



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA**

**VALIDADE DA “ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA”
EM UNIDADES PRIMÁRIAS DE SAÚDE NA CIDADE DE
FORTALEZA, CEARÁ**

Milena Sampaio Castelo

FORTALEZA

2004

Milena Sampaio Castelo

**VALIDADE DA “ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA”
EM UNIDADES PRIMÁRIAS DE SAÚDE NA CIDADE DE
FORTALEZA, CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Medicina Clínica do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre

Orientador: Prof. Dr. José Ibiapina Siqueira Neto

Co-Orientador: Prof. Dr. João Macêdo Coelho Filho

FORTALEZA

2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca de Ciências da Saúde da
Universidade Federal do Ceará
©reprodução autorizada pelo autor

C345v Castelo, Milena Sampaio

Validade da Escala de Depressão Geriátrica em Unidades Primárias de Saúde na cidade de Fortaleza, Ceará / Milena Sampaio Castelo. – Fortaleza, 2004.

113 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. José Ibiapina Siqueira Neto.

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Clínica.

1. Idoso 2. Depressão 3. GDS 4. Atenção Primária
5. Depressão – rastreamento. I. Siqueira Neto, José Ibiapina (Orient.). II. Título.

CDD 618.97689



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
DEPTO. MEDICINA CLÍNICA
MESTRADO EM CLÍNICA MÉDICA

ATA DE DEFESA PÚBLICA DA TESE DE MILENA SAMPAIO CASTELO,
REALIZADA PELO CURSO DE MESTRADO EM CLÍNICA MÉDICA DO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA, DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, NO DIA 08 DE MARÇO DE 2004.

1 Aos oito dias do mês de março dois mil e quatro, foi realizado no Auditório do HEMOCE a
2 defesa pública da dissertação de mestrado da aluna MILENA SAMPAIO CASTELO.
3 **Intitulada: “VALIDADE DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA EM**
4 **UNIDADES PRIMÁRIAS DE SAÚDE”**, para obtenção do título de Mestre em Medicina. A
5 banca examinadora foi composta pelos professores doutores: Renato Peixoto Veras, João
6 Macedo Coelho Filho e Marta Maria das Chagas Medeiros. Após a apresentação e arguição da
7 referida Dissertação, a mestranda foi considerada *Aprovada com Louvor*. Apresente ata vai
8 assinada pelo Coordenador do Curso e pela Banca Examinadora e com bases nas normas
9 vigentes a candidata faz jus ao Grau de Mestre em Medicina, área de concentração Clínica
10 Médica.

Fortaleza, 08 de março de 2004.

Prof. Dr. Renato Peixoto Veras
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof. Dr. João Macedo Coelho Filho
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Marta Maria das Chagas Medeiros
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Maria da Silva Pitombeira
Coordenadora

A Ivan e nossas filhas, Iana e Marina, meus amores e melhores elos de comunhão com a vida.

A meus pais, Roberto e Lúcia, maiores exemplos de cuidado e ternura, que me possibilitaram a construção do meu próprio caminho.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. João Macedo Coelho Filho, pela efetiva orientação, pelas lições de ética e seriedade, pelo estímulo ao aperfeiçoamento e apoio irrestrito.

Ao Prof. Dr. José Ibiapina Siqueira Neto, referencial importante em minha vida, pelo incentivo e crédito em mim depositado, possibilitando-me chegar ao fim dessa trajetória de Mestrado.

Ao Prof. Marciano Lima Sampaio, pela presença sempre marcante em meus projetos de vida.

A Jamile Coelho Soares Noletto, pela participação em todas as etapas do trabalho, pelo compromisso com a pesquisa e presença constante.

Aos coordenadores, médicos e funcionários dos Centros de Saúde Abel Pinto, Oliveira Pombo, César Cals e Santa Liduína pela ajuda indispensável na realização deste trabalho.

À Fundação CAPES pelo suporte financeiro.

Aos colegas de mestrado, pela convivência, em especial à Virginia Angélica Lopes Silveira pela amizade e apoio.

À Ivone Mary Fontenele de Sousa, Secretária do Programa de Pós-graduação do Departamento de Clínica Médica, pela dedicação e a todos os funcionários desse departamento.

À Eliene Moura pelo trabalho de normalização da dissertação, pela disponibilidade e atenção.

Aos pacientes que fizeram parte deste estudo, pela paciência e colaboração e a todos que me apoiaram direta ou indiretamente na realização do trabalho.

RESUMO

Introdução – Depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns em pessoas idosas, estando associada à maior morbimortalidade e aumento de custos. Apesar disto, 30 a 50% dos casos permanece não identificada e sem tratamento, o que tem motivado o desenvolvimento de instrumentos de rastreamento a serem utilizados na prática clínica. Um dos mais amplamente utilizados é a Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS*) que tem sido amplamente validada em amostras de serviços especializados e terciários. Poucos estudos em outros países, e nenhum no Brasil, no entanto, avaliaram o desempenho da GDS em nível primário de saúde, o que torna incerta a generalização dos resultados para esse contexto, onde a maioria das pessoas idosas com depressão é efetivamente atendida. **Objetivos** – determinar a validade da GDS, nas versões 30, 15, 4 e 1 itens, em nível primário de saúde, através de estimativa da sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e razão de verossimilhança. Identificar os melhores pontos de corte dos escores da GDS, em suas diferentes versões, para rastreamento de depressão em nível primário de saúde. **Método** – Estudo transversal, com 220 pacientes idosos consecutivamente atendidos em quatro unidades primárias de saúde. Foram aplicados um questionário que forneceu uma visão global do perfil da população estudada; a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I), assumido como padrão-ouro. Os dois primeiros instrumentos foram aplicados por um entrevistador treinado e a SCID por médico psiquiatra. **Resultados** – A prevalência de Episódio Depressivo Maior e/ou transtorno distímico foi de 17,27%. O melhor ponto de corte da GDS 30 foi 10/11 (caso/não caso) que revelou sensibilidade = 92,1% (IC 95% = 77,5 - 97,9%), especificidade = 79,7% (IC 95% = 72,9 - 85,1%), acurácia = 81,8% e razão de verossimilhança = 4,5. O melhor ponto de corte da GDS 15 foi 4/5 com sensibilidade = 86,8% (IC 95% = 71,1 - 95,1%), especificidade = 82,4% (IC 95% = 75,9 - 87,5%), acurácia = 83,1% e razão de verossimilhança = 4,9. O da GDS-4 foi 0/1 com sensibilidade = 84,2% (IC 95% = 68,1-93,4%), especificidade = 74,7% (IC 95% = 67,7 - 80,7%), acurácia = 76,30% e Razão de verossimilhança = 3,9. A GDS-1 teve uma sensibilidade de 52,6% (IC 95%=36,0 - 68,7%). **Conclusões:** A GDS-30 é um ótimo instrumento de rastreamento para episódio depressivo maior e/ou transtorno distímico, em unidades de atenção primária, dado sua alta sensibilidade e alto valor preditivo negativo. As versões reduzidas com 15 e 4 itens demonstraram ser bons testes de rastreamento, com a vantagem de requererem menos tempo para aplicação. O uso sistemático da GDS, em unidades de atenção primária de saúde, é recomendado para que haja uma maior identificação desses casos, permitindo tratamento adequado.

Palavras chaves: Idoso; depressão; GDS; atenção primária.

ABSTRACT

Introduction – Depression is one of the major potentially treatable psychiatric disorders affecting geriatric patients. At primary care facilities up to 30-50% of depressed patients are misdiagnosed and therefore not treated adequately. Recognition of depression is best improved by routine screening using efficient and easily applicable instruments. One of the most widely used instruments, the Geriatric Depression Scale (GDS), has been sufficiently validated in samples from specialized or out-sourced services. However, few studies, none of them from Brazil, have evaluated the performance of the GDS at the level of primary care in which most geriatric patients with depression are treated, making it hard to generalize existing results to this context. **Objectives** – 1) to determine the sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value and likelihood ratio in relation to the GDS comparing findings to structured clinical interviews for disorders of Axis I of the DSM-IV (SCID-I); 2) to build a Receiver Operator Characteristic Curve (ROC) determining the ideal cut-off point for primary care patients; 3) to determine the prevalence of episodes of major depression in geriatric primary care patients; 4) to identify the socio-demographic profile of geriatric primary care patients; 5) to examine geriatric patients presenting with episodes of depression and/or dysthymic disorders while taking anti-depressants. **Method** – cross-sectional study involving 220 geriatric patients from four health facilities. A questionnaire providing a global profile of the study population was applied, as well as the GDS and structured clinical interviews for disorders in Axis I of the DSM-IV (SCID-I). The first two instruments were applied by a trained interviewer and the SCID (gold standard) was applied by a trained psychiatrist. **Results** – The prevalence of episodes of major depression and/or dysthymic disorders was 17.27%. The best cut-off point with GDS-30 was 10/11 (case/non-case) with a sensitivity of 92.1% (CI 77.5–97.9), specificity 79.7% (CI = 72.9–85.1), accuracy 81.8% and likelihood ratio 4.5. The best cut-off point with GDS-15 was 4/5 with a sensitivity of 86.8% (CI = 71.1–95.1), specificity 82.4% (CI = 75.9–87.5), accuracy 83.1% and likelihood ratio 4.9. The best cut-off point with GDS-4 was 0/1 with a sensitivity of 84.2% (CI = 68.1–93.4), specificity 74.7% (CI = 67.7–80.7), accuracy 76.30% and likelihood ratio 3.9. With GDS-1 the sensitivity was 52.6% (CI = 36.0–68.7%). **Conclusions** – GDS-30 is an excellent screening instrument for episodes of major depression and/or dysthymic disorders at primary care facilities due to its high sensitivity and high negative predictive value. Reduced versions with 15 and 4 items proved good screening tests requiring less time to be applied. The systematic use of GDS at primary care facilities is recommended in order to identify a greater number of cases of depression and thereby offer a more adequate treatment.

Key words: geriatric patients; depression; GDS; primary care.

LISTA DE ABREVIATURAS

BDI	Inventário de Depressão de Beck
CES-D	Escala de Rastreamento Populacional para depressão
CID-10	Classificação Internacional das doenças
DIS	Roteiro de Entrevista Diagnóstica
DSM-III	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estudo da Área de Captação Epidemiológica
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
HAM-D	Escala de Avaliação de Hamilton para Depressão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MADRS	Escala de Avaliação de Montgomery-Asberg para Depressão
ROC	Receiver Operator Characteristic Curve
SDS	Escala de Auto-avaliação da Depressão de Zung
TFT	Número médio de nascidos vivos, nascidos por mulher, ao final de seu período reprodutivo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas de 220 idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003.....	43
Tabela 2	Freqüência de doenças auto-referidas por idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003.....	44
Tabela 3	Freqüência de idosos quanto à capacidade funcional atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003	45
Tabela 4	Associação entre uso de ansiolítico e de antidepressivo e Ep. Depressivo e/ou Transtorno Distímico em idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003.....	45
Tabela 5	Prevalência de Transtornos do Humor entre 220 idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza, Ceará.....	46
Tabela 6	Prevalência de Episódios depressivo, maníaco e hipomaníaco passados entre 220 idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza, Ceará.....	46
Tabela 7	Propriedades da GDS 30 para diagnóstico de episódio depressivo em idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003.....	48

Tabela 8	Propriedades da GDS 15 para diagnóstico de episódio depressivo em idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003.....	48
Tabela 9	Propriedades da GDS 4 para diagnóstico de episódio depressivo em idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003.....	49
Tabela 10	Propriedades da GDS 01 para diagnóstico de episódio depressivo em idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003	49
Tabela 11	Propriedades diagnósticas da GDS 30, 15 e 01 itens em idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003.....	50
Tabela 12	Propriedades da Escala de Depressão Geriátrica em unidades primárias de saúde.....	60

RELAÇÃO DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Sensibilidade e especificidade da Escala de Depressão Geriátrica versão 30 itens considerando os diferentes pontos de corte	50
Gráfico 2	Sensibilidade e especificidade da Escala de Depressão Geriátrica versão 15 itens considerando os diferentes pontos de corte	51
Gráfico 3	Sensibilidade e especificidade da Escala de Depressão Geriátrica versão 04 itens considerando os diferentes pontos de corte.....	51
Gráfico 4	Curva ROC da Escala de Depressão Geriátrica, com 30 itens (GDS-30), usando como padrão-ouro a Entrevista Estruturada para Transtornos do eixo-1 do DSM-IV (SCID).....	52
Gráfico 5	Curva ROC da Escala de Depressão Geriátrica, com 15 itens (GDS-15), usando como padrão-ouro a Entrevista Estruturada para Transtornos do eixo-1 do DSM-IV (SCID).....	53
Gráfico 6	Curva ROC da Escala de Depressão Geriátrica, com 4 itens (GDS-4), usando como padrão-ouro a Entrevista Estruturada para Transtornos do eixo-1 do DSM-IV (SCID).....	54

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	População idosa no Brasil.....	16
1.2	Transtornos mentais no idoso	18
1.3	Depressão	18
1.4	Depressão: peculiaridades na idade avançada	21
1.5	Depressão: importância do diagnóstico e manejo adequados	23
1.6	Escalas de avaliação de depressão	25
1.7	Escala de Depressão Geriátrica	26
2	OBJETIVOS	31
2.1	Gerais	31
2.2	Específicos	31
3	CASUÍSTICA E MÉTODOS	33
3.1	Delineamento do estudo	33
3.2	População	33
3.3	Local do estudo	34
3.4	Período do estudo	34
3.5	Estudo-Piloto	34
3.6	Fluxo operacional	35
3.7	Instrumentos e variáveis utilizados	36
3.7.1	Questionário multidimensional	36
3.7.2	Escala de Depressão Geriátrica.....	37
3.7.3	Entrevista clínica estruturada para transtornos do eixo I do DSM-IV (SCID-I)	38

3.8	Aspectos éticos	38
3.9	Análise estatística	39
4	RESULTADOS	42
4.1	Características sócio-demográficas	42
4.2	Condições de saúde	43
4.3	Prevalência de depressão e de outros episódios de humor	45
4.4	Propriedades diagnósticas da Escala de Depressão Geriátrica	47
4.5	Curva ROC.....	52
5	DISCUSSÃO	56
6	CONCLUSÕES	63
7	RECOMENDAÇÕES	65
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICE	77
	ANEXOS	80

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 População idosa no Brasil

O processo de envelhecimento da população é um fenômeno mundial, no entanto, a forma como ocorre nos países em desenvolvimento, por demais rápida e em um contexto de adversidades socioeconômicas (MOREIRA, 1998), apresenta-se de maneira bastante diferente do que foi observado nos países desenvolvidos. Os principais determinantes do aumento do peso relativo de idosos são a queda significativa da mortalidade concentrada nas idades avançadas e o declínio sustentado de fecundidade (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Em 30 anos, no período entre 1970 e 2000, observou-se no Brasil uma queda de 60% em sua Taxa de Fecundidade Total¹, passando de 5,8 para 2,3 filhos nascidos vivos, por mulher (CARVALHO; WONG, 1999; CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL - CEDEPLAR, 1999). Para efeito de comparação, a Inglaterra apresentou declínio semelhante, ou seja, de 58% em sua TFT, no período de um século (UNITED KINGDOM NATIONAL STATISTICS, 2002).

A proporção de residentes com 65 anos ou mais no Brasil cresceu de 4,01% no ano de 1980 para 5,85% no ano 2000. Nas regiões norte, centro-oeste, nordeste, sul e sudeste, essas proporções, referentes ao ano 2000, foram de 3,64, 4,27, 5,85, 6,22 e 6,37%, respectivamente. No Ceará, 6,18% da população, nesse mesmo ano, correspondia a residentes com 65 anos ou mais (IBGE, 2000). Entre 1980 e 2001, a expectativa de vida ao nascer, por sua vez, sofreu incremento de 6,2 anos, passando de 62,7 para 68,9 anos (IBGE, 2001). O aumento gradual na expectativa de vida vem contribuindo para o aumento da população de idosos e

¹ TFT= número médio de nascidos vivos, nascidos por mulher, ao final de seu período reprodutivo.

conseqüentemente para o surgimento de necessidades específicas desse segmento (ALMEIDA; LAFER; MIGUEL FILHO, 1990).

O processo de envelhecimento no Brasil vem impondo uma transição peculiar de seu perfil epidemiológico. Ao invés de uma substituição, em termos de impacto na morbidade e mortalidade, das doenças transmissíveis pelas crônico-degenerativas, observa-se de fato uma superposição desses dois tipos de grupos nosológicos. A morbimortalidade permanece elevada por ambos os padrões e o deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos não ocorre de acordo com o modelo de transição experimentado pela maioria dos países industrializados (FRENK *et al.*, 1991). Por isso, encontramos-nos diante de um dilema em termos de política de saúde – a necessidade de atender, de forma equacionada, as diferentes demandas das faixas etárias jovem e idosa (CARVALHO; WONG, 1999; VERAS, 1994).

As implicações do aumento do número de pessoas idosas sobre o setor saúde são significativas. O processo de envelhecimento populacional implica na necessidade de uma assistência crescente a um número cada vez maior de idosos. Nessa faixa etária, a possibilidade de aparecimento de múltiplas doenças, dependência funcional e morte é maior. Como, em geral, os idosos apresentam várias comorbidades e doenças crônicas, requerem acompanhamento médico contínuo. O aumento de idosos na população tem relação direta com a adição de problemas de longa duração que, por sua vez, exigem intervenções onerosas para um cuidado adequado (VERAS, 1994).

As características mencionadas do processo-saúde doença no idoso implicam na necessidade de políticas que levem em conta suas peculiaridades, bem como de reorientação dos serviços de saúde para atendimento de novas demandas, que em muitos aspectos são bastante diferentes daquelas dos segmentos mais jovens da população. Esta tarefa é urgente, tendo em vista que tradicionalmente os serviços e programas de saúde foram delineados para atendimento das demandas do segmento materno-infantil, onde prevalecem doenças de natureza aguda e em grande parte de origem infecciosa e carencial.

1.2 Transtornos mentais no idoso

Um dos problemas de saúde mais prevalentes na população idosa são os distúrbios mentais (KLERMAN, 1983). Em inquéritos domiciliares conduzidos em Salvador (ALMEIDA FILHO *et al.*, 1984), São Paulo (RAMOS *et al.*, 1993) e Fortaleza (COELHO FILHO; RAMOS, 1999) verificou-se que aproximadamente um terço dos idosos apresentavam algum transtorno mental.

Fatores etiológicos (neurobiológicos e psicossociais) interagem com a idade afetando o risco de desenvolvimento de determinado transtorno psiquiátrico, ou interferindo na precipitação de novos episódios de doença. Exemplos de fatores biológicos incluem as alterações em sistemas de neurotransmissores que podem estar envolvidas no aparecimento de doenças como a de Alzheimer, na qual ocorrem alterações de acetilcolina no córtex e hipocampo, bem como da função cerebral, como a diminuição do fluxo sanguíneo, principalmente nas regiões frontal, temporal superior e parietal anterior. Essas últimas alterações encontram-se associadas à gravidade de sintomatologia depressiva (SACKEIM *et al.*, 1990).

Além dos fatores biológicos, estressores ambientais e falta de apoio social podem também interagir com transtornos psiquiátricos em idosos, como se pode constatar na relação existente entre ausência de uma rede social satisfatória e o aumento de prevalência de sintomas hipocondríacos (BUSSE; BLAZER, 1999). Nenhum fator isolado explica de forma global a gênese dos transtornos mentais, e, nos idosos, fatores específicos, próprios da faixa etária, devem ser levados em consideração pela sua diversidade e freqüência. Essa diversidade de fatores também está relacionada ao desenvolvimento de depressão.

1.3 Depressão

Depressão, por sua vez, é o transtorno mental mais freqüente na população idosa. Estudos de prevalência de depressão maior de acordo com a

quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1980), em amostras populacionais de idosos de vários países, apresentam resultados que variam de menos de 2% a 26,8% (PALSSON; SKOOG, 1997). O estudo da Área de Captação Epidemiológica (ECA), realizado em 1980 nos EUA, com mais de 18.000 indivíduos entrevistados, encontrou que 15% dos idosos apresentavam sintomatologia depressiva e 3% depressão maior, de acordo com critérios do DSM-III (MYERS *et al.*, 1984).

