

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

### *EXPERIENCE REPORT*

## **Reflexões Sobre o Uso da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) em Idosos Hospitalizados\***

*Reflections about using the Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Hospitalized Aged People*

Bruna Rafaela Ortiz  
Kátia da Silva Wanderley

**RESUMO:** A desordem mental mais comum na terceira idade é a depressão. Os sintomas depressivos nem sempre se apresentam de maneira típica. Nos idosos as queixas somáticas são frequentes e podem ser reforçadas pela hospitalização, tornando os idosos mais suscetíveis ainda a sintomas depressivos. Isso se avigora numa ala geriátrica, onde os pacientes lá internados são muitas vezes mais frágeis, poliqueixosos, e com múltiplas comorbidades. Fundamentado a partir deste contexto, o presente trabalho teve como objetivo buscar reflexões críticas sobre o uso da Escala de Depressão Geriátrica (na versão reduzida - GDS-15), amplamente utilizada, como método para avaliar o quadro depressivo em idosos internados numa enfermaria de geriatria. Este estudo é, sobretudo, qualitativo, cuja coleta de informações envolveu a aplicação da escala proposta. Os resultados incitaram discussões acerca da necessidade de reavaliação da confiabilidade da Escala, podendo ser esta pouco suficiente/adequada para medir os sintomas depressivos destes pacientes específicos.

**Palavras-chave:** Idosos Hospitalizados; Depressão; Escala de Depressão Geriátrica (GDS).

\* Trabalho de conclusão do Aprimoramento em Atendimento Interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia – Psicologia, em 2011.

**ABSTRACT:** *The most common mental disorder in the elderly is depression. Depressive symptoms are not always presented in a typical way. In depressed aged people multiple somatic complaints are frequently and can be reinforced by hospitalization, making the elderly more susceptible to depressive symptoms. This happens quite frequently in a geriatric ward, where patients admitted there are often more fragile, sensitive to pain and soreness, and with multiple comorbidities. Based on this context, this study aimed to look for critical reflections about the use of the Geriatric Depression Scale (reduced version - GDS-15), widely used as an evaluation method for assessing depression in elderly patients in a geriatric ward. This study is especially qualitative, in which the information gathered has involved application of the required scale. The results have prompted discussions about the need to reassess the reliability of the scale, making it not sufficient or appropriated to measure the depressive symptoms of these specific patients.*

**Keywords:** *Hospitalized Aged People; Depression; Geriatric Depression Scale (GDS)*

## **Introdução**

A partir do final do século XX, observou-se no mundo um nítido envelhecimento populacional. Nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento foi ainda mais significativo e acelerado. No Brasil, segundo dados do IBGE (2011), a expectativa de vida aumentou 17 anos entre 1940 e 1980 (de 45,5 para 62,6 anos, respectivamente). Em 2000, esse indicador chegou aos 70,4 anos, e deverá atingir os 81,3 anos em 2050. Outra comparação importante é que, em 2000, 30% dos brasileiros tinha de zero a 14 anos, e os maiores de 65 anos representavam 5% da população. Em 2050, esses dois grupos etários se igualarão: cada um deles representará 18% da população brasileira. Tais números revelam a importância cada vez maior das políticas públicas relativas à Previdência, diante do crescente número de indivíduos aposentados, em relação àqueles em atividade. Também, tornam-se cada vez mais importantes as políticas de saúde voltadas para a Terceira Idade: se em 2000 o Brasil tinha 1,8 milhão de pessoas com 80 anos ou mais, em 2050 esse contingente poderá ser de 13,7 milhões.

Assim, o envelhecimento populacional mais acelerado exige da sociedade um reajustamento, um olhar diferenciado e cuidadoso, condizente com esta nova realidade. Para tanto, estudos sobre esta população tornam-se cada vez mais necessários, além de capacitação profissional específica.

Com o decorrer dos anos, então, e com a longevidade sendo cada vez mais atingida, emerge a necessidade de serem planejados meios de tratar o idoso, para que este não sofra demasiadamente com o declínio natural ocasionado pela passagem do tempo. Há fatores externos que intensificam as condições de estresse, situações tais como a fome, a miséria, o abandono, entre milhares de outros eventos. Trabalhar de forma preventiva, portanto, agindo sobre estes aspectos, é a melhor maneira de proporcionar maior satisfação e conforto para a sociedade idosa (Goldfarb, 2006).

