



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Martins Alvarenga, Márcia Regina; de Campos Oliveira, Maria Amélia; Faccenda, Odival
Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 25, núm. 4, 2012, pp. 497-503

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023889003>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica*

Depressive symptoms in the elderly: analysis of the items of the Geriatric Depression Scale

Síntomas depresivos en ancianos: análisis de los ítems de la Escala de Depresión Geriátrica

Márcia Regina Martins Alvarenga¹, Maria Amélia de Campos Oliveira²,
Odival Faccenda³

RESUMO

Objetivos: Verificar a estrutura fatorial da Escala de Depressão Geriátrica de 15 ítems em uma amostra de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família, descrever o perfil social e analisar as respostas aos ítems da Escala de Depressão Geriátrica. **Métodos:** Estudo de delineamento transversal com 503 idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família, em Dourados, MS. Para analisar as respostas da EDG 15, utilizou-se o teste de Qui-quadrado de Mantel-Haenzsel ($p < 0,05$). A análise fatorial, a consistência interna e a generalidade dos resultados para a população foram realizadas. **Resultados:** Dos 503 idosos pesquisados 69,0% eram mulheres, 53,1% não alfabetizados, 53,7% tinham 70 anos ou mais e 34,4% apresentavam depressão. A análise fatorial identificou quatro fatores (apatia, desesperança, desmotivação e isolamento). A estrutura da EDG 15 não se mostrou adequada para a generalização de resultados. **Conclusão:** Dentre os idosos com depressão, predominaram a apatia e o isolamento. Cabe às equipes de saúde promover atividades físicas, recreativas e culturais para minimizar esse quadro. Novas pesquisas serão necessárias, sobretudo para análise da estrutura fatorial.

Descritores: Depressão; Sinais e sintomas; Idoso; Saúde da família; Análise fatorial

ABSTRACT

Objectives: To verify the factor structure of the *Geriatric Depression Scale* of 15 items (GDS 15) in a sample of elderly people assisted by the Family Health Strategy, to describe their social profile, and to analyze the responses to items on the Scale. **Methods:** A cross-sectional study interviewing 503 elderly assisted by the Family Health Strategy, in Dourados, MS (Brazil). To analyze the responses of the GDS 15, we used the Mantel-Haenzsel chi-square test ($p < 0.05$) was used. A factor analysis, internal consistency and generalization of the results for the population was performed. **Results:** Of the 503 elderly interviewed, 69.0% were women, 53.1% were illiterate, 53.7% were 70 years or older, and 34.4% presented depression. Factor analysis identified four factors (apathy, hopelessness, lack of motivation, and isolation). The structure of the GDS 15 did not prove appropriate for the generalizability of results. **Conclusion:** Among elderly patients with depression, apathy and isolation predominated. Health care teams must promote physical, recreational and cultural activities to minimize this situation. Further research is needed, especially to analyze the factorial structure.

Keywords: Depression; Signs and symptoms; Aged; Family health; Factor analysis, statistical

RESUMEN

Objetivos: Verificar la estructura factorial de la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems en una muestra de ancianos asistidos por la Estrategia Salud de la Familia, describir el perfil social y analizar las respuestas a los ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. **Métodos:** Estudio de delineamiento transversal realizado con 503 ancianos entrevistados y 503 asistidos por la Estrategia Salud de la Familia, en Dourados, MS (Brasil). Para analizar las respuestas de la EDG 15, se utilizó la prueba del Chi-cuadrado de Mantel-Haenzsel ($p < 0,05$). Se llevó a cabo el análisis factorial, consistencia interna y la generalidad de los resultados para la población. **Resultados:** De los 503 ancianos investigados, el 69,0% eran mujeres, el 53,1% no alfabetizados, el 53,7% tenían 70 años o más y el 34,4% presentaban depresión. El análisis factorial identificó cuatro factores (apatía, desesperanza, desmotivación y aislamiento). La estructura de la EDG 15 no se mostró apropiada para la generalización de resultados. **Conclusión:** En los ancianos con depresión, predominaron la apatía y el aislamiento. Cabe a los equipos de salud promover actividades físicas, recreativas y culturales para minimizar ese cuadro. Serán necesarias nuevas investigaciones, sobre todo para el análisis de la estructura factorial.

