

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM PSICOLOGIA

FRANCIS LESSNAU COUTINHO

EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE CRITÉRIO E CONVERGENTE
RELACIONADA A OUTRAS VARIÁVEIS DA ESCALA BAPTISTA DE
DEPRESSÃO PARA IDOSOS – (EBADEP-ID)

Curitiba

2013

FRANCIS LESSNAU COUTINHO

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE CRITÉRIO E CONVERGENTE
RELACIONADA A OUTRAS VARIÁVEIS DA ESCALA BAPTISTA DE
DEPRESSÃO PARA IDOSOS – (EBADEP-ID)**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal do Paraná.

Linha de pesquisa: Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica

Orientador: professor Dr. Amer Cavalheiro Hamdan

Coorientador: professor Dr. Makilim Nunes Baptista

Curitiba
2013

Catálogo na publicação
Sirlei do Rocio Gdulla – CRB 9ª/985
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Coutinho, Francis Lessnau

Evidências de validade de critério e convergente relacionada a outras variáveis da Escala Baptista de Depressão para Idosos – (EBADEP-ID) / Francis Lessnau Coutinho. – Curitiba, 2013.
76 f.

Orientador: Prof. Dr. Amer Cavalheiro Hamdan
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná.

1. Depressão em idosos - Brasil. 2. Escala Baptista de Depressão para Idosos. 3. Depressão – Diagnóstico – Validade.I. Título.

CDD 616.895



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes
Coordenação de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO EM PSICOLOGIA



FRANCIS LESSNAU COUTINHO

**EVIDENCIA DE VALIDADE DE CONSTRUTO E VALIDADE CONVERGENTE
DA ESCALA DE DEPRESSÃO PARA IDOSOS.**

Dissertação apresentada como requisito obrigatório para a obtenção do Título de **MESTRE EM PSICOLOGIA**, pelo Programa de Pós-Graduação de Mestrado. Em Psicologia, do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da UFPR – Universidade Federal do Paraná, e aprovada (aprovada/reprovada) pela Banca Avaliadora Abaixo assinada.

Prof. Dr. Amer. Cavalheiro Hamdan
Universidade Federal do Paraná
Professor Orientador

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista
Universidade de São Francisco
Professor Titular

Prof.ª Dr.ª Irani Iracema de Lima Argimon
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Professora Titular

Curitiba, 09 de agosto de 2013.

Dedico este trabalho as mulheres idosas mais incríveis da minha vida!

A minha avó materna Engracia, que já foi dormir nos braços do Pai faz seis anos e que foi um exemplo de vida na dedicação como professora, na paixão com o conhecimento e o saber, na força de nunca desistir fosse inclusive o objetivo muito difícil de alcançar, na postura de mulher forte, decidida que com bravura cumpriu sua missão com o seu melhor. Minha amiga e confidente. Que sempre foi e será insubstituível, a lacuna da sua falta nunca poderá ser preenchida. Saudades sempre vó! Sei que você seria a pessoa que mais vibraria por essa minha conquista.

A minha avó paterna que hoje com suas limitações físicas nos seus 80 e tantos anos, possui preservada uma cognição invejável. Tomara eu tenha a sorte de ter toda essa hereditariedade. Ainda lembro-me de cada presentinho ganho por “passar de ano” na escola ao final da cada ano letivo como incentivo para que os mais de 20 netos (eu acho) continuássemos nos dedicando aos estudos. Quantos conselhos a volta da mesa no almoço ou no café da tarde! Que Deus cuide com todo carinho de você vó Dilú

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo agradeço a Deus por que por ele e pra ele é que cheguei até aqui. É Ele que me deu vida, saúde e capacidade para caminhar até este ponto na minha vida.

Ao meu marido Jocimar, que nos quase 30 anos que estamos juntos que além de um grande companheiro, sempre foi o meu melhor amigo e o meu maior encorajador. Além de ser o que suportou todas as dificuldades comigo e se empenhou em deixar tudo mais fácil pra mim! Obrigado por me amar tanto assim. Te amo!

Aos meus filhos Faimon, Nicolás e Leonardo, que sempre foram os mais prejudicados com a falta da mãe. Sem falar na ajuda com o computador e da tabulação dos dados da pesquisa. Vocês são as melhores coisas que já fiz na vida! Amo vocês meninos!

As noras mais queridas do mundo, Mariana e Juliane, que tanto me ajudam a cuidar desses rapazes preciosos que Deus nos deu!

A minha mãe Débora que tanto sonhou com minhas conquistas acadêmicas e me deu de presente o cultivo do hábito de ler muito.

Ao meu pai Derli pelo seu exemplo de caráter e integridade.

Ao meu irmão mais velho Roger por todas as palavras de ânimo quando mais precisei. Nossa história de vida deixa esses momentos mais especiais.

A minha tia e segunda mãe Miriam e seu esposo Joaquim, sempre prontos para ajudar e socorrer nas grandes e nas pequenas coisas da vida.

A tia Rosimeri pelas inúmeras correções dos textos e por toda a torcida.

Aos meus irmãos, irmãs, cunhadas, cunhado, sobrinhas, sobrinhos, primos, primas, tios, tias e amigos pela compreensão da falta de tempo para tudo e pela força.

Aos meus pacientes deprimidos ou não, vocês foram o início de tudo.

Ao meu orientador Professor Dr. Amer Cavalheiro Hamdan, por toda contribuição a minha formação. Foram mais de três longos anos juntos lutando pelo mesmo projeto. Fui presenteada quando convidada para participar do mesmo! Foram muitas tentativas de que eu alcançasse os objetivos propostos. Você me ajudou a realizar mais do que um sonho!

Ao meu coorientador Professor Dr. Makilim Nunes Baptista, pela oportunidade de poder contribuir com uma parte tão pequena de toda uma vida dedicada a pesquisa. Sempre tão meticoloso, observador, competente, disponível e de uma generosidade admirável.

A Professora Dra. Irani Iracema de Lima Argimon que tão prontamente aceitou participar da banca de aprovação e contribuir com toda sua experiência ao meu trabalho.

A Professora Dra. Mayra que prontamente aceitou participar da banca de qualificação e por toda sua contribuição ao bom andamento do trabalho.

A Professora Dr. Ana Paula de Pereira que prontamente sempre aceitou ser suplente das minhas bancas além de toda sua contribuição a minha formação, meu respeito e admiração.

Aos idosos que participaram das avaliações pela contribuição com meu trabalho e com a ciência do nosso país. Tantas histórias de vida... Mãos enrugadas... Limitações... Lágrimas...

A psicóloga Christiane do Lar do Idoso Recanto Tarumã e a psicóloga Denise do Hospital do Idoso Zilda Arns onde foram feitas as avaliações, que sempre estiveram tão dispostas a ajudarem e com as quais sempre tive a tranquilidade de deixar os idosos aos seus cuidados. Grandes profissionais.

A diretora de ensino e pesquisa do Hospital do Idoso, Oraide Maria, a assistente social do Lar do Idoso Recanto do Tarumã Jocélia e a gerente Fabiana que prontamente se dispuseram a ajudar a deram todo suporte além de fornecer as condições necessárias para a realização da pesquisa.

As instituições que abriram suas portas para a realização da pesquisa, a Associação Siloé de Apoio Social, ao Lar do Idoso Recanto do Tarumã e ao Hospital do Idoso de Curitiba Zilda Arns. Seus responsáveis tão dedicados e preocupados com seus idosos.

Aos colegas do mestrado que me ajudaram com dicas, com materiais, com palavras de incentivo, compartilhando conhecimentos ou principalmente estando presentes nas horas divertidas e nas horas de desânimo e desalento. Galera especial “da neuro”: Sabrina, Ana Lúcia, Camila, André, Leandro e todos que eu não lembro o nome agora.

E por último, mas não menos importante a Jesus Cristo que através do seu amor dispensado a mim, dia a dia faz nascer dentro de mim um amor pelas pessoas que é expresso no cuidado e na preocupação com a saúde mental dos seres humanos.

Eu nunca quero ser
O que quero ser,
Porque sempre haverá algo esperando por mim.
Sempre haverá uma colina mais alta, com uma vista sem fim,
Alguma coisa que nunca aprendi esperando para ser aprendida.
Então, até que chegue o fim da minha vida,
Ainda não terei completado a medida.
Deixe-me continuar – a cresce.
Art Linkletter

RESUMO

Os testes para depressão no Brasil ainda consistem, na sua maioria, em traduções e/ou adaptações de estudos desenvolvidos em outros países. A Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID) é uma escala brasileira que utiliza critérios de classificação para Transtorno Depressivo Maior, segundo padrões internacionais, mas adaptados às características culturais específicas em nosso meio. Com o objetivo de buscar evidências de validade de critério e convergente relacionada a outras variáveis foi realizada avaliação numa amostra composta de 202 participantes idosos acima de 60 anos. Foram aplicados os seguintes instrumentos: a) Ficha de Caracterização – para coletar informações pessoais, variáveis sócio demográficas e estado geral de saúde, b) Mini Exame do Estado Mental (MEEM) - para avaliar comprometimentos cognitivos, c) Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) – escala adaptada e padronizada no Brasil, d) Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID) – instrumento autoaplicável, composto de 70 itens que avaliam a sintomatologia depressiva (aspectos cognitivos, emocionais e sociais) com respostas dicotômicas (sim/não). Os resultados encontrados foram: a idade dos participantes variou entre 60 e 90 anos. O MEEM dos participantes obteve média de $25 \pm 5,41$ pontos. O GDS-15 apresentou média de $4 \pm 3,15$ pontos e a EBADEP-ID, média de $17 \pm 11,47$ pontos. A EBADEP-ID correlacionou de maneira positiva e forte com o desempenho da GDS-15. Em síntese, a EBADEP-ID apresenta evidências de validade de critério e convergente para sua utilização na população idosa.

Palavras-Chaves: Depressão; Idosos; Validade; Escala Baptista para Depressão em Idosos (EBADEP-ID)

ABSTRACT

The tests for depression in Brazil, consists in its majority on translations and/or adaptations from studies developed abroad. The Baptista Scale for Elderly Depression (EBADEP-ID) it's a brazilian scale that utilizes a classification criteria for major depressive disorders, according to international standards, but adapted to our specific cultural features. With the purpose of assess the evidences of convergent validity and convergent related of other variables, was realized with a sample of 202 elder participants over 60 years old. It were applied the following instruments: a) Characterization form - to collect personal information, social demographic variables and general health status, b) Mini-mental health exam - to assess cognitive compromises, c) Geriatric Depression Scale - scale adapted and standardized in Brazil, d) Baptista Scale for Elderly Depression – auto applicable instrument composed by 70 items that assess the depressive simptomatology (cognitive, emotional and social aspects) with dichotomous answers (yes/no). The found results were: The participants age varied between 60 and 90 years. The Mini-mental health exam for the participants got an average of $25 \pm 5,41$ points. The Geriatric Depression Scale presented average of $4 \pm 3,15$ point and EBADEP-ID, mean $17 \pm 11,47$ points. The EBADEP-A had correlation positive and strong with the performance of the GDS-15. In summary, the EBADEP-ID presents evidence of criterion validity and convergent to their use in the elderly.

Keywords: Depression; Elders; Validity; Baptist Scale for Elderly Depression

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Participação relativa percentual da população por grupos de idade na população total: 1980/2050	7
Tabela 2 - Análise descritiva da amostra.	35
Tabela 3 - Análise descritiva dos grupos, masculino (n=103) e feminino (n=99)	35
Tabela 4 - Desempenho dos grupos em relação ao MEEM, GDS-15 e EBADEP-ID.....	36
Tabela 5 - Tabela de correlação entre os instrumentos utilizados pelos participantes	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Entrevistas clínicas estruturadas ou semiestruturadas para diagnóstico padronizado	13
Quadro 2 - Instrumentos utilizados para avaliar a gravidade dos sintomas depressivos	15
Quadro 3 - Escalas para avaliação de demência para diagnóstico diferencial	22
Quadro 4 - Escalas para avaliação global.....	23

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	1
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	2
2.1 DEPRESSÃO.....	2
2.1.1 Depressão em idosos	7
2.2 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA DEPRESSÃO.....	11
2.2.1 Instrumentos para avaliação da depressão	13
2.3 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DOS TESTES PSICOLÓGICOS PARA DEPRESSÃO	24
2.3.1 Validade	24
2.3.2 Validade de critério e validade convergente	25
3. MÉTODO.....	27
3.1 PARTICIPANTES	27
3.2 INSTRUMENTOS	27
3.2.1 Questionário de identificação e de caracterização	27
3.2.2. Mini-Mental – Mini Exame do Estado Mental – MEEM	28
3.2.3. Escala de depressão geriátrica (GDS -15)	28
3.2.4. Escala Baptista de Depressão - versão idosos (EBADEP-ID)	29
3.3 PROCEDIMENTOS	30
3.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	33
4. RESULTADOS	34
5. DISCUSSÃO	38
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	45
ANEXOS	56

1. APRESENTAÇÃO

No Brasil existem poucos instrumentos para auxiliar no diagnóstico da depressão em idosos construído de acordo com as características e a cultura brasileira. As limitações destes testes também se referem aos aspectos socioculturais de cada região onde foram criados. A Escala Baptista de Depressão para Idosos - EBADEP-ID é um instrumento em construção. Espera-se que a escala venha contribuir nos processos de avaliação como uma ferramenta no auxílio aos profissionais de saúde no rastreamento da sintomatologia da depressão, seja ela primária, secundária ou prodrômica.

O objetivo deste trabalho é buscar evidências de validade de critério e convergente da Escala Baptista de Depressão versão Idosos - EBADEP-ID, para que o instrumento possa auxiliar com eficiência aos profissionais de saúde no auxílio da avaliação da depressão em idosos. A busca pela evidência de validade foi baseada na avaliação da correlação com a *Geriatric Depression Scale* – GDS-15, além de buscar diferenças entre os sexos e os três grupos de participantes que compuseram a amostra: idosos de Centro de Convivência, de Asilo e Hospital.

O trabalho foi estruturado da seguinte forma: 1) Revisão teórica: abordando questões gerais sobre a depressão (sintomatologia, diagnóstico, etiologia, epidemiologia), a depressão especificamente em idosos e o processo de envelhecimento, os testes psicológicos para avaliação e para a depressão (testes usados para avaliação da depressão, conceito de validade, validade de construto e validade convergente); 2) Método: descrevendo as características da amostra, os procedimentos e os instrumentos utilizados; 3) Resultados: são apresentados os resultados encontrados na amostra e as análises estatísticas; 4) Discussão: apresentando uma análise dos resultados e as perspectivas para a continuidade da pesquisa e 5) Considerações Finais.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DEPRESSÃO

Atualmente a Depressão é considerada um problema grave de saúde mental, já que é uma doença que pode colocar em risco a qualidade da vida física, gerando sintomas limitantes de cunho emocional e alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, prejudicando a vida profissional, acadêmica, familiar e social de qualquer pessoa (Del Porto, 2002; Teng & Yano, 2009; WHO, 2012). O Episódio Depressivo Maior (EDM) é classificado pelo Código de Doenças Internacionais-CID-10 (OMS, 1993) como um Transtorno Afetivo e, pelo DSM-IV (APA, 2000), como um Transtorno de Humor. Seus sintomas refletem uma profunda mudança na organização cognitiva do paciente (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997), mudanças essas, nem sempre compreendidas pelo doente e aceitas pelas pessoas que convivem com o mesmo.

As definições dos Transtornos de Humor na Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (OMS, 1993), e no *American Psychiatric Association* - DSM-IV (APA, 2003) são um consenso entre os profissionais de saúde. Os sintomas depressivos fazem parte dos critérios de classificação em diferentes quadros com alterações de humor. No CID-10 (OMS, 1993), estão presentes nos episódios depressivos leve, moderado, grave e recorrente, na Distímia, na Clotímia e nos Transtornos Bipolares. No DSM-IV-TR (APA, 2003), nos chamados Transtornos Depressivos, Distímicos, Ciclotímicos e Bipolares.