Na maioria dos estudos com indivíduos acima de 65 anos, nos quais os pesquisadores utilizaram entrevistas estruturadas, os índices tiveram uma variação de 10,3% (KIRBY *et al.*, 1997) a 13,5% (LINDESAY; BRIGGS; MURPHY, 1989), mostrando menor inconsistência entre os achados.

Blazer, Hughes e George (1987) encontraram 27% dos idosos, residentes em comunidade, com sintomas depressivos, dos quais 4% apresentaram depressão sintomática, 0,8% depressão maior, 2% distímia, 1,2% síndrome depressivo-ansiosa e 19% quadro de disforia. Veras e Murphy (1994) encontraram, no Brasil, uma prevalência de depressão maior de 6,75%, 4,51% e 11,57% para indivíduos de alto, médio e baixo poder aquisitivo, respectivamente.

Aproximadamente 10% dos idosos que residem em asilos apresentam um episódio depressivo maior no período de um ano (ALLEN; BLAZER, 1991). A prevalência de depressão maior em idosos hospitalizados varia de aproximadamente 8 a 20% (MAGNI *et al.*, 1986; KOENIG; *et al.*, 1988; CUNHA; COSTA, 1990).

Blazer (1994a) relata em seu estudo variação de 8 a 15% na prevalência de sintomas depressivos em indivíduos idosos na comunidade. No Brasil, Aguiar e Dunningham (1993) estimaram que 15% dos idosos apresentam sintomatologia depressiva. Sintomas depressivos podem ser entendidos tanto quanto aqueles presentes em escalas de avaliação quanto aos relacionados nos códigos diagnósticos.

A comparação de resultados torna-se difícil em função das diferentes metodologias utilizadas. Algumas delas referem-se a instrumentos utilizados na

pesquisa, à operacionalização do conceito diagnóstico, ao ponto de corte cronológico para definir “idoso”, à faixa-etária incluída na pesquisa, ao tipo de desenho do estudo e aos entrevistadores, que podem ser profissionais de saúde mental ou não (KATONA, 1990; PALSSON; SKOOG, 1997). Essa diversidade, nos métodos utilizados, explica também as diferenças nos resultados dos estudos.

O termo depressão tem sido usado para designar um sintoma, uma síndrome e uma entidade nosológica. Como sintoma, pode ocorrer em resposta a eventos estressores, assim como em diversas situações clínicas, incluindo demências, alcoolismo, esquizofrenia, dentre outros. Como síndrome, além de incluir alterações do humor, envolve outros aspectos, como alterações vegetativas, psicomotoras e cognitivas. Finalmente, como doença, tem sido classificada de diversas formas. Atualmente, os quadros descritos são: transtorno depressivo maior, transtorno distímico, depressão bipolar, depressão como parte da ciclotimia, depressão fazendo parte de um transtorno de humor devido à uma condição médica geral, etc.

Os critérios diagnósticos para depressão da classificação norte-americana presentes no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1980) e da Classificação Internacional de doenças (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993) incluem humor deprimido, perda de interesse ou prazer em quase todas ou todas as atividades, alterações do apetite ou mudança significativa de peso, perturbações do sono, agitação motora ou lentificação, redução de energia, sentimentos de desvalia, culpa inadequada ou excessiva, diminuição da capacidade de pensar ou de concentrar-se, pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio.

A depressão no idoso pode estar associada a fatores desencadeantes, como eventos vitais e dificuldades sociais comuns nessa faixa etária. Alguns dos eventos vitais estressantes que merecem atenção são: luto, doença ou ameaça à vida de pessoa amada, revelação negativa sobre pessoa próxima, separação, doença pessoal grave, perda de moradia, perda de objeto de valor e crise financeira (FORLENZA, 1994). As dificuldades sociais duradouras, particularmente associadas ao desenvolvimento de depressão, são aquelas que persistem por um período de

pelo menos dois anos, como problemas com moradia, relações conjugais ou familiares; dificuldades no trabalho; dificuldades financeiras; doença crônica; invalidez na família; perda de saúde física, da mobilidade e da capacidade de entender o ambiente.

Estudos demonstram que sintomas depressivos são particularmente comuns naqueles com 65 anos ou mais; do sexo feminino; portadores de distúrbios cognitivos e limitações físicas; com baixa renda e pouco suporte social. (BLAZER *et al.*, 1991).

1.4 Depressão: peculiaridades na idade avançada

Apesar do impacto da depressão em termos de morbidade e mortalidade, permanece pouco diagnosticada e tratada (RUEGG; ZISSOOK; SWERDLOW, 1998). A dificuldade no reconhecimento de distúrbios depressivos em idosos pode ser atribuída a co-morbidades comuns neste grupo etário. Quadros demenciais; presença de sintomas físicos (BLAZER; HUGHES; GEORGE, 1987; KATONA, 1990) como principal manifestação da doença; perdas, tanto físicas, quanto psíquicas; ansiedade; uso e abuso de sedativos; analgésicos e álcool, são exemplos de problemas altamente prevalentes no idoso e que geralmente prejudicam o diagnóstico de depressão (FORLENZA, 1994). Blazer *et al.* (1991) mostraram que doença crônica, distúrbios cognitivos, limitações funcionais, baixa renda e pouco suporte social são fatores diretamente associados a sintomas depressivos. Além disso, uma menor probabilidade de reconhecimento da depressão no idoso pode ser atribuída a atitudes discriminatórias que levam a considerá-la como algo que faz parte da idade avançada (SNOWDON, 2002).

Outra dificuldade para identificação de depressão no idoso é oriunda da apresentação atípica dessa condição na idade avançada. Humor disfórico e sentimentos de culpa, presentes nos sistemas diagnósticos de transtornos mentais, são sintomas clássicos cuja prevalência diminui com o avançar da idade. Duas síndromes depressivas distintas foram propostas a partir de diferenças encontradas

na análise de sintomas depressivos em diferentes faixas etárias: a clássica, encontrada no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, e a de “depleção”. Essa última aumenta com a idade e caracteriza-se pela presença de desesperança, diminuição do apetite e do interesse pelo ambiente, falta de perspectivas e pensamentos recorrentes sobre morte (NEWMANN; ENGEL; JENSEN, 1990, 1991a, b).

Ao se diagnosticar depressão, no idoso, é importante que se faça diferenciação entre um quadro depressivo de início precoce, onde o episódio atual é recorrente, e um quadro de início tardio. A apresentação clínica, a evolução e o prognóstico podem variar de acordo com a idade de início. A depressão de início tardio, ou seja, com início após os 50 anos, parece ter menor influência de fatores genéticos, e maior associação com síndromes cerebrais orgânicas e alterações na morfologia e função cerebrais, que se assemelham aos achados dos quadros demenciais (MURPHY, 1982; BROWN *et al.*, 1984). A associação com quadros demenciais é importante, podendo caracterizar-se como um evento preditor ou concomitante (MARINHO; LACKS, 1998). Os pacientes, com depressão de início tardio, queixam-se menos de sintomas como culpa, ideação suicida e diminuição da libido, e mais de somatização, agitação, insônia inicial e sintomas hipocondríacos (BROWN *et al.*, 1984).

A relação entre depressão, sintomas e condições médicas gerais é multilateral. Muitas vezes o obstáculo ao diagnóstico pode estar relacionada à dificuldade de identificar quando os sintomas somáticos podem estar mascarando o humor depressivo ou quando eles são a manifestação primária da doença. Depressão, geralmente, amplifica os sintomas físicos das condições médicas gerais e por outro lado pode ser precipitada por essas mesmas condições médicas. Depressão pode ainda estar relacionada ao aparecimento de sintomas somáticos, como dor, o que aumenta substancialmente o uso dos serviços de saúde. Por último, condições médicas gerais são mais comuns em pacientes com transtornos mentais e depressão em particular (KATON, 1984; BARSKEY, 1992).

Estudos em população clínica e na comunidade têm demonstrado que a sintomatologia depressiva no idoso assemelha-se aos sintomas depressivos em

outras faixas etárias. Os critérios diagnósticos para depressão da classificação norte-americana (DSM-IV) e da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) são aplicados à todas as idades. Características, já descritas, mais associadas à depressão no idoso, como menor frequência de sentimento de culpa ou desvalia, maior presença de sintomas físicos, hipocondria, menor relato de humor deprimido, problemas cognitivos e presença de outras patologias merecem especial atenção, pois podem dificultar o reconhecimento desse transtorno na população idosa (Blazer, 1989). Uma avaliação mais detalhada poderá revelar outros sintomas depressivos.

1.5 Depressão: importância do diagnóstico e manejo adequados

Os benefícios de pronta identificação e manejo adequado dos casos de depressão incluem redução do sofrimento e dos prejuízos funcionais dos pacientes, melhora dos sintomas somáticos, redução da utilização dos serviços de saúde e dos custos (BRODY *et al.*, 1995).

Pacientes com depressão podem ter suas capacidades de sentir, de pensar, de interagir com os outros, de vislumbrar objetivos, de se cuidar e de trabalhar prejudicadas. As relações no âmbito familiar podem ser afetadas. Além disso, a depressão pode interferir na recuperação de outras patologias (ADDONIZIO; ALEXOPOULOS, 1992; NIH, 1992) e aumentar o impacto da população idosa sobre os serviços de saúde. Pacientes deprimidos procuram mais atendimento médico, submetendo-se a um número maior de consultas, fazem mais contatos telefônicos com seus médicos, além de referirem mais queixas vagas e inespecíficas (KATON *et al.*, 1986).

O custo de tratamento da depressão é maior quando comparado ao de várias doenças crônicas como hipertensão arterial, doença de Alzheimer, osteoporose, esquizofrenia e câncer. Seus custos indiretos constituem a maior parte dos custos totais. O maior custo econômico está relacionado ao prejuízo da capacidade laborativa com perda da produtividade, número maior de dias de licença

médica e diminuição ou perda de salários. O maior custo direto está associado à internação hospitalar (BERTO *et al.*, 2000).

A taxa de suicídio é mais alta em idosos quando comparada a outras faixas etárias. As tentativas de suicídio sem êxito são mais frequentes em jovens e as completas em idosos. Enquanto que nos adolescentes a taxa de sucesso é de 1:100, nos idosos é praticamente de 1:1 (BLAZER; BACHAR; MANTON, 1986; WILLIS, 1987). Depressão é o fator mais importante na determinação de suicídio no indivíduo idoso (CONWELL; BRENT, 1995). Portanto, além de ser responsável por aumento da morbidade, depressão é um transtorno psiquiátrico relacionado a aumento da mortalidade por suicídio no indivíduo idoso.

Koenig *et al.* (1989) constataram que pacientes idosos deprimidos hospitalizados com doença clínica tiveram uma mortalidade significativamente mais alta que pacientes não deprimidos com mesma idade, sexo, tipo de doença e severidade do quadro clínico.

Sabe-se que a depressão maior quando não tratada dura cerca de nove meses (DUNNER, 1985). No idoso esses episódios, quando não tratados, tendem a ter uma evolução mais prolongada, podendo persistir por um período superior a três anos, tornando-se uma condição crônica (BEM-ARIE; WELMAN; TEGGIN, 1990).

Baldwin e Jolley (1986) constataram que aproximadamente 75 a 80% dos idosos em tratamento irão se recuperar de um episódio inicial. Cole (1990) verificou que pelo menos 60% dos pacientes recuperavam-se ou voltavam a ficar bem após recaídas em um período médio de 32 meses.

Investir no maior reconhecimento dessa doença é de suma importância para que possa ser iniciado um tratamento que vise não só à melhora do paciente, mas também à redução do risco de recaída e recorrência e, sobretudo, a melhora da qualidade de vida. É neste sentido, que têm sido propostos instrumentos de detecção e avaliação de quadro depressivo na prática clínica.

1.6 Escalas de avaliação de depressão

O uso de um instrumento padronizado procura minimizar a influência de fatores subjetivos que possam resultar em diferenças na coleta e no registro de dados por parte do profissional da área de saúde ou do pesquisador. Em psiquiatria, especialidade na qual a formulação diagnóstica é feita com base em sintomas e síndromes clínicas, ou seja, em que recursos diagnósticos complementares são pouco utilizados, procedimentos padronizados podem ser de grande valia para diminuir as variações e permitir comparações de resultados (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

O inventário de Depressão de Beck – BDI (BECK *et al.*, 1961) e as escalas de Auto-avaliação da Depressão de Zung – SDS (ZUNG, 1965); Rastreamento Populacional para Depressão – CES-D (RADLOFF, 1977); Avaliação de Hamilton para Depressão–HAM-D (HAMILTON, 1960) e Avaliação de Montgomery-Asberg para Depressão – MADRS (MONTGOMERY; ASBERG, 1979) são instrumentos tradicionalmente usados para detecção e avaliação de depressão (MULROW *et al.*, 1995).

O BDI é um instrumento de 21 sintomas e atitudes que são classificados de acordo com a intensidade de 0 a 3. Foi menos estudado em populações de comunidade e mais em estudos clínicos, tendo sido, provavelmente, a medida de auto-avaliação mais utilizada tanto em clínica quanto em pesquisa (MCDOWELL; NEWELL, 1996).

A SDS foi amplamente utilizada até os últimos anos. Classifica 20 sintomas em termos de severidade de 0 a 3. A CES-D assemelha-se a escala de Zung em seu formato e devido aos dados normativos da comunidade disponíveis, substitui a SDS nos últimos anos.

A Escala de Avaliação de Hamilton para Depressão–HAM-D é instrumento bastante usado em ensaios clínicos. Foi elaborada para avaliar e quantificar a sintomatologia de pacientes com transtorno do humor, não

constituindo-se, portanto, em instrumento para identificação da depressão. A HAM-D possui três versões de 17, 21 e 24 itens que são pontuados de 0 a 2 ou de 0 a 4.

A Escala de Avaliação de Montgomery-Asberg para Depressão – MADRS avalia 10 sintomas de depressão, classificando cada um numa escala de 0 a 6. É muito utilizada em ensaios com antidepressivos também. Ambas avaliam a gravidade de quadros depressivos. A MADRS por não incluir muitos sintomas somáticos, pode ser de grande valia na identificação de sintomas depressivos em idosos que podem mudar no curso do tratamento.

1.7 Escala de Depressão Geriátrica

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS)² (ANEXO B), desenvolvida por Yesavage em 1983 (RIBEIRO *et al.*, 1994) tem sido uma das escalas mais comumente utilizadas para rastreamento de depressão entre a população idosa. Sua elaboração foi, também, motivada por dificuldade imposta pelas outras escalas de auto-avaliação que consistia em exigir a seleção de um dos quatro itens de resposta forçada. Ela foi elaborada para ser de fácil aplicação, podendo ser auto aplicada, dependendo da população-alvo, ou aplicada por pessoal sem formação médica ou psiquiátrica, já que não exige conhecimento em psicopatologia (STOPPE JR.; JACOB FILHO; LOUZÃ NETO, 1994). A GDS permite que os entrevistados classifiquem os itens como presentes ou ausentes através de respostas dicotômicas Sim/Não.

A Escala de Depressão Geriátrica (BRINK *et al.*, 1982; YESAVAGE *et al.*, 1983) foi desenvolvida para população idosa de tal modo que seus itens foram baseados considerando as características da depressão nesses indivíduos (JARVIK, 1976; WELLS, 1979). Sua apresentação final com 30 questões após seleção entre

² As iniciais GDS (*Geriatric Depression Scale*) serão aqui utilizadas em referência à Escala de Depressão Geriátrica, em vista de serem amplamente difundidas na literatura médica.

100 perguntas sugeridas por clínicos e pesquisadores com experiência em psiquiatria geriátrica, evitou enfatizar sintomas “somáticos” relacionados a alterações físicas ou de ciclos biológicos, bem como do uso de medicações, que podem funcionar como fatores de confusão em idosos (MONTORIO; IZAL, 1996).

Yesavage *et al.* (1983) compararam as propriedades da GDS com as medidas da Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton - HAM-D (HAMILTON, 1960) e da Escala de Auto-avaliação da Depressão de Zung - SDS (ZUNG, 1965). Esse trabalho estudou duas amostras: 40 idosos sem história de transtorno mental e 60 deprimidos. Aqueles com depressão foram classificados em casos severos e moderados de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa - RDC (SPITZER; ENDECOTT; ROBINS, 1975).

Além da versão original com 30 itens, a GDS encontra-se disponível em suas versões reduzidas com 1, 2, 4, 10, 15 e 20 questões (VAN MARWIJK *et al.*, 1995).

A GDS mostra-se válida para rastreamento de casos de depressão em idosos (HARPER; KOTIK-HARPER; KIRBY, 1990). Essa escala tem sido validada por vários estudos, principalmente em amostras hospitalares ou de serviços especializados (LESHER; BERRYHILL, 1994; MCGIVNEY *et al.*, 1994; CHAN, 1996).

O único estudo de validação, pelo nosso conhecimento, realizado no Brasil foi o de Almeida e Almeida (1999). Nesse estudo, a GDS mostrou-se válida para rastrear depressão, em suas versões 15, 10 e 4 itens. No entanto, por ter sido conduzido em unidade especializada de saúde mental na Santa Casa de São Paulo, a generalização de seus resultados pode ser limitada para outros níveis de atenção, particularmente o primário de saúde. Tal constatação é particularmente relevante se considerarmos que mais de 50% dos residentes da comunidade, que têm depressão maior, são atendidos em serviços de atenção primária, enquanto apenas 20% são vistos por profissionais de saúde mental (SHAPIRO *et al.*, 1984). Pacientes em tratamento em nível primário de saúde têm uma prevalência de depressão que varia de 17 a 37% (BORSON *et al.*, 1986; OXMAN *et al.*, 1990, EVANS; KATONA, 1993, CALLAHAN *et al.*, 1994, JEKINS; MACDONALD 1994, TURRINA *et al.*, 1994) e,

aproximadamente, 30% deles tem Transtorno depressivo maior (BARRET *et al.*, 1988). Ainda que depressão seja achado comum entre pacientes atendidos em nível primário de saúde, somente 30% a 50% dos pacientes com essa entidade são identificados e efetivamente tratados (GERBER *et al.*, 1989; SIMON; VONKORFF, 1995).

Um dos fatores que podem comprometer a generalização dos resultados de estudos conduzidos em serviços especializados para o nível primário de saúde é que nos primeiros há maior probabilidade de ocorrência de casos mais graves e já submetidos a diferentes processos de triagem, o que pode afetar a qualidade e ocorrência dos sintomas que integram uma determinada escala de avaliação.

O reconhecimento dos casos de depressão na atenção primária apresenta-se como o primeiro passo para instituição de tratamento adequado (SIMON *et al.*, 1999a). Há necessidade crescente de que, clínicos gerais e a equipe de saúde que trabalham em nível primário de saúde, sejam capazes de detectar ou diagnosticar transtornos psiquiátricos de uma maneira efetiva.. Alguns fatores fundamentam essa carência premente: grande parte dos pacientes com transtornos psiquiátricos é atendida nesses centros; essa população procura bem mais recursos médicos gerais e tem uma morbidade e prejuízo funcional maior do que pacientes não psiquiátricos; instrumentos desenvolvidos especificamente para prática médica geral têm sido disponibilizados através de pesquisas; e, por último, várias medicações utilizadas na prática psiquiátrica são agora disponibilizadas e podem ser prescritas de maneira segura e efetiva em serviços de atenção primária (STOAB *et al.*, 2001).

Estratégias têm sido usadas para melhorar o reconhecimento de depressão nos indivíduos atendidos em centros primários de saúde. Pesquisas nessa linha têm recebido especial atenção. Uma estratégia é, exatamente, a utilização de instrumentos de rastreamento dessa condição (MULROW *et al.*, 1995; LYNERS *et al.*, 1997), particularmente na população geriátrica que apresenta fatores que podem dificultar ainda mais o diagnóstico desse transtorno.

A avaliação da validade da GDS em centros de atenção primária, em nosso contexto, apresenta-se, portanto, como fundamental, contribuindo para o reconhecimento de casos de depressão na população atendida nesses locais. Por esse motivo, o presente estudo propôs-se a avaliar as propriedades diagnósticas de algumas versões da Escala de Depressão Geriátrica e identificar seus melhores pontos de corte para rastrear depressão em centros de atenção primária, objetivando o reconhecimento dos casos e contribuindo com o primeiro passo para instituição de tratamento adequado para essa doença.

