

Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados

Use of Yesavage's Geriatric Depression Scale to evaluate the prevalence of depression in inpatient elderly subjects

JULIANE F. FERRARI¹
ROBERTA R. DALACORTE²

RESUMO

Objetivos: Avaliar a prevalência de depressão em idosos internados em um hospital terciário, através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em versão reduzida (GDS-15).

Métodos: Estudo transversal, para o qual foi realizada uma amostragem consecutiva, de conveniência, onde foram incluídos pacientes acima de 60 anos, internados no Serviço de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS, durante o período de novembro de 2005 a julho de 2006. Todos os pacientes foram submetidos à aplicação de três escalas: GDS-15, Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) e Escala de Katz das Atividades da Vida Diária.

Resultados: Dos 50 pacientes estudados 16 eram do sexo masculino e 34 do sexo feminino, a maioria encontrava-se na faixa etária de 80 anos ou mais, eram solteiros, separados ou viúvos. Conforme pontuação no GDS-15, 23 (46%) indivíduos estudados apresentaram depressão. Dezenove pacientes (38%) referiram tristeza como sintoma objetivo e 39 (78%) apresentavam as Atividades da Vida Diária plenas. A correlação entre o MMSE e o escore GDS-15 foi inversa e significativa.

Conclusões: Podemos observar com este trabalho a alta prevalência de depressão e sua influência em todos os aspectos da vida do idoso.

DESCRIPTORIOS: DEPRESSÃO; ESCALAS; IDOSO; PACIENTES INTERNADOS.

ABSTRACT

Aims: To evaluate the prevalence of depression in elderly hospitalized in a tertiary hospital, through the application of Yesavage's Geriatric Depression Scale, short version (GDS-15).

Methods: Cross-sectional study, for which a consecutive sampling was carried out, where hospitalized patients over 60 years of age were included, from the Geriatric Division of Hospital São Lucas/PUCRS, from November 2005 to July 2006. For all patients three scales (GDS-15, Mini Mental State Examination and Katz ADL Scale) were applied.

Results: Sixteen patients from a total of 50 were male and 34 female. The majority of them was over 80 years old, single, divorced or widowers. Based on the GDS score, 23 (46%) of all studied individuals presented depression. Nineteen patients (38%) had related sadness as objective symptom and 39 (78%) presented the full Activities of the Daily Life. The correlation between the MMSE score and GDS-15 score was inverse and significant.

Conclusions: We can observe on this study the high prevalence of this illness and its influence in all aspects of elderly's life.

KEY WORDS: DEPRESSION; SCALES; AGED; INPATIENTS.

¹ Médica Geriatria e Internista pela Universidade de São Paulo - USP.

² Mestre em Clínica Médica pela Universidade de São Paulo - USP.

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento progressivo da população, passou-se a desenvolver uma abordagem geriátrica mais globalizada dos problemas relacionados a essa faixa etária. Estima-se que, considerando a população mundial, o número de pessoas com 60 anos ou mais irá crescer 300% em 50 anos e que, de 606 milhões no ano 2000, passará para quase 2 bilhões em 2050. O crescimento será ainda maior nos países em desenvolvimento. Em 2000 havia no Brasil 13 milhões de idosos (acima de 60 anos). Espera-se que esse número aumente para 58 milhões em 50 anos, correspondendo a 23,6% da população total.¹

A depressão é o problema de saúde mental mais comum na terceira idade, tendo impacto negativo em todos os aspectos da vida, sendo assim de grande relevância na saúde pública.² Entretanto, ainda é comum a atribuição errônea dos sintomas depressivos ao processo de envelhecimento normal, por parte do próprio idoso, de seus familiares e de alguns profissionais de saúde.³ Os custos associados à depressão na terceira idade são grandes, além do declínio funcional, estresse familiar, aumento do risco de doenças, piora na recuperação de doenças e morte prematura por suicídio ou outras causas.²

Humor deprimido ou tristeza não são essenciais para o diagnóstico das síndromes depressivas no idoso. Muitas vezes eles têm dificuldade de verbalizar uma tristeza e podem referir como irritabilidade, falta de sentimentos e emoções, culpa, desamparo, perda do interesse ou prazer em atividades que eram antes consideradas prazerosas. É importante lembrar que no idoso a apresentação do quadro nem sempre é típica, podendo manifestar-se unicamente como um sintoma somático ou déficit cognitivo.⁴⁻⁸ Por este motivo, a avaliação da função cognitiva também deve ser incluída como parte da investigação, visto que o déficit cognitivo tem mostrado estar associado com o não relato de sintomas depressivos.^{9,10}