De acordo com o CID-10 (OMS, 1993), nos episódios depressivos, o doente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida que leva a uma fadiga aumentada e atividade diminuída, além de: a) concentração e atenção reduzidas; b) autoestima e autoconfiança também reduzidas; c) ideias de culpa e inutilidade; d) visões isoladas e pessimistas do futuro; e) ideias ou atos autolesivos ou suicídio; f) sono perturbado; g) apetite diminuído. Alguns casos podem apresentar ansiedade, angústia, agitação motora, irritabilidade, sintomas fóbicos ou obsessivos, preocupações hipocondríacas, comportamento histriônico e consumo excessivo de álcool.

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2003), para ser classificado como Episódio Depressivo Maior é necessário ter no mínimo cinco dos seguintes sintomas: 1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias (tristeza, vazio, choro), em crianças e adolescentes pode ser humor irritável; 2) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias; 3) perda ou ganho significativo de peso ou diminuição ou aumento de apetite quase todos os dias; 4) insônia ou hipersônia quase todos os dias; 5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; 6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias; 7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, quase todos os dias; 8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias; 9) pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. Estes sintomas devem estar presentes durante um período de pelo menos duas semanas com pelo menos um dos sintomas sendo o humor deprimido ou perda do interesse ou perda do prazer. O sofrimento e o prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo devem ser significativos e não serem frutos de efeitos de substâncias nem de alguma condição médica geral ou por luto com duração de mais de dois meses

O diagnóstico diferencial deve ter o cuidado de excluir todas as possibilidades de outra situação clínica ou psicológica estar envolvida, somente depois de descartar todas as hipóteses é que o diagnóstico de depressão é concluído. Situações como: hipotireoidismo, a mononucleose infecciosa, a anemia, as neoplasias e as doenças autoimunes devem ser investigadas. Também alguns medicamentos, como os estimulantes, os corticóides e os contraceptivos, podem desencadear sintomas idênticos aos depressivos. A história clínica do paciente também é decisiva para obter uma avaliação mais específica (Brito, 2011).

Os fatores etiológicos envolvidos na depressão são multifatoriais. Há os fatores genéticos, neuroquímicos como os processos dos neurotransmissores, os hormonais, as neurotrofinas e os fatores imunológicos, além dos estressores psicossociais (Scorza, Guerra, Cavalheiro, & Calil, 2005). Estudos realizados com gêmeos sugerem a hereditariedade como fundamental provavelmente em 31% a 42%, mas estudos longitudinais podem chegar a elevar essas porcentagens. Porém, sendo uma desordem complexa considera que a genética é

fortemente influenciada quando o indivíduo é exposto a fatores ambientais como os eventos estressantes da vida (Sullivan, Neale, & Kendler, 2000). De acordo com uma pesquisa de meta análise sobre a interação do gene transportador da serotonina ligada à região polimórfica (5-HTTLPR) e eventos estressantes da vida com 14.250 pessoas não foi encontrado nenhum efeito de interação (Risch et al., 2009).

O início dos sintomas da depressão frequentemente é precipitado por um evento psicossocial severo e estressante, associado a fatores genéticos de predisposição, mas com o tempo os episódios tendem a se tornar recorrentes, uma doença que, por falta de tratamento adequado, pode chegar a um estado crônico (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2001). Cerca de dois terços dos casos regridem completamente, em outros a regressão dos sintomas é parcial com a possibilidade do desenvolvimento de novos episódios seguindo o mesmo padrão de recuperação parcial. Os casos recorrentes atingem principalmente as mulheres em qualquer fase de suas vidas (Baptista, 2004; Bicalho, 2007; OMS, 1993, 2001).

Os acontecimentos ambientais e as relações sociais afetam o funcionamento emocional/mental que está interligado com o físico/fisiológico. Fatores genéticos de predisposição à depressão podem interagir com eventos estressantes alterando a estrutura química cerebral e os processos cognitivos (Tolman, 2009). As disfunções cognitivas contribuem nas perdas funcionais observadas nos Transtornos de Humor, sugerindo para algumas pesquisas que essas disfunções poderiam ser uma parte central da etiologia e da fisiologia dos sintomas depressivos (Teng, 2009).

A cognição é a capacidade de processar informações a utilizá-las na adaptação do ser humano ao seu meio e o meio a ele mesmo. Neste processo usa-se um conjunto de funções mentais como o pensamento, atenção, linguagem, memória, percepção, raciocínio lógico e a capacidade de julgamento crítico. Funções mentais estas que permitem que o conhecimento seja adquirido, registrado, lembrado e elaborado (Rocca, Monteiro, & Fuentes, 2009).

Estudos sobre comprometimento cognitivo na fase aguda da depressão em domínios como: funções executivas, atenção, memória, concentração, abstração, raciocínio não verbal, flexibilidade cognitiva, novas aprendizagens e velocidade psicomotora demonstram que em

alguns casos o prejuízo pode ter longa duração, isso quer dizer, que mesmo com a redução dos sintomas depressivos e/ou a recuperação, os prejuízos cognitivos permanecem por mais algum tempo. Essas alterações têm levado investigações clínicas a explorar as funções neuropsicológicas evidenciadas pelos estudos de neuroimagem de alterações neuroanatomofuncionais na depressão. O que determina a amplitude das alterações são os subtipos de depressão, a gravidade e as comorbidades adquiridas. O prejuízo desse fenômeno está relacionado a implicações clínicas e ao funcionamento cotidiano porque podem levar a frustração, baixa autoestima, falta de condições de enfrentamento das dificuldades e sentimentos de inutilidade que afetam a vida familiar, o desempenho escolar, profissional e social aumentando com isso a possibilidade de recaídas (Hammar & Ardal, 2009; Porto, Hermolin, & Ventura, 2002).

Inúmeras pesquisas correlacionam os distúrbios neurocognitivos e a fisiopatologia da depressão aos endofenótipos, a anormalidades intracelulares, a sistemas de neurotransmissão como os serotoninérgicos, noradrenérgicos, dopaminérgicos e colinérgicos. Os Transtornos de Humor são relacionados com o córtex pré-frontal, a amígdala, o córtex cingulado, o hipocampo e outras estruturas cerebrais além dos processos de estresse, inflamação e oxidativos. Apesar de estudos em várias áreas do conhecimento, é consenso que os transtornos mentais, incluindo a depressão, devem ser explicados levando-se em consideração os aspectos biológicos, psicológicos e sociais (Teng & Nakata, 2009).

Nessa última década os estudos de neuroimagem funcional tem se tornado uma ferramenta importante nas pesquisas no campo da psiquiatria biológica, fisiologia e no tratamento dos transtornos mentais, principalmente facilitando o desenvolvimento de pesquisas experimentais com avançados métodos neuropsicológicos. O que possibilita uma investigação específica da cognição, dos processos emocionais e motivacionais em circuitos específicos neurofuncionais, são os sofisticados paradigmas experimentais emprestados da psicologia experimental (Gruber, Zilles, Kennel, & Falkai, 2011). Hoje a compreensão da influência da relação de fatores biológicos, psicológicos e sociais tanto nas doenças físicas como nas mentais vem crescendo rapidamente. Isso traz a possibilidade de maior eficiência nos tratamentos (OMS, 2001).

Dados epidemiológicos demonstram que a depressão atinge a todas as pessoas no mundo, culturas diferentes carregam consigo expressões diferentes, mas a sintomatologia prevalece (Patel, 2001). Calcula-se que cerca de 350 milhões de pessoas em todo mundo sofram de depressão. Em 2008, a OMS lançou o Programa de Ação Mundial com orientações para todos os seus membros e a depressão é uma das afecções prioritárias do programa (WHO, 2012). O Brasil lidera entre os países em desenvolvimento, o *ranking* mundial de prevalência da depressão, 11% da população pesquisada alegou ter algum Transtorno de Humor (Andrade et al., 2012).

Mundialmente a depressão representa 12 % de todas as doenças, com tendência ascendente, gerando um ônus muito elevado e causando muito sofrimento (OMS, 2001). É a quarta causa de incapacitação no mundo todo, em 2020 estima-se que poderá ser a segunda, abaixo apenas das doenças cardíacas. Estima-se que 60% dos casos de suicídios apresentam sintomas depressivos como “tristeza, letargia, ansiedade, irritabilidade, perturbações do sono e da alimentação”. Os números não são precisos, mas estima-se que anualmente um milhão de pessoas comete suicídio e entre dez a vinte milhões de pessoas fazem tentativas. Em muitos países do mundo isso representa 10% das causas de morte. Nos últimos 50 anos as taxas de suicídio aumentaram aproximadamente em 60%. Dentre os fatores de risco para o suicídio citados pela OMS (2006) encontra-se a depressão e sentimentos de baixa-autoestima ou de desesperança associados a fatores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais.

Além do risco de óbito por suicídio, a sintomatologia depressiva pode levar a prejuízos e complicações como provocar um quadro de desnutrição e desidratação. Nos casos mais graves pode vir acompanhada por alucinações, ideias delirantes e estupor (Bicalho, 2007). Os sintomas depressivos podem estar presentes em diversos quadros clínicos como no alcoolismo, no transtorno de estresse pós-traumático, na esquizofrenia e nas demências, ou em outras situações adversas, apesar dos mesmos sintomas serem amplamente empregados pelas pessoas em geral para relatar estados de tristeza e melancolia. A depressão enquanto doença possui mais do que alterações de humor, o doente deixa de reagir de forma positiva ao ambiente (Del Porto, 2002).

2.1.1 Depressão em idosos

O aumento da estimativa de vida do brasileiro traz consigo a preocupação com a população idosa, pois nesse período da vida os declínios dos processos físicos e psicológicos que ocorreram ao longo da vida, se tornam mais evidentes (Stuart-Hamilton, 2002). Um dos motivos do aumento da expectativa de vida pode ser o avanço da promoção à saúde com o controle das doenças infectocontagiosas em função das mudanças ocorridas nos setores econômico e científico, assim como a queda das taxas de natalidade que aumenta a porcentagem de idosos na população em geral (Argimon, 2006). A Tabela 1 apresenta a participação relativa percentual da população por grupos de idade na população total de 1980 e a estimativa até 2050, segundo dados do IBGE (2008).

Tabela 1- Participação relativa da população por grupos de idade na população total: 1980-2050

Grupos de idade	1980	1990	2000	2008	2010	2020	2030	2050
Total	1000.000	1000.000	1000.000	1000.000	1000.000	1000.000	1000.000	1000.000
0 a 14	38,24	35,33	29,78	26,47	25,58	20,07	16,99	13,15
15 a 24	21,11	19,53	19,74	18,11	17,41	16,34	13,27	10,45
0 a 24	59,35	54,96	49,52	44,57	42,99	36,41	30,25	23,60
15 a 64	57,75	60,31	64,78	67,00	67,59	70,70	69,68	64,14
55 ou mais	8,71	9,58	11,29	13,36	14,10	19,24	24,60	36,73
60 ou mais	6,07	6,75	8,12	9,49	9,98	13,67	18,70	29,75
65 ou mais	4,01	4,36	5,44	6,53	6,83	9,23	13,33	22,71
70 ou mais	2,31	2,65	3,45	4,22	4,46	5,90	8,63	15,95
75 ou mais	1,20	1,45	1,90	2,46	2,60	3,53	5,11	10,53
80 ou mais	0,50	0,63	0,93	1,27	1,37	1,93	2,73	6,39

Fonte: IBGE, Diretoria de pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050. Revisão 2008.

O envelhecimento humano é um processo biológico natural caracterizado por uma série de alterações morfofisiológicas, bioquímicas e psicológicas. O declínio cognitivo do mesmo modo é um processo normal do envelhecimento, porém estabelecer a linha que separa

esse declínio da possibilidade de uma patologia requer competência dos profissionais de saúde, tanto no cuidado com os processos de avaliação como nos achados das pesquisas. (Argimon, 2006; Manfredini & Argimon, 2010; Nascimento & Argimon, 2008).

Nesta fase da vida as perdas neuronais sejam elas perdas de eficiência ou a morte das células podem causar graves incapacidades e sofrimentos (Stuart-Hamilton, 2002). Os déficits cognitivos característicos também podem funcionar como indícios de outras patologias. Dentre elas, um dos principais problemas de saúde mental entre os idosos é a depressão, que acarreta declínio funcional, aumento da morbidade e da mortalidade. Suas causas, influências genéticas, psicossociais e os tratamentos para depressão tornam sua etiologia ainda mais complexa. Ainda há dúvidas se a remissão dos sintomas da depressão levaria a remissão dos déficits cognitivos (Ávila & Bottino, 2006).

Nos idosos um dos principais fatores associado ao suicídio é reconhecidamente a depressão (OMS, 2006). A presença de depressão na população idosa aumenta ainda mais suas incapacidades devido à idade mais avançada. Inclusive porque muitas vezes ela deixa de ser detectada como uma patologia e seus sintomas passam a ser percebidos como um processo natural do envelhecimento (OMS, 2001). Algumas alterações encontradas na depressão devem ser bem investigadas porque muitas delas também são encontradas nos estágios iniciais da demência (Hamdan & Corrêa, 2009).

A depressão aumenta com a idade, apesar de que o aumento da idade em si não demonstrar ser um risco para depressão. Outros fatores como saúde física, recursos materiais e sociais são fatores que associados à incidência do primeiro episódio de depressão em idade mais avançada podem auxiliar na prevenção e na compreensão de como ela realmente se manifesta neste período da vida. Porém, reconhecer os fatores associados à persistência e a remissão dos sintomas pode colaborar a identificar precocemente os indivíduos que necessitem de intervenções preventivas (Batistoni, Neri, & Cupertino, 2010).

Algumas pesquisas associam a depressão diagnosticada num tempo mais tardio de vida como um risco aumentado para demência, outras atribuem à depressão uma característica prodrômica, sugerindo que ela é um sintoma precoce da demência (Brommelhoff, Gatz,

Johansson, McArdle, Fratiglioni, & Pedersen, 2009). A idade mais avançada aumenta o risco de desenvolver certas perturbações, inclusive a Doença de Alzheimer. Somado a isso o fenômeno do crescimento da população idosa, as consequências são diretas para a saúde pública com uma grande carga social e econômica (OMS, 2001).

A depressão é associada com a demência em formas que podem ser combinadas como, por exemplo: depressão na demência caracterizada pelos sintomas depressivos devido ao processo degenerativo cerebral, depressão com prejuízo cognitivo caracterizado por um quadro depressivo que evolui com dificuldades cognitivas principalmente da capacidade de concentração e de memória recente, demência na depressão ou pseudodemência depressiva caracterizada por uma síndrome cognitiva resultante do processo depressivo e demência com depressão caracterizada por uma comorbidade das duas patologias onde os sintomas depressivos surgem num quadro demencial já existente (Stoppe & Neto, 1997).

Muitos pacientes idosos deprimidos mais tardiamente na vida podem tornar-se dementes além de que os estágios iniciais da demência não raramente são acompanhados de alterações de humor. Em um estudo com idosos de três grupos diferentes (normais, depressivos e demenciados), foi encontrado um padrão de deterioração demonstrando que o déficit de atenção leva a uma redução da memorização da informação e as estratégias de reconhecimento e evocação prejudicando a apresentação da memória verbal e visual, assim como compromete a escolha das estratégias nas testagens (Leposavic, Leposavic, & Gavrilovic, 2010). Quando idosos apresentam dificuldades em avaliações de memória deve-se levar em consideração as condições do próprio envelhecimento ou que possam estar associadas com depressão ou com uma doença orgânica grave (Dalgleish & Cox, 2002).

