-se de que a Transtorno Distímico Passado explorado não corresponde, de fato, a um Episódio Depressivo Maior passado e de que existe um intervalo de pelo menos 2 meses de remissão completa entre qualquer Episódio Depressivo Maior anterior e o Transtorno Distímico Passado. [APLICAR ESSAS REGRAS UNICAMENTE SE ESTÁ INTERESSADO EM EXPLORAR DEPRESSÃO DUPLA.]

ESPECIFICAR O PERÍODO DE TEMPO EXPLORADO ABAIXO: Atual

Passado

B1 Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte NÃO
SIM 22

do tempo ? [OU, SE ESTÁ EXPLORANDO TRANSTORNO DISTÍMICO PASSADO:

"No passado, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo, por um período de 2 anos ou mais ?"]

B2 Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ? NÃO SIM 23

B3 **Desde que se sente [Durante esse período em que se sentia]deprimido(a)
a maior parte do tempo:**

a O seu apetite mudou de forma significativa ? NÃO SIM 24

b Tem [teve] problemas de sono ou dorme [dormia] demais ? NÃO SIM 25

c Sente-se [sentia-se] cansado(a) ou sem energia ? NÃO SIM 26

d Perdeu a auto-confiança ? NÃO SIM 27

e Tem [tinha] dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ? NÃO SIM 28

f Sente-se [sentia-se] sem esperança ? NÃO SIM 29

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3? NÃO SIM

B4 Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira

significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?

NÃO SIM 30

B5 Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?

Não Sim

Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?

Não Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM 31

B5 É COTADA SIM?

NÃO SIM

TRANSTORNO DISTÍMICO

CRONOLOGIA

B6 Que idade idade quando, pela primeira vez, teve esses problemas de depressão, continuamente, por um período de 2 anos ou mais ?

idade

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

Pontos

C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	10

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6 ?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos	Baixo (7)
6-9 pontos	Moderado (7)
> 10 pontos	Alto (7)

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

((SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10b), examinar, PARA CADA RESPOSTA positiva ÀS questões SEGUINTEs, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO

MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

D1 a Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia NÃO
SIM 1
ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta
pensaram que não estava no seu estado habitual ?

(NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).

SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO(A)” OU “CHEIO (A) DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA:

Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir,
ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou produtivo ou impulsivo(a).

SE D1a = SIM:

b Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia? NÃO SIM 2

D2 a Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava NÃO
SIM 3

as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?

Você ou outras pessoas achou/acharam que você estava mais irritável ou hiperreativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ?

(NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).

SE D2a = SIM:

b Sente-se, continuamente irritável atualmente? NÃO SIM 4

D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ? NÃO SIM

D3 SE D1b OU D2b = “SIM”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL

SE D1b E D2b = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

Quando sentiu- se mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :

Episódio Atual Episódio Passado

- a Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes
NÃO SIM 5
de fazer ou que você era alguém especialmente importante?
SE SIM: PEDIR UM EXEMPLO.
O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? () NÃO () SIM
- b Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se
repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ? NÃO SIM NÃO SIM
6
- c Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam
compreendê-lo(a) ? NÃO SIM NÃO SIM 7
- d Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia
acompanhá-los ? NÃO SIM NÃO SIM 8
- e Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio

daquilo que estava fazendo ou pensando ? NÃO SIM
 NÃO SIM 9

Episódio Atual Episódio Passado

f Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ? NÃO SIM NÃO SIM 10

g Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você) ? NÃO SIM
 NÃO SIM 11

D3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3

OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ? NÃO SIM

NÃO SIM

VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.

SE D3 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D3 a - D3 g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

D4 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?
 Não Sim

b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
 Não Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE

A CAUSA DIRETA DA (HIPO)MANIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).

D4 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO
 NÃO SIM INCERTO 12

SE D4 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL,
 REEXPLORAR D3 e D4 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

D5 Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram NÃO SIM NÃO
 SIM 13
 em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU

necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?

COTAR **SIM**, SE **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO

D6 COTAR **SIM** PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO SE:
D3 (SUMÁRIO) = **SIM** E **D4** (SUMÁRIO) = **SIM** oU **INCERTO**
 E **D5** = **NÃO**, E NENHUMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM **D3a**.

NÃO	SIM
<i>EPISÓDIO HIPOMANÍACO</i>	
Atual <input type="checkbox"/>	

D7 COTAR **SIM** PARA EPISÓDIO MANÍACO SE:
D3 (SUMÁRIO) = **SIM** E **D4** (SUMÁRIO) = **SIM** oU **INCERTO**
 E **D5** = **SIM** OU UMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM **D3a**.