O envelhecimento humano está intimamente relacionado a mudanças corporais e emocionais que podem comprometer a qualidade de vida do indivíduo, ocasionando um conjunto de manifestações físicas e psíquicas, que permitem que o sujeito esteja mais frágil, e, conseqüentemente, mais predisposto a desenvolver doenças. Essas doenças podem contribuir para incapacidade funcional do idoso. E não somente as doenças físicas, mas especialmente as doenças da psique, como a depressão e ansiedade, por exemplo, podem gerar limitações importantes e alterar significativamente a qualidade de vida desses idosos.

Segundo Garcia e colaboradores (2006), do ponto de vista existencial, o idoso está numa situação de perdas comuns continuadas; a possível diminuição do suporte sociofamiliar, a perda do status ocupacional e por vezes econômico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a conseguinte incapacidade pragmática crescente compõem o elenco de perdas suficientes para um expressivo rebaixamento do humor. Também do ponto de vista biológico, na idade avançada é mais frequente o aparecimento de fenômenos degenerativos ou doenças físicas capazes de produzir sintomatologia depressiva (Gonçalves, Oliveira & Cunha, 2007).

Na área da saúde, há um aumento da demanda hospitalar de idosos e é observável que a assistência à saúde destes ainda é deficiente.

Os transtornos do humor são uma das desordens psiquiátricas mais comuns em idosos, sendo responsáveis pela perda de autonomia e pelo agravamento de quadros patológicos preexistentes, constituindo um grande fator de agravamento da evolução clínica. Dentre eles, a depressão é a mais frequente e está associada ao maior risco de

morbidade e de mortalidade, ao aumento na utilização dos serviços de saúde, à negligência no autocuidado, à adesão reduzida aos regimes terapêuticos, e maior risco de suicídio, validando a grande importância de dar atenção a este problema na população idosa (Paradela, Lourenço & Veras, 2005).

### **A Depressão no Idoso**

A população idosa, em geral, é a maior usuária dos serviços de saúde. Isso se deve às doenças associadas ao envelhecimento e suas consequências. A doença para o idoso pode ter especial relevância, uma vez que há maior probabilidade de trazer consigo grande perda funcional e dependência física, dificuldade e lentidão na recuperação, desesperança em obter melhoras, além da maior percepção da inevitável proximidade com a morte. A irreversibilidade de suas fraquezas contribui consistentemente para a descompensação e a perturbação de sua saúde mental. E a hospitalização na velhice pode intensificar este quadro (Porcu *et al.*, 2002).

As enfermarias hospitalares são locais que podem incitar sintomas ansiosos e depressivos, uma vez que grande parte dos pacientes, principalmente os idosos lá internados, têm sua capacidade funcional diminuída. O início dessa incapacidade, a imobilidade, a dor, a necessidade de hospitalização demorada e a reabilitação intensiva geram considerável estresse e alterações negativas do estilo de vida (Ballone & Moura, 2006). Por conseguinte, devem-se valorizar os sintomas do humor, a fim de tratar e melhorar a qualidade da internação e de vida.

Os idosos internados na Geriatria são pacientes com múltiplas patologias e com elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas. O que pode ser atribuído, muitas vezes, à necessidade de maior permanência hospitalar e conseguinte perda de independência e autonomia desses idosos. A fragilidade dos pacientes desta clínica expressa a vulnerabilidade aos desafios do próprio ambiente e com a presença de doenças agudas, a própria hospitalização e outras situações de risco são agentes estressores importantes (Sales & Santos, 2007). Alerta-se ainda que 1/5 do total de óbitos em idosos é atribuído a sintomas e afecções mal definidos (Duarte, 1994).

A desordem mental mais comum na terceira idade é a depressão. Esta tem impacto negativo em todos os aspectos da vida, sendo de grande preocupação na saúde

pública (Ferrari & Dalacorte, 2007). Nos idosos hospitalizados, estima-se que a prevalência dessa doença é de 35% a 45% (Porcu *et al.*, 2002). Os transtornos psiquiátricos com sintomatologia depressiva aumentam de forma importante com a idade, porém não fazem parte do processo normal de envelhecimento, sendo grandemente influenciadas por fatores genéticos e ambientais. Mudanças no modo de vida da pessoa idosa, por vezes devido a uma doença, e situações vivenciais de estresse, como a hospitalização, são agentes desencadeadores relevantes de depressão (Souza *et al.*, 2007).