Os sintomas depressivos podem ser uma reação a problemas cognitivos, mas também os primeiros indicadores da presença de doenças neurodegenerativas, como doenças cerebrovasculares, demências como na doença de Alzheimer ou a doença de Parkinson que também afetam a diminuição da capacidade cognitiva. Quase um terço dos pacientes com demência têm sintomas de depressão, como distúrbios de atenção, falta de energia, mudanças na rotina de sono e falta de interesse para as atividades. Os déficits cognitivos em pacientes com depressão endógena sugerem deficiências neuropsicológicas no córtex-subcórtex e

disfunção fronto-límbico (Leposavice et al., 2010). Dentre os diversos transtornos que afetam os idosos, a depressão merece especial atenção, uma vez que apresenta prevalência elevada e consequências negativas para a qualidade de vida. Um estudo realizado apontou para déficits nas funções executivas e da inflexibilidade cognitiva (Nascimento & Argimon, 2008).

A flexibilidade cognitiva e a habilidade cognitiva geral ficam preservadas em pacientes depressivos. Na fase de remissão alguns distúrbios cognitivos de grau moderado ainda são reconhecidos, porém não apresenta degradação intelectual típico de demência, pois na demência as dificuldades cognitivas são mais graves. Os déficits neuropsicológicos dos pacientes com depressão endógena sugerem disfunção límbica frontal. Estudos sobre os aspectos neuropsicológicos da depressão em idosos demonstram um perfil específico de deficiências cognitivas incluindo déficits de atenção, memória e funções executivas. (Leposavice et al., 2010).

Shawn, Husain, Greer, & Cullum (2010), apontam para as questões neurofisiológicas e neurobiológicas e suas correlações com o transtorno de depressão maior. Há a hipótese de que a depressão em idade avançada estaria relacionada com lesões vasculares nas conexões frontal e límbico que podem desregular o circuito da norepinefrina e serotonina. Nos quadros de depressão vascular é mais comum a associação à anedonia (incapacidade de sentir prazer) e aos déficits cognitivos (Ávila & Bottino, 2006). A estrutura do hipocampo que está relacionada com a depressão é particularmente vulnerável na população idosa, pois há redução nessa estrutura levando a alterações de comportamento (Bicalho, 2007).

Um dos estudos sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos no sul do Brasil demonstrou escores altos nos testes para essa população e quanto maior a idade, mais altos os escores para depressão (Gazalle, Lima, Tavares, & Hallal, 2004). Somando-se também o crescimento percentual de idosos faz aumentar o interesse dos profissionais de saúde em diagnosticar e tratar (Ávila & Bottino, 2006) as alterações cognitivas, comportamentais, motivacionais, afetivas e fisiológicas (Beck et al., 1997) da depressão nessa faixa etária. O esforço tem que ser crescente dos profissionais de saúde em atender e cuidar dos idosos para que mantenham uma melhor qualidade de vida mesmo em idade avançada.

No Brasil existem poucos instrumentos para auxiliar no diagnóstico da depressão em idosos construído de acordo com as características da população brasileira. As limitações destes testes também se referem aos aspectos socioculturais de cada região onde foram criados. Espera-se que uma escala de mensuração psicológica da depressão venha contribuir nos processos de avaliação como uma ferramenta no auxílio aos profissionais de saúde no rastreamento da sintomatologia da depressão, seja ela primária, secundária ou prodrômica, e que um instrumento possa auxiliar com eficiência aos profissionais de saúde na avaliação da depressão em idosos.

2.2 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA DEPRESSÃO

As estratégias da avaliação psicológica têm objetivos bem definidos: avaliar o funcionamento psicológico com seus pontos positivos e negativos. E no caso do psicodiagnóstico avaliar também a existência ou não de alguma psicopatologia. O psicodiagnóstico é reconhecido como um processo científico que utiliza técnicas e instrumentos para identificar, descrever, classificar, avaliar para prever e/ou comunicar resultados. A partir de hipóteses levantadas previamente define-se os instrumentos necessários de acordo com a abordagem teórica do avaliador. Todo tipo de avaliação envolve algum tipo de mensuração das diferenças de cada indivíduo (Cunha, 2000).

A aplicação dos testes permite demonstrar os resultados de forma visível. Os testes são instrumentos de avaliação, que auxiliam no entendimento do ser humano, quando administrados de forma correta e consciente. Há limites de sua utilidade, mas sua utilização elimina boa parte da contaminação subjetiva das percepções e julgamentos. O uso correto garante que os procedimentos na aplicação manterão a qualidade e a validade do mesmo. Um teste psicológico é considerado um instrumento de medida, um procedimento por meio do qual se busca medir um fenômeno psicológico que se deseja observar e investigar. É uma medida padronizada e objetiva de uma amostra. As características obtidas a partir dos testes psicológicos devem ser legitimadas através de validação, fidedignidade e normatização dos testes (Manfredini & Argimon, 2010).

A neuropsicologia é uma área de atuação da psicologia que se utiliza da avaliação clínica, da anamnese e de baterias de testes que analisam funções cognitivas específicas identificando áreas comprometidas. Ajudando o paciente deprimido ao aliar-se à medicina e a tecnologia médica (Porto, Hermolin, & Ventura, 2002). É uma ferramenta que auxilia na compreensão dos transtornos mentais (Rozenhal, Laks, & Engelhardt, 2004). Porém a avaliação neuropsicológica é uma tarefa que exige conhecimento fisiológico, neurológico e cognitivo em condições normais e patológicas frente ao reconhecimento das relações cérebro-comportamento e os indícios de que lesões cerebrais afetem o comportamento e ocasionem prejuízo intelectual como resultado direto de um dano cerebral (Anastasi & Urbina, 2000).

De acordo com a Resolução 002/2004 do Conselho Federal de Psicologia (2004), a neuropsicologia utiliza instrumentos específicos para avaliar as habilidades tipo a atenção, percepção, memória, raciocínio, abstração, aprendizagem, linguagem, processamento da informação, visuoconstrução, funções motoras e executivas com a finalidade de realizar diagnóstico, acompanhamento, tratamento e pesquisas sob o enfoque das relações entre o funcionamento cerebral e o comportamento, a cognição, as emoções e a personalidade.

A avaliação neuropsicológica tem um papel multidisciplinar, que integra dados e queixas, e os relaciona com o comportamento observado e os aspectos cognitivos e/ou patológicos. Também colabora levantando hipóteses e nos planos de reabilitação. Os testes são ferramentas que fazem parte desse processo (Camargo, 2012). O mesmo precisa traduzir de modo preciso e objetivo o estado mental do indivíduo de acordo com uma teoria que forneça o quadro conceitual que interprete esses dados. E em alguns casos descrever também o desempenho apresentado durante a execução das tarefas propostas pela testagem. Os testes pretendem estudar quantitativa e qualitativamente o desempenho de sujeitos normais ou patológicos, de diferentes faixas etárias, com o objetivo de obter através da psicometria algum tipo de índice numérico de acordo com cada instrumento utilizado (Santos, 2000).

2.2.1 Instrumentos para avaliação da depressão

Os poucos testes psicológicos para depressão estudados no Brasil ainda consistem, na sua maioria em traduções e/ou adaptações de estudos desenvolvidos em outros países, sobretudo em países de língua inglesa, o que torna uma barreira na sua utilização, pois variáveis culturais determinam a modelagem e o nosso funcionamento cognitivo (Santos, 2000). O sucesso de um instrumento é alcançado quando se consegue resultados que tragam a solução do problema em questão (Martins, 2006). Um instrumento pode ter um excelente desempenho para medir algumas características, mas pode deixar de incluir outras que o tornará irrelevante para medir ao que se propõem (Hogan, 2006).

Elaborar um diagnóstico de depressão é determinar a presença ou a ausência de um padrão de sintomas através de uma entrevista clínica livre, semiestruturada ou estruturada. As escalas que mensuram a gravidade dos sintomas depressivos auxiliam na avaliação, na elaboração do próprio diagnóstico, no acompanhamento, na evolução dos resultados das intervenções terapêuticas (Calil & Pires, 1998). São usadas para medir a sintomatologia da depressão, isto é, a presença ou não dos sintomas assim como os níveis de gravidade da doença. O Quadro 1 apresenta os diferentes tipos de entrevistas clínicas estruturadas para o diagnóstico de depressão.

Quadro 1 - Entrevistas clínicas estruturadas ou semiestruturadas para diagnóstico padronizado.

Escala	Referência
<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)</i>	Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M. & First, M. B. <i>Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID, 5/1/89 Revision)</i> . Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute. New York
<i>Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry” (SCAN)</i>	World Health Organization, <i>SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry Version 2.0</i> Geneva, Switzerland Psychiatric Publishers International/American Psychiatric Press. 1993-1994

Outras escalas são utilizadas para determinar o nível de agravamento da sintomatologia depressiva. O Quadro 2 apresenta uma síntese dos principais instrumentos utilizados para avaliar a gravidade dos sintomas depressivos, mais detalhados logo após o quadro. As escalas foram escolhidas por serem as mais citadas em artigos brasileiros que constam na base de dados da CAPES, Scopus e SciELO.

Quadro 2 - Instrumentos utilizados para avaliar a gravidade dos sintomas depressivos.

continua

Nome	Ano	Formato	Medida	Propósito	Referência
<i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>	1961	Autoaplicável com 21 itens em escala <i>Likert</i> .	Avalia sintomas cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos comuns entre pacientes deprimidos.	Para a população em geral de 17 a 80 anos.	Beck AT, Ward CH, Mendelsohn M, Mock J, Erbaugh J. (1961). <i>An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.</i>
<i>Zung-Self-Rating Depression Scale</i>	1965	Autoaplicável com 20 itens em escala <i>Likert</i> .	Avalia sintomas somáticos.	Para pacientes hospitalizados e ambulatoriais.	Zung, W. W. K, Richards, C. B. & Short, M. J. (1965). Self-rating depression scale in an outpatient clinic. <i>Archives of General Psychiatry, 13(6), 508-515.</i>
<i>Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale CES-D</i>	1977	Autoaplicável com 20 itens em escala <i>Likert</i> .	Identifica depressão com itens que medem aspectos afetivos e somáticos da depressão / estima taxas de prevalência. Discrimina fatores descritos geralmente como afeto positivo, deprimido ou afeto negativo, sintomas somáticos, e problemas interpessoais.	Para a população em geral e idosos.	Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self report depression scale for research in the general population. <i>Applied Psychological Measurement, 1, 385-401.</i>
<i>Carroll rating scale for depression</i>	1981	Autoaplicável com 52 itens com respostas dicotômicas (sim/não).	Avalia sintomas como: culpa, suicídio, insônia, interesses, agitação, ansiedade, libido, hipocondria, peso e sintomas cognitivos.	Para população adulta em geral.	Carroll, B.J.; Feinberg, M.; Smouse, P.; Rawson, S. & Greden, J. (1981). The Carroll Rating Scale for Depression: I. Development, Reliability and Validation. <i>British Journal of Psychiatry, 138, 194-200.</i>
<i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i>	1983	Autoaplicável com 30 ou 15 itens com respostas dicotômicas (sim/não).	Discrimina sintomas depressivos das características gerais do envelhecimento.	Para a população geriátrica ambulatorial assim como em outros ambientes não especializados.	Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. and Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. <i>Journal. Psychiatric Research, 17, 37-49.</i> Sheikh, J. I. and Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. <i>Clinic Gerontology, 5, 165-173.</i>

continuação

Nome	Ano	Formato	Medida	Propósito	Referência
<i>Beck Depression Inventory–II</i> (BDI-II)	1996	Autoaplicável com 21 itens em escala <i>Likert</i> .	Foram excluídos itens como perda de peso, mudança na imagem do corpo, dificuldade para trabalhar e preocupação somática do BDI-I e foram incluídos itens para avaliar agitação, autoestima, dificuldades de concentração e perda de energia.	Para população em geral de 13 a 80 anos.	Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). <i>BDI-II Manual</i> . The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company. San Antonio.
Escala Baptista de Depressão - versão adultos EBADEP-A	2012	Autoaplicável com 45 itens em escala <i>Likert</i> .	Avalia sintomas cognitivos, comportamentais, emocionais e somáticos.	Para população adulta em geral.	Baptista, M. N. (2012). <i>Escala Baptista de Depressão- versão adulto: EBADEP-A</i> . São Paulo, Vetor.
<i>Hamilton Rating Scale for Depression – HAM-D</i>	1960	Aplicada por um entrevistador, versões com 24, 21 e 17 itens em escala <i>Likert</i> .	A versão com 17 itens são excluídos 4 sintomas: variação diurna do humor, desrealização, sintomas paranoides e sintomas obsessivos. A versão com 24 inclui: desesperança, desamparo e autodesvalorização.	Para pacientes diagnosticados com Transtorno de Humor.	Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. <i>Journal of Psychiatric Research</i> ; 23-56.
<i>Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale - MADRS</i>	1979	Aplicada por um entrevistador com 10 itens.	Identifica aspectos biológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais.	Para pacientes diagnosticados com Transtorno de Humor.	Montgomery, S. A. & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. <i>The British Journal of Psychiatry</i> , 134, 382-389.
<i>Cornell Scale for Depression in Dementia</i>	1988	Aplicada por um entrevistador com 19 itens.	Avalia alterações de humor, comportamentos e distúrbios físicos e de ideação em pessoas com prejuízo cognitivo.	Para pacientes e cuidadores.	Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C. & Shamoian, C. A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. <i>Biology Psychiatry</i> , 23(3), 271-84.

Beck Depression Inventory - BDI (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, & Erbaugh, 1961) – É um instrumento de rastreio autoaplicável composto de 21 itens onde a marcação é realizada através de uma escala *Likert* que pontua de 0 a 3 pontos em cada item. A soma dos escores de todos os itens constitui uma medida da intensidade dos sintomas que classifica de acordo com os seguintes intervalos: de 0 a 13 – depressão mínima, de 14 a 19 – depressão leve, de 20 a 28 – depressão moderada e de 29 a 63 – depressão grave. Indicado para pessoas de 17 a 80 anos em diferentes populações. Avalia sintomas cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos comuns entre pacientes deprimidos. De acordo com o Manual da versão em português das Escalas Beck (Cunha, 2001) a adaptação da versão brasileira só foi concluída em 2001 e foram amplamente pesquisadas em diversos estudos para a tradução, adaptação e padronização da escala e obteve propriedades psicométricas consistentes. A confiabilidade do instrumento medida pela consistência interna (*alpha de Cronbach*) é 0,80 e 0,86 para o BDI-1A.

Zung-Self-Rating Depression Scale - ZSDS – (Zung, 1965; Zung, Richards, & Short, 1965) - Escala de Zung para autoavaliação de depressão. É um instrumento de rastreio, autoaplicável ou aplicado por um entrevistador, composto de 20 itens, dez positivos e dez negativos. Com marcações de 1 a 4 em uma escala *Likert* qualificam-se as declarações como: nunca ou poucas vezes / algumas vezes / boa parte do tempo / a maioria do tempo. Os escores obtidos vão de 20 a 80 pontos. Avalia sintomas somáticos. Utilizado em pacientes hospitalizados e ambulatoriais. Steven et al. (2001) em pacientes oncológicos com ponto de corte > 48 para depressão moderada, obteve sensibilidade de 57,58% e especificidade de 92,6%.

A *Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale* - CES-D (Radloff, 1977) – É um instrumento de rastreio, autoaplicável, composto por 20 itens. A marcação das respostas são realizadas através de uma escala *Likert* em respostas como: nunca ou raramente, as vezes, frequentemente e sempre. O escore final vai de zero a sessenta pontos, com ponto de corte > 16. Identifica depressão na população em geral com itens que medem aspectos afetivos, funcionamento motor e somáticos da depressão. O CES-D é amplamente utilizado para estimar taxas de prevalência na população. Os fatores são descritos geralmente como afeto positivo, deprimido ou afeto negativo, sintomas somáticos, e problemas interpessoais (Shafer,

2006). Na adaptação da escala no Brasil a CES-D demonstrou alta consistência interna com α 0,86 à capacidade de discriminar (especificidade) foi 73,6% e dentre os classificados a precisão foi de 73,8% (Bastistoni et al., 2007).