A importância do uso da GDS reside no fato de ser uma escala de auto-avaliação válida para rastreamento de depressão no idoso, de acordo com estudos desenvolvidos em diversos países. Além disso, a facilidade e tempo de administração nesse grupo populacional é uma grande vantagem em relação à outras escalas (MONTORIO; IZAL, 1996). Profissionais sem conhecimento psiquiátrico ou de psicopatologia e pessoal sem formação médica podem aplicá-la sem restrições, o que torna atraente sua utilização em centros não especializados. Inclusive pode também ser auto-aplicável dependendo da população-alvo (STOPPE JR.; JACOB FILHO; LOUZÃ NETO, 1994). Estabelecer o ponto de corte mais adequado, para triagem de pacientes em centros de atendimento primário, pode contribuir para o diagnóstico precoce e tratamento adequado desses pacientes, com diminuição da morbi-mortalidade dessa população.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Gerais

- Determinar a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e razão de verossimilhança da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) nas versões com 30, 15, 4 e 1 itens, adotando-se como padrão-ouro a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I).
- Determinar os pontos de corte dos escores da GDS mais adequados para rastreamento de depressão entre idosos atendidos em unidades primárias de saúde na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil.

2.2 Específicos

- Estimar a prevalência de depressão em idosos atendidos em unidades primárias de saúde.
- Identificar o perfil sócio-demográfico dos idosos com depressão atendidos em unidades primárias de saúde.
- Estimar a proporção de idosos com episódio depressivo e/ou transtorno distímico em uso de medicamentos antidepressivos.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Realizou-se estudo do tipo transversal em idosos consecutivamente atendidos em unidades de nível primário de saúde.

3.2 População

A população-alvo foi composta por pessoas idosas que procuraram espontaneamente atendimento clínico em quatro unidades primárias de saúde. Estudaram-se 222 pacientes, atendidos pelos clínicos gerais das unidades de saúde, no período de setembro de 2002 a setembro de 2003, selecionados aleatoriamente.

Ainda que a definição do que viria a ser uma pessoa idosa seja complexa, envolvendo dimensões sociais, biológicas, psicológicas e existenciais, adotou-se nessa pesquisa o critério cronológico, segundo o qual trata-se de idoso todo aquele indivíduo com sessenta anos de idade ou mais. Considerando que no Brasil os grupos de “idosos jovens (60 a 69 anos) e de “idosos com idade intermediária” (70 a 79 anos) representam a maioria, bem como a maior dificuldade operacional da avaliação de “idosos velhos” (acima de 80 anos), foram incluídas nesse estudo somente as duas primeiras sub-faixas (BERQUO, 1988).

Critérios de inclusão: pessoas com idade superior a 60 e inferior a 80 anos; indivíduos que procuraram atendimento espontâneo em algumas das quatro unidades de saúde determinadas para realização da pesquisa e idosos que aceitaram participar da pesquisa através de consentimento informado.

Foram excluídos pacientes incapacitados de comunicarem-se ou de responderem as perguntas formuladas.

3.3 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em quatro unidades primárias de saúde da cidade de Fortaleza, Ceará, a saber: Centro de Saúde Oliveira Pombo, Centro de Saúde Abel Pinto, Centro de Saúde Santa Liduína e Centro de Saúde César Cals. Em uma dessas unidades, funcionava Programa de Saúde da Família (PSF).

3.4 Período do estudo

Inicialmente, realizou-se estudo-piloto, por um período de um mês (agosto de 2002), para treinamento em campo dos entrevistadores e avaliação dos instrumentos a serem utilizados. Um segundo estudo-piloto foi conduzido de setembro a 18 de novembro de 2002. A partir de novembro de 2002 até novembro de 2003 foram coletados os dados do estudo principal que foram, então, analisados.

3.5 Estudo-Piloto

O grupo de entrevistadores foi composto pelo pesquisador principal, especialista em psiquiatria, responsável pela entrevista psiquiátrica, e por uma estudante do quinto semestre do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Ceará, que procedia a aplicação do questionário geral e da GDS.

Antes do início do estudo-piloto, foram feitas reuniões para o desenvolvimento do questionário, definindo-se suas variáveis; para o estudo da Escala de Depressão Geriátrica e treinamento de como proceder a coleta dos dados.

No primeiro estudo-piloto os instrumentos utilizados foram:

1. questionário geral, contendo informações sócio-demográficas; sobre uso de medicamentos e condições de saúde (APÊNDICE);
2. GDS (ANEXO B).

A entrevista clínica com psiquiatra apresentou-se como padrão-ouro, utilizando-se os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) para episódio depressivo maior.

Na discussão dos resultados desse primeiro estudo-piloto, demonstrou-se a necessidade de serem considerados na avaliação psiquiátrica os diagnósticos de Transtorno Distímico, Transtornos do Humor devido a uma condição médica Geral e Transtorno de Humor induzido por Substância, já que a Escala de Depressão Geriátrica identifica não só depressão grave e moderada, mas também leve. Além disso, outro aspecto discutido foi a ausência de questões estruturadas no padrão-ouro utilizado. Por esses motivos, foi realizado um segundo estudo-piloto incluindo 40 pacientes, onde o padrão-ouro utilizado foi a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID) (ANEXO C).

3.6 Fluxo operacional

Depois de selecionados os quatro centros de saúde do estudo, todos os seus coordenadores foram visitados pelo pesquisador principal para apresentação do projeto de pesquisa e obtenção do Termo de Consentimento por escrito para realizar as entrevistas. Todos os diretores visitados concordaram com a realização do estudo.

Em cada unidade foram identificadas as listas dos idosos que procuraram espontaneamente o clínico geral. Dos pacientes cadastrados na lista, quando o número excedeu a capacidade de realização de entrevistas por turno, foi obtida uma amostra aleatória desse grupo. Os idosos selecionados foram convidados a participar da pesquisa. Aqueles que aceitaram através de consentimento informado, foram incluídos no estudo, procedendo-se inicialmente a aplicação do questionário e da GDS pela estudante de medicina. Em seguida, todos os pacientes eram encaminhados a um psiquiatra, o qual não tinha nenhum conhecimento dos

resultados obtidos na aplicação do questionário e da GDS. A entrevista psiquiátrica tinha como objetivo diagnosticar a ausência ou presença de um episódio depressivo maior, aplicando-se a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I) (FIRST *et al.*, 1992).

3.7 Instrumentos e variáveis utilizados

3.7.1 Questionário multidimensional

O questionário padronizado (APÊNDICE) utilizado nas entrevistas forneceu uma visão global do perfil sociodemográfico da população estudada. Atividades da Vida Diária (AVDs) avaliaram a capacidade funcional. Foram estudadas variáveis clínicas e medicamentos utilizados, na seguinte ordem:

Variáveis sócio-demográficas

- Entrevistado: Só o idoso, Idoso e outro.
- Centro de Saúde: César Cals, Oliveira Pombo, Abel Pinto ou Santa Lidiúina.
- Nome do Entrevistado
- Endereço
- Telefone
- Idade
- Sexo
- Estado civil: solteiro, casado, vive junto, viúvo, separado ou desquitado ou divorciado.
- Tipo de moradia: se o paciente mora sozinho ou com outras pessoas (acompanhado).
- Tipo de residência: casa, apartamento, casa de repouso, outros.

Variáveis relacionadas às Atividades da Vida Diária (AVDs)

- Avaliação quanto a capacidade do paciente de tomar banho sozinho, vestir-se sozinho, comer sozinho, deitar, sentar ou levantar, caminhar, sair de casa sozinho, usar banheiro ou sanitário. Avaliação do grau de dificuldade em realizar essas ações (nenhuma, pouca, muita, inabilitado) ou necessidade da ajuda de uma outra pessoa para realização das mesmas.

Variáveis clínicas

- Condições médicas gerais: Diabetes, hipertensão, hipotensão, catarata, incontinência urinária, incontinência fecal, doenças malignas (Câncer de útero, de pâncreas e outros, leucemia, tumor cerebral), reumatismo, alterações da memória, acidente vascular cerebral, tontura, doença de Parkinson, úlceras gástrica ou duodenal, problemas da próstata ou do trato urinário, cirrose, enfisema, bronquite, doenças cardiovasculares, constipação, insônia, obesidade, problemas da tireóide.
- Medicações em uso: Se o paciente fazia uso de ansiolíticos, antipsicóticos e antidepressivos.

3.7.2 Escala de Depressão Geriátrica

A Escala de Depressão Geriátrica (YESAVAGE *et al.*, 1983), foi utilizada, em sua versão de 30 itens (ANEXO B), como instrumento para rastrear depressão nesses indivíduos atendidos nos centros de saúde. As versões de 15, 10, 4 e 1 itens foram derivadas da primeira. Os sujeitos foram classificados como eufímicos, levemente deprimidos, moderada ou gravemente deprimidos.

3.7.3 Entrevista clínica estruturada para transtornos do eixo I do DSM-IV (SCID-I)

A SCID-I (ANEXO C) foi utilizada como padrão-ouro. A versão não paciente (SCID-NP), destinada a pesquisas em atendimento primário, nas quais os sujeitos não são identificados como pacientes psiquiátricos foi aplicada. A revisão geral da SCID-NP permitiu a obtenção de informações para elaboração de hipóteses de diagnóstico diferencial antes da aplicação das perguntas sistemáticas sobre sintomas específicos. Perguntas sobre problemas emocionais ou psiquiátricos e sobre qualquer tratamento ao qual a pessoa possa ter sido submetida foram realizadas. A versão não paciente não possui uma queixa principal (doença atual). Após a revisão geral foi checado o módulo A. Episódios de Humor que identifica Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco, Episódio Hipomaníaco atuais e passados, Transtorno Distímico, Transtorno de Humor devido a uma condição Médica Geral e Transtorno de Humor Induzido por Substância. Esse módulo contém as classes diagnósticas que são relevantes para esse estudo. As questões do módulo são estruturadas e as pontuações referem-se aos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV).

3.8 Aspectos éticos

Este estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMPEPE) da Universidade Federal do Ceará conforme protocolo n^o. 170/02 (ANEXO A).

Todos os pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo após a leitura de um Termo de Consentimento livre e esclarecido. Em caso de concordância, o questionário (APÊNDICE) e a GDS (ANEXO B) eram aplicados pelo entrevistador e a SCID (ANEXOS C) pelo psiquiatra.

Os idosos diagnosticados com depressão pela entrevista psiquiátrica foram devidamente encaminhados a serviços especializados no manejo terapêutico desta condição.

3.9 Análise estatística

A análise estatística constou inicialmente de descrição da amostra estudada de acordo com suas características sociodemográficas. Foram calculadas as propriedades diagnósticas das versões 30, 15, 4 e 1 da Escala de Depressão Geriátrica, a saber :

- Sensibilidade: capacidade da GDS em identificar indivíduos com depressão. Por definição, representa a proporção dos indivíduos com depressão que pela GDS apresentavam quadro sugestivo de depressão.
- Especificidade: capacidade da GDS em selecionar indivíduos não deprimidos. Por definição, representa a proporção dos indivíduos sem depressão que apresentaram pela GDS quadro não sugestivo de depressão.
- Valor preditivo positivo: Porcentagem de idosos deprimidos dentre os que pela GDS apresentavam sintomatologia depressiva.
- Valor preditivo negativo: Porcentagem de idosos não deprimidos dentre os que pela GDS não apresentavam sintomatologia depressiva.
- Razão de verossimilhança: Probabilidade de resultado positivo da GDS em pessoas com a doença dividida pela probabilidade do mesmo resultado em pessoas sem a doença.
- Acurácia: Proporção de todos os resultados corretos, tanto os positivos quanto os negativos.

As propriedades acima foram referidas com seus respectivos intervalos de confiança a 95%.

Curva ROC (*Receiver Operator Characteristic Curve*) foi construída a fim de se estimar o melhor contrabalanço entre sensibilidade e especificidade, com base em pontos de corte dos escores do instrumento avaliado. Tal contrabalanço, por definição, localiza-se no “ombro” da curva ou em suas proximidades. A curva permite avaliar o poder discriminatório do teste. Para testes de bom poder discriminatório, à medida em que a sensibilidade aumenta, a especificidade sofre uma pequena ou nenhuma perda, até que sejam alcançados altos níveis de sensibilidade (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996).

A análise estatística foi realizada através do programa Epi Info (DEAN *et al.*, 1994) e Stata (STATACORP, 1995).

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Características sócio-demográficas

Duzentos e vinte oito pacientes (228) foram convidados a participar do estudo, sendo que apenas um recusou. Sete responderam o questionário e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), mas não submeteram-se à Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID), razão pela qual não foram considerados na análise. Os demais (220) responderam o questionário e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), bem como foram submetidos à Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID).

Dos 220 entrevistados, 160 (72,7%) foram do sexo feminino; 131 (59,5%) pertenciam à faixa etária de 60 a 69 anos de idade e 89 (40,4%) à faixa de 70 a 79 anos. A média de idade dos indivíduos entrevistados foi de 68,39 anos. Quanto ao estado civil, 96 idosos (43,6%) eram casados ou viviam maritalmente. A maioria, 124 (56,4%) era solteira, divorciada ou viúva. Um total de 24 (10,9%) idosos moravam sozinhos. Cento e oitenta e sete (85%) tinham pensão, aposentadoria ou renda própria; 33 (15%) eram sustentados pela família; 110 (50%) não trabalhavam e a outra metade trabalhava em casa ou fora de casa (Tabela 1).

Com relação à escolaridade, 80 (36,4%) eram analfabetos; trinta e dois (14,5%) alfabetizados, mas sem ensino fundamental cursado. Noventa e seis (43,6%) tinham ensino fundamental incompleto; 5 (2,3%) ensino fundamental completo; 4 (1,8%) ensino médio completo e 3 (1,4%) ensino médio incompleto. Nenhum idoso possuía grau de escolaridade superior (Tabela 1).

4.2 Condições de Saúde

Cento e trinta e um (59%) idosos referiram insônia; 129 (58,6%) hipertensão, 120 (54,5%) problemas de esquecimento; 180 (49%) reumatismo, e 90 (40,9%) tonturas (Tabela 2).

Quanto à capacidade funcional, a maioria dos entrevistados (98,6%) não necessitava de ajuda para realizar as AVDs. Apenas três (1,4%) idosos afirmaram necessitar de ajuda para realizar uma atividade (Tabela 3). Quarenta (18%) idosos faziam uso de benzodiazepínicos e 2 (0,9%) de antidepressivos.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas de 220 idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003.

Variável (N.%)		(N)	(%)
Idade	60-69 anos	131	59,5%
	70-79 anos	89	40,5%
Sexo	Masculino	60	27,3%
	Feminino	160	72,7%
Estado Civil	Solteiro / Divorciado	47	21,4%
	Casado / Vive junto	96	43,6%
	Viúvo	77	35%
Fonte de Renda	Sustentado pela família	33	15,1%
	Aposentadoria, pensão, renda própria	187	84,9%
Grau de Escolaridade	Analfabeto	80	36,4%
	Alfabetizado	32	14,5%
	Ensino Fundamental Incompleto	96	43,6%
	Ensino Fundamental Completo	5	2,3%
	Ensino Médio Incompleto	3	1,4%
	Ensino Médio Completo	4	1,8%

Tabela 2 – Frequência de doenças auto-referidas por idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003.

Variável (N. %)	(N)	(%)
Insônia	131	59,5%
Hipertensão Arterial Sistêmica	129	58,6%
Problema de esquecimento	120	54,5%
Reumatismo	108	49,0%
Tontura	90	40,9%
Catarata	62	28,1%
Constipação intestinal	55	25,0%
Diabetes	52	23,6%
Incontinência Urinária e/ou fecal	41	18,6%
Doença do coração	29	13,1%
Trombose	24	10,9%
Úlcera gástrica ou duodenal	14	6,3%
Obesidade	12	5,4%
Problemas da próstata ou do trato urinário	7	3,1%
Bronquite	5	2,2%
Doenças malignas	3	1,3%
Gastrite	3	1,3%
Problema da tireóide	3	1,3%
Glaucoma	1	0,4%

Tabela 3 – Frequência de idosos quanto à capacidade funcional atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003.

Variável (N,%)	(N)	(%)
Não necessita de ajuda	217	98,6%
Necessita de ajuda para realizar uma atividade	3	1,4%

Tabela 4 – Associação entre uso de ansiolítico e de antidepressivo e Episódio Depressivo e/ou Transtorno Distímico em idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003.

Variável (%)	Episódio Depressivo Maior/Distímia			
	Sim	Não	Total	P
Uso de Ansiolítico	5,9%	11,8%	17,7%	0,007
Uso de Antidepressivo	0,9%	0%	0,9%	0,030

4.3 Prevalência de depressão e de outros episódios de humor

A prevalência de Episódio Depressivo Maior, segundo a SCID foi de 14% e a de sintomas depressivos, segundo a GDS-30 foi de 32,7%. A prevalência de Transtorno Distímico foi de 6,3 e de Transtorno de Humor devido a uma Condição Médica Geral de 1,4%. As prevalências de Episódio Depressivo Maior, maníaco e hipomaníaco passados foram respectivamente de 8,1%, 3,6% e 0,5% (Tabelas 5 e 6).

O número de idosos com diagnóstico de episódio depressivo maior foi de 31 (14%) e com transtorno distímico de 14 (6,3%). Sete dos entrevistados que tinham transtorno distímico também tinham episódio depressivo maior superposto. Portanto, trinta e oito idosos tiveram diagnóstico de episódio depressivo maior e/ou transtorno distímico.

Tabela 5 – Prevalência de Transtornos do Humor entre 220 idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza, Ceará.

	(N)	(%)
Episódio Depressivo Maior	31	14%
Transtorno distímico	14	6.3%
Transtorno de humor devido a uma condição médica geral	3	1.4%
Episódio Maníaco	0	0%
Episódio Hipomaníaco	0	0%
Transtorno de humor devido a substâncias	0	0%

Tabela 6 – Prevalência de Episódios depressivo, maníaco e hipomaníaco passados entre 220 idosos atendidos em unidades primárias de saúde de Fortaleza, Ceará.

	(N)	(%)
Episódio Depressivo maior passado	18	8.1%
Episódio Maníaco passado	8	3.6%
Episódio Hipomaníaco passado	1	0.5%

4.4 Propriedades diagnósticas da Escala de Depressão Geriátrica

A sensibilidade da Escala de Depressão Geriátrica – versão 30 itens (GDS-30) foi de 92,1% (IC 95% = 77,5 - 97,9%). A especificidade da GDS 30 de 79,7% (IC 95% = 72,9 - 85,1%) e a taxa de falsos-positivos foi igual a 16,8%. O valor preditivo positivo foi de 48,6% (IC 95% = 36,8 – 60,3%). O valor preditivo negativo 98,0% (IC 95%= 93,7 – 99,5%). A razão de verossimilhança foi de 4,5, ou seja, é 4,5 vezes mais provável encontrar um resultado da GDS indicando depressão em pacientes com episódio depressivo do que em pacientes sem episódio depressivo. A acurácia da GDS 30, definida como a proporção de todos os resultados corretos, tanto os positivos quanto os negativos, foram de 81,8% (Tabela 7 e 11).

A sensibilidade e a especificidade da Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens (GDS-15 itens) foram respectivamente 86,8% (IC 95% = 71,1 - 95,1%) e 82,4% (IC 95%=75,9 – 87,5%). O valor preditivo positivo 50,8% (IC 95% = 38,2 – 63,3%) e o negativo 96,8% (IC 95% = 92,2 – 98,8%). A razão de verossimilhança foi de 4,9. A GDS-15 teve uma acurácia de 83% (Tabela 8 e 11).

A GDS-4 teve uma sensibilidade de 84,2% (IC 95% = 68,1 – 93,4%) e uma especificidade de 74,7% (IC 95% = 67,7 – 80,7%). Os valores preditivos positivo e negativo foram de 41 (IC 95% = 30,2 – 52,7%) e 95,8% (IC 95% = 90,6 – 98,3%). A razão de verossimilhança foi igual a 3,9 e a acurácia foi de 76,3% (Tabelas 9 e 11).