Descriptores: Depresión; Signos y síntomas; Ancianos; Salud de la familia; Análisis factorial

*Estudo extraído da tese de doutorado intitulada “Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na Atenção Básica” apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

¹Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS – Dourados (MS), Brasil.

²Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

³Matemático. Doutor em Agronomia. Professor Adjunto do Curso de Ciência da Computação da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS – Dourados (MS), Brasil.

INTRODUÇÃO

A depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor com forte impacto funcional em qualquer faixa etária. Na velhice, a depressão envolve os aspectos biológicos (fragilidade na saúde decorrente de doenças crônicas), psicológicos (viuvez, falta de atividades sociais e mudanças de papéis) e sociais (pobreza, escolaridade, solidão e modificações no suporte social)⁽¹⁾.

Em idosos, a depressão, frequentemente, é subdiagnosticada e até mesmo ignorada, pois, em geral, os profissionais de saúde veem os sintomas depressivos como manifestações normais decorrentes do processo de envelhecimento⁽²⁾. Entretanto, a presença desses sintomas pode ser responsável por perda de autonomia e agravamento dos quadros patológicos preexistentes⁽³⁾. Com frequência, a depressão está associada à elevação dos riscos de morbidade e mortalidade, ocasionando aumento na utilização dos serviços de saúde, negligência no autocuidado e adesão reduzida a tratamentos terapêuticos. Ademais, a presença de comorbidades e o uso de muitos medicamentos, comuns entre os idosos, fazem com que o diagnóstico e o tratamento da depressão tornem-se mais complexos⁽³⁾.

Apesar de sua relevância, a depressão é de difícil mensuração, uma vez que o quadro depressivo é composto por sintomas que traduzem estados e sentimentos que diferem acentuadamente. Diferenças culturais podem influenciar a interpretação dos sintomas e o significado que lhes é atribuído, pelo grau de estigma em torno da saúde mental, dificultando o acesso aos serviços de saúde disponíveis e reduzindo o apoio social desses idosos⁽⁴⁾.

No Brasil, a prevalência de depressão entre os idosos varia de 4,7 a 36,8%, dependendo do instrumento utilizado e dos pontos de corte para detectar os sintomas⁽¹⁾. Portanto, faz-se necessário pesquisá-la sistematicamente entre os idosos e um dos instrumentos que pode ser utilizado para esse fim é a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), validada no Brasil⁽⁵⁻⁶⁾.

A EDG é muito usada no mundo e no Brasil para rastrear sintomas depressivos, sendo bem aceita na clínica e na pesquisa. Todavia, são poucos os estudos que analisam as respostas a seus itens quanto à diferença entre o padrão de respostas em relação às variáveis sociodemográficas e condições de saúde⁽⁷⁻¹⁰⁾. Muitas pesquisas avaliam a validade e a confiabilidade da consistência interna da EDG, sobretudo em serviços especializados, e poucas o fazem na Atenção Básica à Saúde.

Há poucos estudos sobre a estrutura fatorial da Escala⁽⁹⁻¹²⁾. A análise da estrutura fatorial da EDG permite detectar se os idosos apresentam autoestima baixa, falta de energia, ansiedade, perda de ânimo e de esperança (apatia) ou isolamento social, e determinar se os resultados podem ser generalizáveis.

Assim, este estudo teve como objetivos verificar a estrutura fatorial da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens

em uma amostra de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família, descrever o perfil social e analisar as respostas aos itens da Escala de Depressão Geriátrica, conforme sexo, escolaridade, faixa etária e presença de doenças crônicas.

MÉTODOS

Estudo transversal, com idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Dourados (MS). Os dados foram coletados entre junho de 2007 e março de 2008, com 28 equipes da ESF da área urbana.