Carroll Rating Scale for Depression (Carroll et al, 1981) - É um instrumento de rastreio, adaptado da escala *Hamilton* realizado de forma auto aplicável, com 52 itens com respostas dicotômicas sim/não. Ponto de corte < 18 para uso na população adulta em geral. Avalia sintomas como a culpa, suicídio, insônia, interesses, agitação, ansiedade, libido, hipocondria, peso e sintomas cognitivos. Possui um modelo computadorizado da escala (Miller, Ascher-Svanum, & Harding, 1985).

A *Geriatric Depression Scale* – GDS (Yesavage, Brink, Rose, et al., 1983) - É um instrumento de rastreio, autoaplicável ou realizado por um entrevistador, composto originalmente de 30 itens com respostas dicotômicas (sim ou não). Discrimina sintomas depressivos das características gerais do envelhecimento (Tolman, 2009), não avaliando os sintomas somáticos característicos das pessoas idosas. Validado para idosos é amplamente utilizada em diversos países (Beaudreau & O'Hara, 2009). Obteve confiabilidade e coeficiente α de 0,94. No teste/reteste a correlação de 0,85 sugeriu boa estabilidade do instrumento. Brink et al. (1982), com ponto de corte 10/11, encontraram sensibilidade de 84% e a especificidade de 95% sugerindo que a escala era boa para avaliar idosos.

A *Geriatric Depression Scale* – GDS-15 (Sheikh & Yesavage, 1986) - Versão abreviada que compreende quinze itens com a possibilidade de uma só resposta: sim ou não. Essa versão curta é indicada tanto para uso em ambulatórios gerais como em outros ambientes não especializados. A versão brasileira com 15 itens pode ser usada com relativa confiabilidade considerando os escores totais. O ponto de corte 5/6 é indicado para a versão brasileira do GDS-15 com sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% (Almeida & Almeida, 1999). Validada na população geriátrica ambulatorial brasileira de acordo com o CID-10 e o DSM-IV (Paradela, Lourenço, & Veras, 2005).

Beck Depression Inventory II - BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996) – Esse instrumento é semelhante à versão anterior BDI-I. Essa nova versão foi lançada para atualizar

a escala e adequá-la aos critérios de Depressão Maior do DSM-IV (APA, 1995), devido à importância e repercussão do uso da escala nos EUA. As principais modificações foram quanto ao tempo que o paciente tem da percepção dos sintomas, na versão anterior era de uma semana a na nova versão passou para duas semanas, alguns itens incluídos que avaliam agitação, autoestima, dificuldades de concentração e perda de energia e outros excluídos como perda de peso, mudança na imagem do corpo, dificuldade para trabalhar e preocupação somática (Finger, 2008). A confiabilidade medida pela consistência interna (*alpha de Cronbach*) é 0,92 para pacientes ambulatoriais e 0,93 para indivíduos não clínicos. No teste reteste 0,93 após uma semana. Para a validade concorrente houve duas comparações entre as duas versões resultando numa correlação de 0,93. Há uma versão adaptada no Brasil, o Inventário de Depressão de Beck II (Gorenstein, Pang, Argimon, & Werlang, 2011).

Escala Baptista de Depressão - versão adulta - EBADEP-A (Baptista, 2012) – É um instrumento de rastreio da sintomatologia depressiva para amostras clínicas e de pesquisa, autoaplicável, constituído de 90 frases apresentadas aos pares, formando 45 itens. Cada item possui uma frase positiva e outra negativa indicando alguma sintomatologia depressiva através da pontuação obtida que varia de zero a 135 pontos, quatro pontos para cada questão na escala *Likert*. Quanto maior a pontuação, maior a sintomatologia em depressão. De 0 a 59 – sintomatologia depressiva mínima ou sem sintomatologia, de 60 a 76 – sintomatologia leve, de 77 a 110 – sintomatologia moderada e de 111 a 135 – sintomatologia severa. A EBADEP-A leva em consideração as variáveis da realidade brasileira e os vários critérios de classificação do Transtorno Depressivo Maior de importantes manuais psiquiátricos e teorias psicológicas (Baptista, 2007; Baptista & Gomes, 2011; Baptista, 2012), foi baseada nos indicadores de classificação do DSM-IV-TR (APA, 2000), CID-10 (OMS, 2001), Terapia Cognitiva da Depressão (Beck et al., 1979) e princípios da Terapia Comportamental (Fester, 1977; Baptista, 2007). Estudos psicométricos da versão inicial da escala de 75 itens foram baseados na Teoria Clássica dos Testes e na Teoria de Resposta ao Item e recebeu evidências de validade de conteúdo, construto, critério e verificação de sua fidedignidade e análise de especificidade e sensibilidade (Baptista & Gomes 2011). Estudos da escala com outras amostras mostraram resultados do alfa de *Cronbach* maiores que 0,90 índices excelentes que indicam boa estabilidade do instrumento. Assim como resultados satisfatórios de 97,5 % para sensibilidade e 87,5 % para especificidade.

Na versão para idosos foram elaboradas 70 questões com resposta dicotômica: sim ou não, marcadas com um X no quadro logo a frente de cada item. Esta escala está em processo de validação, ao final será uma versão da escala original para adultos de acordo com o manual técnico da Escala Baptista de Depressão (versão adulto) EBADEP-A (Baptista, 2012).

A *Hamilton Rating Scale for Depression* - HAM-D (Hamilton, 1960) – É instrumento de rastreio, aplicado por um entrevistador, composto de 17 itens que determina a gravidade, com uma escala de 3 ou 5 pontos (Calil & Pires, 1998) em escala *Likert*. O autor não determinou o ponto de corte, mas há um consenso de considerar escores entre 7 a 17 - pacientes levemente deprimidos, entre 18 a 24 - moderadamente deprimidos e acima de 25 - pontos gravemente deprimidos. A escala é considerada sensível às mudanças dos pacientes gravemente deprimidos por isso é utilizada nos ensaios clínicos com antidepressivos, porém pacientes com escores abaixo de 10 são excluídos dos estudos (Moreno & Moreno, 1998). A versão com 24 itens avalia desesperança, desamparo e autodesvalorização (Calil & Pires, 1998). Na versão de 21 itens foram excluídos variação diurna do humor, desrealização, sintomas paranoides e obsessivos por não medirem a intensidade da depressão ou porque ocorriam com pouca frequência (Hamilton, 1960). Avalia componentes cognitivos, comportamentais e queixas somáticas que visam saber a gravidade do quadro (Paradela, 2011) e o tipo de depressão. Foi concebida para ser utilizada apenas em pacientes já diagnosticados com depressão para quantificar a sintomatologia. Sua utilização é combinada com uma entrevista estruturada - *Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale (Sigh-D)* (Williams, 1988). Brink et.al (1982), com ponto de corte de 10/11 obteve sensibilidade de 86% e especificidade de 80%

Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale - MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979) – É um instrumento de rastreio, aplicado por um entrevistador. Composto de 10 itens com classificação de 0 a 6, permitindo no máximo seis pontos, podendo ter no máximo um escore de 55 pontos (Moreno & Moreno, 1998), em escala *Likert*. Avalia aspectos biológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais tais como: sintomas como tristeza, redução do sono, pessimismo e pensamentos suicidas. Avalia mudanças clínicas no curso do tratamento, muito utilizada em ensaios com medicamentos depressivos como critério de inclusão ou medidas de evolução ou de recuperação de um episódio depressivo (Paradela, 2011). É sensível às

mudanças do estado clínico do paciente, por isso também é utilizada nos ensaios com antidepressivos (Calil & Pires, 1998).

Cornell Scale for Depression in Dementia – (Alexopoulos, Abrams, Young, & Shamoian, 1988) – É um instrumento de rastreio, aplicado por um entrevistador ao paciente e ao cuidador, composto com 19 itens, segue o modelo de uma entrevista semiestruturada. Avalia alterações de humor, comportamentais, distúrbios físicos e de ideação em pessoas com prejuízo cognitivo (Paradela, 2011). Vida, Rosiers, Carrier e Gauthier (1994) com ponto de corte 11/12 obtiveram sensibilidade de 91%, especificidade de 75% e coeficiente alfa de 0,84 para pacientes com diagnóstico de Alzheimer de grau moderado.

Tanto a depressão como as demências são muito prevalentes na população idosa o que pode dificultar o diagnóstico e o tratamento além de piorar o prognóstico. Por isso o diagnóstico diferencial deve ser realizado. Exames de sangue ou urina e funcionamento plaquetário para evidenciar a fisiologia dos neurotransmissores na depressão como a serotonina, dopamina, norepinefrina, acetilcolina e ácido gama-aminobutírico não são comumente usados na prática clínica. Mas podem ser fundamentais exames que demonstrem alterações endócrinas, doenças metabólicas ou outras patologias (Paradela, 2011). Além das escalas para demências e as de avaliação global. O Quadro 3 apresenta as principais escalas para avaliação diferencial da depressão e demência.

Quadro 3 - Escalas para avaliação de demência para diagnóstico diferencial.

Escalas	Referências
<p><i>Mini Mental State</i> Mini Exame do Estado Mental - MEEM</p>	<p>Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R., (1975). Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. <i>Journal Psychiatry Research</i>, 12, 189-198.</p> <p>Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P.H.F. & Okamoto, I. H., (2003). Normas sugeridas para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. <i>Arquivos de Neuropsiquiatria</i>, 61, 777-781.</p>
<p>CAMDEX – <i>Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination.</i></p>	<p>Roth, M., Tym, E., Mountjov, C. Q., Huppert, F. A., Hendrie, H., Verma, S. & Goddard, R. (1986). CAMDEX. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. <i>The British Journal of Psychiatry</i>, 149, 698-709.</p> <p>Bottino C. M. C., Stoppe A. J., Scalco, A. Z., Ferreira, R. C. R., Hototian, R. & Scalco, M. Z., (2001). Validade e confiabilidade da versão brasileira do CAMDEX. <i>Arquivos de Neuropsiquiatria</i>, 59(Supl3), 20-25.</p>
<p>BEHAVE-AD</p>	<p>Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S. P., Ferris, S. H., Franssen, E. & Georgotas, A. (1987). Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i>, 48 (Suppl.), 9–15.</p>
<p>CERAD</p>	<p>Morris, J. C., Mohs, R. C., Rogers, H., Fillenbaum, G. & Heyman, A. (1988). Consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD) clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. <i>Psychopharmacology Bulletin</i>, 24(4), 641-52.</p>
<p><i>Neuropsychiatric Inventory (NPI)</i></p>	<p>Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A. & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. <i>Neurology</i>, 44(12), 2308.</p> <p>Camozzato A.L., Kochhann R., Simeoni C., et al. (2008). Reability of the Brazilian portuguese version of the neuropsychiatric</p>
<p><i>Behavioral Rating Scale for Dementia</i></p>	<p>Tariot, Pierre N.; Mack, James L.; Patterson, Marian B.; Edland, Steven D.; et al. (1995). The Behavior Rating Scale for Dementia of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. <i>The American Journal of Psychiatry</i>, 152(9), 1349-1357.</p>

Existem ainda escalas que não são específicas para depressão, mas que complementam a avaliação do paciente em uma avaliação mais global do paciente antes e durante o tratamento. O Quadro 4 apresenta as principais escalas para avaliação global do paciente.

Quadro 4 - Escalas para avaliação global

Escola	Referências
Escala de Depressão de Wechsler	Wechsler, H.; Grosser, G.H. & Busfield, B.L. (1963). The Depression Rating Scale. <i>Archives of General Psychiatry</i> , 9, 334-343.
Escala de Avaliação de Depressão de Três Dimensões	Raskin, A.; Schulterbrandt, J.; Reatig, N. & McKeon, J.T., (1969). Replication of Factors of Psychopathology in Interview, Ward Behavior and Self Report Ratings of Hospitalized Depressives. <i>Journal of Nervous and Mental Diseases</i> , 148, 87-98.
Escala de Avaliação Global	Endicott, J.; Spitzer, R.; Fleiss, J. & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale. <i>Archives of General Psychiatry</i> , 33, 766-771.
Impressão Clínica Global de Guy	Guy, W. E. (1976). <i>Assessment Manual for Psychopharmacology</i> , Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
Escala de Avaliação Global de Funcionamento (GAF) DSM-IV	Associação Psiquiátrica Americana - APA (2003). <i>Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais – DSM-IV</i> . Artmed.

2.3 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DOS TESTES PSICOLÓGICOS PARA DEPRESSÃO

2.3.1 Validade

O sucesso de um instrumento é alcançado quando se consegue resultados que tragam a solução do problema em questão (Martins, 2006). Um instrumento pode ter um excelente desempenho para medir algumas características, mas pode deixar de incluir outras que o tornará irrelevante para medir ao que se propõem (Hogan, 2006). A validação diz respeito ao aspecto da medida estar de acordo com o que o teste quer medir e/ou avaliar. A validade legitima as interpretações evidenciando empiricamente o significado que se está atribuindo aos itens do teste (Manfredini & Argimon, 2010). Nesse sentido este estudo busca ao final do trabalho testar evidência da validade de critério e validade convergente da EBADEP-ID.

A validade é a característica mais importante de um teste. Refere-se ao grau em que um teste de fato mensura aquilo que se propõem medir. É preciso definir a validade dos escores de um teste para determinar o grau dessa validade para que se possa confiar na utilização do mesmo (Hogan, 2006; Pasquali, 2007). Refere-se também a quão bem o teste mede determinado aspecto e diz o que se pode inferir sobre os escores de um teste. O aspecto a ser testado, precisa ser analisado sistematicamente a partir de seu conteúdo definido pelos seus objetivos, princípios, procedimentos e interpretação de dados. Com a escolha dos itens apropriados com sua relativa importância (Anastasi & Urbina, 2000). Existem diversos tipos de validade ou várias formas de se obter evidências de validade de um instrumento (Campos, 2008). Uma medida para ser válida precisa representar precisamente a característica que pretende medir (Martins, 2006).

A validade de construto de um teste é a capacidade da dimensão de mensurar realmente um construto teórico ou um traço. Um construto se desenvolve na explicação e na organização das consistências de resposta observadas. Sua origem se estabelece nas inter-relações entre as medidas comportamentais. E a análise fatorial é uma técnica estatística

refinada para analisar essas inter-relações além de ser “especialmente relevante para os procedimentos de validação de construto” (Anastasi & Urbina, 2000).

A estabilidade da medida de um determinado traço é uma questão de fidedignidade de um teste. Não é o traço em si, mas a estabilidade dos escores, da consistência da medida e da replicabilidade dos escores dos testes. A fidedignidade é geralmente expressa em forma de um coeficiente de correlação. Ela pode ser formulada de acordo com três teorias: a Teoria Clássica do Teste (TCC), a Teoria de Resposta ao Item (TRI) e a Teoria da Generalizabilidade (TG) (Hogan, 2006). A fidedignidade pode ser obtida através de métodos tais como: Teste-Reteste, Forma-alternada, das Metades (*Split-Half*), *Kuder-Richardson* e Coeficiente Alfa e do Avaliador (Anastasi & Urbina, 2000).

2.3.2 Validade de critério e validade convergente

A validade de critério é um traço latente, um aspecto da validade de construto, que avalia o grau que um teste discrimina entre pessoas que diferem em determinadas características de acordo com um critério padrão. Na validade de critério o teste prediz um critério externo referindo-se ao grau de eficácia que ele pode predizer sobre o desempenho de um sujeito. A mesma pode ser subdividida ou distinguida com duas variações ou dois tipos: a validade preditiva e a validade concorrente (Pasquali, 2007; Pasquali, 2008).

Considerando que o teste pode ser um preditor presente ou futuro, a diferença se refere ao tempo da coleta dos dados e a coleta de informações sobre o critério. Na validade preditiva a medida é obtida após a coleta dos dados, isto é, o critério é avaliado no futuro e na validade concorrente a medida é obtida simultaneamente a coleta de dados, isto é, quando o instrumento é aplicado juntamente com o critério. Ambas são estimadas estatisticamente e expressas através de sua sensibilidade, especificidade e aos valores preditivos positivo e negativo que se referem à probabilidade e a proporção de classificações corretas e incorretas. (Cronbach & Meehl, 1955; Menezes, 1998; Pasquali, 2007; Pasquali, 2008)

A validade convergente é determinada pela correlação dos resultados significativamente alta dos mesmos traços medidos por diferentes métodos. Quando as duas medidas diferentes indicam que o construto está relacionado é convergente. Um dos métodos para se estabelecer a validade de um novo teste é obter alta correlação com outro teste que já se conhece como sendo um bom indicador para mensuração de determinada característica (Hogan, 2006, Pasquali, 2007).