A prevalência de sintomas depressivos em idosos é de aproximadamente 15% nos pacientes da comunidade, 20% no nível de prevenção primária e de 20 a 25% nos pacientes hospitalizados. Porém, quando se considera a prevalência da depressão como doença, ocorre de 1 a 3% na comunidade, 10 a 12% nos pacientes ambulatoriais e 10 a 15% nos hospitalizados. Já nos idosos institucionalizados, 12 a 16% apresentam a patologia e 30 a 40% referem os sintomas.^{4,6,8,10,11}

A depressão na terceira idade é tratável, mas o diagnóstico pode ser um desafio, pois é comumente associada com uma variedade de desordens físicas e prejuízo cognitivo.^{4,5,8,9,12} A sobreposição entre sintomas físicos e depressivos complicam o reconhecimento e o diagnóstico da patologia.^{8,10} Sabe-se que é sub-diagnosticada e sub-tratada.^{4,5,7-9} Estudos mostram que menos da metade dos pacientes identificados como deprimidos recebem tratamento, e metade dos tratados não o recebem de forma adequada.⁴

O não tratamento associa-se a uma maior incapacidade, ao aumento no número de hospitalizações e da mortalidade. O suicídio, a complicação mais temida da doença, é de maior risco nesta população, 7% para os homens e 1% para as mulheres.^{6-9,12,13}

Uma história completa e um exame físico incluindo a avaliação do estado cognitivo são essenciais para a avaliação da depressão nos idosos. Sabendo-se que o diagnóstico é essencialmente clínico, exames laboratoriais servem para excluir outras patologias que podem confundir o diagnóstico.¹⁴

Em 1983, Yesavage e colaboradores desenvolveram e validaram um instrumento de triagem para depressão chamado de Escala de Depressão Geriátrica (GDS). A GDS possui uma versão longa e uma curta, composta de 30 e 15 questões, respectivamente. Ambas são validadas internacionalmente e amplamente utilizadas na avaliação geriátrica global, auxiliando a determinar a necessidade de tratamento nessa fração da população.^{12,15-17}

Diante da importância do tema, este estudo teve como objetivo principal avaliar a prevalência de depressão em idosos internados em um hospital terciário, através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em versão reduzida (GDS-15). Outros objetivos foram correlacionar os escores obtidos na GDS-15 com as pontuações obtidas na avaliação cognitiva e na avaliação funcional dos pacientes.

MÉTODOS

Foram incluídos neste estudo transversal 50 pacientes acima de 60 anos, homens e mulheres, internados consecutivamente nos oito leitos disponíveis pelo Sistema Único de Saúde no Serviço de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS, durante o período de novembro de 2005 a julho de 2006, que consentiram com a participação no estudo através de consentimento informado.

Os critérios de exclusão foram rebaixamento do nível de consciência por delirium ou outra causa clínica, alteração na cognição determinada por demência pré-existente e ausência de condições clínicas para responderem aos questionamentos. Nenhum paciente recusou-se a participar do estudo.

As seguintes escalas de uso livre mundial foram utilizadas:

A - Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS-15). Amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnóstica depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave (Quadro 1).^{3,18}

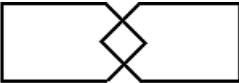
B - Mini Exame do Estado Mental (*Mini Mental State Examination / MMSE*). É um teste de 30 pontos que avalia orientação, memória imediata e de evocação, concentração, cálculo, linguagem e domínio espacial. Ajustes devem ser feitos para a idade e grau de educação, alcançando assim uma sensibilidade de 82% e especificidade de 99%. Para os analfabetos considera-se o corte de 19 pontos, com 1 a 3 anos de escolaridade 23 pontos, 4 a 7 anos 24 pontos e acima de 7 anos de instrução 28 pontos.^{3,19,20} Pacientes que apresentarem valores iguais ou acima do ponto de corte são considerados normais cognitivamente. Aqueles que apresentarem valores abaixo do ponto de corte apresentam provável déficit cognitivo, sendo necessários outros testes diagnósticos (Quadro 2).^{10,20}

C - Escala para avaliação funcional do indivíduo (Escala de Katz). As Atividades básicas da Vida Diária (AVD) são aquelas referentes ao autocuidado, ou seja, são atividades fundamentais para a manutenção da independência. O escore é obtido de acordo com o desempenho do indivíduo, máximo de 6 para o indivíduo independente e mínimo de 0 para dependência total (Quadro 3).²¹

QUADRO 1 - Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage - versão reduzida (GDS-15).