Os critérios de inclusão foram: pessoas de ambos os性os, com idade igual ou superior a 60 anos e assistidas pela ESF. Foram excluídas as incapazes de se comunicar, os indígenas residentes em aldeias e os que recusaram participar ou assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para o cálculo amostral, considerou-se um nível de significância de 5%, o poder do teste de 80%, uma proporção estimada, $p = 0,181$ de idosos com depressão⁽¹³⁾ e 9,3% de precisão, o que resultou em um n mínimo de 497 sujeitos. Para determinar os sujeitos que comporiam a amostra, utilizou-se a técnica de amostragem aleatória simples com 672 idosos. Destes, cinco recusaram-se a participar do estudo, 135 não se encontravam no domicílio no momento da coleta de dados e 29 foram excluídos por incapacidade de se comunicar, resultando na amostra final de 503 participantes, número suficiente para realizar a análise fatorial da EDG.

Foram realizadas entrevistas domiciliares, nas quais os idosos foram avaliados quanto aos sintomas depressivos por meio da EDG, versão reduzida de 15 itens⁽⁷⁾. A EDG foi desenvolvida para a população idosa, de tal modo que seus itens levam em conta as características da depressão nesses indivíduos. Dependendo da população-alvo, pode ser autoaplicada ou aplicada por pessoal sem formação médica ou psiquiátrica. Permite que os entrevistados classifiquem os itens como presentes ou ausentes por meio de respostas dicotômicas sim/não. Quatro entrevistadores foram capacitados para a aplicação da EDG-15.

O estudo adotou o ponto de corte 5/6 como não caso/caso para avaliação dos sintomas depressivos. Valores abaixo de seis foram considerados normais e valores acima ou iguais a seis foram considerados indicativos de quadro depressivo^(4,10).

Para descrever o perfil social dos idosos, investigaram-se as seguintes variáveis: sexo, faixa etária (60-69 e 70 anos e mais), escolaridade (iletrado e alfabetizado) e número de doenças crônicas autorreferidas (menos que quatro; quatro e mais).

Para a avaliação das diferenças entre proporções para variáveis categóricas, foi usado o teste de Qui-quadrado de Mantel-Haenszel e todos os resultados foram analisados, considerando-se o valor de $p < 0,05$ como diferença significativa.

A verificação de uma estrutura fatorial para a escala de depressão geriátrica na versão reduzida com 15 itens foi feita seguindo a orientação descrita por Hair *et al.*⁽¹⁴⁾. Foram

usados os métodos *scree plot* e as raízes características da matriz de covariância (*eigenvalue*) maior que a unidade (1,0) para determinar a escolha do número de fatores. Também foram construídos modelos com rotação oblíqua e ortogonal.

Na análise, a comunidade ou a variância comum do item em relação aos demais itens do fator não devia ser inferior a 0,5⁽¹⁴⁾ ou a 0,4⁽¹⁵⁾. A consistência interna foi avaliada pelo Coeficiente de Confiabilidade de Kuder-Richardson-20 (KR-20), que considera o valor 0,70 como limite aceitável⁽¹⁴⁾.

A generalização dos dados obtidos para a população foi testada com a divisão da amostra de 503 idosos em duas subamostras independentes e aleatórias com 50% dos sujeitos em cada uma.

Procedimentos éticos

As exigências da Resolução nº 196/96 foram cumpridas. O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo aprovou o estudo, conforme o processo nº 593/2006.

Tabela 1. Itens respondidos da Escala de Depressão Geriátrica por idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família conforme sexo, escolaridade, faixa etária e o número de doenças crônicas autorreferidas. Dourados/MS, 2008