O objetivo deste trabalho foi buscar evidência de validade de critério e validade convergente da Escala Baptista de Depressão versão Idosos - EBADEP-ID. A evidência de validade foi baseada na avaliação da correlação com o GDS, usado como padrão ouro e da estrutura interna dos itens para avaliar a precisão através da discriminação dos itens, assim como o alfa de *Cronbach*. Demonstrando as diferenças entre os sexos e dos grupos que compuseram a amostra: idosos de Centro de Convivência, Asilo e Hospital.

3. MÉTODO

3.1 PARTICIPANTES

Fizeram parte deste estudo 202 idosos de ambos os sexos. Os participantes tinham mais de 60 anos de idade. A maioria deles num total de 97 voluntários foram recrutados através de contato com o Centro de Convivência de Idosos da Associação Siloé de Apoio Social – ASAS, 65 voluntários do Asilo da mesma instituição com o nome de Cidade de Refúgio IV e do Lar do Idoso Tarumã e 40 voluntários do Hospital do Idoso – Zilda Arns, na cidade de Curitiba-PR.

Os idosos do Centro de Convivência se reúnem periodicamente para realizarem atividades sociais na comunidade, lazer como passeios, cafés e ginástica para terceira idade. Os idosos do Asilo moram no local e realizam pouca ou quase nenhuma atividade parecida com as atividades dos idosos no Centro de Convivência, além de terem em sua grande maioria pouco ou quase nenhum contato com familiares. No Hospital os idosos estão todos acamados. Alguns idosos estavam internados há muitos dias outros só poucos dias somente para se recuperarem de algum procedimento menos invasivo. A grande maioria estava acompanhada de um familiar, mas, havia alguns que mantinham pouco ou nenhum contato com seus familiares.

3.2 INSTRUMENTOS

3.2.1 Questionário de identificação e de caracterização

O questionário sócio demográfico é um instrumento autoaplicável, mas que pode ser aplicado por um entrevistador. É composto de 16 itens fechados marcados com um X no quadro específico sobre: sexo, estado civil, diagnóstico de transtornos mentais pessoais e

familiares, diagnóstico de depressão, uso de medicamento e alguns dados sobre fatores estressores que podem ter ocorrido recentemente na vida do voluntário como: nascimentos, mudanças de cidade ou de moradia, aposentadoria, se realiza atividades de aprendizagem, dificuldades financeiras, problemas de saúde pessoais e de familiares, morte de pessoas importantes e dificuldades em geral. Os outros 17 itens abertos buscam obter as informações sobre como: nome, idade, nível de escolaridade, profissão, quantas pessoas moram junto com o idoso, qual pessoa e qual o transtorno mental há no histórico da família caso afirmativo na resposta fechada na pergunta anterior, qual transtorno mental pessoal foi diagnosticado e com que idade caso, a resposta da pergunta anterior seja positiva, qual medicamento faz uso para depressão e há quanto tempo faz uso caso a resposta seja positiva na pergunta anterior e outras observações que se mostrem importantes. O instrumento foi uma adaptação pessoal realizada a partir do instrumento de identificação do projeto guarda-chuva da EBADEP (Anexo 6).

3.2.2. Mini-Mental – Mini Exame do Estado Mental – MEEM

Mini Exame do Estado Mental (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) - Desde o início da sua publicação é usado como um importante instrumento de rastreamento de comprometimento cognitivo. É aplicado por um entrevistador. Possui 30 itens com um ponto para cada resposta correta. Inclui itens variados que possibilitam com rapidez verificar orientação temporal, orientação espacial, memória, atenção e cálculo, linguagem, praxias e habilidades construtivas (Zanini, 2010). A pontuação varia de 0 a 30, sendo que o escore total diminui de acordo com o comprometimento. Para a aplicação é necessário um lápis e uma folha de papel e alguns minutos (5 a 10 minutos aproximadamente). É um instrumento amplamente usado em muitos países para o rastreamento de demências (Yassuda, Flaks, Pereira, & Forlenza, 2010). O ponto de corte de 24 pontos usados para sujeitos escolarizados (Folstein et al., 1975), foi usado como critérios de observação para comprometimentos cognitivos demonstrados com escores muito baixos que poderiam afetar os resultados demonstrando um falso positivo para os sintomas depressivos. No Brasil a primeira versão foi publicada por Bertolucci, Brucki e Campacci em 1994 (Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci, & Okamoto, 2003). Para o ponto de corte 24/25

os índices de sensibilidade 75% e de especificidade 69,7% no estudo de Lourenço e Veras (2006) com idosos ambulatoriais no Brasil (Anexo 7).

3.2.3. Escala de depressão geriátrica (GDS -15)

Escala de Depressão Geriátrica – GDS-15 (Sheikh & Yesavage, 1986) – é um instrumento de rastreio, autoaplicável ou realizado por um entrevistador. A versão utilizada foi abreviada que compreende quinze itens com respostas dicotômicas (sim ou não). Indicada tanto para uso em ambulatórios gerais como em outros ambientes não especializados. A versão brasileira com 15 itens pode ser usada com relativa confiabilidade considerando os escores totais. O ponto de corte 5/6 é indicado para a versão brasileira do GDS-15 com sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% (Almeida & Almeida, 1999). Validada na população geriátrica ambulatorial brasileira de acordo com o CID-10 e o DSM-IV (Paradela et al., 2005). Os itens avaliam a satisfação de vida pessoal, estado de humor, irritabilidade, pensamentos negativos, felicidade, capacidade de solucionar problemas, interesse em sair de casa e fazer coisas novas ou coisas que já gostava em detrimento a ficar em casa sozinha, sensação de inutilidade, de energia, de esperança e se sentir-se bem ou pior que as outras pessoas. Cada resposta positiva para sintomas depressivos recebem um ponto. A Escala de Depressão Geriátrica- GDS (Anexo 8), será usada como padrão ouro para estabelecer a validade convergente da EBADEP-ID.

3.2.4. Escala Baptista de Depressão - versão idosos (EBADEP-ID)

É um instrumento de rastreio, autoaplicável ou aplicado por um entrevistador. Composto de 70 itens (Anexo 9), com resposta dicotômica (sim ou não), marcadas com um X no quadro logo a frente de cada item. Cada item recebe um ponto para cada resposta positiva para sintomas depressivos. Alguns itens devem ser invertidos para pontuar de forma positiva para sintomatologia depressiva, isto é, as respostas na coluna do “não” pontuam no escore

total juntamente com as respostas da coluna do “sim” dos outros itens. Em síntese, os itens: 02, 05, 06, 08, 11, 12, 13, 14, 16, 20, 22, 24, 25, 28, 29, 38, 39, 41, 45, 46, 58, 59, 60, 61, 65 e 70 quando marcados na coluna da resposta “não” somam pontos para avaliação de sintomas para depressão, os demais itens pontuam (0) quando marcados na coluna “sim”. São observados sintomas como: sentir-se sozinha, autoestima, dificuldades para resolver problemas, sentimento de incapacidade, percepção de apoio social, sensação de vazio, choro, sensação de tristeza, sensação de prazer, anedonia, expectativas quanto ao futuro, percepção de comportamentos diferentes dos habituais, dificuldade para fazer escolhas, sentimentos de infelicidade, pensamentos negativos, alterações no sono, alterações nos hábitos alimentares, sentimento de inutilidade, isolamento social, letargia, agitação, sentimento de angústia, pensamentos de morte, ideação suicida, hipocondria, irritabilidade, sentimento de culpa, desânimo, dificuldades para fazer escolhas, libido e sensação de cansaço. Estudos psicométricos da versão da escala de 75 itens foram baseados na Teoria Clássica dos Testes e na Teoria de Resposta ao Item e receberam evidências de validade de conteúdo, construto, critério e verificação de sua fidedignidade e análise de especificidade e sensibilidade (Baptista & Gomes 2011). Estudos da escala com outras amostras mostraram resultados do alpha de Cronbach maiores que 0,90; índices excelentes que indicam boa estabilidade do instrumento. Assim como resultados satisfatórios de 97,5 % para sensibilidade e 87,5 % para especificidade (Souza, 2010).

3.3 PROCEDIMENTOS

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (Anexo 1), foram realizados contatos com diversos Centros de Convivência de Idoso, Clínicas Psiquiátricas, Asilos e um Hospital. As clínicas não se interessaram pelo estudo, mas houve resposta positiva do Hospital e dos Asilos, assim como do Centro de Convivência que havia sido autorizado pelo Comitê de Ética. Após a autorização das instituições (Anexos 2, 3 e 4), os idosos foram contatados e convidados a participar voluntariamente nas dependências das instituições. Após serem informados sobre a pesquisa e lhes explicado sobre o objetivo, justificativa, procedimentos da avaliação, os que aceitaram

participar e assinaram o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Anexo 5), em duas vias uma que foi armazenada para a pesquisa e outra que ficou em posse de cada voluntário. Foi realizada a avaliação obedecendo ao seguinte protocolo com cada um dos participantes: o primeiro instrumento a ser preenchido foi uma ficha de identificação e de caracterização (Anexo 6), que colheu informações como dados pessoais, sócio demográfico e estado geral de saúde, o segundo instrumento foi o Mini Exame do Estado Mental – MEEM (Anexo 7) para avaliar comprometimentos cognitivos que afetariam os resultados dos testes para depressão, o terceiro instrumento foi a Escala de Depressão Geriátrica – GDS-15 (Anexo 8), o quarto e último instrumento utilizado foi a Escala Baptista de Depressão em Idosos – EBADEP-ID (Anexo 9).

Todos os instrumentos são autoaplicáveis, porém alguns voluntários pediram para que as perguntas fossem lidas porque haviam esquecido os óculos ou os mesmos estavam desajustados, outros relataram terem dificuldades de leitura além daqueles que declararam serem analfabetos e de outros com dificuldade ou com impossibilidades motoras manuais. Para esses voluntários nenhum instrumento foi autoaplicado. A grande maioria dos idosos convidados a participar da avaliação não negou responder a pesquisa, a grande maioria demonstrou boa disposição em participar. Alguns comentaram que não tinham o hábito de participar de pesquisas, mas ao final da avaliação relataram que gostaram muito de participar chegando a agradecer a oportunidade. Somente três pessoas recusaram participar da pesquisa. Algumas pessoas do centro de convivência quiseram participar mesmo estando fora dos critérios de inclusão. Houve 13 avaliações iniciadas e não completadas porque alguns participantes quiseram interromper e alguns por dificuldades de estabelecer uma comunicação adequada motivada por dificuldades auditivas e de compreensão das perguntas.

Não houve riscos invasivos pessoais, mas alguns itens do questionário poderiam ocasionar algum desconforto ou constrangimento aos participantes. Para diminuir os riscos de constrangimento e manter a privacidade dos participantes a aplicação no centro de convivência e no asilo foi realizada numa sala reservada da associação. Os voluntários hospitalizados foram avaliados em seus leitos por causa da dificuldade de remoção dos mesmos devido ao uso de soros etc.

Os participantes que foram identificados sintomas clinicamente significativos para depressão através de pontuação mínima de sete itens positivos para depressão da GDS-15 foram realizados os seguintes procedimentos: os participantes do Centro de Convivência foram encaminhados para a Unidade de Saúde do Sistema Único de Saúde e/ou para o Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná – UFPR, os participantes do asilo foram encaminhados ao serviço de psicologia da própria instituição e os participantes hospitalizados foram relatados ao serviço de psicologia do próprio hospital e encaminhados a Unidade de Saúde do Sistema Único de Saúde e/ou para o Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná – UFPR. Pois somente o uso das escalas não poderia gerar o diagnóstico e os mesmos precisavam de uma avaliação mais pormenorizada para verificação de necessidade para encaminhamentos a especialistas.

3.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Para a análise descritiva nos dados foram empregadas medidas de tendência central (média) e medidas de variabilidade (desvio-padrão). As correlações entre as variáveis foram analisadas por meio do Teste de correlação produto-momento de Pearson. Para a análise inferente foram empregados o Teste t de *Student* e a Análise da Variância (ANOVA).

A análise da confiabilidade do instrumento foi realizada mediante a análise do alfa de *Cronbach*. Todas as análises estatísticas foram realizadas por meio do software R (R Core Team, 2013).

4. RESULTADOS

A amostra de 202 idosos foi constituída por 97 idosos (48%) recrutados no centro de convivência de idosos, 65 idosos (32%) no asilo e 40 idosos (20%) no hospital. A idade variou entre 60 a 90 anos, com média de 68 anos (Tabela 2). A maioria dos participantes (51%) foi composta por homens (Tabela 3). Em relação à escolaridade, 146 idosos (72%) possuía no máximo o ensino fundamental, 35 idosos (17%) possuíam o ensino médio e 21 idosos (11%) possuem ensino superior.

O resultado do desempenho geral da amostra no MEEM, GDS-15 e EBADEP-ID são apresentados na Tabela 2. Os idosos em sua maioria não apresentaram comprometimento cognitivo. O desempenho dos idosos no MEEM variou entre 2 a 30 pontos, com média de 25 pontos. Destes, 133 idosos (65,8%) obtiveram pontuação > ou igual 24 pontos e 69 idosos (34,2%) atingiram pontuação < 24 pontos. Os dois grupos diferiram estatisticamente em relação a comparação das médias [$t(79,18) = 15,82$; $p < 0,001$, $d = 2,33$; IC 95% = 1,97 - 2,70]. A amostra foi constituída em sua maioria por idosos sem sintomas depressivos, 148 idosos (73,2%) avaliados pela GDS-15. A média para este grupo foi de 2,47 e desvio-padrão de 1,66 pontos. Os idosos classificados com sintomas depressivos foram 54 (26,7%), com média de 8,54 e desvio-padrão de 2,10 pontos. As diferenças dos dois grupos foram significativas [$t(84,12) = 19,66$; $p < 0,001$; $d = 3,06$; IC 95% = 2,64 - 3,48]. A pontuação da EBADEP-ID variou entre 1 a 51 pontos, com média geral de 17 pontos. A média no desempenho da EBADEP-ID sem sintomas depressivos (avaliados pelo GDS-15) foi de 14,75 pontos e desvio-padrão de 8,81. Para os idosos com sintomas depressivos a média e o desvio-padrão foram 30,95 e 10,86 pontos, respectivamente. As diferenças foram significativas entre os grupos [$t(85,51) = 10,07$; $p < 0,001$; $d = 1,57$; IC 95% = 1,23 - 1,91].

Tabela 2 - Análise descritiva da amostra (N=202)

	M ±DP	MIN - MAX
IDADE	68 ± 7,22	60 - 90
MEEM	25 ± 5,41	2 - 30
GDS	4 ± 3,15	0 - 14
EBADEP-ID	17 ± 11,47	1 - 51

Nota: M=Média; DP= Desvio padrão; MEEM = Mini Exame do Estado Mental; GDS= Escala de Depressão Geriátrica; EBADEP-ID = Escala Baptista de Depressão para Idosos.

A Tabela 3 apresenta o desempenho da amostra no MEEM, GDS-15 e EBADEP-ID em relação ao sexo. Quanto ao desempenho no EBADEP-ID não foi observado diferenças significativas em relação às médias entre homens e mulheres [$t(205) = 0,240$; $p = 0,810$; $d = 0,03$; IC 95% = -0,24 – 0,31]. O mesmo foi observado em relação ao desempenho no MEEM [$t(205) = 0,115$; $p = 0,909$; $d = 0,02$; IC 95% = -0,26 – 0,29] e GDS-15 [$t(205) = 0,377$, $p = 0,706$; $d = 0,03$; IC 95% = -0,24 – 0,31].