NÃO	SIM
<i>EPISÓDIO MANÍACO</i>	
Atual <input type="checkbox"/>	

D8 COTAR **SIM** SE:
D3 (SUMÁRIO) E **D4b** E **D5** = **SIM** E
D4 (SUMÁRIO) = **NÃO**

NÃO	SIM
<i>Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral</i>	
Atual <input type="checkbox"/>	

D9 COTAR **SIM** SE:
D3 (SUMÁRIO) E **D4a** E **D5** = **SIM** E **D4**
 (SUMÁRIO) = **NÃO**

NÃO	SIM
<i>Episódio (Hipo) Maníaco induzido por substância</i>	
Atual <input type="checkbox"/>	

SE **D8** oU **D9** = **SIM**, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

NÃO	SIM	14
<i>Ciclagem Rápida</i>		

Episódio Misto

NÃO	SIM	15
<i>Episódio Misto</i>		

Padrão Sazonal

16
NÃO SIM

O INÍCIO E AS REMISSÕES OU MUDANÇAS PARA UM EPISÓDIO DE

Padrão Sazonal

Com remissão completa entre episódios

17
NÃO SIM

Entre os dois episódios mais recentes de euforia/ irritabilidade excessiva teve um

Com remissão completa

ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

O EPISÓDIO MAIS RECENTE É **MANÍACO / HIPOMANÍACO / MISTO /
DEPRESSIVO**

GRAVIDADE

- X1** Leve ⑥
X2 Moderado ⑥
X3 Severo sem aspectos psicóticos ⑥
X4 Severo sem aspectos psicóticos ⑥
X5 Em remissão parcial ⑥
X6 Em remissão completa ⑥

CRONOLOGIA

D10 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia /
irritabilidade excessiva de que falamos ?

idade

D11 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia /
irritabilidade excessiva já teve?

ANEXO E (APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO IGG)

SIPESQ
Sistema de Pesquisas da PUCRS



Código SIPESQ: 6752

Porto Alegre, 27 de outubro de 2015.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "Avaliação da Escala de Depressão Geriátrica e do Inventário de Depressão de Beck como Instrumentos de Caracterização da Sintomatologia Depressiva em Longevos" coordenado por ANGELO JOSE GONCALVES BOS. Caso este projeto necessite apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e/ou da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP/CEUA, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

ANEXO F (APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP)

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA E DO BECK DEPRESSION INVENTORY COMO INSTRUMENTOS DE CARACTERIZAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM LONGEVOS

Pesquisador: Ângelo José Gonçalves Bós

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52097715.3.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.548.227

Apresentação do Projeto:

Idem ao parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

idem ao parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O texto dos riscos e benefícios foi revisado.

Riscos: "Mínimos decorrentes da aplicação do questionário."

Benefícios: "avaliação da sintomatologia depressiva e possível encaminhamento."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Idem ao parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados. O TCLE, o projeto e as informações na Plataforma Brasil foram revisados (inclusive quanto ao cronograma).

Recomendações:

Nenhuma.

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505

Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.548.227

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_564672.pdf	23/03/2016 11:51:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.docx	23/03/2016 11:50:26	Ângelo José Gonçalves Bós	Aceito
Outros	Correcoes_aoprojeto.docx	23/03/2016 11:47:24	Ângelo José Gonçalves Bós	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	23/03/2016 11:45:41	Ângelo José Gonçalves Bós	Aceito
Outros	carta_autorizacao_chefe_servico.pdf	14/12/2015 18:19:27	Ângelo José Gonçalves Bós	Aceito
Outros	documento_sipesq.pdf	27/11/2015 12:55:51	Ângelo José Gonçalves Bós	Aceito
Orçamento	orcamento.doc	27/11/2015 12:46:27	Ângelo José Gonçalves Bós	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	27/11/2015 12:45:19	Ângelo José Gonçalves Bós	Aceito
Outros	Lattes.docx	27/11/2015 12:44:22	Ângelo José Gonçalves Bós	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 16 de Maio de 2016

Assinado por:
Denise Cantarelli Machado
(Coordenador)

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

ANEXO G (COMPROVANTE DA SUBMISSÃO DO ARTIGO NA REVISTA)

[PTP] Agradecimento pela Submissão

Entrada x

**Psicologia: Teoria e Pesquisa**

para mim ▾

Aline Aline Zuardi Maia,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Avaliação da Geriatric Depression Scale-15 e do Beck Depression Inventory-II como instrumentos de caracterização da sintomatologia depressiva em longevos" para Psicologia: Teoria e Pesquisa. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<https://revistaptp.unb.br/index.php/ptp/author/submission/4061>

Login: alinezm

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Psicologia: Teoria e Pesquisa

Psicologia: Teoria e Pesquisa





Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria Acadêmica
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: proacad@pucrs.br
Site: www.pucrs.br/proacad