EDG 15 – Itens	Total	Sexo		Valor de p*	Escolaridade		Valor de p*	Faixa etária		Nº Doenças crônicas		
		Masc.	Fem.		Não letrado	Alfabete- tizado		60 – 69anos	≥ 70 anos	< 4	≥ 4	Valor de p*
Número de respondentes	503	156	347		267	236		233	270		341	162
1. (Não) se sente satisfeito com a vida	8,5	7,1	9,2	0,421	8,6	8,5	0,955	10,3	7,0	0,192	6,7	12,3
2. Interrompeu muitas de suas atividades	70,0	70,5	69,7	0,861	76,0	63,1	0,002	67,8	71,9	0,324	66,0	78,4
3. Acha sua vida vazia.	40,2	42,9	38,9	0,392	48,3	30,9	<0,001	35,6	44,1	0,054	37,2	46,3
4. Aborrece-se com frequência.	41,2	33,9	44,7	0,017	41,9	40,3	0,700	45,5	37,4	0,066	36,1	51,9
5. (Não) se sente bem com a vida na maior parte do tempo.	9,9	8,3	10,7	0,419	13,1	6,4	0,012	10,7	9,3	0,583	7,6	14,8
6. Teme que algo ruim aconteça-lhe	46,9	41,0	49,6	0,076	45,7	48,3	0,558	48,9	45,2	0,402	41,6	58,0
7. (Não) se sente alegre a maior parte do tempo.	15,9	14,1	16,7	0,459	14,6	17,4	0,397	17,6	14,4	0,335	11,4	25,3
8. Sente-se desamparado com frequência.	20,3	16,7	21,9	0,177	21,7	18,6	0,391	18,5	21,9	0,345	16,7	27,8
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas.	72,4	64,1	76,1	0,005	73,4	71,2	0,578	71,7	73,0	0,747	72,4	72,2
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas.	26,8	28,8	25,9	0,496	33,7	19,1	<0,001	21,5	31,5	0,011	27,0	26,5
11. (Não) acha que é maravilhoso estar vivo agora.	2,8	0,6	3,7	0,050	3,7	1,7	0,163	2,1	3,3	0,420	2,3	3,7
12. (Não) vale a pena viver como vive agora.	6,4	8,3	5,5	0,224	6,7	5,9	0,711	6,0	6,7	0,763	3,5	12,3
13. (Não) se sente cheio de energia.	18,9	19,9	18,4	0,705	22,5	14,8	0,029	18,9	18,9	0,999	15,5	25,9
14. (Não) acha que sua situação tem solução.	13,9	14,1	13,8	0,936	16,9	10,6	0,043	11,6	15,9	0,161	12,0	17,9
15. Acha que tem muita gente em situação melhor.	84,1	85,3	83,6	0,633	83,5	84,7	0,708	84,5	83,7	0,796	82,7	87,0
Escore total	34,4	30,8	36,0	0,251	37,8	30,5	0,085	34,3	34,4	0,979	27,9	48,1
Os valores estão representados em percentuais.												

* Hipertensão arterial, Diabetes *melitus*, problemas de coluna, osteoartrose, sequelas de acidente vascular encefálico e problemas respiratórios.

RESULTADOS

Dos 503 idosos pesquisados, 347 (69,0%) eram mulheres, 267 (53,1%) não alfabetados, 270 (53,7%) estavam na faixa de 70 anos e mais e 341 (67,8%) referiram até três doenças crônicas. A média de idade foi de 71,4 anos (desvio-padrão 8,0; mediana 70 anos). A média de anos de estudo foi de 1,6 (desvio-padrão 2,4). Foram registrados 95 (35,6%) não alfabetados entre os idosos do sexo masculino e 172 (64,4%) entre as mulheres.

Foram identificados 173 (34,4%) idosos com sintomas depressivos, sendo 36,0% para as mulheres e 31,0%, homens, diferença não significativa. Também não houve diferença estatisticamente significativa entre os não alfabetados e os alfabetizados e entre as duas faixas etárias. Entretanto, a presença de depressão foi maior entre os idosos com maior número de doenças crônicas, conforme pode ser observado nos dados da Tabela 1.

Ao analisar cada item da EDG, observou-se que, entre os sexos, houve diferença significativa nas questões 4 e 9. Mas não letrados responderam de modo afirmativo às questões 2, 3 e 10, e negativamente às perguntas 5, 13 e 14. A questão dez foi a única que mostrou diferença significativa entre as faixas etárias.