Tabela 3 - Análise descritiva dos grupos, masculino (n=103) e feminino (n=99).

	SEXO	M	DP
MEEM	Masculino	23,66	5,33
	Feminino	23,57	5,46
GDS	Masculino	4,06	3,04
	Feminino	4,23	3,48
EBADEP-ID	Masculino	19,02	11,63
	Feminino	19,42	12,15

Nota: M=Média; DP= Desvio padrão; MEEM = Mini Exame do Estado Mental; GDS= Escala de Depressão Geriátrica; EBADEP-ID = Escala Baptista de Depressão para Idosos.

A análise dos resultados evidenciou que o desempenho da amostra nos testes utilizados sofreu influencia em relação ao tipo de local de coleta dos dados (Centro de Convivência, Asilo e Hospital). A ANOVA do desempenho na EBADEP-ID mostrou diferenças significativas em relação aos grupos [$F(2; 204) = 23,42$; $p < 0,001$; $d = 0,83$; IC 95% = 0,55 – 1,18]. A análise *Pos-Hoc* (Teste de *Tukey HSD*) mostrou que os três grupos diferiram entre si (Asilo x Hospital: $p = 0,003$ e Asilo x Centro de Convivência: $p < 0,001$). As diferenças entre grupos no MEEM também foram significativas [$F(2; 204) = 25,42$; $p < 0,001$; $d = 0,99$; IC 95% = 0,70 – 1,27]. O desempenho entre os grupos Asilo x Hospital não diferiram ($p = 0,69$) no MEEM. Em relação ao GDS-15, a ANOVA evidenciou diferenças entre os grupos [$F(2; 204) = 23,92$; $p < 0,001$; $d = 0,93$; IC 95% = 0,64 – 1,21]. Novamente, os grupos Asilo x Hospital não apresentaram diferenças significativas ($p = 0,58$).

A Tabela 4 apresenta o desempenho da amostra no MEEM, GDS-15 e EBADEP-ID em relação aos grupos CC, AS e HP. A ANOVA do desempenho na EBADEP-ID mostrou diferenças significativas em relação aos grupos [F(2; 204) = 23,42; p <0,001; d = 0,83; IC 95% = 0,55 – 1,18]. A análise *Pos-Hoc* (Teste de Tukey HSD) mostrou que os três grupos diferiram entre si (Asilo x Hospital: p = 0,003 e Asilo x Centro de Convivência: p <0,001). As diferenças entre grupos no MEEM também foram significativas [F(2; 204) = 25,42; p < 0,001; d = 0,99; IC 95% = 0,70 – 1,27]. O desempenho entre os grupos Asilo x Hospital não diferiram (p = 0,69) no MEEM. Em relação ao GDS-15, a ANOVA evidenciou diferenças entre os grupos [F(2; 204) = 23,92; p <0,001; d = 0,93; IC 95% = 0,64 – 1,21]. Os grupos Asilo x Hospital não apresentaram diferenças significativas (p = 0,58).

Tabela 4 - - Desempenho dos grupos em relação ao MEEM, GDS-15 e EBADEP-ID

	CC	AS	HP
	m±dp	m±dp	m±dp
MEEM	26±2,81	21,7±6,18	20,29±6,30
GDS-15	2,72±2,86	4,95±2,80	6,29±3,27
EBADEP-ID	14,54±10,81	20,85±9,99	27,98±11,61

Nota: CC = Centro de Convivência; AS = Asilo; HP = Hospital

A Tabela 5 apresenta as análises das correlações entre as variáveis: idade, MEEM, GDS-15 e EBADEP-ID. Podemos observar que o desempenho na EBADEP-ID correlacionou-se de maneira forte e positiva em relação ao GDS-15 (r = 0,76; p < 0,001; d = 2,34; IC 95% = 2,09 – 2,59) e fraca e negativa com o MEEM, porém o tamanho do efeito foi grande (r = -0,36; p <0,001; d = 0,77; IC 95% = 0,57 – 0,97).

Tabela 5 - Tabela de Correlação entre os instrumentos utilizados pelos participantes

	IDADE	MEEM	GDS	EBADEP-ID
IDADE	1			
MEEM	0,23**	1		
GDS	0,03	0,33**	1	

EBADEP-ID	0,06	0,36**	0,76**	1
------------------	------	--------	--------	---

Nota: ** = $p < 0,001$; MEEM = Mini Exame do Estado Mental; GD S= Escala de Depressão Geriátrica; EBADEP-ID = Escala Baptista de Depressão para Idosos.

A versão EBADEP-ID, realizada neste estudo com 70 itens, apresentou índice de consistência alfa de *Cronbach* $\alpha = 0,92$.

5. DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi buscar evidências de validade de critério e validade convergente da Escala Baptista de Depressão – versão idosos (EBADEP-ID). As diretrizes da *American Educational Research Association*, *American Psychological Association* e da *National Council on Measurement in Education* (1999), para o uso e desenvolvimento de testes psicológicos consideram de fundamental importância a investigação sobre a validade dos instrumentos de medida cognitiva e comportamental. Os resultados desta pesquisa sugerem que a EBADEP - ID é um instrumento com boas evidências de validade para identificar e medir a intensidade de sintomas depressivos na população idosa. A escala pode ser utilizada como ferramenta auxiliar para profissionais da saúde que necessitam avaliar a sintomatologia depressiva em idosos.

A EBADEP-ID é uma versão modificada da versão original Escala Baptista de Depressão (versão adulto) – EBADEP-A (Baptista, 2012). Os vários estudos realizados pelo autor e colaboradores, fundamentados na Teoria de Resposta ao Item - TRI (modelo de *Rasch*) e na Teoria Clássica dos Testes – TCT, demonstraram que a versão original de 45 itens possui boas qualidades psicométricas. O índice de confiabilidade do EBADEP-A foi de $\alpha = 0,95$ (alfa de *Cronbach*) e de $\alpha = 0,92$ (modelo de *Rasch*) (Baptista & Gomes, 2011). A versão EBADEP-ID, realizada neste estudo com 70 itens, apresentou índice de consistência semelhante (alfa de *Cronbach* $\alpha = 0,92$). Prieto e Muñiz (2000) consideram coeficientes de consistência acima de 0,85 como excelentes. Contudo, estes resultados devem ser interpretados com cautela. A literatura tem reportado que índices de precisão medidos pela TCT são fortemente influenciados pelo número de itens e pela dimensionalidade do instrumento (Cortina, 1993; Schmitt, 1996). Em outras palavras, quanto maior o número de itens de um teste psicométrico maior é o índice alfa de *Cronbach*. Por outro lado, a precisão estimada pela TRI é mais robusta. O tamanho da amostra impossibilitou a realização da análise de consistência interna utilizando o modelo de *Rasch* na EBADEP-ID.

A análise de validade da EBADEP-ID foi realizada mediante comparação do desempenho da amostra em relação às variáveis: idade, sexo, grupos (local de aplicação), MEEM e GDS-15. É sempre relevante enfatizar que no campo da psicometria, a evidência de

validade é considerada como o aspecto mais importante na construção de um teste psicológico (Pasquali, 2003). Os dados obtidos no presente estudo revelaram uma fraca/nula correlação entre a idade dos participantes e o desempenho na EBADEP-ID. A literatura epidemiológica internacional tem apresentado resultados contraditórios sobre a associação entre depressão e aumento da idade. Stordal, Mykletun e Dahl (2003), por exemplo, num estudo com a população norueguesa, reportaram evidências que sustentam que os sintomas depressivos aumentam com a idade, independentemente da presença de comorbidades (condições físicas ou doenças crônicas). Por outro lado, o estudo de Scott et al. (2008), baseada em pesquisas da Organização Mundial da Saúde (*World Mental Health* - WMH) realizada em 18 países, não encontrou evidências associando aumento da idade e depressão, quando as comorbidades (condições físicas e dor) são controladas. De maneira semelhante ao estudo anterior, Kessler et al. (2010), realizaram uma análise em 17 países (inclusive o Brasil) e observaram uma diminuição da associação entre doenças crônicas e depressão com a idade, apesar do esperado aumento da comorbidade física com a idade. Uma revisão sistemática recente (Ferrari et al., 2013), sobre a prevalência e incidência da depressão no mundo, não identificou um aumento significativo da prevalência da depressão para o grupo de participantes entre 18 e 65 anos e para o grupo acima de 65 anos.

No Brasil, o estudo longitudinal de Batistoni, Neri e Cupertino (2010), com 310 idosos residentes numa comunidade não encontrou diferenças significativas em relação à idade avaliadas pela CES-D. Por outro lado, o estudo longitudinal sobre envelhecimento da Irlanda (Regan, Kearney, Savva, Cronin, & Kenny, 2013), também utilizando o CES-D encontrou diferenças significativas relacionadas a idade. Estas diferenças estão associadas à presença de manifestações clínicas, tais como: doenças físicas e uso de medicação. Os autores evidenciaram que esta associação é significativa somente para pessoas de 50 a 64 anos, mas não para idosos acima de 65 anos. Em relação à EBADEP-A não foram encontradas diferenças significativas, numa amostra de 17 a 61 anos, em relação a diferentes faixas etárias (Baptista, Cardoso, & Gomes, 2012). Os resultados encontrados na versão EBADEP-ID corroboram as pesquisas realizadas com a versão adulta e os dados da literatura.

A EBADEP-ID apresentou boa evidencia de validade para ser utilizado em idosos de ambos os sexos. Não foram encontradas diferenças significativas no desempenho da

EBADEP-ID ou GDS-15 em relação ao sexo masculino e feminino. Estudos epidemiológicos têm constatado que a depressão é mais frequente em mulheres do que em homens (Forlani et al., 2013; Kuehner, 2003, Ferrari et. al., 2013; Justo & Calil, 2006). A vulnerabilidade da mulher pode ser explicada por um conjunto de fatores psicológicos, socioambientais e biológicos (Baptista, Baptista, & Oliveira, 1999). Em que medida estes fatores predisõem mais a mulher à depressão ainda não foi esclarecido. Há controvérsias na literatura sobre a influência destes fatores, em particular, em relação à influência dos fatores biológicos. Piccinelli e Wilkinson (2000), por exemplo, consideram que há mais evidência em favor dos fatores socioambientais (experiências adversas na infância e adolescência, vulnerabilidade aos eventos sociais e habilidades de *coping*) do que fatores genéticos ou biológicos. Por sua vez, estudos na área da gerontologia, sobre crenças em relação à depressão (relacionadas a eventos psicossociais, frustração, perdas e personalidade), com idosos que frequentam atividades em uma Universidade da Terceira Idade, não encontraram diferenças relacionadas ao sexo entre os participantes (Muniz, Batistoni, & Nascimento, 2013).

Pesquisas utilizando instrumentos de medida comportamental têm apresentado resultados contraditórios em relação às diferenças de gênero. Por exemplo, a pesquisa de Alvarenga, Oliveira e Faccenda (2012), com 503 idosos atendidos num programa de assistência à saúde familiar, utilizando o GDS-15 não encontrou diferenças significativas entre os sexos. Por outro lado, um estudo longitudinal em comunidade, numa amostra de 310 idosos, utilizando a escala CES-D encontrou evidências de que as mulheres apresentam maior incidência e recorrência de sintomas depressivos do que os homens (Batistoni, Neri, & Cupercino, 2010). Em relação ao desempenho da EBADEP-A, em um estudo utilizando uma versão com 75 itens, em uma amostra de 146 universitários de 17 a 46 anos (70,5% do sexo feminino), foram observadas diferenças significativas em relação aos sexos (Baptista, Souza, Gomes, Alves, & Carneiro, 2012). Contudo, outro estudo com o mesmo instrumento, porém com uma versão de 45 itens, com uma amostra de 173 universitários de 17 a 61 anos (87,9% do sexo feminino), não foi observado diferenças significativas relacionadas ao sexo (Baptista, Cardoso, & Gomes, 2012). Esta aparente contradição pode ser explicada provavelmente pela diferença em relação ao número de itens das duas versões da EBADEP-A, pela faixa etária e pela diferença no número de participantes do sexo feminino. No presente estudo, utilizando a EBADEP-ID com 70 itens não foram observadas diferenças quanto ao sexo.

Os resultados do presente estudo evidenciaram que a EBADEP-ID possui uma boa capacidade de discriminação entre os grupos de idosos avaliados em asilo, centro de convivência e hospital. Os idosos institucionalizados (asilo) diferiram significativamente em relação aos idosos do centro de convivência e dos idosos do hospital. Estes dados são corroborados na literatura, que relatam uma prevalência elevada de idosos institucionalizados com depressão (Djernes, 2006). Plati, Covre, Lukasova e Macedo (2006), por exemplo, realizaram um estudo para comparar o desempenho cognitivo e a presença de sintomas depressivos em idosos não institucionalizados ($n = 37$), institucionalizados sem atividades ($n=46$) e institucionalizados com atividades ($n = 37$), num total de 120 idosos pareados em relação às variáveis: idade, sexo e nível educacional. Os dois grupos de idosos institucionalizados apresentaram diferenças significativas para presença de sintomas depressivos (medidos pelo GDS-15) e declínio cognitivo quando comparados com idosos não institucionalizados. A presença de sintomas depressivos nos grupos institucionalizados foi de 54,2% contra 18,9% para idosos não institucionalizados. A presente pesquisa realizada no asilo apresentou um índice semelhante; 53,7% da amostra apresentaram sintomas depressivos contra 10% de idosos avaliados no centro de convivência. Por outro lado, no ambiente hospitalar a prevalência para sintomas depressivos foi de 37,9%. A EBADEP-ID apresentou um bom poder discriminativo entre os grupos.

Em relação ao MEEM, os resultados mostraram que 33,4% da amostra apresentaram comprometimento cognitivo, sendo que este índice aumenta para 53,7% nos idosos institucionalizados. Apesar da fraca associação entre o MEEM e a EBADEP-ID ($r = 0,36$), o *effect size* variou entre moderado a grande (Cohen, 1988); os valores estimados ficaram entre 0,57 a 0,97. Em outras palavras, a 13% (r^2) da proporção da variabilidade da EBADEP-ID pode ser explicada pelo desempenho no MEEM. Estes resultados podem ser explicados, em parte, pela alta incidência de comprometimento cognitivo em idosos institucionalizados (Gorzoni & Pires, 2006). Soma-se ao fato de que, em muitos idosos institucionalizados, há uma forte associação de comprometimento cognitivo com depressão (Plati, Covre, Lukasova, & Macedo, 2006). Por outro lado, Ownby, Crocco, Acevedo, John e Loewenstein (2006), num estudo de metanálise e de metaregressão encontraram evidências de que a depressão pode aumentar o risco para a Doença de Alzheimer. Um estudo de *follow-up* de 17 anos acompanhando um grupo de 949 idosos em comunidade encontrou evidências significativas

de que a depressão (avaliados pela CES-D) aumento o risco para o desenvolvimento de demência e Doença de Alzheimer (Saczynski et al., 2010) No Brasil, um estudo recente, encontrou evidência de que baixo nível de escolaridade e histórico de depressão estão fortemente associados com a Doença de Alzheimer (Bicalho et al., 2013). Estes achados corroboram a observação de que o desempenho na EBADEP-ID pode ser influenciado pelo desempenho ou comprometimento cognitivo no idoso.

Em relação ao GDS-15, no presente estudo foi observada uma correlação alta e positiva entre o EBADEP-ID e o GDS-15 ($r = 0,76$). A validade da versão adulto do EBADEP foi estabelecida em comparação com o desempenho do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II (Goreinstein, Pang, Argimon, & Werlang, 2011), numa amostra de 173 estudantes universitários, e a escala da CES-D (Batistoni, Neri, & Cupertino, 2007) aplicados em 146 universitários. As correlações variaram entre 0,69 (amostra total) e 0,89 (amostra com reaplicação) com a escala BDI-II (Baptista, Cardoso, & Gomes, 2012) e 0,75 na escala CES-D (Baptista, Souza, Gomes, Alves, & Carneiro, 2012). Segundo Prieto e Muñiz (2000) valores acima de 0,60 são considerados medidas excelentes para correlações entre instrumentos. Deste modo, é possível afirmar que o EBADEP-ID e o GDS-15 avaliam o mesmo construto.