O quadro da depressão em idosos nem sempre se apresenta de maneira típica, e o diagnóstico demanda maior cautela. Os sintomas depressivos expressam-se geralmente de maneira clínica diferentemente dos demais grupos etários, e não são tão aparentes como na depressão em adultos (Souza *et al.*, 2007). Humor deprimido e tristeza não são essenciais para o diagnóstico. Nos idosos deprimidos, as queixas somáticas, que são frequentes no próprio processo de envelhecimento normal, são exacerbadas e associadas a altos índices de ansiedade (Ferrari & Dalacorte, 2007).

O diagnóstico da depressão necessita da história completa do paciente, exame físico, avaliação do estado cognitivo, além de exames laboratoriais que excluem outras patologias que podem confundir o diagnóstico, como a demência, por exemplo. A depressão na terceira idade é comumente associada com uma variedade de desordens físicas e prejuízo cognitivo e há sobreposição de sintomas físicos e psíquicos. Por vezes, esta doença é então sub-diagnosticada e sub-tratada (Ferrari & Dalacorte, 2007).

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) foi desenvolvida como um instrumento de triagem para depressão. Possui duas versões, uma longa (com trinta questões) e uma versão curta (com 15 questões). Ambas são validadas internacionalmente e amplamente utilizadas na avaliação geriátrica global, auxiliando a determinar a necessidade de tratamento para a doença (Yesavage, 1983).

É importante ressaltar que, apesar de a GDS-15 ser uma escala largamente utilizada, ela foi desenvolvida para a população idosa em geral, não sendo específica para pacientes hospitalizados, que possuem características físicas e psíquicas que exigem maior cuidado na avaliação.

Diante da importância do tema, da complexidade do diagnóstico da depressão senil, dos percalços da hospitalização e do perfil dos pacientes internados na Geriatria, este trabalho propõe uma discussão a respeito da utilização da escala de depressão

geriátrica na versão reduzida (GDS-15) como instrumento para avaliar a sintomatologia depressiva em pacientes internados numa ala geriátrica de um hospital público.

## **Métodos**

Para este estudo, a escala GDS-15 foi aplicada em 10 pacientes internados numa ala geriátrica de um hospital público da cidade de São Paulo, que foram identificados de forma aleatória, e verificados, através de prontuário, pacientes idosos lúcidos, que fossem capazes e estivessem dispostos, com condições clínicas, a responder à Escala GDS-15, após a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos pacientes com rebaixamento do nível de consciência por *delirium* ou outra causa clínica e alteração na cognição determinada por demência pré-existente.

A pesquisa seguiu um delineamento observacional e transversal, e as respostas das escalas aplicadas foram avaliadas de forma quantitativa, com levantamento de resultados e frequência dada entre sintomas detectados nos pacientes idosos (com ou sem sintomatologia depressiva); e qualitativa, a partir das reflexões expostas neste trabalho.

## **Resultados**

Dos dez pacientes analisados, um deles não terminou de responder à escala. E dentre o restante, apenas dois idosos apresentaram estar deprimidos (com pontuação acima de seis pontos). Contudo, todos os pacientes que responderam à escala até o final apresentaram ao menos dois sintomas indicativos de alteração no humor. Sete pacientes responderam sim quanto à mudança negativa de estilo de vida. Quatro idosos indicaram resistência em sair de casa. E três afirmaram medo de que algo ruim pudesse lhes acontecer. Todos apresentaram, porém, expectativa de melhora em relação à situação atual e sentimentos de valor à vida.

## Discussão

A clientela de idosos internados em enfermarias de geriatria é muito distinta de idosos avaliados em seus domicílios, ou mesmo em serviços de atenção primária.

Devemos entender que idosos doentes e internados podem ser mais suscetíveis a sintomas depressivos. Uma boa parcela dos indivíduos deprimidos podem-no ser recentemente e devido à situação de doença em que se encontram. Além do que o perfil de pacientes internados na Geriatria é de idosos mais fragilizados, com múltiplas queixas que se misturam com as múltiplas comorbidades. E isso contribui para a dificuldade maior na aferição da depressão. Portanto, os sintomas somáticos, de ansiedade, as comorbidades clínicas, e até mesmo o *déficit* cognitivo, acabam contribuindo para o não reconhecimento dos sintomas de depressão, ainda mais quando não aplicados os instrumentos apropriados (Ferrari & Dalacorte, 2007).