A análise fatorial exploratória realizada nos 15 itens da EDG, com rotação ortogonal (varimax), revelou quatro fatores que obedeceram ao critério de Kaiser de autovalor (*eigenvalue*) maior que 1, explicando 48,9% da variância total. O fator 1 (composto pelos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10 e 15) é o que representa a apatia/ansiedade; o fator 2 (itens 11, 12, 13 e 14), o ânimo/desesperança; o 3 (itens 1, 5 e 7), a des-

motivação/infelicidade e o 4 (item 9), o isolamento. Estes resultados são apresentados nos dados da Tabela 2. O mesmo procedimento de análise, executado com rotação oblíqua promax, apresentou os mesmos itens para os quatro fatores.

O valor estimado da medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,830) indicou que a amostra era adequada para a análise fatorial dos dados. O teste de esfericidade de Bartlett [Qui-quadrado (105) = 1169,82, p < 0,001] indicou que as correlações entre os itens eram suficientes para realização da análise.

Na determinação do número de fatores, utilizou-se o critério de Kaiser com autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 que resultou em quatro fatores e o critério do *scree*

Tabela 2. Matriz de análise factorial de componentes rotacionadas por varimax referente ao construto EDG_15. Dourados/MS, 2008

Itens	Cargas rotacionadas por Varimax				Correlação	
	F1	F2	F3	F4	Comunalidades	Item-fator
Q.01_sente-se satisfeito com a vida?			,688		0,550	0,751
Q.02_Interrompeu muitas de suas atividades?	,568				0,376	0,559
Q.03_Acha sua vida vazia?	,587				0,491	0,684
Q.04_Aborrece-se com frequência?	,551		,342		0,425	0,621
Q.05_Sente-se bem com a vida maior parte do tempo?	,348	,646			0,561	0,770
Q.06_Teme que algo ruim lhe aconteça?	,616				0,472	0,585
Q.07_Sente-se alegre a maior parte do tempo?		,674			0,570	0,819
Q.08_Sente-se desamparado com frequência?	,445				0,312	0,539
Q.09_Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?			,806		0,667	-
Q.10_Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	,475	,443	-,390	,311	0,669	0,515
Q.11_Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	,676				0,541	0,521
Q.12_Vale a pena viver como vive agora?	,598	,306			0,492	0,634
Q.13_Sente-se cheio de energia?	,561		,408		0,526	0,765
Q.14_Acha que sua situação tem solução?	,511				0,377	0,724
Q.15_Acha que tem muita gente em situação melhor?	,511				0,311	0,421
KMO	0,830	P<0,001			Total	
S.Q.(autovalor inicial)	3,656	1,492	1,132	1,060	15,00	
Variância (%)	24,37	9,95	7,55	7,06	48,93	
a de Cronbach (KR-20)	0,64	0,57	0,67	0,20		

plot que considera os fatores a serem extraídos aqueles que ficam à esquerda do ponto de inflexão, que resultou em dois fatores. Como não houve aparente consenso entre os dois indicadores, optou-se pelo critério de Kaiser com autovalor maior que um, pois, com esse critério o percentual de variância total explicada aumenta.

Na presente configuração da Escala, quatro itens apresentaram valores de comunalidade e variância comum inferiores ao mínimo preconizado e mais de 50% inferiores a 0,5. A matriz com cargas fatorais rotacionadas apresentou dois itens que não revelaram significância prática (carga fatorial menor que 0,5 em todos os fatores) e cinco itens com cargas cruzadas (dois ou mais fatores com carga superior a 0,3). As cargas cruzadas são compreensíveis, pois, de certa forma, é possível pensar que os fatores psicológicos estejam relacionados entre si.

Os coeficientes de confiabilidade de KR-20 dos três primeiros fatores foram 0,64, 0,57 e 0,67, respectivamente.