A escolha da GDS para análise da validade da EBADEP-ID se deve ao fato de que ela é uma das escalas mais utilizadas em todo o mundo para triagem e estagiamento dos sintomas depressivos em idosos (Brown & Astell, 2012). As propriedades psicométricas (consistência interna e estrutura fatorial) da versão resumida da escala (GDS-15) tem sido objeto de pesquisa em vários países (Martínez et al., 2005; Friedman et al., 2005; Van Marwijk et al., 1995, Gómez-Angulo & Campo-Arias, 2011). No Brasil, o estudo pioneiro sobre confiabilidade do GDS-15 foi realizado por Almeida e Almeida (1999). Várias pesquisas investigaram as características psicométricas do GDS-15 em diferentes contextos: comunitário, ambulatorial e hospitalar (Alvarenga, Oliveira e Faccenda, 2012; Pinho, Custódio, Makdisse, & Carvalho, 2010; Sousa, Medeiros, Moura, Souza, & Moreira, 2007; Paradela, Lourenço, & Veras, 2005). As boas características psicométricas do GDS-15, observados em diferentes estudos, e sua associação significativa com o EBADEP-ID são

evidências que sustentam a afirmação de que a versão para idosos da Escala Batista mensura o mesmo construto.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas limitações deste estudo podem ser levantadas. Primeiro, a amostra foi de conveniência; limitando a generalização dos resultados. Somente pessoas que aceitaram participar da pesquisa responderam ao teste, o que pode caracterizar um viés da amostragem. Segundo, não foi analisada a influência da escolaridade no desempenho da EBADEP-ID. A literatura tem relatado que o nível de escolaridade nos idosos é uma variável que está associada ao desempenho de testes cognitivos e a depressão (Bicalho et al., 2013; Snyder, 2013; Plati, Covre, Lukasova, & Macedo, 2006). Terceiro; não foi realizada a análise dos itens da EBADEP-ID. Uma análise preliminar utilizando a correlação Ponto Bisserial (TCT) mostrou que alguns itens apresentam correlações muito baixa ($< 0,30$) e poderiam ser suprimidas para elaboração de uma versão mais reduzida. Estas investigações poderiam ser complementadas pela análise de itens mediante a TRI, em especial, o modelo de *Rasch* utilizado para respostas dicotômicas. As limitações deste estudo, apontadas acima, são oportunidades e incentivo para futuras pesquisas.

A relevância desta investigação pode ser resumida nos seguintes aspectos. O impacto causado pela depressão é o principal problema de saúde pública em todo o mundo (Ferrari et al., 2013). Identificar sintomas e fatores de risco relacionado à depressão tem sido um desafio para os profissionais da área da saúde. Deste modo, o desenvolvimento de instrumentos para mensurar a presença e o estagiamento dos sintomas da depressão é uma necessidade urgente. A prevalência da depressão na população idosa é elevada e requer profissionais capacitados para identificar e gerenciar tratamentos adequados e eficazes. A EBADEP-ID pode contribuir com estes objetivos.

Em resumo, a EBADEP-ID apresenta evidências de validade de construto para sua utilização na população idosa. A versão utilizada neste estudo apresentou correlação positivas e altas com a GDS-15 e boa capacidade de discriminação entre idosos avaliados em diferentes contextos: centro de convivência, asilo e hospital. O desempenho na EBADEP-ID não sofreu influência das variáveis idade e sexo. Estas características asseguram a EBADEP-ID boas qualidades psicométricas.

REFERÊNCIAS

- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C.A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry*, 23(3), 271-84.
- Almeida, O. P. & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(2-B), 421-426.
- Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. de C., & Faccenda, O. (2012). Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25, 497 – 503.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing*.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*. (4th Ed.) -Text Revision. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA) (2003). *Referência rápida aos critérios diagnósticos de DSM-IV-TR / American Psychiatric Association*. (M. C. R. Gularte; trad.). (4ª ed.) rev. – Porto Alegre: Artmed.
- American Psyquiatic Association (APA) (1995). *DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. (M. A. V. Veronese, trad.) Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Andrade, L. H., Wang, Y-P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., Nishimura, R., Anthony, J., Gattaz, W. F., Kessler, R. C., Viana, M. C. (2012). Mental Disorders in Megacities: Findings from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS ONE*, 7(2), 173-184.
- Argimon, I. I. de L. (2006). Aspectos Cognitivos em Idosos. *Avaliação Psicológica*, 5(2), 243-245.
- Ávila, R. & Bottino, C. M. C. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(4), 75-86. Recuperado em 12 de outubro de 2010 em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000400013
- Baptista, M. N. (2004). *Suicídio e depressão: atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Baptista, M. N. (2004). *Depressão: Histórico, Epidemiologia, Fatores de Risco e Modelos Integrativos*. Em: M. N. Baptista. *Suicídio e Depressão: Atualizações* (pp. 35-49). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. N. (2007). *Validade e precisão da Escala de Depressão (EDEP)*. Relatório técnico não publicado no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco. Itatiba, SP, Brasil.
- Baptista, M. (2012). *Manual técnico da Escala Baptista de Depressão em Adultos (EBADEP-A)*. São Paulo: Vetor.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Oliveira, M. das G. de. (1999). Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens? *Temas em Psicologia*, 7, 143 – 156.
- Baptista, M. N., Souza, M. S. & Alves, G. A. da S. (2008). Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). *Psico-USF*, 13(2), 305-316.
- Baptista, M. N. & Gomes, J. O. (2011). Escala Baptista de Depressão (versão adulto) – EBADEP-A: evidências de validade de construto e de critério. *Psico-USF*, 16(2), 151-161.
- Baptista, M. N., Cardoso, H. F., & Gomes, J. O. (2012). Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) - EBADEP-A: validade convergente e estabilidade temporal. *Psico-USF*, 17(1), 407 – 416.
- Baptista, M. N., Souza, M. S., Gomes, J. O., Alves, G. A. da S., & Carneiro, A. M. (2012). Validade convergente e comparação de itens entre Edep e CES-D. *Psicologia: teoria e prática*, 14(2), 140 – 152.
- Batistoni, S. S. T., Neri, A. L. & Cupertino, A. P. F. B. (2007). Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Revista Saúde Pública*, 41(4), 598-605.
- Batistoni, S. S. T., Neri, A. L. & Cupertino, A. P. F. B. (2010). Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Revista Saúde Pública*, 44(6), 1137-43.
- Beaudreau, S. A. & O'Hara, R. (2009). The Association of Anxiety and Depressive Symptoms with Cognitive Performance in Community-Dwelling Older Adults. *Psychology Aging*, 24(2), 507–512. Recuperado em 14 de maio de 2012 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2725021/pdf/nihms120039.pdf>.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. (trad. S. Costa). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II Manual*. The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company. San Antonio.

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., & Campacci, S. (1994). *O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade*. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 52(1), 1-7.
- Bicalho, M. A. C. (2007). *Estudo de polimorfismo do gene da triptofanohidroxilase2 (tph2) em idosos com depressão de início tardio*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Bicalho, M. A. C., Pimenta, F. A., Bastos-Rodrigues, L., de Oliveira Hansen, É., Neves, S. C., Melo, M., & Marco, L. D. (2013). Sociodemographic characteristics, clinical factors, and genetic polymorphisms associated with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(6), 640-646.
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P., Adey, M. B., & Rose, T.L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-44.
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na Adolescência. *Psiquiatra da Infância e Adolescência*. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 27, 208-214.
- Brommelhoff, J. A., Gatz, M., Johansson, B., McArdle, J., Fratiglioni, L., & Pedersen, N. L. (2009). Depression as a risk factor or prodromal feature for dementia? Findings in a population-based sample of Swedish twins. *Psychology and Aging*, 24(2), 373-84.
- Brown, L. J., & Astell, A. J. (2012). Assessing mood in older adults: a conceptual review of methods and approaches. *International Psychogeriatrics*, 24(08), 1197-1206.
- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do Mini Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3-B), 777-781. Recuperado em 08 de maio de 2011 em: <http://www.scielo.br/pdf/0D/anp/v61n3b/17294.pdf>.
- Calil, H. M. & Pires, M. L. N. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão [Versão eletrônica]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5),1 Recuperado em 08 de junho de 2013 em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/index255.htm>.
- Camargo, C. H. P. (2012). Entrevista concedida a Carina Chaubet D'Alcante ao Boletim da Sociedade Brasileira de Neuropsicologia - gestão 2011-2013 - ed. fevereiro. Recuperado em 12 de março de 2012 de: <http://sbnp.com.br/site/wp-content/uploads/2012/03/Boletim-fev.pdf>
- Campos, H. R. (2008). *Noções de psicometria*. In Fuentes, D. et. al. *Neuropsicologia: teoria e prática*.(pp.87-102). Porto Alegre: Artmed.

- Carroll, B.J.; Feinberg, M.; Smouse, P.; Rawson, S. & Greden, J. (1981) – The Carroll Rating Scale for Depression: I. Development, Reliability and Validation. *British Journal of Psychiatry*, 138, 194-200.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.
- Conselho Federal de Psicologia (2004). *Resolução nº 002, de 03 de março de 2004*. Recuperado em 03 de abril de 2012 de: http://www.crp11.org.br/legislacao/resolucoes/federais/2004/resolucao2004_2.pdf.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98–104.
- Cronbach, L. J. & Meehl, P. (1995). Construct validity in psychological test. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281-302.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. (5a ed.) revisada e ampliada – Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dalgleish, t. & Cox, S. G. (2002). *Memory and emotional disorders*. In Baddeley, A. D., Kopelman, M. D., & Wilson, B. A. *The handbook of memory disorders*. John Wiley & Sons.
- Del Porto, J. A. (2002). *Depressão: Conceito e Diagnóstico*. In: Mari, J. J. e cols. *Atualização em Psiquiatria*. (pp. 21-29). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372–387.
- Ferrari, A., Somerville, A., Baxter, A., Norman, R., Patten, S., Vos, T., & Whiteford, H. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, 43(3), 471–481.
- Ferster, C. B., Culbertson, S. & Boren, M. C. (1977). *Depressão clínica*. In C. B. Ferster, S. Culbertson & M. C. Boren. *Princípios do comportamento* (pp. 699-725). São Paulo: Hucitec.
- Finger, I. R. (2008). *Validade de construto do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em uma população universitária*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Folstein, M.F., Folstein, S. E. & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

- Forlani, C., Morri, M., Ferrari, B., Dalmonte, E., Menchetti, M., De Ronchi, D., & Atti, A. R. (2013). Prevalence and gender differences in late-life depression: a population-based study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *10*(2), 322-335.
- Friedman, B., Heisel, M. J., & Delavan, R. L. (2005). Psychometric Properties of the 15 Item Geriatric Depression Scale in Functionally Impaired, Cognitively Intact, Community Dwelling Elderly Primary Care Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*(9), 1570–1576.
- Gazalle, F. K., Lima, M. S. de, Tavares, B. F., & Hallal, P.C. (2004). *Depressive symptoms and associated factors in elderly population in southern Brasil*. *Revista Saúde Pública*; *38*(3), 365-71. Recuperado em 03 de abril de 2012 de: <http://www.rsp.fsp.usp.br/mensagem/pub/busca.tpl.php>.
- Gómez-Angulo, C., & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, *10*(3), 735–743.
- Goreinstein, C., Pang, W., Argimon, I., & Werlang, B. (2011). *Manual do Inventário de Depressão de Beck–BDI-II*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.
- Gorzoni, M. L., & Pires, S. L. (2006). Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *33*(2), 18 – 23.
- Gruber, O., Zilles, D., Kennel, E. G. & Falkai, P. (2011). A systematic experimental neuropsychological investigation of the functional integrity of working memory circuits in major depression. *Europe Archives Psychiatry Clinic neuroscience*, *261*, 179-184.
- Hamdan, A. C. & Corrêa, P. H. (2009). Memória episódica e funções executivas em idosos com sintomas depressivos. *Psico*, *40*(2), 73-80.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Psychiatric Research*, 23-56. Recuperado em 21 de março de 2012 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC495331/pdf/jnnpsyc00273-0060.pdf>
- Hammar, A. & Ardal, G. (2009). Cognitive functioning in major depression – a summary. *Frontiers in Human Neuroscience*, *10*, 375 - 380.
- Hogan, T. P. (2006). *Introdução á prática de testes psicológicos*. Rio de Janeiro: LTC
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (2008). *IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado*. *Comunicação Social*. Recuperado em 15 de abril de 2013 de: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1272>.

- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3), 74 – 79.
- Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Demyttenaere, K. (2010). Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression and anxiety*, 27(4), 351–364.
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 163–174.
- Lee, R. S., Hermens, D. F., Porter, M. A., & Redoblado-Hodge, M. A. (2012). A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 140(2), 113–124.
- Leposavic, I, Leposavic, L. & Gavrilovic, P. (2010). Depression vs. Dementia: A Comparative Analysis of Neuropsychological Functions. *PSIHOLOGIJA*, 43(2), 160 – 175.
- Lourenço, R. A. & Veras, R. P. (2006). Mini Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista Saúde Pública*, 40(4), 230-245.
- Manfredini, V. & Argimon, I. I. L. (2010). O uso de testes psicológicos: a importância da formação profissional. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). *Revista Grifos*, 28, 133-146.
- Martinez de la Iglesia, J., Onis Vilches, M. C., Duenas, Herrero, Aguado Tabené, C., Albert Colomer, C. & Arias Blanco, M. C. (2005). Abbreviating the brief: Approach to ultra-short versions of the Yesavage Questionnaire for the diagnosis of depression. *Aten Primária*; 35(1): 14-21.
- Martins, G. A. (2006). Sobre confiabilidade e validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 8(20), 1-12. Recuperado em 19 de abril de 2011 em: <http://200.169.97.104/seer/index.php/RBGN/article/viewFile/51/44>.
- Menezes, P. R. (1998). Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. Parte I – Conceitos e depressão. *Revista de psiquiatria Clínica*, 25(5), set/out. Recuperado em 02 de outubro de 2013 em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/index255.htm>
- Miller, M. J., Ascher-Syanum, H., & Harding (1985). The Computerized Carroll Rating Scale. *Proceedings of the Annual Symposium on Computer Application in Medical Care*, 13, 344–347. Recuperado em 08 de junho de 2013 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2577964/>.
- Montgomery, S. A. & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 382–389. doi:10.1192/bjp.134.4.382.

Recuperado em 22 de março de 2012 de:
<http://bjp.rcpsych.org/content/134/4/382.abstract>.

- Moreno, R. A. & Moreno, D. H. (1998). Escalas de depressão de Montgomery & Åsberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D) [Versão eletrônica]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 1-17. Recuperado em 03 de abril de 2012 de:
<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/index255.htm>
- Muniz, F. H., Batistoni, S. S. T., & do Nascimento, P. P. P. (2013). Crenças sobre depressão entre idosos de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Kairós*, 15(7), 172-195.
- Nascimento, R. F. L. & Argimon, I. I. L. (2008). O desempenho de idosos com depressão no Teste Wisconsin de Classificação de Cartas. *Revista Kairós*, 11(1), 185-202.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2001). *Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Recuperado em 16 de abril. 2011:
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2006). *Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso*. Genebra. Recuperado em 22 de março de 2012:
http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf
- Ownby R. L. , Crocco E, Acevedo A, John V, & Loewenstein D. (2006). Depression and risk for alzheimer disease: Systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 530–538.
- Paradela, E. M. P. (2011). Depressão em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ*, 10, 31-40.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39, 918 – 923.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Pasquali, L. (2007). Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(n. especial), 99-107. Recuperado em 12 de março de 2012 de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23nspe/18.pdf>.
- Pasquali, L. (2008). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43(Esp):992-9.