Nesse sentido, a escala de depressão geriátrica na versão reduzida pode ser pouco precisa ou pouco sensível a esse tipo de clientela. Uma vez que, no contexto clínico de uma hospitalização, alguns dos itens da escala, cujas afirmativas “sim” indicam respostas “depressivas”, deveriam, na verdade, ser indicativos de “normalidade”. Como exemplo, temos as perguntas: “Você deixou muito de seus interesses e atividades?” (item 2 da GDS-15); “Você se sente cheio de energia?” (item 13 da GDS-15); “Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?” (item 15 da GDS-15); “Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?” (item 6 da GDS-15).

Houve na pesquisa um paciente que se dispôs a responder a escala, porém, conforme o andamento das perguntas desistiu de terminá-la. Isso pode ser atribuído ao teor das questões presentes na escala, que podem mobilizar, ainda mais, emoções já despertadas pela doença somática e hospitalização, podendo enaltecer o humor deprimido. É comum a presença de maiores reflexões acerca da vida e da morte nos leitos hospitalares, que podem tornar o paciente mais sensível a perguntas como: “Você sente que sua vida está vazia?” (item 3 da GDS-15); “Você sente que sua situação não tem saída?” (item 8 da GDS-15); “Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?” (item 12 da GDS-15).

Isso foi reforçado até mesmo com os pacientes que terminaram de responder à escala. Alguns destes tiveram um subsequente “mal-estar”, com queixas somáticas ou resgate de situações vivenciais de angústia. Tais decorrências levaram a refletir sobre o

cuidado ao aplicar tal escala nesta população, pressupondo a necessidade de vínculo prévio e oferta de suporte emocional após o procedimento.

Além disso, e pela condição mais frágil, muitas vezes os idosos hospitalizados podem ter dificuldade em verbalizar uma tristeza, podendo referi-la como irritabilidade, falta de sentimentos ou emoções, culpa, desamparo, perda do interesse ou prazer. A tristeza é comumente negada e o choro é incomum, podendo dificultar ainda mais a legitimidade das respostas obtidas pela escala (Ferrari & Dalacorte, 2007).

De forma similar, a escala GDS-15, por ser uma versão reduzida, não aborda completamente alguns aspectos e sentimentos mais específicos e que correspondem ao quadro depressivo. Aspectos esses que seriam relevantes para os idosos internados, pois ofereceriam maior precisão, como redução da capacidade mental, dificuldades em tomar decisões, baixa autoestima, sensação de fadiga ao despertar, sensação de culpa, sentimento de tédio, desânimo, agitação, tristeza, entre outros (Souza *et al.*, 2007).

No geral, foi observado que a maioria dos pacientes apresenta quadros sintomáticos leves, mas que não preenchem os critérios diagnósticos para depressão maior. Há sintomatologia depressiva, porém não suficientemente intensa, mas que podem implicar algum grau de sofrimento para as pessoas afetadas, por isso deve-se dar atenção a estas.

Portanto, numa visão geral, a GDS-15, como instrumento para avaliar depressão em idosos internados, pode não ser a mais adequada, e deve ser utilizada com cautela. Há, pois, a necessidade de adaptar o questionário a este tipo de população, levando em consideração sua fragilidade peculiar.

## 6. Considerações Finais

Ressalta-se, por fim, que há um escasso conhecimento sobre a realidade psicológica do idoso, de sua subjetividade, e da percepção que ele tem de si mesmo e do mundo em que vive. Os estudos referidos à velhice se concentram, em geral, nos aspectos demográficos, socioeconômicos, de seguridade social e de saúde física, deixando de lado a saúde emocional e os sentimentos da pessoa que envelhece. Portanto, muito pouco se sabe sobre como o idoso percebe a si mesmo e seu

envelhecimento, e isso seria o primeiro passo para estabelecer uma atenção psicológica e rastrear os fatores materiais, sociais, de saúde física e angústias que rodeiam a depressão no envelhecimento (Ballone & Moura, 2006).

Desse modo, seria interessante avaliar, num estudo mais amplo e denso, o porquê de todos os pacientes entrevistados apresentarem ao menos duas respostas indicando sintomatologia depressiva. Quais suas características específicas, assim como também os indicadores que representam melhor equilíbrio e saúde mental?