Finalmente, foi avaliado baixa confiabilidade pelo método da consistência interna, o que não garante que os mesmos resultados sejam mantidos em casos de repetição do estudo nos mesmos indivíduos. O fator 4, representado por um único item da EDG não constituiu um fator propriamente dito. Ao acrescentar a esse fator os itens 10 e 13 da EDG, o KR-20 foi muito baixo (0,20). Portanto, no fator 4 da Tabela 2 não foi apresentada a correlação item-fator.

Finalmente, foi avaliado o grau de generalidade dos resultados para a população. Esta verificação foi feita de forma empírica, por meio da divisão da amostra em subamostras distintas e aleatórias, com 50% do total dos registros em cada uma. Como a composição dos fatores nas duas subamostras não coincidiu com o da amostra (Tabelas 2 e 3), concluiu-se que a estrutura não foi apropriada para generalizar os resultados para a população.

Tabela 3. Modelo fatorial de duas amostras aleatórias independentes, com 50% cada, extraídas da amostra original de idosos. Dourados, 2008

Itens	Cargas rotacionadas por Varimax Fator-Subamostra 1					Cargas rotacionadas por Varimax Fator-Subamostra 2			
	F1	F2	F3	F4	F5	F1	F2	F3	F4
Q.01_sente-se satisfeito com a vida?	0,704	0,395				0,456		0,608	
Q.02_Interrompeu muitas de suas atividades?		0,576					0,531		
Q.03_Acha sua vida vazia?		0,521		0,361			0,705		
Q.04_Aborrece-se com frequência?			0,333	0,479			0,650		
Q.05_Sente-se bem com a vida maior parte do tempo?	0,645	0,321	0,348			0,626		0,406	
Q.06_Teme que algo ruim aconteça-lhe?				0,658			0,610		
Q.07_Sente-se alegre a maior parte do tempo?	0,526	0,436				0,307	0,358	0,517	0,416
Q.08_Sente-se desamparado com frequência?		0,737				0,332	0,467		
Q.09_Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?				0,904				0,847	
Q.10_Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?		0,325	0,796				0,568		
Q.11_Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	0,677					0,767			
Q.12_Vale a pena viver como vive agora?	0,599	0,383				0,65			
Q.13_Sente-se cheio de energia?	0,377		0,722			0,652			0,327
Q.14_Acha que sua situação tem solução?	0,553					0,661			
Q.15_Acha que tem muita gente em situação melhor?			0,758			0,314	-0,680		

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos idosos entrevistados assemelham-se às tendências observadas nos estudos populacionais brasileiros: predomínio acentuado do sexo feminino, em consequência da sobremortalidade masculina, caracterizando a feminização do envelhecimento, e baixa escolaridade, sobretudo entre as mulheres⁽¹⁶⁾.

A literatura evidencia que os sintomas depressivos em idosos também estão associados aos declínios cognitivos e funcionais, falta ou perda de contato social, viuvez, eventos estressantes, baixa renda, isolamento social, falta de atividade social, baixa escolaridade e uso de medicações⁽⁵⁾. Snowdon considera as mulheres mais vulneráveis à depressão, pois vivem mais isoladas socialmente. Para o autor, a pobreza, viver sozinho e a deterioração física também predispõem o idoso à depressão⁽²⁾.

A versão de 15 itens da EDG, como instrumento de estrutura única, mostrou-se adequada para o rastreamento da depressão na Atenção Básica de Saúde por ter a vantagem de ser de rápida aplicação. A primeira pergunta requer atenção especial, pois, quando respondida negativamente apresenta alto valor preditivo positivo para depressão⁽¹¹⁾.

A prevalência de depressão em idosos assistidos pela ESF em Dourados foi de 34,4%, resultado semelhante aos estudos realizados em Fortaleza (CE) (34,2%)⁽¹¹⁾ e Goiânia (GO) (35,1%)⁽¹⁷⁾.

Pesquisa realizada na Espanha, com 417 idosos identificou a prevalência de sintomas depressivos em 19,7%, e a análise multivariada demonstrou associação estatisticamente significativa entre comorbidades e risco social⁽¹⁸⁾.