1	Você está satisfeito com a sua vida?
2	Você deixou de lado muitos de suas atividades e interesses?
3	Você sente que sua vida está vazia?
4	Você sente-se aborrecido com frequência?
5	Está você de bom humor na maioria das vezes?
6	Você teme que algo de ruim lhe aconteça?
7	Você se sente feliz na maioria das vezes?
8	Você se sente frequentemente desamparado?
9	Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?
10	Você sente que tem mais problemas de memória que antes?
11	Você pensa que é maravilhoso estar vivo?
12	Você se sente inútil?
13	Você se sente cheio de energia?
14	Você sente que sua situação é sem esperança?
15	Você pensa de que a maioria das pessoas estão melhores do que você?
Contagem máxima de GDS = 15	

QUADRO 2 - Mini-exame do estado mental.

TESTE		Pontos
1	Orientação temporal (0-5): ANO – ESTAÇÃO – MÊS – DIA – DIA DA SEMANA	
2	Orientação espacial (0-5): ESTADO – RUA – CIDADE – LOCAL – ANDAR	
3	Registro (0-3): nomear: PENTE – RUA – CANETA	
4	Cálculo- tirar 7 (0-5): 100-93-86-79-65. Alternativamente solete a palavra “MUNDO” de trás para frente.	
5	Evocação (0-3): três palavras anteriores: PENTE – RUA – CANETA	
6	Linguagem 1 (0-2): nomear um RELÓGIO e uma CANETA	
7	Linguagem 2 (0-1): repetir: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	
8	Linguagem 3 (0-3): siga o comando: Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio, coloque-o em cima da mesa.	
9	Linguagem 4 (0-1): ler e obedecer: FECHER OS OLHOS	
10	Linguagem 5 (0-1): escreva uma frase completa	
11	Linguagem 6 (0-1): copiar o desenho. 	
TOTAL		

QUADRO 3 – Escala de Atividades Básicas da Vida Diária (Katz).

1	BANHO I. não recebe assistência A. assistência para uma parte do corpo D. não toma banho sozinho
2	VESTUÁRIO I. veste-se sem assistência A. assistência para amarrar sapatos D. assistência para vestir-se
3	HIGIENE PESSOAL I. vai ao banheiro sem assistência A. recebe assistência para ir ao banheiro D. não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas
4	TRANSFERÊNCIA I. deita, levanta e senta sem assistência A. deita, levanta e senta com assistência D. não levanta da cama
5	CONTINÊNCIA I. controle esfinteriano completo A. acidentes ocasionais D. supervisão, uso de cateter ou incontinente
6	ALIMENTAÇÃO I. sem assistência A. assistência para cortar carne/manteiga no pão D. com assistência, ou sondas, ou fluidos EV
I - Independência; A - Dependência parcial; D - Dependência total.	

A análise estatística foi realizada no SPSS 11.5. Utilizou-se o teste de Qui-Quadrado para as variáveis qualitativas nominais e o teste t de Student para as variáveis quantitativas, sendo considerado o nível de significância de 5%. A existência ou não de correlação entre duas variáveis quantitativas foi avaliada através do coeficiente de correlação de Pearson.²² O trabalho foi submetido à avaliação e aprovação da Comissão Científica do Hospital São Lucas e do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

RESULTADOS

Dos 50 pacientes estudados, 16 (32%) eram masculinos e 34 (68%) femininos. A maioria dos participantes encontrava-se na faixa etária de 80 anos ou mais. A Tabela 1 especifica as características sócio-demográficas da população estudada.

Do total de pacientes, 19 (38%) referiram tristeza quando questionados e 31 (62%) negaram o sintoma. Quanto à Escala de Katz, 39 (78%) apresentavam as Atividades da Vida Diária plenas e

11 (22%) apresentavam alguma perda da funcionalidade. Os resultados da escala de GDS-15 revelaram a presença de depressão em 23 (46%) dos indivíduos estudados (Tabela 2).

Comparando-se as médias dos escores do Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) e da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) entre pacientes com resultado das Atividades da Vida Diária (AVD) plenas e não plenas, observou-se que a média do escore de MMSE foi maior nos pacientes com AVD plenas do que naqueles com AVD não plenas. As médias dos valores de GDS não apresentaram diferença significativa entre os dois níveis de AVD (Tabela 3).

TABELA 1 – Características sociodemográficas dos pacientes.

GDS	f	% (IC 95%)
Sem depressão	27	54 (40,2-67,8)
Depressão leve a moderada	19	38 (24,5-51,5)
Depressão severa	4	8 (0,5-15,5)
Total	50	

TABELA 2 – Prevalência de depressão conforme Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15).