A GDS-1 teve uma sensibilidade de 52,6% (IC 95%= 36,0 – 68,7%) e uma especificidade de 95,1% (IC 95%= 90,5 – 97,6%). Seus valores preditivos positivo e negativo foram de 69% (IC 95%= 49,0 – 84,0%) e 90,6% (IC 95%= 85,3 – 94,2%). A razão de verossimilhança foi de 10,6 e a acurácia de 87,7% (Tabelas 10 e 11).

Por fim, a acurácia da GDS 30, 15, 4 e 1 itens, definida como a proporção de todos os resultados corretos, tanto os positivos quanto os negativos, foram de 82,8%, 84,2%, 76,3%, 86,9% respectivamente (Tabelas 7, 8, 9 e 10).

A sensibilidade e a especificidade das versões 30, 15 e 04 itens foram calculadas, considerando diferentes pontos de corte (Gráficos 1, 2 e 3).

Tabela 7 – Propriedades da GDS 30 para diagnóstico de episódio depressivo em idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003.

GDS 30	SCID		Total
	Positivo	Negativo	
Positivo	35	37	72
Negativo	3	145	148
Total	38	182	220

Sensibilidade = 92,1% (IC = 77,5 - 97,9)
 Especificidade = 79,7% (IC = 72,9 - 85,1)
 Valor preditivo positivo = 48,6% (IC = 36,8 – 60,6)
 Valor preditivo negativo = 98,0% (IC = 93,7 – 99,5)
 Acurácia = 81,8%
 Razão de verossimilhança = 4,5

Tabela 8 – Propriedades da GDS 15 para diagnóstico de episódio depressivo em idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003.

GDS 15	SCID		Total
	Positivo	Negativo	
Positivo	33	32	65
Negativo	5	150	155
Total	38	182	220

Sensibilidade = 86,8% (IC = 71,1 – 95,1)
 Especificidade = 82,4% (IC = 75,9 – 87,5)
 Valor preditivo positivo = 50,8% (IC = 38,2 – 63,3)
 Valor preditivo negativo = 96,8% (IC = 92,2 – 98,8)
 Acurácia = 83,1%
 Razão de verossimilhança = 4,9

Tabela 9 – Propriedades da GDS 4 para diagnóstico de episódio depressivo em idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003.

GDS 04 (0/1)	SCID		Total
	Positivo	Negativo	
Positivo	32	46	78
Negativo	6	136	142
Total	38	182	220

Sensibilidade = 84,2% (IC = 68,1-93,4)
 Especificidade = 74,7% (IC = 67,7 –80,7)
 Valor preditivo positivo = 41% (IC= 30,2-52,7)
 Valor preditivo negativo = 95,8% (IC=90,6-98,3)
 Acurácia = 76,30%
 Razão de verossimilhança= 3,9

Tabela 10 – Propriedades da GDS 01 para diagnóstico de episódio depressivo em idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003.

GDS 01	SCID		Total
	Positivo	Negativo	
Positivo	20	9	29
Negativo	18	173	191
Total	38	182	220

Sensibilidade = 52.6% (IC = 36,0 - 68,7)
 Especificidade = 95.1% (IC = 90,5 -97,6)
 Valor preditivo positivo = 69% (IC = 49,0 - 84,0)
 Valor preditivo negativo = 90.6% (IC = 85,3 - 94,2)
 Acurácia = 87,7%
 Razão de verossimilhança = 10,6

Tabela 11 – Propriedades diagnósticas da GDS 30, 15 e 01 itens em idosos atendidos em unidades primárias de saúde em Fortaleza no período de novembro de 2002 a novembro de 2003.

	Sensibilidade (IC 95%)	Especificidade (IC 95%)
GDS 30	92.1% (77.5 - 97.9)	79,7% (72,9 – 85,1)
GDS 15	86,8% (71,1 - 95,1)	82,4% (75,9 – 87,5)
GDS 04	84,2% (68,1 – 93,4)	74,7% (67,7 – 80,7)
GDS 01	52,6% (36,0 – 68,7)	95,1% (90,5 – 97,6)

Gráfico 1 – Sensibilidade e especificidade da Escala de Depressão Geriátrica versão 30 itens considerando os diferentes pontos de corte.

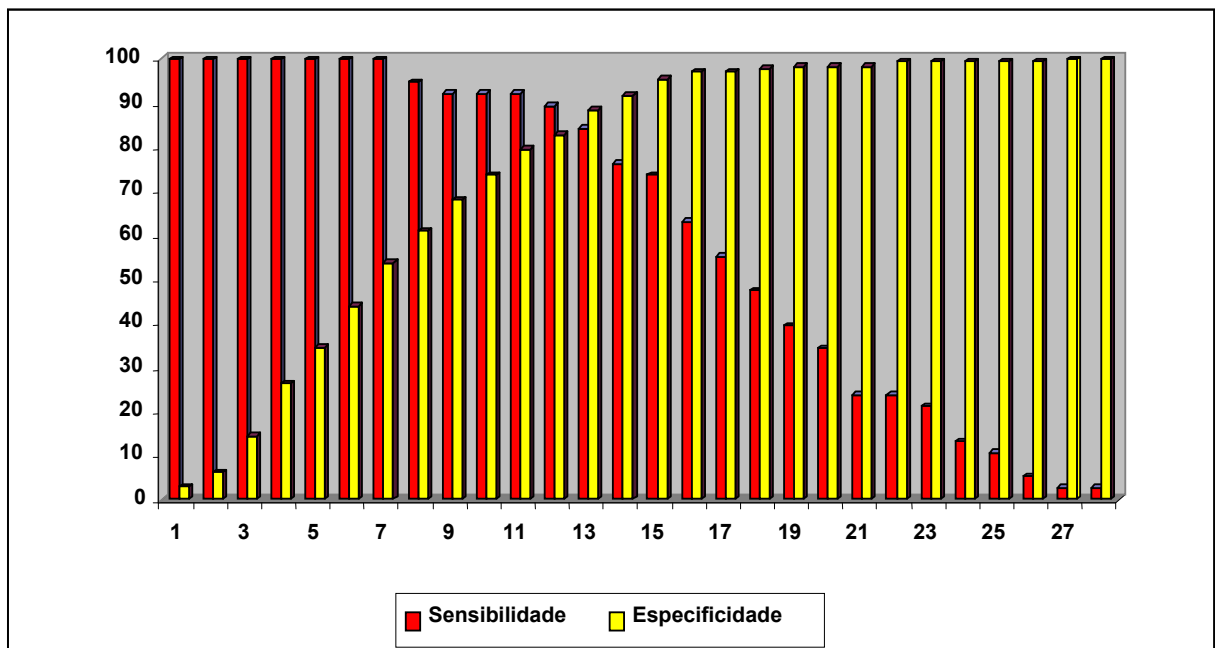


Gráfico 2 – Sensibilidade e especificidade da Escala de Depressão Geriátrica versão 15 itens considerando os diferentes pontos de corte.

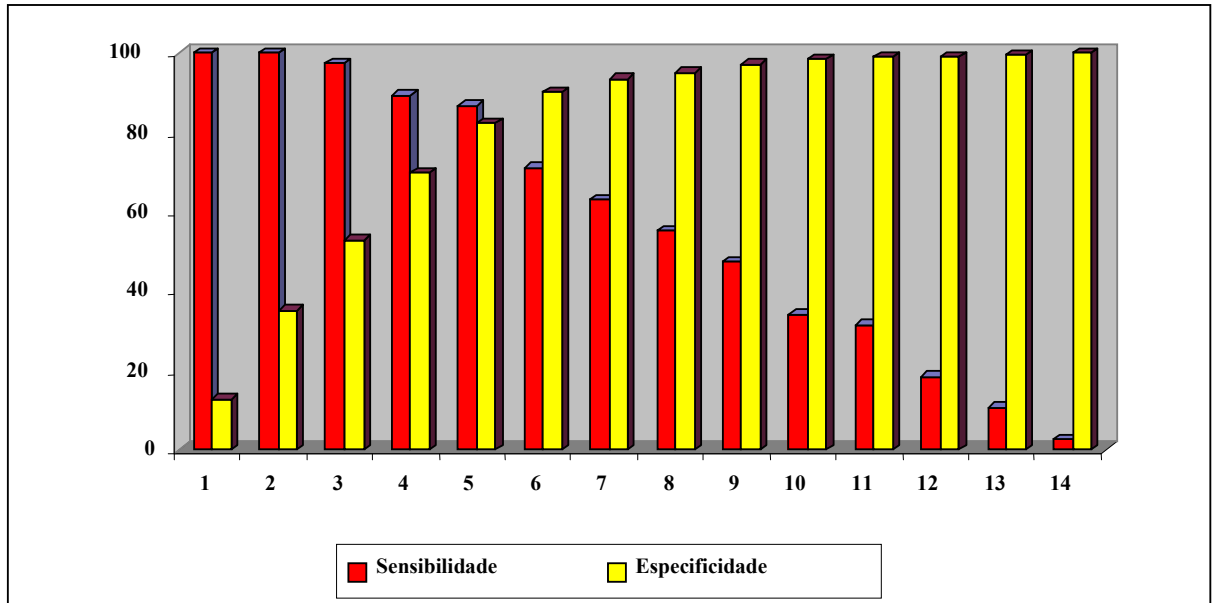
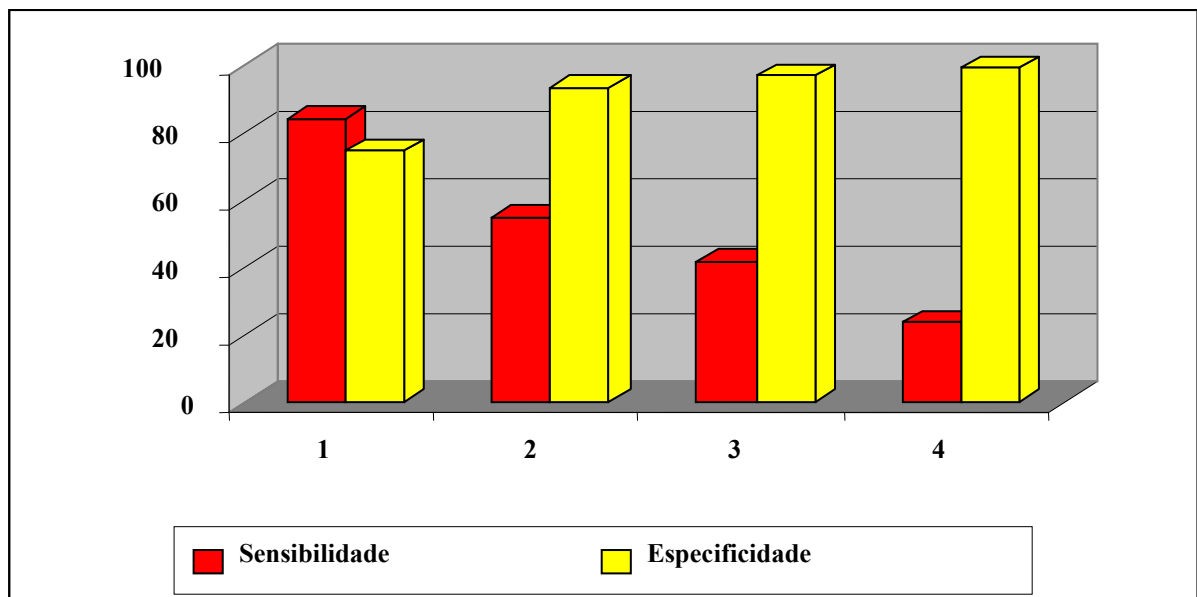


Gráfico 3 – Sensibilidade e especificidade da Escala de Depressão Geriátrica versão 04 itens considerando os diferentes pontos de corte.



4.5 Curva ROC

A curva ROC (*Receiver Operator Characteristic Curve*) identificou os melhores pontos de corte das versões da Escala de Depressão Geriátrica Nesse estudo, o valor referente ao melhor ponto de corte, da GDS-30 foi 10/11. Os melhores pontos de corte das versões reduzidas com 15 e 4 itens foram 4/5 e 0/1 (Gráficos 4, 5 e 6).

Gráfico 4 – Curva ROC da Escala de Depressão Geriátrica, com 30 itens (GDS-30), usando como padrão-ouro a Entrevista Estruturada para Transtornos do eixo-1 do DSM-IV (SCID-I).

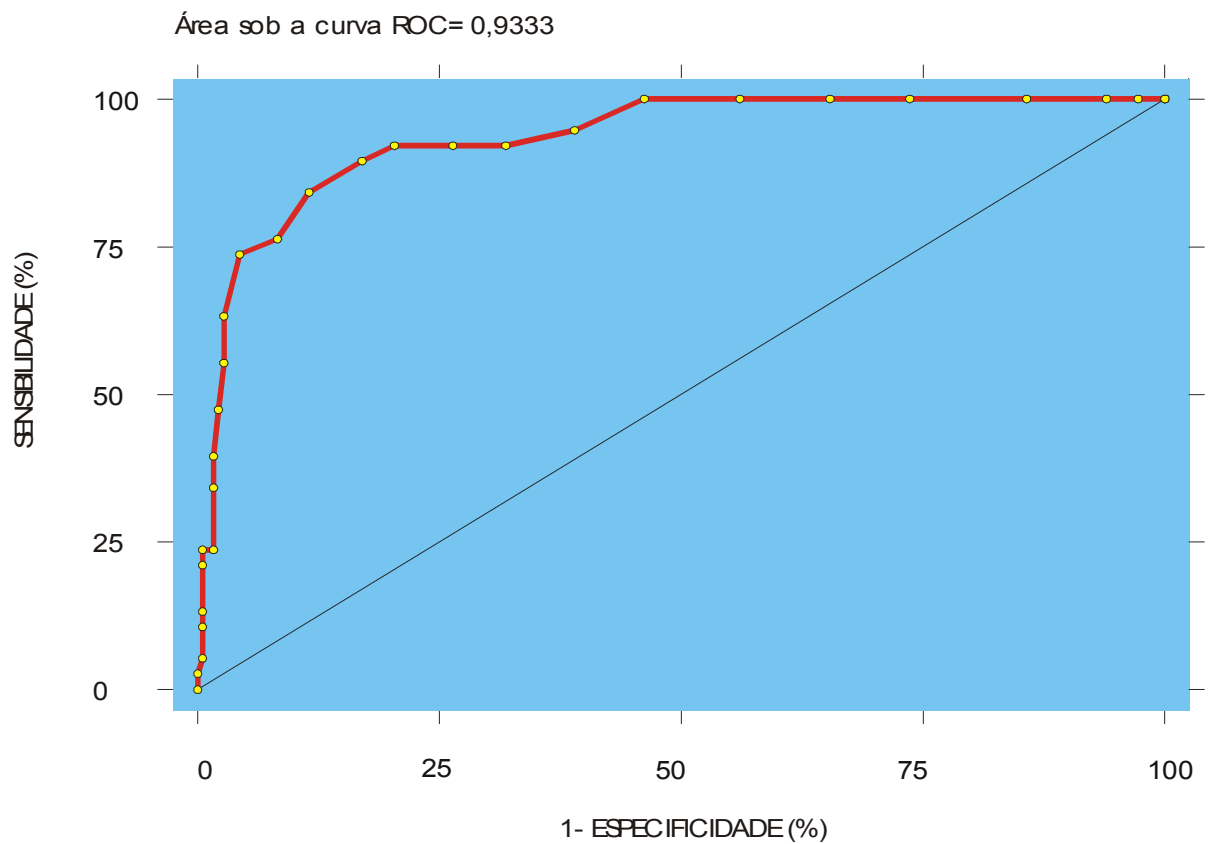


Gráfico 5 – Curva ROC da Escala de Depressão Geriátrica, com 15 itens (GDS-15), usando como padrão-ouro a Entrevista Estruturada para Transtornos do eixo-1 do DSM-IV (SCID-I).

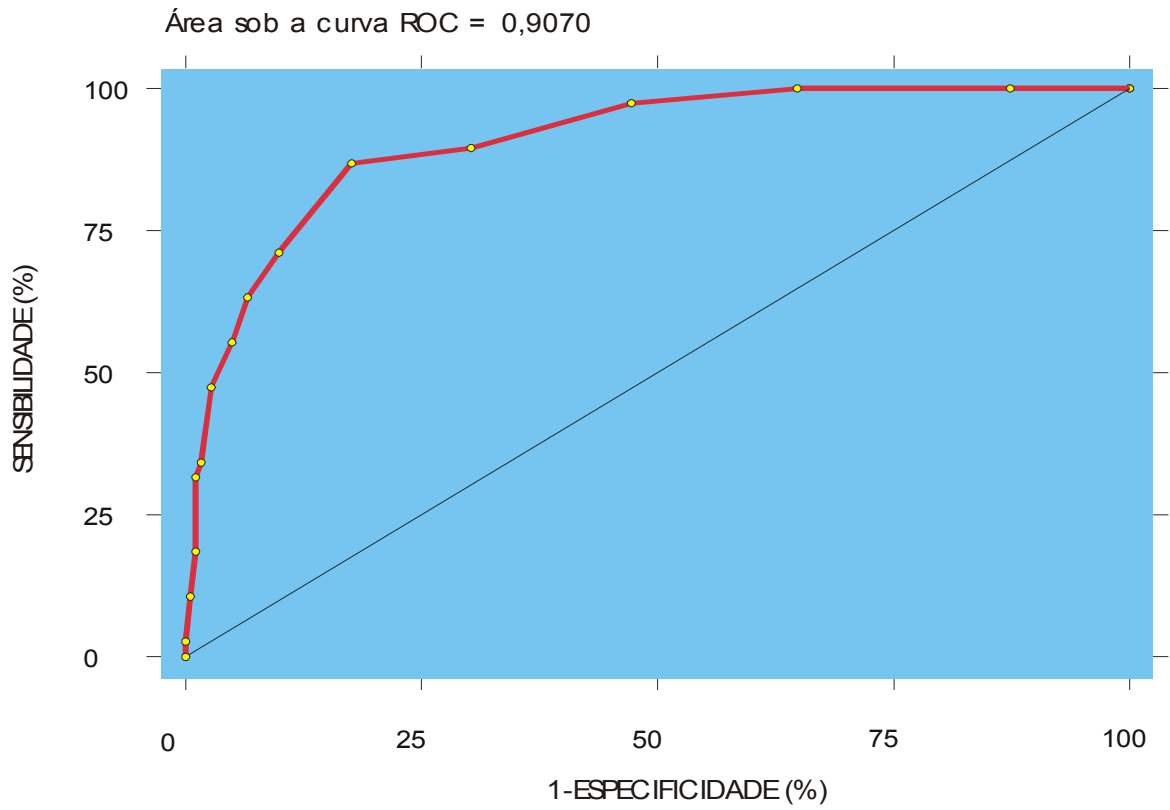
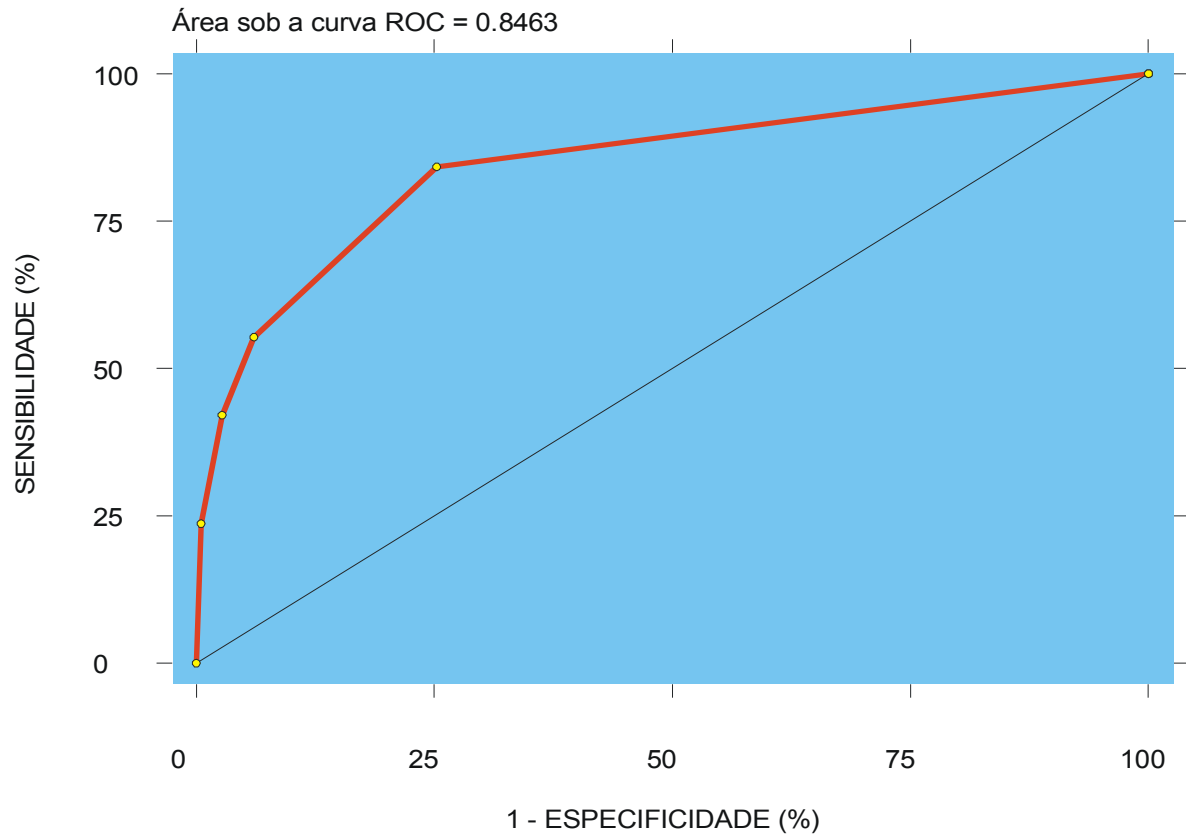


Gráfico 6 – Curva ROC da Escala de Depressão Geriátrica, com 4 itens (GDS-4), usando como padrão-ouro a Entrevista Estruturada para Transtornos do eixo-1 do DSM-IV (SCID-I).



DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

O perfil sócio-demográfico da população estudada aponta para a predominância de idosos mais jovens, do sexo feminino, que vivem sem cônjuge com boa capacidade funcional e com fonte própria de renda, e muitos ainda envolvidos em atividade profissional. Este perfil é consentâneo com o da maioria dos idosos do país. No Brasil, dos 14.536.029 idosos residentes, a grande maioria está na faixa etária de 60 a 69 anos, chegando a mais de 8.000.000, quase o dobro do número de meio-idosos. A população de idosos que tem entre 80 e 100 anos é de 1.832.105; a dos centenários é de apenas 24.576 (IBGE, 2000). Neste estudo, o perfil encontrado dos idosos foi em parte determinado pela exclusão de idosos com idade mais avançada, potencialmente mais dependentes e fragilizados.

O maior número de mulheres incluídas na amostra pode ser explicado pelo fato de que as mesmas reconhecidamente procuram mais os serviços de saúde do que os homens, e também porque a maioria das pessoas idosas pertencem ao sexo feminino. Grande parte dos atendidos, nos quatro postos de saúde, incluídos na pesquisa, moravam acompanhados e não eram sustentados pela família, sugerindo que a remuneração pecuniária advinda, em sua maioria, de aposentadoria ou pensão, é relevante para o orçamento familiar.

O baixo grau de escolaridade encontrado está também de acordo com a literatura que mostra que a maioria dos idosos brasileiros é composta por mulheres, viúvas, pobres e com menor qualificação educacional (VERAS; MURPHY, 1991; VERAS, 1994). A educação formal, no início do século XX, era mais disponível para uma elite social e para o sexo masculino.

Mais da metade dos idosos era solteira, divorciada ou viúva, portanto, não vivia com cônjuge. Desses, 35% eram viúvos, evidenciando que aproximadamente um terço dos idosos vivenciaram uma perda significativa, podendo esse ser um dos eventos mais impactantes de suas vidas. Bruce *et al.* (1990) chamaram atenção

para o risco de desenvolvimento de episódios depressivos em indivíduos com luto pela morte do cônjuge. Apenas 24 (10,9%) idosos moravam sozinhos, ou seja, grande parcela dos mesmos morava com familiares, caracterizando o arranjo familiar multigeracional típico de segmentos mais desfavorecidos sócio-economicamente (COELHO FILHO, 2000).

Quanto às doenças auto-referidas, as mais relatadas pelos idosos foram hipertensão, insônia, problema de esquecimento, reumatismo e tontura. A intrínseca ligação entre condições médicas gerais e sintomatologia somática e episódio depressivo maior e/ou transtorno distímico pode manifestar-se através da coexistência das duas condições ou da predisposição ou agravamento de uma delas pela outra. A questão é que o prognóstico na evolução desses casos piora consideravelmente. Deve ser feita a ressalva que o auto-relato dos idosos é uma percepção subjetiva, podendo ser influenciado pelo nível sociocultural e pela utilização anterior de serviços de saúde. De particular importância, foi o relato de insônia por grande parte dos idosos. A relação entre insônia e depressão é bidirecional. Estudos sugerem que indivíduos com insônia têm maior probabilidade de evolutivamente desenvolver depressão; por outro lado, muitos indivíduos com depressão tem a insônia como um dos principais sintomas (BUYSSE, 2004).

Quase todos os entrevistados eram funcionalmente capazes, ou seja, não dependiam de outros para cuidar de si ou realizar tarefas. A maior representação de idosos sem comprometimento funcional na amostra estudada é favorecida pelo fato de que idosos dependentes são menos prováveis de procurarem serviços de saúde. Tais idosos deveriam idealmente ser captados por processo de busca ativa, como, por exemplo, programas de visita domiciliar.

Nesse estudo a prevalência de episódio depressivo no idoso foi de 14%, a de episódio depressivo e/ou transtorno distímico de 17,27%. A prevalência de sintomas depressivos, segundo a GDS-30, foi de 32,7%, o que é similar à encontrada em outros estudos (VAN MARWIJK *et al.*, 1994). Dada essa alta prevalência em unidades primárias de saúde, e considerando que grande parte da população idosa é atendida nessas unidades, enfatizamos a necessidade de que essa condição seja prontamente identificada para que tratamento adequado seja instituído.

A identificação de depressão na população idosa, pode ser facilitada através do rastreamento dessa condição. Um grande número de escalas encontra-se disponível para o uso clínico ou para pesquisas. A escolha do instrumento deve basear-se na sua capacidade de detectar casos, de avaliar severidade dos sintomas e indicar recuperação; na facilidade da aplicação e no tempo gasto para aplicá-lo. Fatores culturais não devem interferir de forma significativa no desempenho da escala. No presente estudo, a escolha da GDS, para que fossem avaliadas suas propriedades diagnósticas em unidades primárias de saúde, contemplou esses fatores de eleição do instrumento para pesquisa. Stiles e McGarrahan (1998), em revisão, observaram que inúmeros estudos demonstraram que a GDS oferece medidas válidas e confiáveis para avaliação de transtornos depressivos.

Em nosso país, a GDS teve suas versões com 15, 4 e 1 itens validadas somente em serviço de saúde mental de um hospital terciário, o que pode limitar a generalização dos resultados para unidades de atenção primária. Almeida e Almeida (1999) concluíram que essas três versões são bons instrumentos para rastrear depressão maior. Participaram desse estudo, 64 pacientes com 60 anos e mais, atendidos na unidade de saúde mental da Santa Casa de São Paulo. Os padrões-ouro utilizados foram os critérios do CID-10 e do DSM-IV.

Nessa pesquisa, GDS, em sua versão de 30 itens, revelou-se como um excelente instrumento para rastreamento de depressão entre idosos na atenção primária de saúde, considerando sua alta sensibilidade (92,1%) quando utilizado o ponto de corte estabelecido no trabalho de Yesavage *et al.* (1993). O valor preditivo negativo de 98% é compatível com a combinação de um teste altamente sensível e uma baixa prevalência quando comparada à encontrada em serviços de saúde mental especializados.

A GDS-15 também mostrou-se adequada como teste de rastreamento (“screening”), com sensibilidade e especificidade iguais a 86,8% e 82,4%. A GDS 4 também demonstrou ser um bom teste para rastreamento com sensibilidade de 84,2% e especificidade de 74,7%. A grande vantagem dessas versões é o pouco tempo gasto na aplicação do teste, o que deve ser levado em consideração já que em unidades primárias de saúde outras tantas condições clínicas precisam ser

avaliadas. As versões da GDS podem ser aplicadas tanto pelo clínico geral como por outros profissionais da equipe de saúde do centro, já que não é necessário conhecimento de psicopatologia para tanto. No presente estudo, foram aplicadas por uma estudante do quarto ano do curso de medicina. A versão original já requer pouco tempo para aplicação e as reduzidas exigem menos tempo ainda. Essas são grandes vantagens da GDS, pois a facilidade, o pouco tempo dispendido e a falta de exigência quanto à qualificação do profissional que irá aplicá-la, favorecem seu uso em unidades de atenção primária, ampliando a possibilidade de identificação de uma doença tão incapacitante e potencialmente tratável.

A identificação do melhor ponto de corte da GDS, para nossa realidade, como instrumento de rastreamento levou, obviamente, em consideração a maximização da sensibilidade dado que estamos lidando com doença de alta morbidade e com teste que não envolve tanto custo e não é arriscado. Um ponto de corte com alta sensibilidade é importante no caso de depressão no idoso, já que a doença é altamente prevalente nessa faixa etária. Os melhores pontos de corte encontrados em nosso estudo foram 10/11 (caso/não caso), 4/5 e 0/1 para GDS-30, 15 e 4 respectivamente. Esses pontos de corte foram, em geral, similares aos relatados na literatura.

Podemos estabelecer algumas relações com estudos já realizados, em centros de saúde, de outros países apesar das diferenças metodológicas existentes entre os trabalhos. O estudo de Lyness *et al.* (1997) foi o único, dentre os citados, a aplicar a SCID como padrão-ouro e a usar a curva ROC para determinar o ponto de corte ideal da escala para rastrear episódios depressivo maior e menor. No entanto, uma porcentagem considerável da amostra estudada não completou a SCID e, portanto, foi excluída da pesquisa. Nesse mesmo estudo, os pesquisadores compararam as propriedades da GDS e da CES-D e mostraram que os dois instrumentos são bons para rastrear transtorno depressivo. Acrescentaram, ainda, que a GDS pode ser o melhor dentre os dois.

Fernández-San Martín *et al.* (2002) utilizaram como padrão-ouro a Escala Geriátrica do Estado Mental (GMS) para classificar ausência de depressão ou casos de depressão psicótica ou neurótica. Concluíram que a Escala de Depressão Geriátrica é válida como teste de rastreamento em unidade de atenção primária.

Tabela 12 – Propriedades da Escala de Depressão Geriátrica em unidades primárias de saúde.

PROPRIEDADES DA GDS	SENSIBILIDADE	ESPECIFICIDADE
EUA, Rochester, 1997 (GDS 30 – 9/10) ¹	100%	84,0%
EUA, Rochester, 1997 (GDS 15 – 4/5) ¹	92,0%	81,0%
Espanha, Madrid, 2002 (GDS 30 – 9/10) ²	86,7%	63,1%
Inglaterra, Londres, 1994 (GDS 15 – 4/5) ³	91,0%	72,0%
Inglaterra, Londres, 1994 (GDS 04 – 0/1) ³	93,0%	63,0%
Inglaterra, Londres, 1994 (GDS 01) ³	59,0%	75,0%
Brasil, Fortaleza, 2002-2003 (GDS 30 – 10/11)	92,1%	79,7%
Brasil, Fortaleza, 2002-2003 (GDS 15 – 4/5)	86,8%	82,4%
Brasil, Fortaleza, 2002-2003 (GDS 04 – 0/1)	84,2%	74,7%
Brasil, Fortaleza, 2002-2003 (GDS 01)	52,6%	95,1%

Fonte: ¹(LINESS *et al.*, 1997); ²(FERNÁNDEZ-SAN *et al.*, 2002); ³(D'ATH *et al.*, 1994);

D'Ath *et al.* (1994) estudaram o desempenho da GDS-15, 10, 4 e 1 quando comparadas à GMS. Demonstraram que a GDS-15 tem uma ótima sensibilidade, alto valor preditivo negativo (95%) e uma especificidade razoável em amostra de unidade primária de saúde. Nesse estudo, os entrevistadores que aplicavam a GMS não eram mascarados quanto aos escores da GDS. É interessante ressaltar que os pesquisadores avaliaram a aceitabilidade da escala e constataram que 87,6% tiveram boa aceitação e apenas 3,6% consideraram o questionário muito difícil ou cansativo.

Esse estudo usou a SCID como padrão-ouro, entrevista estruturada já bem validada, e utilizou a curva ROC para mensurar a acurácia total da GDS, através da área sob a curva e para mostrar os melhores pontos de corte da escala para rastrear episódio depressivo maior e/ou transtorno distímico. As áreas sob as curvas da GDS-30, 15 e 4 aproximaram-se do valor ideal, ou seja, igual a um, o que corresponderia a uma sensibilidade e uma especificidade de 100%.

A GDS-1 foi a única versão que, de fato, não teve uma boa sensibilidade. No entanto, demonstrou ter alta especificidade e o melhor valor preditivo positivo de todas as versões. Chamamos atenção desse achado porque se a resposta à pergunta *de maneira geral, o senhor está satisfeito com a vida?* for negativa, faz-se necessária uma avaliação clínica cuidadosa porque a probabilidade de que esse idoso tenha episódio depressivo maior e/ou transtorno distímico é grande. Como essa pergunta está incluída em todas as versões, é importante que, ao final da aplicação do instrumento, observe-se isoladamente o resultado da mesma.

No presente trabalho, foram calculadas também as razões de verossimilhança de cada uma das versões estudadas. Esses resultados podem contribuir para que sejam estimados os valores preditivos da GDS em outros serviços de saúde, desde que se conheça a prevalência de episódio depressivo maior e/ou transtorno distímico na população específica. Como se sabe, os valores preditivos dependem diretamente da prevalência da condição de interesse, no presente caso, depressão, entre os pacientes atendidos.

Foi constatado que apesar da alta prevalência de episódio depressivo e/ou transtorno distímico encontrada, e de serem essas condições potencialmente tratáveis, um número significativo de idosos que tiveram diagnóstico firmado pela SCID fazia uso de benzodiazepínicos em detrimento de tratamento com antidepressivos. Esse achado pode sugerir o subdiagnóstico dessas doenças e o manejo inadequado das mesmas. Vale ressaltar que o uso inadequado de benzodiazepínicos pode estar associado ao risco de queda em idosos, piora do quadro cognitivo e depressivo (MEYER; REIDENBERG, 1992). Esse achado reforça ainda mais a necessidade de identificação dos quadros de depressão. A partir daí, chamamos atenção para discussão de seu tratamento adequado nas unidades de atenção primária de saúde.

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

- Episódio depressivo e transtorno distímico são altamente prevalentes em unidades de atenção primária de saúde. A estimativa da prevalência de episódio depressivo maior no estudo (14%) encontra-se na faixa dos valores encontrados na literatura, o que reforça a necessidade do clínico geral estar habilitado para lidar com esse problema.

- A GDS em sua versão 30 itens, mostrou ser um excelente instrumento de rastreamento de episódio depressivo maior e/ou transtorno distímico, entre idosos, em centros de saúde, devido sua alta sensibilidade – 92,5% e alto valor preditivo negativo – 98%.

- As versões da GDS com 15 e 4 itens também demonstraram ser bons testes de rastreamento em serviço primário de saúde com as vantagens de aplicação simples e rápida, podendo ser agilmente utilizadas. A GDS-1 não se revelou como um bom teste para rastrear episódio depressivo maior e transtorno distímico devido sua baixa sensibilidade. Porém, dado ao seu alto valor preditivo positivo, mostra-se útil para apontar que uma vez o teste dando positivo se faz necessária uma avaliação clínica precisa pela alta probabilidade de episódio depressivo maior e/ou transtorno distímico.

- Os melhores pontos de corte encontrados, em nosso estudo, foram, em geral, similares aos originalmente relatados na literatura.

- Identificou-se nesse estudo que 13 (34,2%) idosos apresentavam episódio depressivo e/ou transtorno distímico e estavam em uso de ansiolíticos. É possível que o uso significativo de benzodiazepínicos esteja relacionado a um manejo inadequado dessas condições.

- Apenas 2 (5,26%) idosos com episódio depressivo maior e/ou transtorno distímico, estava em uso de antidepressivo, devendo-se isto principalmente à falta de diagnóstico, sendo de fundamental importância instrumentos rastreadores de depressão para esse nível de atendimento.

RECOMENDAÇÕES

8 RECOMENDAÇÕES

- A utilização da GDS, por ter sido escala amplamente validada para uso em serviços especializados e neste estudo em nível primário de saúde, deveria ser parte da rotina de atendimento de pacientes idosos, inclusive na pré-consulta realizada por profissionais não médicos, dada sua facilidade e tempo de aplicação e não exigência de conhecimento em psicopatologia.
- O contexto privilegiado para aplicação dessa escala , em nosso país, seria o do Programa de Saúde da Família (PSF), onde a maioria de pessoas idosas com depressão deveria ser primariamente atendida.
- As versões reduzidas da GDS, considerando seu bom desempenho, deveriam ser as preferencialmente utilizadas.
- Ao aplicar a escala, particular atenção deve ser dada à pergunta *de maneira geral, o senhor está satisfeito com a vida?* que uma vez respondida negativamente apresenta alto valor preditivo positivo para depressão. Nesses casos particulares, a necessidade de avaliação é ainda maior pela alta probabilidade de acometimento por essa entidade.
- Casos rastreados como provável depressão, pela GDS, deveriam ser submetidos a avaliação mais detalhada, preferencialmente por médicos generalistas, o que implica no treinamento mais efetivo desses profissionais no diagnóstico e manejo desses pacientes.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ADDONIZIO, G.; ALEXOPOULOS, G. S. Affective disorders in the elderly. **Int. J. Geriatr. Psychiatr.**, v. 8, s. 1, p. 41-47, 1992.

AGUIAR, W. M.; DUNNINGHAM, W. Depressão geriátrica: aspectos clínicos e terapêuticos. **Arq. Bras. Med.**, v. 67, supl., p. 291-310, 1993.

ALLEN, A.; BLAZER, D. G. Mood disorders. *In*: SADAVOY, J.; LAAZARUS, L. W.; JARVIK, L. F. **Comprehensive review of geriatric**. Washington: American Psychiatry Press, 1991.

ALMEIDA FILHO, N.; SANTANA, V. S.; PINHO, A.R. Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população de idosos da área urbana de Salvador-BA. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 33, n. 2, p. 114-120, 1984.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **Int. J. Geriatr. Psychiatr.**, v. 14, p. 858-865, 1999.

ALMEIDA, O. P.; LAFER, B.; MIGUEL FILHO, E. C. Depressão no idoso: uma revisão. **Rev. Paul. Med.**, v. 108, n. 2, p. 88-94, 1990.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3rd ed. Washington, 1980.

BALDWIN, R. C.; JOLLEY, D. J. The prognosis of depression in old age. **Br. J. Psychiatry**, v. 149, p. 574-583, 1986.

BARRET, J. E.; BARRET, J. A.; OXMAN, T. E.; GERBER, P. D. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 45, p. 1100-1106, 1988.

BARSKEY, A. Amplification, somatization, and the somatoform disorders. **Psychosomatics**, v. 33, p. 28-34, 1992.

BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An Inventory for Measuring Depression. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 4, p. 561-571, 1961.

BEM-ARIE, O.; WELMAN, M.; TEGGIN, F. The depressed elderly living in the community. **Br. J. Psychiatry**, v. 157, p. 425-427, 1990.

BERTO, P.; D'LLARIO, D.; RUFFO, P.; DI VIRGILIO, R.; RIZZO, F. Depression: cost-of-illness studies in the international literature, a review. **J. Ment. Health. Policy. Econ.**, v. 3, n. 1, p. 3-10, 2000.

BERQUO, E.S.; MOTTA LEITE, V. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. **Ciência e cultura**, São Paulo, 40(7): 679-688, 1988.