- Patel, V. (2001). Cultural factors and international epidemiology. The British Council. *British Medical Bulletin*, 57, 33–45.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486–492.
- Pinho, M. X., Custódio, O., Makdisse, M., & Carvalho, A. C. C. (2010). Confiabilidade e validade da escala de depressão geriátrica em idosos com doença arterial coronariana. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 94, 570 – 579.
- Plati, M. C. F., Covre, P., Lukasova, K., & Macedo, E. C. de. (2006). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 118 – 121.
- Porto, P., Hermolin, M. & Ventura, P. (2002). Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. *Revista Brasileira de terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(1), 63-70. Recuperado em 08 de junho de 2013 de: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/123/111>.
- Prieto, G., & Muñiz, J. (2000). Um modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados em España. *Papeles del Psicólogo*, 77. Recuperado em 15 de julho de 2013 de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1102>
- R Core Team (2013). *R. A Language Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing*. Viena, Austria.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A selfreport depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Regan, C. O., Kearney, P. M., Savva, G. M., Cronin, H., & Kenny, R. A. (2013). Age and sex differences in prevalence and clinical correlates of depression: first results from the Irish Longitudinal Study on Ageing. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 3(2), 352-349.
- Risch, N., Herrel, R., Lehner, T., Liang, K-Y., Eaves, L., Hoh, J., Griem, A., Kovacs, M., Ott, J. & Merikangas, K. R. (2009). Interaction Between the Serotonin Transporter Gene (5-HTTLPR), Stressful Life Events, and Risk of Depression A Meta-analysis. *American Medical Association*, 301(23), 2462- 2471.
- Rocca, C.C.A., Monteiro, L.C., & Fuentes, D. (2009). *Déficit cognitivo na depressão: limite entre o normal e o patológico*. In Teng, C. T.et. al.. *Depressão e cognição* (pp. 43-63). São Paulo: Atheneu.
- Rozenthal, M., Laks, J. & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revistade Psiquiatria do Rio grande do Sul*, 26 (2), 204-212. Recuperado em 08 de junho de 2013 de: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n2/v26n2a10.pdf>

- Saczynski, J. S., Beiser, A., Seshadri, S., Auerbach, S., Wolf, P., & Au, R. (2010). Depressive symptoms and risk of dementia The Framingham Heart Study. *Neurology*, *75*(1), 35–41.
- Santos, C. L. N. G. (2000). *Avaliação neuropsicológica das depressões secundárias*. In Teng, C. T. et. al. *Depressão e cognição* (pp. 85-97). São Paulo: Atheneu.
- Schimitt, N. (1996). Uses and abuses of coefficient alpha. *Psychological Assessment*, *8*(4), 350–353.
- Scorza, F. A., Guerra, A. de B. G., Cavalheiro, E. A., & Calil, H. M. (2005). Neurogênese e depressão: etiologia ou nova ilusão? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. *27*(3), 249-53.
- Scott, K., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Bromet, E., Bruffaerts, R., & Gureje, O. (2008). Age patterns in the prevalence of DSM-IV depressive/anxiety disorders with and without physical co-morbidity. *Psychological Medicine*, *38*(11), 1659–1669.
- Shafer, A. B. (2006). Meta-analysis of the factor structures of depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 123-146.
- Shawn, M. McC., Husain, M. M., Greer, T. L., & Cullum, M. (2010). Association between depression severity and neurocognitive function in major depressive disorder: a review and synthesis. *Neuropsychology*, *24*(3), 9-34.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, *5*, 165-173.
- Snyder, H. R. (2013). Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: A meta-analysis and review. *Psychological Bulletin*, *139*(1), 81.
- Sousa, R. L. de, Medeiros, J. G. M. de, Moura, A. C. L. de, Souza, C. L. e M. de, & Moreira, I. F. (2007). Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *56*(3), 102 – 107.
- Souza, M. S. (2010). *Evidências de validade e precisão para a Escala de Depressão de Baptista e Sisto (EDEP)*. Tese de Doutorado, Universidade São Francisco, Itatiba, SP, Brasil.
- Steven, D., Passik., Kenneth L., Kirsh M. S., Kathleen B., Donaghydale, E., Theobald, M. D., Jeremy, C., Lundberg, M. S. W., Elizabeth, H. O. L. T., Sclaw, B. A., William, M., & Dugan, J. R. (2001). An attempt to employ the Zung Self-Rating Depression Scale as a "Lab Test" to Trigger Follow-Up in Ambulatory Oncology Clinics Criterion Validity and Detection. *Journal of Pain and Symptom Management*, *21*, 273-281.

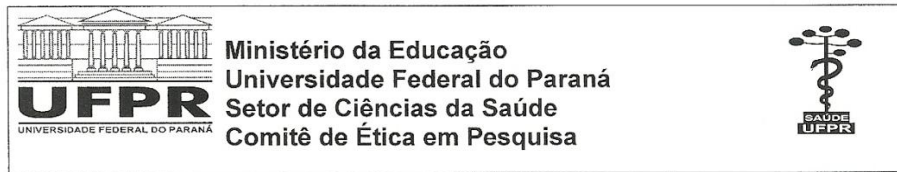
- Stoppe, A., & Scalco, M. (2006). *Avaliação nas demências*. In Bottino, C. M., Laks, J. & Blay, S. L. Demência e transtornos cognitivos em idosos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Stoppe, A. & Louzâ, M. R. N. (1997). *Depressão na Terceira Idade: Apresentação Clínica e Abordagem Terapêutica*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Stordal, E., Mykletun, A., & Dahl, A. (2003). The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(2), 132–141.
- Sturat-Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução*. (trad. M. A. V. Veronese). (3a ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C. & Kendler, K. S., (2000). Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1552–1562.
- Teng, C. T., & Nakata, A. C. (2009). *Distúrbios neurocognitivos e fisiopatologia de depressão*. In Teng, C. T. et. al. Depressão e cognição. (pp. 25-41). São Paulo: Atheneu.
- Teng, C. T. & Yano, Y. (2009). *Cognição e depressão: conceitos fundamentais*. In Teng, C. T. et.al. Depressão e cognição. (pp. 1-24). São Paulo: Atheneu.
- Teng, C. T. (2009). *Prefácio*. In Teng, C. T. et. al. Depressão e cognição. (pp. xi). São Paulo: Atheneu.
- Tolman, A. (2009). *Depressão em adultos: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento. Informações gerais sobre a depressão*. (3ª ed.). (trad. S. Mallmann). Porto Alegre: Artmed.
- van Marwijk, H. W. J., Wallace, P., De Bock, G. H., Hernans, J. O., Kptein, A. A. & Mulder, J. D. (1995). Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *British Journal of General Practice*; 45, 195-199.
- Vida, S., Rosiers, P. D., Carrier, L & Gauthier, S. (1994). Depression in Alzheimer's disease: receiver operating characteristic analysis of the Cornell Scale for Depression in Dementia and the Hamilton Depression Scale. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*; 7(3):159-62.
- Williams, J. B. W (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry* 45:742-747.
- World Health Organization (WHO) (2012). *Mensagem do Director Regional da OMS para África, Dr. Luis Gomes Sambo, por ocasião do Dia Mundial da Saúde Mental*. Recuperado em 13 de abril de 2013 em:

<http://www.afro.who.int/pt/rdo/discursos/3708-mensagem-do-director-regional-da-oms-para-africa-dr-luis-gomes-sambo-por-ocasio-do-dia-mundial-da-saude-mental-2012.html>.

- Yassuda, M. S., Flaks, M. K., Pereira, F. S. & Forlenza, O. V. (2010). *Avaliação neuropsicológica de idoso / demências*. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., Mattos, P., & Abreu, N. *Avaliação Neuropsicológica*, (pp. 254-271). Porto Alegre: Artmed.
- Yesavage, J. A., Brink, T., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37–49.
- Zanini, R. S. (2010). *Avaliação neuropsicológica de adultos*. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., Mattos, P., & Abreu, N. *Avaliação Neuropsicológica*. (pp. 234-246). Porto Alegre: Artmed.
- Zung, W. W. K, Richards, C. B., & Short, M. J. (1965). Self-rating depression scale in an outpatient clinic. *Archives of General Psychiatry*, 13(6), 508-515. Recuperado em 25 de março de 2012 de: <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/summary/13/6/508>.
- Zung, W. W. K. (1965). Self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 12, 63.

ANEXOS

ANEXO 1



Curitiba, 29 de agosto de 2011

Ilmo (a) Sr. (a)
Francis Lessnau Coutinho
Amer Cavalheiro Hamdam

Nesta

Prezados Pesquisadores,

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**Evidências de validade de construto e validade convergente da Escala Baptista de Depressão**” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 06 de julho de 2011 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 22 de agosto de 2011.

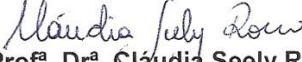
Registro **CEP/SD**: 1156.081.11.06

CAAE: 0085.0.091.000-11

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do 1º relatório parcial I: 02/03/2012.

Atenciosamente


Profª. Drª. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

ANEXO 2

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



4ª Igreja do

Evangelho

Quadrangular

Curitiba, 13 de Junho de 2011.

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Prezada Profa. Dra Claudia Seely Rocco

MD Coordenadora do CEP/SD

Declaramos que nós da 4ª IGREJA DO EVANGELHO QUADRANGULAR, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa “Evidências de validade de construto e validade convergente da Escala Baptista de Depressão para idosos” sob a responsabilidade de Francis Lessnau Coutinho, nas nossas dependências sito a rua Delegado Leopoldo Belczak, 1303, Capão da Imbuía/Curitiba/PR, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em novembro de 2012.

Estamos cientes que os sujeitos de pesquisa serão idosos com mais de sessenta anos e que o presente trabalho deve seguir a resolução 196/96 do CNS e complementares.

Sendo o que se apresenta aproveitamos para enviar nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,



Rev. Agostinho Basso
Pastor Titular – 4º IEQ

ANEXO 3

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Rua Konrad Adenauer, 576
Tarumã Curitiba Paraná
CEP 82820 540
TEL 41 3266 3813
FAX 41 3266 1809
www.socorroaosnecessitados.org.br
sosn@sociedadesocorro.org.br



DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que a instituição Lar dos Idosos Recanto do Tarumã autoriza a pesquisadora Francis Lessnau Coutinho, RG 4.990.350-2/PR a realizar a pesquisa intitulada "**Evidência de Validade de Construto e Validade Convergente da Escala Baptista de Depressão para Idosos**".

Curitiba, 26 de novembro de 2012.

Fabiana Pieper Espinola
Gerente administrativo

ANEXO 4

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



Ofício nº 03/2013 - GEP


Curitiba, 21 de março de 2013.

Prezada Sra. Francis Lessnau,

Em atendimento à sua solicitação para encaminhamento documental de autorização para realização de coletas de dados de pesquisa do Projeto intitulado "Evidências de Validade de Construto e Validade Convergente da Escala Baptista de Depressão para Idosos", informo que o mesmo foi devidamente registrado junto à Gerência de Ensino e Pesquisa, sendo a coleta de dados para a dissertação de mestrado devidamente autorizada pela Direção Geral, para ser realizada nas dependências do Hospital do Idoso Zilda Arns, desde que obedecidas as normativas internas do Hospital e, informada periodicamente a Direção sobre o andamento do trabalho, de acordo com encaminhamento interno, datado de 04 de dezembro de 2012, que segue anexo.

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente


Oraide Maria Woehl
CPF: 657.750.079-72
Gerente de Ensino e Pesquisa
Mat. 1383

Ilma. Sra. Francis Lessnau

Nesta

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado "Evidências de validade de construto e de validade convergente da Escala Baptista de Depressão para idosos". Esse estudo visa beneficiar o trabalho dos profissionais da área da saúde, proporcionando aos mesmos uma ferramenta no diagnóstico da depressão em idosos.

Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Qualquer palavra ou procedimento que você não compreender peça ao responsável pelo estudo para lhe explicar.

O objetivo principal desse estudo é contribuir na construção do primeiro teste brasileiro de depressão para idosos.

Caso você participe da pesquisa, será necessário que você preencha uma ficha com seus dados pessoais, responda algumas perguntas feitas por um estudante de psicologia nas dependências da associação. Você poderá ser convidado a responder mais dois questionários com um X. O tempo máximo gasto será de 30 minutos.

Algumas perguntas poderão ocasionar algum constrangimento, caso isso ocorra, você poderá interromper a qualquer momento seu preenchimento. Se for observado algum sintoma clinicamente significativo de depressão você será aconselhado a procurar tratamento adequado no sistema público de saúde ou no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná.

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Uma vez que decida participar, você pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento. Não haverá nenhum custo a você, relacionado aos procedimentos previstos no estudo. Você não será pago por sua participação neste estudo.

Todos os dados coletados sobre você serão mantidos de forma confidencial. Seus dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. O seu nome, porém, nunca será citado. Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.

Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em seu poder e outra com o pesquisador responsável.

Esse estudo está sendo realizado durante o curso de Pós Graduação em Psicologia – Mestrado-, sob a orientação do Prof. Dr. Amer Cavalheiro Hamdan. A psicóloga Francis Lessnau Coutinho é responsável pelo estudo, e em caso de dúvidas poderá ser contatada através do celular (41) 9914-2900 de segunda à sexta das 9 as 11 horas da manhã, ou na rua Delegado Leopoldo Belzack, 1070 – sala 2.

Eu, _____,
RG _____ Endereço _____,
estou ciente da natureza e objetivos do estudo do qual fui convidado a participar. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo voluntariamente em participar desse estudo.

Assinatura do voluntário

_____/_____/_____
Data

assinatura do responsável

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 6

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () M () F Escolaridade: _____

Estado Civil: ()Solteira(o) ()Casada(o) ()Divorciada(o) ()Viúva(o) ()Amasiada(o)

Exerce alguma profissão? () sim () não ()aposentada(o)

Qual é ou era sua ocupação ou profissão? _____

Com quem mora atualmente? _____

Existe histórico de transtornos mentais em sua família? () sim () não

Quem? _____ Qual transtorno? _____

Você já foi diagnosticado com algum transtorno mental? () sim () não

Qual? _____ Com que idade? _____

Atualmente foi diagnosticada com depressão por algum profissional? () sim () não

Já tomou algum medicamento para depressão? () sim () não Qual? _____

Por quanto tempo tomou esse medicamento? _____

Atualmente toma algum medicamento para depressão? () sim () não

Qual? _____ Há quanto tempo toma este medicamento? _____

Observações: _____

Recentemente ocorreu:

Nascimento de alguém importante? ()Sim ()Não

Mudança de moradia ou cidade? ()Sim ()Não

Aposentou-se? ()Sim ()Não

Realiza alguma atividade de aprendizado? ()Sim ()Não

Passa por alguma dificuldade financeira? ()Sim ()Não

Problema pessoal de saúde? ()Sim ()Não Qual? _____

Alguém importante com problemas de saúde? ()Sim ()Não Quem? _____

Morte de alguém importante? ()Sim ()Não Quem: _____

Outras dificuldades com família ou pessoal que julgue importante? _____

ANEXO 7

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

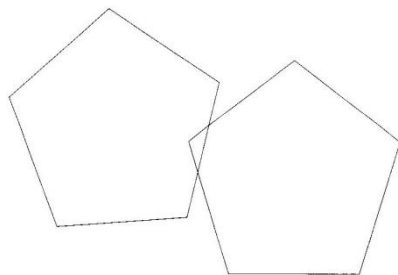
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

ESCORE: (____/30)



ANEXO 8

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (YESAVAGE – forma reduzida)

NOME _____ DATA _____
SEXO _____ IDADE _____ ESCOLARIDADE _____

Coloque um “X” na resposta que você considera correta para cada uma das perguntas abaixo:

1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
3. Você sente que sua vida está vazia?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
4. Você se aborre com frequência?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
5. Você se sente de bom-humor a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
8. Você sente que sua situação não tem saída?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
10. Você se sente com mais problemas de memória que a maioria?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
12. Você se sente inútil nas atuais circunstâncias?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
13. Você se sente cheio de energia?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
14. Você acha que sua situação é sem esperança?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

Obs: _____