Este estudo ainda remete à especificidade do tratamento geriátrico, que deve ser integral, e não dirigido a uma especialidade apenas, e de caráter preventivo, além de curativo. Para tanto, há necessidade do trabalho integrado de equipe multidisciplinar, na qual o psicólogo desempenha função importante. E é fundamental que os sintomas de ordem psíquica sejam compreendidos de maneira contextualizada, levando-se em conta as características individuais, familiares e sociais daqueles que vêm em busca de ajuda médica e psicológica (Linhares *et al.*, 2003). Em suma, deixa-se registrado que a escala GDS-15 pode funcionar como complemento para o diagnóstico e conhecimento a respeito da saúde mental do idoso internado.

## Referências

- Ballone, G.J. & Moura, E.C. (2006). Depressão no Idoso. *In: PsiqWeb*. Recuperado em 22 fevereiro, 2012, de: [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br).
- Duarte, M.J.R.S. (1994). Atenção ao idoso: um problema de saúde pública e enfermagem. *Rev. Enferm.*, 2(1), 110-111.
- Ferrari, J.F. & Dalacorte, R.R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Rev. Scientia Medica*, 7(1), 3-8.
- Garcia, A., Passos, A., Campo, A.T., Pinheiro, E., Barroso, F., Coutinho, G., Mesquita, Alves, M. & Sholl-Franco, A. (2006). A Depressão e o Processo de Envelhecimento. *Rev. Ciência e Cognição*, 07, 111-121. Recuperado em 02 março, 2012, de: URL: <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v07/m14569.pdf>.
- Goldfarb, D.C. (2006, nov.). *O idoso fragilizado e a família: representações, preconceitos, conflito e solidariedade*. Painel. Palestra SESCSP.
- Gonçalves, E.R.B., Oliveira, L.F.de Q. & Cunha, M.L.F.M. (2007). Depressão no Idoso: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Rev. Fragmentos da Cultura*, 17(2). Recuperado em 03 março, 2012, de: URL: <http://seer.ucg.br/index.php/fragmentos/article/viewFile/272/216>
- Ortiz, B.R. & Wanderley, K.da S. (2013, junho). Reflexões Sobre o Uso da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) em Idosos Hospitalizados. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(3), pp.307-316. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Recuperado em 02 agosto, 2011, de: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=207](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=207).

Linhares, C.R.C., Coelho, V.L.C.D., Guimarães, R.M., Campos, A.P.M.D. & Carvalho, N.L.T.D. (2003). Perfil da Clientela de um Ambulatório de Geriatria do Distrito Federal. *Rev. Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 319-326.

Paradela, E.M.P., Lourenço, R.A. & Veras, R.P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev. Saúde Pública*, 39(6), 918-923.

Porcu, M., Scantamburlo, V.M., Albrecht, N.R., Pagliarini-Silva, S., Vallim, F.L., Araújo, C.R., Deltreggia, C. & Faiola, R.V. (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Rev. Acta Scientiarum*, 24(3), 713-717.

Sales, M.F. & Santos, I. (2007). Perfil de Idosos Hospitalizados e Nível de Dependência de Cuidados de Enfermagem: Identificação de Necessidades. *Rev. Texto Contexto Enferm*, 16(3), 495-502.

Souza, 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(2), 102-107. Recuperado em 03 março, 2012, de: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a05v56n2.pdf>

Yesavage, J.R., Brink, T., Rose, T., Lun, O., Huang, V., Adey, N. & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 27-39.

Recebido em 02/06/2013

Aceito em 23/06/2013

---

**Bruna Rafaela Ortiz** – Psicóloga. Aprimoranda em Gerontologia pelo Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” (HSPE). São Paulo (SP), Brasil.

E-mail: [brunarafaelaortiz@gmail.com](mailto:brunarafaelaortiz@gmail.com)

**Katia da Silva Wanderley** – Psicóloga. Psicóloga-chefe da Seção de Psicologia do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual do HSPE, preceptora do curso de Aprimoramento em Psicologia Clínica, Hospitalar e em Gerontologia do HSPE. São Paulo (SP), Brasil.

E-mail: [katizpsi@uol.com.br](mailto:katizpsi@uol.com.br)