No Japão, estudo de coorte prospectivo, que investigou a prevalência de depressão em idosos, conforme as condições econômicas e a região de moradia, constatou maiores índices de sintomas depressivos entre os mais velhos, menos instruídos e com mais incapacidades nas atividades básicas da vida diária⁽¹⁹⁾.

No presente estudo, foram identificados quatro fatores que agregaram as seguintes dimensões: apatia/ansiedade (itens 2, 3, 4, 6, 8, 10 e 15), ânimo/desesperança (questões 11, 12, 13 e 14), infelicidade/desmotivação (itens 1, 5 e 7) e isolamento (questão 9). Mais de 70,0% dos idosos responderam que interromperam muitas de suas atividades (item 2), que preferiam ficar em casa a sair e fazer coisas novas (item 9) e que há muita gente em situação melhor que a sua (item 15).

O isolamento social esteve mais presente entre os idosos não letrados, uma vez que foi significativo nas questões 3 (*acha sua vida vazia?*) e 10 (*tem mais problemas de memória que outras pessoas?*). A presença de doenças crônicas aumentou de forma significativa o número de idosos que respondeu não se sentir satisfeito com a vida. O mesmo ocorreu no estudo desenvolvido em Singapura com 4.253

idosos, no qual a presença de doenças crônicas aumentou significativamente a sensação de isolamento entre os idosos entrevistados (8,8% versus 3,5%)⁽²⁰⁾.

No Japão, uma pesquisa foi desenvolvida com 607 idosos que viviam na comunidade, asilos e em hospitais com intuito de explorar as características dos sintomas depressivos por meio da análise das respostas da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens e correlacioná-las com estado cognitivo (Miníexame do Estado Mental) e capacidade funcional para o autocuidado (Índice de Barthel)⁽⁸⁾. Na investigação, os itens do EGD foram agrupados em quatro categorias: infelicidade representada pelas questões 1, 5, 7 e 11, apatia e ansiedade relacionadas aos itens 2, 3, 4, 6, 8 e 15, perda de esperança e de ânimo relativa às questões 9, 10, 12 e 14, e pouca energia representada pelo item 13.

Os idosos residentes em instituições de longa permanência obtiveram maiores escores de depressão em relação aos que moravam na comunidade ou os que estavam hospitalizados, pois as questões 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 14 foram pontuadas por mais de 50,0% dos residentes. Entretanto, os itens 2, 6 e 10 foram pontuados por mais de 40,0% entre todos os idosos pesquisados, tanto da comunidade como os institucionalizados. O estudo destacou ainda a correlação entre depressão, déficit cognitivo e capacidade funcional, ou seja, quanto maior o escore de depressão, menores serão os resultados do Miníexame do Estado Mental e do Índice de Barthel⁽⁸⁾.

Estudos de validade estrutural da EDG evidenciaram número de fatores que variaram de 3 e 5, entretanto não houve similaridade dos itens que compõem cada fator entre esses estudos e a pesquisa desenvolvida em Dourados-MS^(10,12,21-22).

CONCLUSÃO

Neste estudo, a prevalência de depressão em idosos foi de 34,4% e mais de 70,0% dos indivíduos entrevistados responderam afirmativamente às questões 2 (interrompeu muitas de suas atividades), 9 (prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas) e 15 (acha que tem muita gente em situação melhor). A presença de depressão também se mostrou maior entre os idosos com maior número de doenças crônicas. A pouca escolaridade também contribuiu para a apatia, a desmotivação e a desesperança.

A limitação para a generalização dos achados decorreu do fato da amostra do estudo ter sido constituída somente por idosos assistidos pela Estratégia da Saúde da Família. Portanto, não retrata a população total de idosos de Dourados, pois a cobertura da ESF não é absoluta. Entretanto, as características da amostra foram semelhantes a de outros estudos nacionais e internacionais. Ainda assim, a análise da estrutura fatorial dos itens da EDG revelou que não é apropriado generalizar os resultados

desta estrutura para a população em geral, de modo que os resultados encontrados suscitam novas pesquisas, sobretudo quanto à análise fatorial da Escala.