BLAZER, D. G. Depression in the elderly. **N. Engl. J. Med.**, v. 320, n. 3, p. 164-166, 1989.

BLAZER, D. G. Epidemiology of late-life depression. *In*: SCHNEIDER, L. S.; REYNOLDS, C. F.; LEBOWITZ, B. D.; FRIEDHOLF, A. J. (Ed.). **Diagnosis and treatment of depression in late life**: results of NIH Consensus Development Conference. Washington: American Psychiatric Press, 1994a. p. 9-19.

BLAZER, D. G.; BACHAR, J. R.; MANTON, K. G. Suicide in late-life; review and commentary **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 34, p. 519-525, 1986.

BLAZER, D. G.; BURCHETT, B.; SERVICE, C.; GEORGE, L. K. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. **J. Gerontol.**, v. 46, p. 210-215, 1991.

BLAZER, D. G.; HUGHES, D.; GEORGE, L. K. The epidemiology of depression in an elderly community population. **Gerontologist**, v. 27, p. 281-287, 1987.

BORSON, S.; BARNES, R. A.; KUKULL, W. A.; OKIMOTO, J. T.; VEITH, R. C.; INUI, T. S.; CARTER, W.; RASKIND, M. A. Symptomatic depression in elderly medical outpatients. Prevalence, demography, and health care utilization. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 34, p. 341-347, 1986.

BRINK, T. L.; YESAVAGE, J. A.; LUM, O.; HEERSEMA, P.; ADEY, M. *et al.* Screening tests for geriatric depression. **Clin. Gerontologist**, v. 1, p. 37-44, 1982.

BRODY, D. S.; THOMPSON, T. L.; LARSON, D. B.; FORD, D. E.; KATON, W. J.; MAGRUDER, K. M. (1995). Recognizing and managing depression in primary care. **Gen. Hosp. Psychiatry**, v. 17, p. 93-107, 1995.

BROWN, R. P.; SWEENEY, J.; LOUSCH, E.; KOCSIS, J.; FRANCES, A. A. Involuntal melancholia revisited. **Am. J. Psychiatry**, v. 141, p. 24-28, 1984.

BRUCE, M. L.; KIM, K.; LEAF, P. J.; JACOBS, S. Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. **Am. J. Psychiatry**, v. 147, p. 608-611, 1990.

BUSSE, E. W.; BLAZER, D. G. **Psiquiatria geriátrica**. 2nd ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

BUYSSE, D. J. Insomnia, depression, and aging: assessing sleep and mood interactions in older adults. **Geriatrics**, v. 59, n. 2, p. 47-51, 2004.

CALLAHAN, C. M.; HUI, S. L.; NIENABER, N. A.; MUSIK, B. S.; JIERNEY, W. M. Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 42, p. 833-838, 1994.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. Demographic and socioeconomic implications of the rapid fertility decline in Brazil: A window of opportunity. *In*: NARTINE, G.; GUPTA, M.; CHEN, I. (Ed.) **Reproductive change in India and Brazil**. Oxford: Oxford University, 1999. p. 208-239.

CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL - CEDEPLAR. **Projeção populacional das unidades da federação, Brasil, por sexo e grupos quinquenais de idades, 1990-2020**. Belo Horizonte, 1999. Mimeografado.

CHAN, A. C. Clinical validation of geriatric depression Scale (GDS) : chinese version **J. Aging Health** , v. 8 , n. 2 , p. 238-253, 1996.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 445-453, 1999.

COLE, M. G. The prognosis of depression in the elderly. **Can. Med. Assoc.**, v. 143, n. 7, p. 633-639, 1990.

CONWELL, Y.; BRENT, D. Suicide and aging I: patterns of psychiatric diagnosis. **Int. Psychogeriatr.**, v. 7, p. 149-164, 1995.

CUNHA, U. G. V.; COSTA, I. L. Depressão maior em idosos hospitalizados em enfermarias gerais. **Arq. Bras. Med.**, v. 64, n. 4, p. 239-242, 1990.

D'ATH, P.; KATONA, P.; MULLAN, E.; EVANS, S.; KATONA, C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. **Fam. Pract.**, v. 11, n. 3, p. 260-266, 1994.

DEAN, A.G.; DEAN, J.Á.; BURTON, A.H.; DICKER, R.C. **Epi Info, Version 6.01. a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers**. Atlanta: Centers for Disease Control, 1994.

DUNNER, D. L. Affective disorder: clinical features. *In*: MICHELS, R.; CAVENAR, J.O. **Psychiatry**. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1985. v.1, p. 59-60.

EVANS, S.; KATONA, C. Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. **Dementia**, v. 4, p. 327-333, 1993.

FERNÁNDEZ-SAN MARTIN, M. I.; ANDRADE, C.; MOLINA, J.; MUNÓZ, P. E.; CARRETERO, B.; RODRÍGUEZ, M.; SILVA, A. Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v. 17, n. 3, p. 279-287, 2002.

FIRST, M. B.; ROBERT L.; SPITZER, R. L.; GIBBON, M.; WILLIAMS, J. B. W. **Entrevista clínica estruturada para transtornos do eixo I do DSM-IV**: versão clínica. Tradução por: Cristina Marta Del Bem, Antônio Waldo Zuardi, José Antônio Alves Vilela, José Alexandre de Souza Crippa. São Paulo: USP, 1992.

FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FORLENZA, O. V. Etiopatogenia da depressão no idoso. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 21, n. 3, p. 87-94, 1994.

FRENK, J.; FREJKA, T.; BOBADILLA, T. L.; STERN, C.; LOZANO, R.; SEPÚLVEDA, J.; JOSÉ, M. La transición epidemiológica em America Latina. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v. 111, p. 485-496, 1991.

GERBER, P. D.; BARRET, J.; MANHEIMER, E.; WHITING, R.; SMITH, R. Recognition of depression by internists in primary care: a comparison of internist and "gold standart" psychiatric assessments. **J. Gen. Intern. Med.**, v. 4, p. 7-13, 1989.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. (Ed.). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

GURLAND, B. J.; KATZ, S. The subjective burden of depression. **Am. J. Geriatr. Psychiatr. Soc.**, v. 5, n. 3, p. 188-191, 1997.

HAMILTON, M. A rating scale for depression **J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.**, v. 23, p. 56-62, 1960.

HARPER, R.G.; KOTIK-HARPER, D.; KIRBY, H. Psychometric assessment of depression in an elderly general medical population: over or underassessment? **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 178, n. 2, p. 113-119, 1990.

IBGE. **Informações estatísticas e geocientíficas 1980/2000**. 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.net/home/estatistica/populacao/tendencia-demografic,tabela12.shtml>>. Acesso em: 20 maio 2003.

IBGE. **Informações estatísticas e geocientíficas**. 2001. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/default.shtm>>. Acesso em: 20 maio 2003.

JARVICK, L. S. Aging and depression: some unanswered questions. **J. Gerontol.**, v. 31, p. 324-326, 1976.

JENKINS, D.; MACDONALD, A. Should general practitioners refer more of their elderly patients to psychiatric services ? **Int. J. Geriatr. Psychiatr.**, v. 9, p. 461-465, 1994.

KATON, W. Depression: relationship to somatization and chronic medical illness. **J. Clin. Psychiatry**, v. 45, n. 3, sec. 2, p. 4-11, 1984.

KATON, W.; BERG, A.; ROBINS, A. J.; RISSE, S. Depression: medical utilization and somatization. **West. J. Med.**, v. 144, p. 564-568, 1986.

KATON, W.; KLEINMAN, A.; ROSEN, G. Depression and somatization: a review. **Am. J. Med.**, v. 72, p. 127-135, 1982.

KATONA, C. L. E. Clinical features in depression and bereavment in old age. **Curr. Opin. Psychiatry**, v. 3, n. 4, p. 512-515, 1990.

KIRBY, M.; BRUCE, I.; A. RADIC.; COAKLEY, D.; LAWLOR, B. A. Mental disorders among the community – dwelling elderly in Dublin. **Br. J. Psychiatry**, v. 171, p. 369-372, 1997.

KLERMAN, G. L. Problems in the definition and diagnosis of depression in the elderly. *In*: BRESLAU, L. D.; HAUG, M. R. (Ed.). **Depression and aging**: causes, care and consequences. New York: Springer, 1983, p. 3-29.

KOENIG, H. G.; MEADOR, K. G.; COHEN, H. J.; BLAZER, D. G. Self-rated depression scales and screening for major depression in the older hospitalized patient with medical illness. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 36, p. 699-706, 1988.

KOENIG, H.G.; SHELP, F.; GOLI, V.; COHEN, H.J.; BLAZER, D.G. Survival and healthcare utilization in elderly medical inpatients with major depression. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 37, p. 599, 1989.

LESHER, E. L.; BERRYHILL, J. S. Validation of the geriatric depression Scale – Short form among inpatients. **J. Clin. Psychol.** , v. 50, n. 2, p. 256-260, 1994.

LINDESAY, J.; BRIGGS, K.; MURPHY, E. The Guy's / Age Conorn Survey. Prevalence rates of cognitive impairment depression and anxiety in na urban elderly community **Br. J. Psychiatry**, v. 155, p. 317-329, 1989.

LYNERS, J. M.; NOEL, T. K.; COX, C.; KING, D. A.; CONWELL, Y.; CAINE, E. D. Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the center for Epidemiologic Studies – Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. **Arch. Intern. Med.**, v. 157, n.4, p. 449-454, 1997.

MAGNI, G.; SCHIFANO, F.; DE LEO, D.; DOMINICIS, M. G. Depression in elderly inpatients. **Ann. Clin. Res.**, v. 18, p. 216, 1986.

MARINHO, V. M.; LACKS, J. A depressão de início tardio é preditor de demência? **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 47, n. 11, p. 575-582, 1998.

MEYER, R.; REIDENBERG, M.M. Clinical pharmacology and ageing. *In*: GRIMLEY EVANS, J.G.; WILLIAMS, T.F. (Ed.). **Oxford textbook of geriatric medicine**. Oxford: Oxford University Press, 1992.

MCDOWELL, I.; NEWELL, C. **Measuring health**: a guide to rating scales and questionnaires. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1996.

MCGIONEY, S. A.; MULVIHILL, M.; TAYLOR, B. Validating the GDS depression screen in the nursing home. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 42, n. 5, p. 490-492, 1994.

MONTGOMERY, S. A.; ÅSBERG, M. A. A new Depression Rating Scale Designed to be Sensitive to Change. **Br. J. Psychiatry**, v. 134, p. 382-389, 1979.

MONTORIO, I.; IZAL, M. The geriatric depression scale: a review of its development and utility. **Int. Psychogeriatr.**, v. 8, n. 1, p. 103-112, 1996.

MOREIRA, M. M. O envelhecimento da população brasileira em nível regional. 1940-2050. *In*: XI ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., 1998, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1998. p. 3030-3124,

MULROW, C. D.; WILLIAMS JR., J. W.; GERETY, M. B.; RAMIREZ, G.; MONTIEL, O. M.; KERBER, C. Case-findings instruments for depression in primary care settings. **Ann. Intern. Med.**, v. 122, p. 913-921, 1995.

MURPHY, E. Social origins of depression in old age. **Br. J. Psychiatry**, v. 41, p. 135- 142, 1982.

MYERS, J. K.; WEISSMAN, M. M.; TISCHLER, G. L.; HOLZER, C. E.; LEAF, P. J.; OWASCHEL, H.; ANTHONY, I. C.; BOYD, J. H.; BURKE, J. D.; KRAMER, M. Six-month prevalence of psychiatry disorders in three communities: 1980 – 1982. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 4, s. 1, p. 959-967, 1984.

NEWMANN, J. P.; ENGEL, R. J.; JENSEN, J. E. Age differences in depressive symptom experiences. **J. Gerontol.**, v. 46, p. 224-235, 1991b.

NEWMANN, J. P.; ENGEL, R. J.; JENSEN, J. E. Changes in depressive – symptom among older women. **Psychol. Aging**, v. 6, p. 212-222, 1991a.

NEWMANN, J. P.; ENGEL, R. J.; JENSEN, J. E. Depressive symptom patterns among older women. **Psychol. Aging**, v. 5, p. 101-118, 1990.

NIH. Consensus conference. Diagnosis and treatment of depression in late life. **JAMA**, v. 268, n. 8, p. 1018-1024, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OXMAN, T. E.; BARRET, F. E.; BARRET, J.; GERBER, P. D. Symptomatology of late-life minor depression among primary care patients. **Psychosomatics**, v. 31, p. 174-180, 1990.

PALSSON, S.; SKOOG, I. The epidemiology of affective disorders in the elderly: a review. **Int. Clin. Psychopharmacol.**, v. 12, suppl. 7, p. 503-513, 1997.

RADLOFF, L. S. The CES – D scale: a self-report depression scale for research in the general population. **Appl. Psychol. Meas.**, v. 1, p. 385-401, 1977.

RAMOS, L.R.; ROSA, T.E.C.; OLIVEIRA, Z.M.; MEDINA, M.C.G.; SANTOS, F.R. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v. 27, p. 87-94, 1993.

RIBEIRO, M. A. M.; PIETROBON, R. S.; ROCKEMBACH, R. A.; RATZKE, O.; COSTA, P. A. B. Prevalência da depressão em idosos institucionalizados em tempo integral. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v. 21, n. 1, p. 4-8, 1994.

RUEGG, R.G.; ZISSOOK, S.; SWERDLOW, N. R. Depression in the aged. An overview. **Psychiatr. Clin. North Am.**, v. 11, p. 83-99, 1988.

SACKEIM, H.A.; PROHOVNIK, I.; MOELLER, J.R.; BROWN, R.P. Regional cerebral blood flow in mood disorders. **Am. Gen. Psychiatry**, v. 47, p. 60-70, 1990.

SHAPIRO, S.; SKINNER, E. A.; KESSLER, L. G.; VON KORFF, M.; GERMAN, P. S.; TISCHLER, G. L.; LEAF, P. J.; BENHAM, L.; COTTLER, L.; REGIER, D. A. Utilization of health and mental health services: three epidemiologic catchment sites. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 41, p. 971-978, 1984.

SIMON, G. E.; GOLDBERG, D.; TIEMENS, B. G.; USTUN, T. B. Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. **Gen. Hosp. Psychiatry**, v. 21, p. 97-105, 1999.

SIMON, G. E.; VONKORFF, M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. **Arch. Fam. Med.**, v. 4, p. 99-105, 1995.

SNOWDON, J. Qual é a prevalência de depressão na terceira idade? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 24, supl. 1, p. 42-47, 2002.

SPITZER, R. L.; ENDECOTT, J.; ROBINS, E. **Research diagnostic criteria: instrument N 21**. New York: New York State Psychiatric Institute, 1975.

STATACORP. **Stata statistical software**: release 4.0. Texas: Stata Corporation, 1995.

STILES, P. G.; MCGARRAHAN, J. F. The Geriatric Depression Scale: a comprehensive review. **J. Clin. Geropsychol.**, v. 4, p. 89-110, 1998.

STOAB, J. P.; DALTO, C. J.; WEINRIEB, R. M.; GARITI, P.; RYNN, M.; EVANS, D. L. Detection and diagnosis of psychiatry disorders in primary medical care settings. **Med. Clin. North Am.**, v. 85, n. 3, p. 579-596, 2001.

STOPPE JR., A.; JACOB FILHO, W.; LOUZÃ NETO, M. R. Avaliação de depressão em idosos através da "Escala de Depressão em Geriatria": resultados preliminares. **Rev. ABP-APAL**, v. 16, p. 149-153, 1994.

TURRINA, C.; CARUSO, R.; ESTE, R.; LUCCHI, F. Affective disorders among elderly general practice patients: a two phase survey in Brescia, Italy. **Br. J. Psychiatry**, v. 165, p. 533-537, 1994.

UNITED KINGDOM NATIONAL STATISTICS. **Based population projections for the United Kingdom and constituent countries 2.000**. Disponível em: <<http://www.gad.gov.uk/population/2000/prinres.html>>. Acesso em: 7 abr. 2002.

VAN MARWIJK, H. W. J.; WALLACE, P.; DE BOCK, G. H.; HERNANS, J. O.; KPTEIN, A. A.; MULDER, J. D. Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 45, p. 195-199, 1995.

VAN MARWIJK, H.; HOEKSEMA, H. L.; HERMANS, J.; KAPTEIN, A. A.; MULDER, J. Prevalence of depressive symptoms and depressive disorder in primary care patients over 65 years of age. **Fam. Pract.**, v. 11, p. 80-84, 1994.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

VERAS, R. P.; MURPHY, E. The ageing of the third world: tackling the problems of community surveys. Part I: Brazil – a young country grows old. **Int. J. Geriatr. Psychiatr.**, v. 6, p. 619-627, 1991.

VERAS, R. P.; MURPHY, E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. **Int. J. Geriatr. Psychiatr.**, v. 9, p. 285-295, 1994.

WELLS, C. E. Pseudodementia. **Am. J. Psychiatry**, v. 136, p. 895-900, 1979.

WILLIS, R. H. Suicide risk in elderly persons: diagnosis and management. **Mt. Sinai J. Med.**, v. 54, p. 14-17, 1987.

YESAVAGE, J. A.; BRINK, T. L.; ROSE, T. L.; LUM, O.; HUANG, V. S.; ADEU, M.; LEIRER, V. O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J. Psychiatr. Res.**, v. 17, p. 37-39, 1983.

ZUNG, W. W. K. A self rating depression scale. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 12, p. 63-70, 1965.

APÊNDICE

Apêndice - Questionário

Universidade Federal do Ceará
Departamento de Medicina Clínica
Núcleo de Medicina Baseada em Evidências

Projeto: Avaliação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) em centros de atenção primária de Fortaleza, CE.

1. No. do questionário		Ques __ __ __
2. Entrevistado	<u>1.</u> Só o idoso <u>2.</u> Idoso e outro	Entrev
3. Centro de Saúde	<u>1.</u> C. Cals <u>2.</u> Meireles <u>3.</u> Guiomar	Centr __
4. Nome do entrevistado		Noment
5. Endereço		Ender
6. Telefone		Telef
7. Idade		Idade __ __
9. Estado Civil	<u>1.</u> Solteiro <u>2.</u> Casado <u>3.</u> Vive junto <u>4.</u> Viúvo <u>5.</u> Divorciado	Estcivil __
10. Mora só?	<u>1.</u> Sim <u>2.</u> Não	Mora __
11. Onde mora?	<u>1.</u> Casa <u>2.</u> Apartamento <u>3.</u> Casa de repouso <u>4.</u> Outros	Onde __

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA						
O Sr.(a) é capaz de...	1=sim; 2=não	Qual o grau de dificuldade? ¹	O Sr(a) recebe ajuda de outra pessoa para...? 1=Sim 2=Não			
A) Tomar banho sozinho	13. __	20. __	27. __	ban __	Difban __	Ajuban __
B) Vestir-se sozinho	14. __	21. __	28. __	ves __	Difves __	Ajuves __
C) Comer sozinho	15. __	22. __	29. __	com __	Difcom __	Ajucom __
D) Deitar, sentar ou levantar	16. __	23. __	30. __	dei __	Difdei __	Ajudei __
E) Caminhar	17. __	24. __	31. __	cam __	Difcam __	Ajucam __
F) Sair de casa sozinho	18. __	25. __	32. __	sai __	Difsai __	Ajusai __
G) Usar o banheiro ou sanitário	19. __	26. __	33. __	sani __	Difsani __	Ajusani __

obs¹: 0=Nenhuma 1=Pouca 2=Muita 3=Inabilitado

34. No de atividades que não faz sozinho: ____	Ativso __ __
35. No de atividades que precisa de ajuda: ____	Ativaju __ __

PATOLOGIAS (1=sim/2=não)			
57. Diabetes	diabe __	68. Doença de Parkinson	Park __
58. Pressão alta	hipert __	69. Úlcera gástrica ou duodenal	Ulcer __
59. Pressão baixa	hipot __	70. Problemas da próstata e/ou do trato urinário	Prost __
60. Catarata	catar __	71. Cirrose	Cirro __
61. Falta de controle da urina	incour __	72. Enfisema	Enfis __
62. Falta de controle das fezes	incofe __	73. Bronquite	Bronq __
63. Doenças malignas (CA, leucemia, tumor cerebral)	ca __	74. Doença do coração	Corac __
64. Reumatismo	reum __	75. Prisão de ventre	Priven __
65. Problema de esquecimento	esque __	76. Insônia	Inson __
66. Derrame ou trombose	tromb __	77. Obesidade	Obes __
67. Tontura	tont __	78. Problema da tireóide	Tireo __

MEDICAMENTOS UTILIZADOS			
Drogas psicotrópicas:			
79. Ansiolíticos		ansi __	
80. Antipsicóticos		antips __	
Antidepressivos:			
81. ADT	84. IRND	adt __	irnd __
82. ISRS	85. ANASE	isrs __	anase __
83. ISRN	86. ASIR	isrn __	asir __

ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 203/02

Fortaleza, 30 de agosto de 2002

Protocolo n° 170/02

Pesquisador responsável: Milena Sampaio Castelo

Dept°./Serviço: Departamento de Medicina Clínica/UFC

Título do Projeto: “Avaliação das propriedades diagnósticas da escala de depressão geriátrica em idosos atendidos em unidades de atenção primária de Fortaleza, Ceará”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n°196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução n° 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 29 de agosto de 2002.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta de Mirian Parente Monteiro.