Variável	Categoria	f (%)
Faixa etária	60-69 anos	8 (16)
	70-79 anos	22 (44)
	≥ 80 anos	20 (40)
Estado civil	Casado	17 (34)
	Solteiro/Viúvo/Separado	33 (66)
Escolaridade	Analfabetos	8 (16)
	1- 3 anos	21 (42)
	4- 7 anos	11 (22)
	> 7 anos	10 (20)

TABELA 3 – Comparação das médias de Mini Exame do Estado Mental (MMSE) e Escala de Depressão Geriátrica (GDS) entre pacientes com diferentes níveis de Atividades da Vida Diária (AVD) avaliadas pela escala de Katz.

	AVD plenas n = 39	AVD não plenas n = 11	p
Escore MMSE (Média ± DP)	23,77 ± 4,671	17,73 ± 4,33	< 0,001
Valor GDS (Média ± DP)	4,21 ± 3,23	5,57 ± 4,47	0,380

Estudando-se a correlação entre o MMSE e o escore GDS, verificou-se que quanto maior o valor do MMSE, menor tende a ser o escore GDS. (Figura 1)

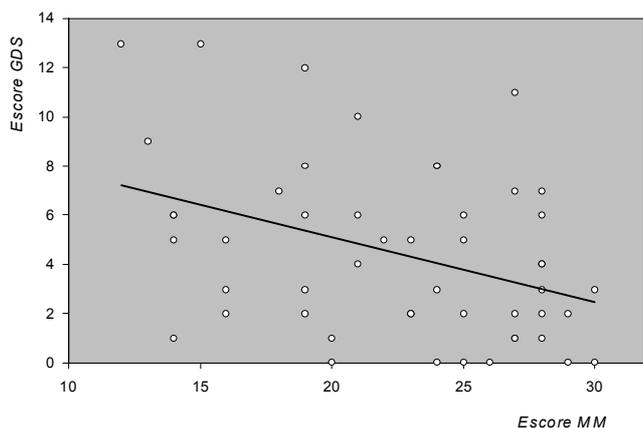


Figura 1 - Gráfico de dispersão mostrando correlação inversa entre os escores MMSE e GDS ($r = -0,390$; $p < 0,01$).

DISCUSSÃO

A depressão em idosos é um sério e crescente problema de saúde pública, trazendo prejuízos à vida familiar e à comunidade.² Não é parte normal do envelhecimento e muito menos uma característica de fraqueza; é uma doença, e deve ser reconhecida e tratada efetivamente.

Neste estudo, foi observada uma prevalência elevada de depressão nos idosos internados em um hospital terciário. Essa taxa foi mais alta que os dados encontrados na literatura e pode ser decorrente do fato da amostra ser composta por idosos doentes e internados, o que poderia torná-los mais suscetíveis a sintomas depressivos. Por ser um estudo transversal, devemos entender que uma boa parcela dos indivíduos deprimidos o possam ser recentemente e devido à situação de doença em que se encontram. Outro aspecto a ser considerado é que a nossa amostra foi composta em 40% por idosos muito idosos (= 80 anos), sendo estes muitas vezes mais frágeis, poliqueixosos e com múltiplas comorbidades, o que poderia contribuir para um possível viés de aferição.

Para valorizarmos estes resultados adequadamente, algumas características devem ser destacadas. Os idosos podem manifestar sintomas somáticos, ansiedade, apresentar comorbidades clínicas e até mesmo déficit cognitivo, fatores que acabam contribuindo para o não reconhecimento dos sintomas depressivos e para o subdiagnóstico, quando não aplicados os instrumentos apropriados. Sabemos que o diagnóstico da depressão pode ser um desafio em todas as idades, particularmente nos idosos.² O aumento do número de indivíduos acima de 80/90 anos contribuiu para o aumento da prevalência da depressão na terceira idade.

É interessante observar que dos 23 pacientes que preencheram critérios para depressão, apenas 19 referiam tristeza como sintoma clínico. Como demonstrado na literatura, a tristeza é comumente negada e não é necessária para se fazer o diagnóstico. O choro é incomum, principalmente nos homens.¹⁴ Isto nos leva a concordar com a literatura, que valoriza os demais aspectos sintomáticos que envolvem a depressão no indivíduo idoso, e não apenas a tristeza.

A depressão nas mulheres é 2 vezes mais prevalente que nos homens. Outros fatores de risco que aumentam em até 5 vezes a prevalência incluem a presença de comorbidades, história prévia de depressão, perda recente do companheiro e não ter um companheiro (solteiro/separado).^{2,8} Nossa amostra encontrou uma maioria de mulheres e um maior número de pacientes viúvos, solteiros ou separados, sendo estes aspectos já referidos na literatura.^{3,10,14}

Estudos prévios demonstraram associação entre depressão e prejuízo da funcionalidade do indivíduo, o que não correspondeu aos dados encontrados em nosso trabalho, visto que não houve diferença significativa nas médias dos valores de GDS entre os idosos com atividades da vida diária plenas e não plenas.²¹ Entretanto, na amostra estudada, foi evidenciada uma associação entre estado mental e funcionalidade, ou seja, nos pacientes com maior independência funcional (AVD plenas) foi maior a média de escore do MMSE.

O trabalho mostrou uma correlação inversa e significativa entre os escores do MMSE e do GDS-15. Se, por um lado, a depressão pode simular um quadro demencial por piorar o desempenho cognitivo dos pacientes nos testes como MMSE e AVD, por outro lado um desempenho cognitivo muito baixo pode interferir com a escala GDS-15, a qual, na presença de déficit cognitivo, pode ser menos confiável por apresentar maior sensibilidade, resultando em possíveis falso-positivos.²³ Se alguns pacientes, por terem obtido um escore do MMSE muito baixo, não fossem considerados como deprimidos, poderíamos ter uma prevalência menor da doença em nossa amostra.³

Podemos observar com este trabalho a alta prevalência da depressão, assim como sua importância e influência em todos os aspectos da vida do idoso. Tendo em vista que ainda há um insuficiente reconhecimento da depressão como uma doença passível de cura; que o diagnóstico precoce é a melhor estratégia para diminuir as

possíveis conseqüências, como o suicídio e a alta taxa de recorrência; e que o tratamento pode resultar em melhora funcional, cognitiva e social, fazem-se necessários recursos financeiros para iniciativas nas áreas de educação e pesquisa, custos de tratamento e redução dos fatores de risco, visando idosos com melhor saúde e, conseqüentemente, maior expectativa e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Scazufca M, Cerqueira A, Menezes PR, et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Rev Saúde Pública*. 2002;36:235-9.
2. Tourigny-Rivard MF, Buchanan D, Cappeliez P, et al. The assessment and treatment of depression. Toronto: Canadian Coalition for Seniors Mental Health; 2006.
3. Frank MH, Rodrigues NL. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006. p. 376-87.
4. Mulsant BH, Ganguli M. Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(Suppl 20):9-15.
5. Salzman C. Practical considerations for the treatment of depression in elderly and very elderly long term care patients. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(Suppl 20):30-3.
6. Montano CB. Primary care issues related to the treatment of depression in elderly patients. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(Suppl 20):45-51.
7. Demétrio FT. Depressão e doenças clínicas. *SNC em foco*. 2005;1(Suppl 1):12-9.
8. Conn DK. An approach to detecting and screening depression. *Geriatr Ageing*. 2005;8(Suppl 8):3-7.
9. Giron MST, Fastbom J, Winblad B. Clinical trials of potential antidepressants: to what extent are the elderly represented: a review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005; 20: 201-7.
10. Adair N, Adams HP, Adler J, et al. *Current geriatric diagnosis and treatment*. New York: McGraw-Hill; 2004.
11. Pollock BG. Adverse reactions of antidepressants in elderly patients. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(Suppl 20):4-8.
12. Adelman DC, Adler JS, Amidon TM, et al. *Current medical diagnosis and treatment*. 42nd ed. New York: McGraw-Hill; 2003.
13. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *JAMA*. 1997;278:1186-90.
14. Bowker LK, Price JD, Smith SC. *Oxford handbook of geriatric medicine*. New York: Oxford University Press; 2006.
15. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983;17:37-42.
16. Baldwin R. Late-life depression: undertreated? *BMJ*. 1988;296:519.
17. Vargas HO. Tradução para o idioma português da "Geriatric depression scale" e sua validação em pacientes de ambulatório geral do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Londrina [dissertação]. Londrina (PR): UEL; 2003.
18. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1999;57:421-6.
19. Folstein MF, Folstein SE, High PR. Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12: 189-95.
20. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2003;61:777-81.
21. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *J Am Med Assoc*. 1963;165:94-9.
22. Callegari-Jacques SM. *Bioestatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
23. Meara J, Mitchelmore E, Hobson P. Use of the GDS-15 geriatric depression scale as a screening instrument for depressive symptomatology in patients with Parkinson's disease and their cares in the community. *Age Ageing*. 1999;28:35-8.

Endereço para correspondência:
 ROBERTA RIGO DALACORTE
 Avenida Bagé, 1313/701 - Bairro Petrópolis
 90570-080, Porto Alegre, RS, Brasil
 Fone: (51) 3222-2856
 E-mail: robertarigod@gmail.com