Nesta amostra de idosos, o instrumento EDG-15 apresentou propriedades psicométricas abaixo do mínimo preconizado pela literatura e, portanto, sua utilização deve ser feita com o devido cuidado.

No contexto da Estratégia de Saúde da Família, o trabalho dos profissionais de saúde, em especial, os profissionais de enfermagem, está voltado para a

assistência integral e contínua a todos os membros da família. No que diz respeito aos idosos, cabe às equipes identificar precocemente os fatores que podem afetar negativamente suas condições de saúde, detectar os sinais de depressão e os aspectos associados (apatia, desmotivação, desesperança e isolamento social), para promover atividades físicas, recreativas e culturais que contribuam para minimizar esse quadro, instituindo medidas cabíveis para preservar a autonomia e a qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(5):372-87.
2. Snowdon J. How high in the prevalence of depression in old age? *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24 (Supl 1):42-7.
3. Rodrigues RA, Scudeller PG, Pedrazzi EC, Schiavetto FV, Lange C. Morbidity and interference in seniors' functional ability. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(4): 643-8.
4. Paradela EM, Lourenço RA, Veras RP. Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(6):918-23.
5. Hegadoren K, Norris C, Lasiuk G, da Silva DG, Chivers-Wilson K. The many faces of depression in primary care. *Texto & Contexto Enferm.* 2009;18(1):155-64
6. Silvestre JA, da Costa Neto MM. [Approach to the elderly in family health programs]. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):839-47. Portuguese
7. Almeida OP, Almeida SA. Short version of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999; 14(10):858-65
8. Onishi J, Suzuki Y, Umegaki H, Endo H, Kawamura T, Iguchi A. A comparison of depressive mood of older adults in a community, nursing homes, and a geriatric hospital: factor analysis of Geriatric Depression Scale. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2006;19(1):26-31.
9. Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2008;16(11): 914-21.
10. Pinho MX, Custódio O, Makdísse M, Carvalho ACC. [Reliability and validity of the geriatric depression scale in elderly individuals with coronary artery disease]. *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(5):570-9. Portuguese
11. Castelo MS, Coelho-Filho JM, Carvalho AF, Lima JW, Noleto JC, Ribeiro KG, et al. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. *Int Psychogeriatr.* 2010; 22(1):109-13.
12. Friedman B, Heisel MJ, Delavan RL. Psychometric properties of the 15-item geriatric depression scale in functionally impaired, cognitively intact, community-dwelling elderly primary care patients. *J Am Geriatric Soc.* 2005;53(9):1570-6.
13. Cerqueira AT. Deterioração cognitiva e depressão. In: Lebrão ML, Duarte YA. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS; 2003 p.141-66
14. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Tathan RL. Análise multivariada de dados. 6a ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
15. Worthington RL, Whittaker TA. Scale development research: a content analysis recommendations for best practices. *Couns Psychol.* 2006;34(6):806-38.
16. Jóia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2008;17(3):187-94.
17. Nunes DP, Nakatani AY, Silveira EA, Bachion MM, de Souza MR. [Functional capacity, socioeconomic conditions and of health of elderly assisted by Family Health teams in Goiania (GO, Brasil)]. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(6):2887-98. Portuguese
18. Urbina Torija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP, Torres Buisán L, Torrubias Fernández RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit.* 2007;21(1):37-42.
19. Murata C, Kondo K, Hirai H, Ichida Y, Ojima T. Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). *Health Place.* 2008;14(3):406-14.
20. Broekman BF, Nyunt SZ, Niti M, Jin AZ, Ko SM, Kumar R, et al. Differential item functioning of the Geriatric Depression Scale in an Asian population. *J Affect Disord.* 2008;108(3):285-90.
21. Sheikh JI, Yesavage JA, Brooks JO 3rd, Friedman L, Gratzinger P, Hill RD, et al. Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale. *Int Psychogeriatr.* 1991;3(1):23-8.
22. Incalzi RA, Cesari M, Pedone C, Carbonin PU. Construct validity of the 15-item geriatric depression scale in older medical inpatients. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2003;16(1):23-8.