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/HUWC/UFC

Anexo B – Escala de Depressão Geriátrica

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

	Sim	Não
1*. <i>De maneira geral, o senhor está satisfeito com a vida? (não)</i>		
2. <i>O senhor abandonou muitas das coisas que fazia ou gostava de fazer? (sim)</i>		
3*. <i>O senhor acha sua vida sem sentido atualmente? (sim)</i>		
4. <i>O senhor está geralmente aborrecido? (sim)</i>		
5. <i>O senhor se sente otimista em relação a sua vida futura? (não)</i>		
6. <i>O senhor está aborrecido com pensamentos que não consegue tirar da cabeça? (sim)</i>		
7. <i>O senhor está de bom humor a maior parte do tempo? (não)</i>		
8*. <i>O senhor se sente inseguro achando que alguma coisa de ruim vai lhe acontecer? (sim)</i>		
9*. <i>De maneira geral, o senhor costuma se sentir feliz? (não)</i>		
10. <i>O senhor costuma se sentir desamparado? (sim)</i>		
11. <i>O senhor se sente cansado e irritado muitas vezes? (sim)</i>		
12. <i>O senhor prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer alguma outra coisa? (sim)</i>		
13. <i>É comum que o senhor se preocupe com o futuro? (sim)</i>		
14. <i>O senhor tem mais dificuldades para lembrar das coisas do que a maioria das pessoas? (sim)</i>		
15. <i>O senhor acha que vale à pena estar vivo hoje? (não)</i>		
16. <i>O senhor costuma se sentir desanimado e triste com freqüência? (sim)</i>		
17. <i>O senhor costuma se sentir menos útil com a idade que tem hoje? (sim)</i>		
18. <i>O senhor pensa muito no passado? (sim)</i>		
19. <i>O senhor acha sua vida emocionante? (não)</i>		
20. <i>É difícil para o senhor começar a trabalhar em novos projetos? (sim)</i>		
21. <i>O senhor se sente bem disposto? (não)</i>		
22. <i>O senhor acha que sua situação não pode ser melhorada? (sim)</i>		
23. <i>O senhor acha que a maioria das pessoas está em melhores condições que o senhor? (sim)</i>		
24. <i>O senhor costuma ficar incomodado com coisas sem grande importância que acontecem? (sim)</i>		
25. <i>O senhor sente vontade de chorar com freqüência? (sim)</i>		
26. <i>O senhor tem dificuldade para se concentrar? (sim)</i>		
27. <i>O senhor gosta de se levantar cedo? (não)</i>		
28. <i>O senhor prefere evitar encontros com outras pessoas? (sim)</i>		
29. <i>O senhor acha fácil tomar decisões? (não)</i>		
30. <i>A sua memória funciona hoje tão bem quanto antes? (não)</i>		
Escore da GDS 30: 0 a 10 pontos – eutímicos (não deprimidos) 11 a 20 pontos – depressão leve 21 a 30 pontos – depressão moderada ou severa		
Escore da GDS 15: 0 a 4 pontos – eutímicos 5 a 10 pontos – depressão leve ou moderada 11 a 15 pontos – depressão grave ou severa		

Fonte: (RIBEIRO *et al.*, 1994).

* Questões da GDS 04

**ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA
PARA TRANSTORNOS DO EIXO I
DO DSM-IV**

Versão Clínica

SCID - I

Autores:

**Michael B. First
Robert L. Spitzer
Miriam Gibbon
Janet B. W. Williams**

Tradução e Adaptação para o português:

**Cristina Marta Del Ben
Antônio Waldo Zuardi
José Antônio Alves Vilela
José Alexandre de Souza Crippa**

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA O
DSM-IV

TRANSTORNOS DO EIXO I

SCID - I

VERSÃO CLÍNICA

Michael B. First, M.D.

Robert L. Spitzer, M.D.

Miriam Gibbon, M.S.W.

Janet B. W. Williams, D.S.W.

Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry
New York, New York

SCID - I

VERSÃO CLÍNICA

Tradução e Adaptação para o Português
realizada por:

Cristina Marta Del Ben

Antônio Waldo Zuardi

José Antônio Alves Vilela

José Alexandre de Souza Crippa

Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão
Preto

Universidade de São Paulo

Ribeirão Preto, São Paulo

SCID - I

Versão Clínica

Livro de Administração

(Traduzido e Adaptado para o Brasil)

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

Agora eu vou lhe fazer mais algumas perguntas sobre o seu humor.

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

NOTA: Critério B (isto é., não preenche critérios para um Episódio Misto) foi omitido da SCID.

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

A1

No mês passado...
...houve um período em que você se sentia deprimido ou triste a maior parte do dia, quase todos os dias? (Como era isso?)

SE SIM: Quanto tempo isso durou? (Pelo menos 2 semanas?)

(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito). **Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

? - +

A1

A2

...e quanto a perder o interesse ou o prazer em coisas das quais você geralmente gostava?

SE SIM: Isso era quase todos os dias? Quanto tempo durou? (Pelo menos 2 semanas?)

(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros)

? - +

A2

Se **nem A1 ou A2** for codificado como "+", durante o mês atual, avalie Episódio Depressivo Maior, perguntando as questões A1 e A2 novamente, procurando por episódios ao longo da vida, e começando com "Você já teve..."

SE PELO MENOS UM PERÍODO DEPRESSIVO PASSADO: Você já esteve mais do que uma vez assim? Qual desses períodos foi o pior?

Se **nem A1 ou A2** já foi codificado como "+", vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

PARA AS SEGUINTEs QUESTÕES,
FOCALIZE NO PIOR PERÍODO DE
2 SEMANAS:

Durante [PERÍODO DE 2 SEMANAS]...

- A3** ...você perdeu ou ganhou peso? (Quanto? Você estava tentando emagrecer?)
- SE NÃO:** Como estava o seu apetite? (E em comparação ao seu apetite habitual? Você teve que se forçar a comer? Comia (mais/menos) que o seu normal? Isso ocorria quase todos os dias?)
- A4** ...como estava o seu sono? (Dificuldade em pegar no sono, despertar freqüente, dificuldade em se manter dormindo, acordar cedo demais, OU dormir demais? Quantas horas por noite, comparado com o seu habitual? Isso ocorria quase todos os dias?)
- A5** ...você estava tão agitado ou impaciente que era incapaz de ficar quieto? (Era tão intenso que as pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)
- SE NÃO:** E quanto ao contrário - falar ou mover-se mais lentamente do que o seu normal? (Era tão intenso que as outras pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)
- A6** ...como estava a sua disposição? (Cansado o tempo todo? Quase todos os dias?)
- A7** ...como você se sentia sobre você mesmo? (Inútil? Quase todos os dias?)
- SE NÃO:** E quanto a se sentir culpado a respeito de coisas que você fez ou deixou de fazer? (Quase todos os dias?)
- (3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. **Nota:** Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados. ? - + **A3**
- (4) insônia ou hipersonia quase todos os dias ? - + **A4**
- (5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento) ? - + **A5**
- NOTA: CONSIDERAR TAMBÉM O COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA.**
- (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias ? - + **A6**
- (7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente) ? - + **A7**

NOTA: CODIFIQUE COMO “-” SE APENAS BAIXA AUTO-ESTIMA.

A8

...você teve dificuldades em pensar ou em se concentrar? (Com que tipo de coisas isso interferia? Quase todos os dias?)

SE NÃO: Era difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas?

(8) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros)

? - +

A8

A9

...as coisas estavam tão ruins que você pensava muito na morte, ou que seria melhor morrer? E quanto a pensar em se matar?

SE SIM: Você fez alguma coisa para se matar?

(9) Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio

? - +

A9

A10

PELO MENOS 5 DE A(1)-A(9) SÃO CODIFICADOS COMO “+” E PELO MENOS UM DESTES É O ITEM A(1) OU A(2).

? - +

A10

Se **A10** for codificado como “-” (isto é, menos que cinco são codificados como “+”) pergunte o seguinte se não souber:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e teve alguns destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A11

SE NÃO ESTIVER CLARO: A depressão atrapalhou o seu trabalho, os cuidados com a sua casa ou o seu relacionamento com as outras pessoas?

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

? - +

A11

Se **A11** for codificado como “-” (isto é, os sintomas não são clinicamente significativos) pergunte o seguinte, se ainda não souber:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso atrapalhou sua vida?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A12

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

Se houver alguma indicação de que a depressão possa ser secundária (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18 e retorne aqui para codificar como “-” ou “+”.

D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

? - +

A12

Condições médicas gerais etiologicamente relacionadas com depressão maior incluem doença neurológica degenerativa (por ex., mal de Parkinson), doença cérebro-vascular (por ex., AVC), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B₁₂), condições endócrinas (por ex., hiper e hipotireoidismo, hiper- e hipoadrenalismo), infecções virais ou outras (por ex., hepatite, mononucleose, HIV), e certos tipos de câncer (por ex., carcinoma de pâncreas)

Substâncias etiologicamente relacionadas com depressão maior incluem álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos. Medicamentos incluem anti-hipertensivos, contraceptivos orais, corticosteróides, esteróides anabólicos, agentes antineoplásicos, analgésicos, anticolinérgicos, medicações cardíacas.

Se **A12** for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é devido a substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era por causa de [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL / USO DE SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A13

SE NÃO SOUBER: Isso começou logo após alguém que lhe era próximo Ter morrido?

E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a morte de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

? - +

A13

Se **A13** for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é melhor explicado por Luto), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era devido à perda de um ente querido?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A14

SE NÃO SOUBER: Você teve (SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA) no último mês?

CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO “+”
(FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR)

? - +

A14

A15

Por quantas vezes diferentes você esteve [deprimido / PALAVRAS DO PACIENTE] quase todos os dias, por pelo menos duas semanas e teve vários dos sintomas que você descreveu, tais como [SINTOMAS DO PIOR EPISÓDIO]?

Número total de Episódios Depressivos Maiores, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou se desconhecido)

A15

EPISÓDIO MANÍACO

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO

NOTA: Critério C (isto é, não preenche critérios para um Episódio Misto) foi omitido da SCID.

A16

Já houve um período em que você estava se sentindo tão bem ou alegre, que as outras pessoas acharam que você não estava no seu normal, ou você estava tão alegre que teve problemas por isso? (Alguém disse que você estava acelerado? Era mais do que apenas se sentir bem?)

Como era isso?

SE NÃO: E Quanto a um período em que você estava tão irritado, que você gritava com as pessoas, ou começava brigas ou discussões? (Você se percebia gritando com pessoas as quais você nem conhecia?)

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável...

? - +

A16

Se **A16** for codificado como “-” (isto é, nunca houve qualquer episódio de humor elevado ou irritável), vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*)

A17

Quanto tempo durou? (Pelo menos 1 semana? Você teve que ser internado?)

...durando pelo menos 1 semana (ou qualquer duração, se a hospitalização é necessária).

? - +

A17

Se **A17** for codificado como “-” (isto é, duração menor que uma semana), vá para **A30**, pág. 12 (*Episódio Hipomaniaco*).

Você esteve mais de uma vez assim? Em qual vez você esteve mais [eufórico / irritado / PALAVRAS DO PACIENTE]?

PARA OS ITENS A18-A27 NAS PÁG. 09-11 FOCALIZE NO EPISÓDIO MAIS EXTREMO.

SE NÃO SOUBER: Durante este período, quando você esteve mais [PALAVRAS DO PACIENTE para euforia ou irritabilidade]?

Durante [PERÍODO DE PIORES SINTOMAS MANÍACOS]...

A18 ...como você se sentia a respeito de si mesmo?
(Mais confiante em si mesmo do que o habitual? Algum poder ou habilidade especial?)

A19 ...você precisava de menos sono do que o habitual?
SE SIM: Ainda assim se sentia descansado?

A20 ...você estava mais falante do que o normal? (As pessoas tinham dificuldade de interromper ou entender você? As pessoas tinham dificuldades de dizer uma palavra?)

A21 ...os seus pensamentos passavam rápido pela sua cabeça?

A22 ...você se distraía facilmente com as coisas à sua volta ou tinha dificuldades em se concentrar?

A23 ...como você passava o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você estava tão ativo que seus amigos ou familiares ficaram preocupados com você?)

SE NÃO HOVER AUMENTO DE ATIVIDADE: Você estava fisicamente irrequieto? (Quanto isto era desagradável?)

B. Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:

(1) auto-estima inflada ou grandiosidade ? - + **A18**

(2) necessidade de sono diminuída (por ex., sente-se repousado depois de apenas 3 horas de sono) ? - + **A19**

(3) mais falante do que o habitual ou pressão por falar ? - + **A20**

(4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão alterados ? - + **A21**

(5) distratibilidade (isto é, a atenção é desviada com excessiva facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes) ? - + **A22**

(6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora ? - + **A23**

A24

...você fez alguma coisa que poderia ter causado problemas para você ou para sua família? (Comprar coisas das quais não precisava? Qualquer comportamento sexual que não era normal para você? Dirigir de maneira imprudente?)

(7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para consequências dolorosas (por ex., envolvimento em surtos incontidos de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros tolos).

? - +

A24

A25

PELO MENOS TRÊS DE B(1)-B(7) SÃO CODIFICADOS COMO “+” (OU 4, SE O HUMOR FOR APENAS IRRITÁVEL E NÃO ELEVADO)

? - +

A25

Se **A25** for codificado como “-” (isto é, menos que 3 são codificados como “+”), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve algum destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se “sim”, volte para **A16**, pág. 08, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A26

SE NÃO SOUBER: Naquele período, você teve problemas graves na sua casa ou no trabalho (escola), por que você estava [SINTOMAS], ou precisou ser internado?

D. A perturbação do humor é suficientemente severa para causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou relacionamentos costumeiros com outros, ou para exigir a hospitalização, como um meio de evitar danos a si mesmo e a outros, ou existem aspectos psicóticos.

? - +

A26

Se **A26** for codificado como “-” (isto é, não suficientemente grave), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve problemas com as pessoas ou foi hospitalizado?

Se “sim”, volte para **A16**, pág. 08, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A39**, pág.13 (*Critério C para Episódio Hipomaníaco*).

A27

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

Se houver alguma indicação de que a mania possa ser secundária (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18 e retorne aqui para codificar como “-” ou “+”.

E. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral.

? - +

A27

Nota: Episódios maniatiformes que são claramente causados por tratamento antidepressivo somático (por ex., medicação, ECT, fototerapia) não devem ser incluídos no diagnóstico de Transtorno Bipolar I, e sim Transtornos de Humor induzidos por Substância.

Condições médicas gerais etiológicamente relacionadas com episódios maníacos incluem doença neurológica degenerativa (por ex., doença de Huntington, esclerose múltipla), doença cerebrovascular (por ex., AVC), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B₁₂, doença de Wilson), condições endócrinas (por ex., hipertireoidismo), infecções virais ou outras, e certos tipos de câncer (por ex., neoplasias cerebrais).

Substâncias etiológicamente relacionadas com episódios maníacos incluem álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos. Medicamentos incluem medicações psicotrópicas (por ex., antidepressivos), corticosteróides, esteróides anabólicos, isoniazida, medicação antiparkinsoniana (por ex., levodopa), e descongestionantes simpaticomiméticos.

Se **A27** for codificado como “-” (isto é, a mania é devido a uma substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e não estava [fisicamente doente / tomando remédios / usando SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para **A16**, pág. 08, e pergunte sobre aquele episódio. Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

- | | | | |
|------------|--|---|------------|
| A28 | SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO "+" ACIMA] no último mês? | CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO "+" ? - + | A28 |
| A29 | Por quantas vezes diferentes você esteve [EUFÓRICO / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve [SINTOMAS MANÍACOS RECONHECIDOS] por pelo menos 1 semana (ou foi internado)? | Número total de Episódios Maníacos, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou desconhecido) | A29 |

VOCÊ TERMINOU A AVALIAÇÃO DE EPISÓDIOS DE HUMOR. VÁ PARA O MÓDULO B (SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS), B1 (PÁG. 23)

EPISÓDIO HIPOMANÍACO

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO

A30

SE NÃO SOUBER: Quando você esteve [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE], isto durou pelo menos 4 dias?

Você já esteve por mais de uma vez assim? (Em qual vez você esteve mais [eufórico/ irritado / PALAVRAS DO PACIENTE]?)

PARA OS ITENS **A31-A37** NAS PÁG. 12-13, FOCALIZE NO EPISÓDIO MAIS EXTREMO.

A. Um período distinto de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durando todo o tempo ao longo de pelo menos 4 dias, nitidamente diferente do humor habitual não-deprimido.

? - +

A30

Se **A30** for codificado como “-” (isto é, nunca houve qualquer período de humor elevado ou irritável durando pelo menos 4 dias), vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*)

Durante [PERÍODO MAIS EXTREMO DE SINTOMAS HIPOMANÍACOS]...

B. Durante o período da perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:

A31

...como você se sentia a respeito de si mesmo?

(Mais confiante em si mesmo do que o habitual? Algum poder ou habilidade especial?)

(1) auto-estima inflada ou grandiosidade

? - +

A31

A32

...você precisava de menos sono do que o habitual?

SE SIM: Ainda assim se sentia descansado?

(2) necessidade de sono diminuída (por ex., sente-se repousado depois de apenas 3 horas de sono)

? - +

A32

A33

...você estava mais falante do que o normal? (As pessoas tinham dificuldade de interromper ou entender você? As pessoas tinham dificuldades de dizer uma palavra?)

(3) mais falante do que o habitual ou pressão por falar

? - +

A33

A34

...os seus pensamentos passavam rápido pela sua cabeça?

(4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão alterados

? - +

A34

A35 ...você se distraía facilmente com as coisas à sua volta ou tinha dificuldades em se concentrar? (5) distratibilidade (isto é, a atenção é desviada com excessiva facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes) ? - + **A35**

A36 ...como você passava o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você estava tão ativo que seus amigos ou familiares ficavam preocupados com você?) (6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora ? - + **A36**

SE NÃO HOUVER AUMENTO DE ATIVIDADE:
Você estava fisicamente irrequieto? (Quanto isto era desagradável?)

A37 ...você fez alguma coisa que poderia ter causado problemas para você ou para sua família? (Comprar coisas das quais não precisava? Algum comportamento sexual que não era habitual para você? Dirigir de maneira imprudente?) (7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para consequências dolorosas (por ex., envolvimento em surtos incontidos de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros tolos) ? - + **A37**

A38 PELO MENOS TRÊS DE B(1)-B(7) SÃO CODIFICADOS COMO “+” (OU 4, SE O HUMOR FOR APENAS IRRITÁVEL E NÃO ELEVADO) ? - + **A38**

Se **A38** for codificado como “-” (isto é, menos que 3 são codificados como “+”), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve alguns destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se “sim”, volte para **A30**, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A39 SE NÃO SOUBER: Isto é muito diferente do jeito que você costuma ser? (Diferente como? No trabalho? Com os amigos?) C. O episódio está associado com uma inequívoca alteração no funcionamento, que não é característica da pessoa quando assintomática. ? - + **A39**

Se **A39** for codificado como “-” (isto é, caracteristicamente “hipomaníaco”), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e estava realmente diferente do jeito que você costuma ser?

Se “sim”, volte para **A30**, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A40

SE NÃO SOUBER: As outras pessoas notaram esta mudança em você? (O que elas disseram?)

D. A perturbação do humor e a alteração no funcionamento são observáveis por outros. ? - +

A40

Se **A40** for codificado como “-” (isto é, não observável pelos outros), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e as outras pessoas notavam a mudança no jeito que você estava agindo?

Se “sim”, volte para **A30**, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A41

SE NÃO SOUBER: Naquela vez, você teve sérios problemas em casa ou no trabalho (escola) por que você estava [SINTOMAS] ou teve que ser internado?

E. O episódio não é suficientemente severo para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional, ou para exigir a hospitalização, nem existem aspectos psicóticos. ? - +

A41

Se **A41** for codificado como “-” (isto é, suficientemente severo para causar prejuízo acentuado), volte para **A26**, pág. 10, codifique como “+” para aquele item, e continue com **A27**, pág. 11.

A42

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

F. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral. ? - +

A42

Nota: Episódios com características hipomaníacas que são claramente causados por tratamento antidepressivo somático (p.ex., medicação, ECT, fototerapia) não devem ser incluídos no diagnóstico de Transtorno Bipolar II, e sim Transtornos de Humor induzidos por Substância.

Consulte a lista de condições médicas gerais e substâncias possivelmente etiológicas incluída no item **A 27** (pág. 11).

Se **A42** for codificado como “-” (isto é, a hipomania é devido a uma substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e não estava [fisicamente doente / tomando remédios / usando SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para **A30**, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A43

SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO "+" ACIMA] no último mês?

CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO "+" (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO MANÍACO)

? - +

A43**A44**

Por quantas vezes diferentes você esteve [EUFÓRICO / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve [SINTOMAS HIPOMANÍACOS RECONHECIDOS] por um determinado período?

Número total de Episódios Hipomaníacos, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou desconhecido)

A44

VOCÊ TERMINOU A AVALIAÇÃO DE EPISÓDIOS DE HUMOR. VÁ PARA O MÓDULO B (SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS), B1 (PÁG. 23).

TRANSTORNO DISTÍMICO

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DISTÍMICO

NOTA: Para apresentações nas quais haja uma história de múltiplos Episódios Depressivos Maiores recorrentes, o clínico pode preferir pular a avaliação de Transtorno Distímico (isto é, vá para **B1**, pág. 23).

A45

Nos últimos dois anos, você se sentiu incomodado por humor deprimido, a maior parte dos dias, mais dias presentes do que ausentes? (Mais que a metade do tempo?)

SE SIM: Como era isso?

A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros, por pelo menos 2 anos. **Nota:** Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, e a duração deve ser de no mínimo 1 ano.

? - +

A45

Se **A45** for codificado como “-” (isto é, sem humor depressivo crônico...), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

Durante estes períodos de [PALAVRAS DO PACIENTE PARA DEPRESSÃO CRÔNICA], você acha que na maior parte do tempo, você...

B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:

A46

perde o apetite? (E quanto a comer demais?)

(1) apetite diminuído ou hiperfagia

? - +

A46

A47

...tem dificuldades em pegar no sono, ou dorme demais?

(2) insônia ou hipersonia

? - +

A47

A48

...tem pouca disposição para fazer as coisas ou se sente muito cansado?

(3) baixa energia ou fadiga

? - +

A48

A49

...se sente desapontado consigo mesmo? (Sente-se inútil ou um fracasso?)

(4) baixa auto-estima

? - +

A49

A50

...tem dificuldade em se concentrar ou em tomar decisões?

(5) dificuldade de concentração ou dificuldade em tomar decisões

? - +

A50

A51	...sente-se sem esperança?	(6) sentimentos de desesperança	? - +	A51
A52		PELO MENOS DOIS SINTOMAS "B" SÃO CODIFICADOS COMO "+"	? - +	A52

Se **A52** for codificado como "-" (isto é, menos que dois sintomas são "+"), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A53	Durante este período de depressão de longa duração, qual o período mais longo em que você se sentiu bem? (SEM SINTOMAS DISTÍMICOS)	Durante o período de 2 anos (1 ano, para crianças ou adolescentes) da perturbação, jamais a pessoa esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por um período maior que 2 meses.	? - +	A53
------------	--	---	-------	------------

Se **A53** for codificado como "-" (isto é, mais que dois meses sem sintomas), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A54	Há quanto tempo você vem se sentindo assim? (Quando isso começou?)	Idade em que se iniciou o Transtorno Distímico atual (CODIFIQUE 99 SE DESCONHECIDA)	_____	A54
------------	--	---	-------	------------

A55	SE NÃO SOUBER: Isto começou gradualmente ou com um período significativo de depressão?	D. Ausência de Episódio Depressivo Maior durante os primeiros 2 anos de perturbação (1 ano para crianças e adolescentes); isto é, a perturbação não é melhor explicada por um Transtorno Depressivo Maior crônico ou Transtorno Depressivo Maior, Em Remissão Parcial.	? - +	A55
------------	--	--	-------	------------

Nota: Pode ter ocorrido um Episódio Depressivo Maior anterior, desde que tenha havido remissão completa (ausência de sinais ou sintomas significativos por 2 meses) antes do desenvolvimento do Transtorno Distímico. Além disso, após os 2 anos iniciais (1 ano para crianças e adolescentes) de Transtorno Distímico, pode haver episódios sobrepostos de Transtorno Depressivo Maior e, neste caso, ambos os diagnósticos podem ser dados quando são satisfeitos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

Se **A55** for codificado como "-" (isto é, houve Episódio Depressivo Maior durante os 2 primeiros anos), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A56

E. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno Ciclotímico. ? - +

A56

Se **A56** for codificado como “-” (isto é, houve Episódios Maníaco, Misto ou Hipomaníaco passados ou preenchem-se critérios para Transtorno Ciclotímico), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A57

A CODIFICAÇÃO DESTE CRITÉRIO PODE NECESSITAR SER ADIADA ATÉ QUE TRANSTORNOS PSICÓTICOS TENHAM SIDO EXCLUÍDOS.

F. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico crônico, como Esquizofrenia ou Transtorno Delirante. ? - +

A57

Se **A57** for codificado como “-” (isto é, ocorre durante um Transtorno Psicótico), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A58

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

G. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral. ? - +

A58

Condições médicas gerais etiologicamente relacionadas com distímia incluem doença neurológica degenerativa (por ex., mal de Parkinson), doença cérebro-vascular (por ex., AVC), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B₁₂), condições endócrinas (por ex., hiper- e hipotireoidismo, hiper- e hipoadrenalismo), infecções virais ou outras (por ex., hepatite, mononucleose, HIV), e certos tipos de câncer (por ex., carcinoma de pâncreas)

Substâncias etiologicamente relacionadas com distímia incluem álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos. Medicamentos incluem anti-hipertensivos, contraceptivos orais, corticosteróides, esteróides anabólicos, agentes anti-neoplásicos, analgésicos, anticolinérgicos, medicações cardíacas.

Se **A58** for codificado como “-” (isto é, devido a uma condição médica geral crônica ou uso crônico de substância), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A59

SE NÃO ESTIVER CLARO:
Quanto [SINTOMAS EM A e B]
interferem em sua vida?

H. Os sintomas causam sofrimen-
to clinicamente significativo ou
prejuízo no funcionamento so-
cial ou ocupacional ou em ou-
tras áreas importantes da vida
do indivíduo.

? - +

A59

Se **A59** for codificado como “-” (isto é, clinicamente não significativo),
vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A60

SE NÃO ESTIVER CLARO:
Quanto [SINTOMAS EM A e B]
interferem em sua vida?

**CRITÉRIOS A, B, C, D, E, F, G e
H SÃO CODIFICADOS COMO
“+” (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE
TRANSTORNO DISTÍMICO)**

? - +

A60

Vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

CONSIDERE O PAPEL ETIO-
LÓGICO DE UMA CONDIÇÃO
MÉDICA GERAL OU USO DE
SUBSTÂNCIA

Se os sintomas de humor não são associados cronologicamente com
uma condição médica geral, vá para **A65**, pág. 20 (*Transtorno de
Humor Induzido por Substância*).

TRANSTORNO DE HUMOR DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DE HUMOR DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL

NOTA: Critério D (isto é, não ocorre durante delirium) foi omitido da SCID.

A61

CODIFIQUE BASEADO EM
INFORMAÇÕES JÁ OBTIDAS

A. Uma perturbação proeminente e persistente do humor predomina no quadro clínico e se caracteriza por um dos seguintes quesitos (ou ambos):

? - +

A61

(1) humor deprimido, ou interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades.

(2) humor elevado, expansivo ou irritável

A62

Você acha que seus [SINTOMAS DE HUMOR] estavam de alguma forma relacionadas a sua [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL COMÓRBIDA]?

SE SIM: Conte-me como.

Os [SINTOMAS DE HUMOR] começaram ou pioraram imediatamente após a [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL COMÓRBIDA] ter começado?

SE SIM E A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL FOI RESOLVIDA:

Os [SINTOMAS DE HUMOR] melhoraram após a [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL COMÓRBIDA] ter melhorado?

B/C. Existem evidências, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral, e a perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido em resposta ao estresse de ter uma condição médica geral).

? - +

A62

Se **A62** for codificado como “-” (isto é, não há condição médica geral etiológica), vá para **A65**, pág. 20 (*Transtorno de Humor Induzido por substância*).

A63

SE NÃO ESTIVER CLARO:
Quanto [SINTOMAS DE HU-
MOR] interferem em sua vida?

D. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

? - +

A63

A64

SE NÃO SOUBER: Você teve
[SINTOMAS CODIFICADOS
COMO "+" ACIMA] no último
mês?

D. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

? - +

A64

Se sintomas de humor não são cronologicamente associados com uso de substância, retorne para que o episódio seja avaliado:

A12 para Episódio Depressivo maior (pág. 06)

A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)

A42 para Episódio Hipomaníaco (pág. 14)

A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)

D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)

D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

TRANSTORNO DE HUMOR INDUZIDO POR SUBSTANCIA

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DE HUMOR INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA

NOTA: Critério D (isto é, não ocorre durante delirium) foi omitido da SCID.

A65

CODIFIQUE BASEADO EM
INFORMAÇÕES JÁ OBTIDAS

A. Uma perturbação proeminente e persistente do humor predomina no quadro clínico e se caracteriza por um dos seguintes sintomas (ou ambos):

? - +

A65

(1) humor depressivo, ou diminuição acentuada do interesse ou prazer por todas ou quase todas ou quase todas as atividades.

(2) humor elevado, expansivo ou irritável

A66

SE NÃO SOUBER: Quando os [SINTOMAS DE HUMOR] começaram? Você já estava usando [SUBSTÂNCIA] ou tinha acabado de parar ou diminuído o seu uso?

B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de (1) ou (2):

? - +

A66

(1) os sintomas no Critério A desenvolveram-se durante ou dentro de 1 mês após Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância

(2) o uso de um medicamento está etiologicalamente relacionado com a perturbação

Se sintomas de humor não são cronologicamente associados com uso de substância, retorne para que o episódio seja avaliado:

A12 para Episódio Depressivo maior (pág. 06)

A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)

A42 para Episódio Hipomaníaco (pág. 14)

A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)

D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)

D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

A67

Você acha que [SINTOMAS DE HUMOR] estão de alguma forma relacionados ao uso de [SUBSTÂNCIA]?

SE SIM: Conte-me como.

PERGUNTE QUALQUER DAS SEGUINTEs QUESTÕES SE NECESSÁRIO PARA DESCARTAR UMA ETIOLOGIA NÃO RELACIONADA À SUBSTÂNCIA.

SE NÃO SOUBER: O que veio primeiro, o uso [SUBSTÂNCIA] ou os [SINTOMAS DE HUMOR]?

SE NÃO SOUBER: Houve um período de tempo em que você parou de usar [SUBSTÂNCIA]?

SE SIM: Após ter parado de usar [SUBSTÂNCIA], os [SINTOMAS DE HUMOR] melhoraram?

SE NÃO SOUBER: Qual a quantidade de [SUBSTÂNCIA] você estava usando, quando começou a ter [SINTOMAS DE HUMOR]?

SE NÃO SOUBER: Você teve outros episódios de [SINTOMAS DE HUMOR]?

SE SIM: Quantas vezes? Você estava usando [SUBSTÂNCIA] nestes episódios?

C. A perturbação não é melhor explicada por um Transtorno de Humor não induzido por substância. As evidências de que os sintomas são melhor explicados por um Transtorno de Humor não induzido por substância podem incluir as seguintes características:

- (1) os sintomas precedem o início do uso da substância (ou do medicamento)
- (2) os sintomas persistem por um período substancial de tempo (por ex., cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência ou intoxicação aguda
- (3) os sintomas psicóticos excedem substancialmente o que seria esperado, tendo em vista o tipo ou a quantidade da substância usada ou a duração do uso
- (4) existem outras evidências sugerindo a existência de um Transtorno de Humor independente, não induzido por substância (por ex., uma história de episódios recorrentes não relacionados a substâncias)

? - +

A67

Se **A67** for codificado como “-” (isto é, a perturbação é melhor explicada por um Transtorno de Humor não induzido por substância), retorne para que o episódio seja avaliado:

A12 para Episódio Depressivo maior (pág. 06)

A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)

A42 para Episódio Hipomaníaco (pág. 14)

A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)

D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)

D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

A68

SE NÃO ESTIVER CLARO:
Quanto [SINTOMAS DE HUMOR] interferem em sua vida?

E. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo

? - +

A68

A69

SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO "+" ACIMA] no último mês?

CRITÉRIOS A, B, C e E SÃO CODIFICADOS COMO "+"
(FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE HUMOR INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA).

? - +

A69

Retorne para que o episódio seja avaliado:
A12 para Episódio Depressivo maior (pág. 06)
A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)
A42 para Episódio Hipomaníaco (pág. 14)
A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)
D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)
D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA TRANSTORNOS DO EIXO I DO DSM-IV

SCID - I

Folha de
Resposta

I'm going to be asking you about problems or difficulties you may have had, and I'll making some notes as we go along. Do you have any questions before we begin?

Dados Demográficos	SEXO:	1 Masculino 2 Feminino
Qual a data do seu nascimento?	<i>Data de Nascimento:</i> ____ / ____ / ____	
Você é casado? SE NÃO: Já foi casado alguma vez?	<i>Estado Civil:</i> 1 - Casado ou amasiado 2 - Viúvo	3 - Divorciado ou separado 4 - Nunca casou
Você tem filhos? SE SIM: Quantos? (Quais as idades deles)		
Onde você mora?		
Com quem você mora?		

HISTÓRIA ESCOLAR E OCUPACIONAL

Até que ano você estudou?	<i>Educação (último ano cursado)</i>
SE NÃO CONSEGUIU TERMINAR UM CURSO QUE ESTAVA MATRICULADO: Porque você parou de estudar?	
Que tipo de trabalho você faz? (Você trabalha fora de casa ?) Atualmente você está trabalhando? SE SIM: Há quanto tempo você está neste emprego? SE MENOS QUE 6 MESES: Por que você saiu do seu último emprego? Você sempre trabalhou com isso? SE NÃO: Por que não? Em que tipos de serviço você já trabalhou? Como você está se sustentando agora?	
SE NÃO SOUBER: Já houve um período durante o qual você não conseguia trabalhar ou ir para a escola? SE SIM: Quando? Por que isso aconteceu?	

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

HISTÓRIA PSICOPATOLÓGICA

(THE LIFE CHART ON PAGE v OF OVERVIEW MAY BE USED TO SUMMARIZE A COMPLICATED HISTORY OF PSYCHOPATHOLOGY AND TREATMENT.)

<p>Você já procurou alguém por estar com problemas emocionais ou psiquiátricos ?</p> <p>⇒ SE SIM: Qual o motivo? (Que tratamento(s) você fez? Alguma medicação?)</p> <p>⇒ SE NÃO: Houve algum momento em que outra pessoa pensou que você deveria ser visto por alguém por causa da maneira que você estava agindo?</p>	<p>Tratamento por problemas emocionais com um médico ou profissional de saúde mental</p> <p>1 NÃO 2 SIM</p>
<p>E quanto a tratamento para uso de drogas ou alcoolismo?</p>	
<p>Você já foi internado em hospital psiquiátrico?</p> <p>SE SIM: Por que foi? (Quantas vezes?)</p>	<p>Número de hospitalizações (Não incluir transferências)</p> <p>0 1 2 3 4 5 (ou mais)</p>
<p>SE DER UMA RESPOSTA INADEQUADA, QUESTIONE GENTILMENTE: Não havia mais alguma coisa? Em geral, as pessoas não vão para hospitais psiquiátricos apenas por que estão [CANSADOS / NERVOSOS / PALAVRAS DO PACIENTE]</p>	
<p>Pensando em toda sua vida, quando você esteve mais aflito, perturbado? (Por que? Como foi? Como você estava se sentindo?)</p>	
<p>Em que momento você se sentiu tão bem, como nunca havia se sentido antes?</p>	

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

PSICOPATOLOGIA (ÚLTIMO MÊS)

Agora gostaria de lhe perguntar sobre seu último mês. Como as coisas têm andado para você?	
Alguma coisa que tenha sido especialmente difícil aconteceu com você?	
E sobre dificuldades no trabalho ou com sua família?	
Como anda seu humor?	
Como tem andado a sua saúde física? (Você tem tido algum problema médico?) (USE ESTA INFORMAÇÃO PARA CODIFICAR O EIXO III)	
Você toma alguma medicação ou vitaminas (outras além daquelas que você já me falou?) SE SIM: Quanto e quantas vezes você toma [MEDICAÇÕES]? (Houve alguma mudança na quantidade de medicação que você tem tomado?)	
Qual a quantidade de bebida alcoólica você costuma tomar no último mês?	
Você tem usado drogas [no último mês]? (Usou maconha, cocaína ou outras drogas deste tipo?)	

FUNCIONAMENTO SOCIAL ATUAL (USE PARA CODIFICAR O EIXO V)

Como você tem usado o seu tempo livre?	
Com quem você passa esse tempo livre?	

DIAGNÓSTICOS PRESENTES MAIS PROVÁVEIS	
DIAGNÓSTICOS QUE PRECISAM SER EXCLUÍDOS	

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

Episódio Depressivo Maior		Episódio Maníaco		Episódio Hipomaníaco		Transtorno Distímico	
Início do Episódio:		Início do Episódio:		Início do Episódio:			
Checar se: Atual <input type="checkbox"/> Passado <input type="checkbox"/>		Checar se: Atual <input type="checkbox"/> Passado <input type="checkbox"/>		Checar se: Atual <input type="checkbox"/> Passado <input type="checkbox"/>			
Se passado, Término:		Se passado, Término:		Se passado, Término:			
A1	? - +	A16	? - +	A30	? - +	A45	? - +
A2	? - +	A17	? - +	A31	? - +	A46	? - +
A3	? - +	A18	? - +	A32	? - +	A47	? - +
A4	? - +	A19	? - +	A33	? - +	A48	? - +
A5	? - +	A20	? - +	A34	? - +	A49	? - +
A6	? - +	A21	? - +	A35	? - +	A50	? - +
A7	? - +	A22	? - +	A36	? - +	A51	? - +
A8	? - +	A23	? - +	A37	? - +	A52	? - +
A9	? - +	A24	? - +	A38	? - +	A53	? - +
A10	? - +	A25	? - +	A39	? - +	A54	_____
A11	? - +	A26	? - +	A40	? - +	A55	? - +
A12	? - +	A27	? - +	A41	? - +	A56	? - +
A13	? - +	A28	+	A42	? - +	A57	? - +
A14	+	A29	_____	A43	+	A58	? - +
A15	_____			A44	_____	A59	? - +
						A60	+

Transtorno de Humor devido a uma Condição Médica Geral		Transtorno de Humor Induzido por Substância	
A61	? - +	A65	? - +
A62	? - +	A66	? - +
A63	? - +	A67	? - +
A64	- +	A68	? - +
		A69	- +

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente