

Samila Sather Tavares Batistoni^I
Anita Liberalesso Neri^I
Ana Paula F Bretas Cupertino^{II}

Validade da escala de depressão do *Center for Epidemiological Studies* entre idosos brasileiros

Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly

RESUMO

OBJETIVO: Obter validade interna, de construto e de critério para a escala *Center for Epidemiological Studies – Depression*, em idosos.

MÉTODOS: O instrumento foi aplicado a 903 idosos residentes em Juiz de Fora, Estado de Minas Gerais, entre os anos de 2002-2003. Os resultados foram comparados com a versão brasileira da *Geriatric Depression Scale*, aplicado a uma subamostra de 446 respondentes. A consistência interna das duas escalas foi aferida pelo coeficiente alfa de Cronbach, calculado para os itens em sua totalidade e para os itens de cada fator obtido para o instrumento avaliado. Para avaliar a validade de construto, seus 20 itens foram submetidos à análise fatorial exploratória a fim de conhecer o padrão de variação conjunta dos itens e a variância explicada por cada fator.

RESULTADOS: O instrumento revelou índices satisfatórios de validade interna ($\alpha=0,860$), sensibilidade (74,6%) e especificidade (73,6%), para nota de corte >11. Entretanto, apontou frequência relativamente alta de falsos positivos em comparação à *Geriatric Depression Scale*: de 33,8% vs. 15%. A análise fatorial exploratória do instrumento gerou estrutura fatorial com três fatores: afetos negativos, dificuldades de iniciar comportamentos e afetos positivos.

CONCLUSÕES: O instrumento mostrou-se psicometricamente adequado para uso entre idosos. Entretanto, estudos adicionais de natureza longitudinal e transversal, desenvolvidos em diferentes contextos, poderão esclarecer os efeitos de variáveis somáticas e situacionais sobre os resultados desse instrumento em pessoas idosas.

DESCRITORES: Idosos. Depressão, diagnóstico. Depressão, psicologia. Estudos de validação.

^I Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

^{II} University of Kansas Medical Center. Kansas City, KS, United States

Correspondência | Correspondence:
Samila Sather Tavares Batistoni
Departamento de Psicologia Educacional
Av. Bertrand Russel, 801
Cidade Universitária Zeferino Vaz – Barão Geraldo
13083-970 Campinas, SP, Brasil
E-mail: samila@unicamp.br

Recebido: 30/5/2006
Revisado: 23/11/2006
Aprovado: 12/4/2007

ABSTRACT

OBJECTIVE: To obtain internal construct and criteria validity for the Center of Epidemiological Studies – Depression scale in elderly people.

METHODS: The instrument was applied to 903 elderly living in a city in southeastern Brazil, between 2002 and 2003. Results were compared with the Brazilian version of the CES-D applied to a sub-sample of 446 participants. Internal consistency of the two scales was assessed using Cronbach's alpha measured for the items in their total and for the items of each factor obtained for the assessed instrument. To assess the construct validity, the 20 items underwent exploratory factorial analysis to discover their variation pattern and the variance explained according to each factor.

RESULTS: The scale presented satisfactory index for internal validity ($\alpha=0.860$), sensibility (74.6%), specificity (73.6%), and for cutoff point >11 . However, it presented a relatively high frequency of false positives compared to the GDS 33.8% vs. 15%. Exploratory factorial analysis of the instrument created factorial structure with three factors: negative affects, problems initiating behaviors, and positive affects.

CONCLUSIONS: The instrument seemed to be psychometrically suitable when applied to older people. However, further cross-sectional and longitudinal studies, carried out in different contexts, may explain the effects of somatic and situational variables on the results of the instrument in older people.

KEYWORDS: Older people. Depression, diagnosis. Depression, psychology. Validation studies.

INTRODUÇÃO

A Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS*)²³ e a Escala do *Center for Epidemiological Studies - Depression (CES-D)*^{12,16} são instrumentos de rastreio reconhecidos como recursos rápidos, simples e úteis para a identificação de sintomas depressivos ou de vulnerabilidade à depressão na velhice.⁵ No Brasil, a GDS é bem conhecida e utilizada por pesquisadores e clínicos. A CES-D é de uso recente, em populações jovens²¹ e adultas.⁶ Entre idosos, suas propriedades psicométricas ainda não foram exploradas.

A revisão de 37 artigos de pesquisa sobre a utilidade e as propriedades psicométricas da CES-D, realizada por Mui & Burnett¹⁴ (2001), confirmou sua utilidade para a avaliação da depressão em idosos de diferentes culturas. Os autores indicaram que fatores etários, culturais e relacionados à saúde influenciam os padrões de resposta à CES-D e as estruturas fatoriais derivadas das respostas. O fator relacionado ao bem-estar, na estrutura fatorial descrita originalmente por Radloff¹⁶ (1977), aparece consistentemente problemático em culturas não ocidentais. Dois fatores, em vez de quatro, foram o melhor ajustamento obtido para idosos hispânicos; problemas interpessoais foram mais salientes para idosos afro-

americanos, assim como os afetos depressivos e fatores somáticos para idosos indígenas americanos. De acordo com esses mesmos autores,¹⁴ Gupta & Yick¹⁰ (2000) e Ridler et al¹⁸ (2002), a CES-D deve ser validada para cada grupo cultural em que vier a ser usada.

O presente estudo teve por objetivo obter validade interna, de construto e de critério para a escala *Center for Epidemiological Studies – Depression*, em idosos e avaliar os aspectos psicométricos da CES-D quando aplicada a idosos brasileiros residentes na comunidade.

MÉTODOS

Segundo dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano 2000, Juiz de Fora (MG) tinha 456.796 habitantes, dos quais 10,6% tinham 60 anos e mais, e expectativa de vida de 71,78 anos.

Os dados da pesquisa foram levantados na primeira fase da coleta do Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável (PENSA), desenvolvido em Juiz de Fora, entre os anos de 2002 e 2003. O estudo teve sua amostra

selecionada por busca sistemática nos 14 bairros do município com o maior percentual de idosos. Todos os domicílios desses bairros (N=7.089) foram visitados, identificando-se 1.686 residentes idosos (média de 0,24 idosos por domicílio), os quais foram convidados a participar da pesquisa. Dentre esses, 956 (56%) aceitaram participar da pesquisa, para 614 (36%) houve recusa e 116 não participaram da entrevista porque estavam física e/ou cognitivamente incapacitados. Dentre os participantes, 71,8% eram mulheres. A idade variou entre 60 e 103 anos (média 72,4; DP=8,3). Metade dos idosos eram casados (N=478), 38 solteiros e o restante viúvos (N=440), separados ou divorciados. Sessenta e cinco por cento eram alfabetizados ou tinham o curso primário, 38% tinham o colegial e 10% o curso superior.

Dos 956 que aceitaram participar do estudo, 903 responderam na íntegra à CES-D. Quarenta por cento tinham entre 60 e 69 anos, 40% entre 70 e 79 e 20%, 80 anos e mais (média=72,3; DP=8,21); 72,4% eram mulheres. Dentre os 903 idosos, 446 responderam também à GDS. Não havia diferenças estatisticamente significantes entre esta sub-amostra que respondeu à CES-D e à GDS e a que respondeu apenas à CES-D.

Os seguintes instrumentos foram aplicados:

1. Questionário sobre: gênero, idade, escolaridade e status conjugal.
2. CES-D, na versão validada semanticamente por Silveira & Jorge²¹ (2000), para avaliar a frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à entrevista. Contém 20 itens escalares sobre humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor. As respostas são em escala Likert (nunca ou raramente, às vezes, frequentemente, sempre). O escore final varia de zero a 60 pontos. Na versão norte-americana,¹⁶ o ponto de corte para identificar depressão é ≥ 16 pontos.
3. Versão brasileira da GDS-15.²⁰ Trata-se de escala dicotômica, em que os participantes são convidados a assinalar a presença ou a ausência (sim x não) de sintomas referentes a mudanças no humor e a sentimentos específicos como desamparo, inutilidade, desinteresse, aborrecimento e felicidade. Estudos em que foram utilizadas versões brasileiras reduzidas da GDS mostraram que suas medidas são válidas para o diagnóstico de episódio depressivo maior, de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, quarta edição (DSM-IV) e da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão. O ponto de corte >5 produziu índices de sensibilidade de 90,9% e de especificidade de 64,5% para diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com o DSM-IV.²

A consistência interna das duas escalas na amostra foi aferida mediante o coeficiente alfa de Cronbach (α), calculado para os itens em sua totalidade e para os itens de cada fator obtido para a CES-D. Para obter o ponto de corte para a CES-D, preditor de estado depressivo na amostra brasileira, foi utilizada a análise da curva *Receiving Operator Characteristic* (ROC). A curva ROC maximizou os valores de sensibilidade e especificidade da CES-D, comparando-o com os valores obtidos por indivíduos classificados como deprimidos ou não deprimidos pela GDS, considerada a escala de referência. Para avaliar a validade de construto, seus 20 itens foram submetidos à análise fatorial exploratória a fim de conhecer o padrão de variação conjunta dos itens e a variância explicada por cada fator. Foi feita rotação ortogonal pelo método Varimax de modo a deixar os fatores resultantes o mais independentes possível.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (Processo nº 170-009/2002). Os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento informado.

RESULTADOS

Os resultados apontaram alta consistência interna para a CES-D ($\alpha=0,860$) e moderada consistência para a GDS-15 ($\alpha=0,70$). Na CES-D, o item que apresentou menor correlação com os demais foi o quarto (“Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo, mesmo com a ajuda de amigos e familiares”) e na GDS-15 foram o 9º e o 15º (“Prefere ficar em casa a sair e fazer

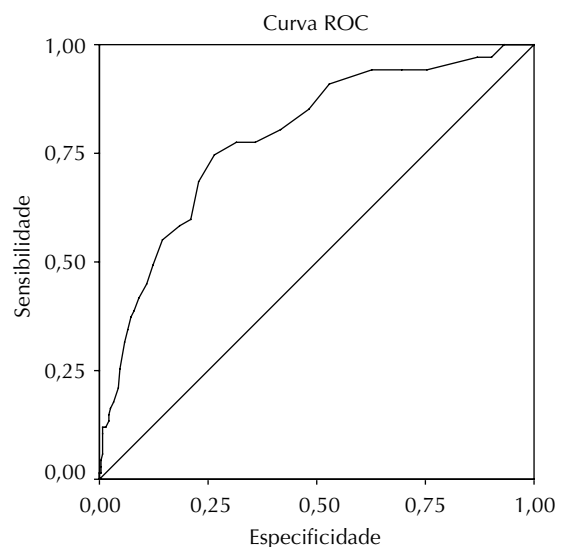


Figura. Coeficientes de sensibilidade e especificidade para a CES-D em comparação com a GDS-15. Juiz de Fora, MG, 2002-2003.

Tabela 1. Matriz de cargas fatoriais dos itens da *Center for Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D)* obtidas pela análise dos componentes principais após rotação ortogonal pelo método varimax. Juiz de Fora, MG, 2002-2003. N=903

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
1	0,08570	0,60381	0,03429	0,17406
2	0,08294	0,61201	0,11154	0,01812
3	0,46795	0,55929	0,06289	0,10289
4	0,06166	0,00875	0,61635	-0,26105
5	0,30769	0,55743	0,05856	-0,05144
6	0,72603	0,30664	0,11323	0,08899
7	0,27658	0,61290	0,05118	0,16274
8	0,17983	0,04234	0,71899	0,02941
9	0,59050	0,00267	0,11471	0,19422
10	0,43841	0,23607	0,06863	0,13458
11	0,12950	0,41832	0,13441	0,50661
12	0,18207	0,19156	0,59982	0,43690
13	0,39232	0,37238	0,06754	0,03417
14	0,55218	0,22041	0,23250	-0,03383
15	0,15854	0,07946	-0,03061	0,76137
16	0,09637	0,19324	0,64491	0,43894
17	0,59072	0,13953	0,15773	-0,06115
18	0,70799	0,28386	0,15032	0,14882
19	0,59693	-0,01866	-0,04774	0,42948
20	0,45787	0,30950	-0,03809	0,09348

coisas novas?”, “Acha que tem muita gente em situação melhor que sua?”), mas sua retirada não alterou substancialmente os índices de consistência interna.

Na Figura são apresentados os resultados da análise da curva ROC para o escore total da CES-D, em comparação com os valores da GDS. A análise apresenta a relação entre os valores de sensibilidade e especificidade para cada ponto de corte. Quanto melhor for a medida em estudo para diferenciar o grupo possivelmente afetado e o grupo possivelmente não afetado, mais a curva se aproximará do canto superior esquerdo (como um “L” invertido) e mais a área sob a curva se aproximará de 1.0 (Fletcher et al,⁷ 1991).

Para a CES-D, o escore >11 foi o que melhor discriminou entre casos e não-casos, pois mostrou maior capacidade de equilibrar os resultados da sensibilidade e da especificidade. A sensibilidade da CES-D, ou seja, sua capacidade de fornecer um indicador positivo de sintomatologia depressiva entre os considerados deprimidos pela GDS foi de 74,6%. A capacidade da CES-D de discriminar os livres de depressão entre os assim considerados pela GDS (especificidade) foi 73,6%. A percentagem de participantes corretamente classificados (precisão) foi de 73,8%. Tais resultados são indicativos de que o escore >11 para a CES-D é o que melhor separa os itens da escala conforme o

critério de co-variação com os da GDS, cujo escore de corte previamente estabelecido como referência era >5. Segundo esse novo parâmetro (nota de corte >11 na CES-D) para a amostra total (903), a prevalência foi de 33,8%, índice cerca de duas vezes maior que a prevalência estimada pela GDS (15%) na subamostra de 446 idosos.

A medida de adequação da amostra (MAS), ou Medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi de 0,9115, indicando alta consistência para ser utilizada na análise fatorial. Foi utilizado o método dos componentes principais para extração dos fatores. Foi feita rotação ortogonal dos itens pelo método varimax para a amostra total de idosos que responderam à CES-D (Tabela 1). Pelo critério de seleção de fatores com auto-valor maior que 1, foram obtidos quatro fatores, que explicam 47,5% da variabilidade total dos dados (Johnson & Wichern, 1988 e Pereira, 1998). A Tabela 2 apresenta os fatores resultantes e a denominação que lhes foi atribuída, com base na suposição de que correspondem às variáveis latentes ao construto depressão avaliado pela CES-D na amostra estudada.

Os fatores derivados do comportamento da escala na amostra brasileira são empiricamente interessantes pois separam emoções comumente compreendidas como disfóricas (itens do Fator 1) do seu oposto (as dos

Tabela 2. Estrutura fatorial da *Center for Epidemiological Studies Scale – Depression (CES-D)* resultante da análise de componentes principais da matriz reduzida. Juiz de Fora, MG, 2002-2003. N=903

Fator	Carga
Fator 1 – EV = 5,742 – VE=28,71% Afetos negativos	
06 – Senti-me deprimido	0,726
18 – Senti-me triste	0,708
19 – Senti que as pessoas não gostavam de mim	0,597
17 – Tive crises de choro	0,591
09 – Considerei que a vida tinha sido um fracasso	0,591
14 – Senti-me sozinho	0,552
20 – Não consegui levar adiante minhas coisas	0,458
10 – Senti-me amedrontado	0,438
13 – Falei menos do que o habitual	0,392
Fator 2 – EV= 1,482 – VE=7,4% Dificuldades de iniciar comportamentos	
07 – Senti que tive que fazer esforço para fazer tarefas habituais	0,613
02 – Não tive vontade de comer, pouco apetite	0,612
01 – Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam	0,604
03 – Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo, mesmo com ajuda de familiares e amigos	0,559
05 – Senti dificuldades em me concentrar no que fazia	0,557
Fator 3 – EV= 1,183 – VE= 5,9% Afetos positivos	
08 – Senti-me otimista sobre o futuro	0,719
16 – Aproveitei minha vida	0,645
04 – Senti-me comparando-me ás outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas	0,616
12 – Estive feliz	0,600
Fator 4 – EV=1,08 – VE = 5,4% (Não interpretado)	
15 – As pessoas não foram amistosas comigo	0,761
11 – Meu sono não foi repousante	0,507

EV= "eigenvalue"

VE= variância explicada

Fator 3), que são o traço de identidade da depressão considerada como transtorno do humor. Observa-se na Tabela 1 que os itens 13 e 20, embora mais semelhantes ao grupo de questões referentes a queixas somáticas, se agruparam no primeiro fator. Contudo, possuem pequeno peso fazendo com que o fator um continue sendo interpretado como "afetos negativos" enquanto variável latente, visto que os seis primeiros itens (os de maior carga no fator) dizem respeito a humor disfórico. Por sua vez, o Fator 2 separa outra característica importante da depressão, ou seja, a relativa a alterações em comportamentos que têm impacto sobre a vida prática e sobre as relações sociais. Por esta razão, o Fator 2 foi chamado de "dificuldades para iniciar comportamentos" em vez de sintomas somáticos, como nas análises originais. O Fator 4 contém dois itens apenas, responde por pequena variabilidade dos dados e contém um item que corresponde ao Fator 1 e outro ao Fator 2, razões pelas quais não foi interpretado, pois em conjunto não são coerentes com a análise precedente. Radloff¹⁶ (1977) denominou o quarto fator de sua análise original

de "queixas interpessoais", mesmo sendo o fator de menor peso e formado por apenas dois itens.

Os três fatores que resultaram da análise fatorial foram submetidos à análise consistência de interna. Os índices α de Cronbach resultantes foram de 0,80 para o Fator 1, de 0,68 para o 2 e de 0,63 para o 3, indicativos e alta consistência interna para o primeiro fator e de consistência intermediária para o segundo e o terceiro.

DISCUSSÃO

Na qualidade de escala de sintomas, a CES-D não serve para diferenciar grupos com diferentes diagnósticos, conforme preconizado pelo DSM-IV, mas, sua utilização, nesse estudo, mostrou indícios de confiabilidade e validade satisfatórios. A CES-D não se constitui num instrumento diagnóstico no sentido estrito, mas funciona como um indicador da possível presença de depressão, que deve ser avaliada por critérios clínicos, bioquímicos e psicossociais, para que se possa fazer

uma afirmação mais segura sobre sua presença ou ausência.^{4,8,19}

Na aferição da validade interna da CES-D, observou-se que os itens da CES-D apresentaram alta consistência interna ($\alpha=0,860$), o que é indicativo de escala com comportamento unidimensional na amostra de idosos. Silveira & Jorge²¹ (2000) obtiveram índice $\alpha=0,848$ com jovens. Isso significa que os itens da escala referem-se ao mesmo transtorno, tanto ocorrendo em jovens quanto em idosos, e, paralelamente, confirma a adequação da adaptação semântica da CES-D para a língua portuguesa falada no Brasil. O resultado que indica unidimensionalidade da CES-D nessa amostra foi também encontrado por Grayson et al⁹ (2000).

Quanto à validade de critério, após análise da curva ROC, a CES-D (>11) mostrou-se sensível, específica e com boa precisão, mas com baixo valor preditivo positivo (capacidade de identificar verdadeiros positivos entre os que pontuaram acima de 11), em relação ao seu valor preditivo negativo (capacidade de identificar verdadeiros negativos entre os que pontuaram abaixo de 11). Tal resultado pode ser explicado pela diferença de conteúdo entre as duas escalas: a CES-D inclui sintomas somáticos e a GDS não. Os sintomas somáticos têm alta probabilidade de ocorrência entre idosos, pelo fato de muitos serem portadores de doenças somáticas associadas ao envelhecimento.³ Como a CES-D oferece a oportunidade aos idosos de registrarem esses sintomas e a GDS não, talvez isso também explique a diferença entre a prevalência identificada por cada uma das escalas (GDS=15% e CES-D=33,8%). Assim, comparada à GDS, a CES-D superestimou a percentual de idosos possivelmente afetados por depressão na amostra estudada. Grayson et al⁹ (2000) chegaram à conclusão comparável num estudo metodológico para quantificar o efeito do viés gerado pela presença de sintomas somáticos sobre o diagnóstico de depressão em idosos de 75 anos e mais, residentes na comunidade. Segundo esses autores, ser mais velho/a, ser mulher e ser viúvo/a tem efeitos significantes e independentes sobre o escore total de depressão medida pela CES-D, não por essas condições em si mesmas, mas pelas doenças e incapacidades que se associam a elas. Assim, as respostas aos itens que envolvem esforço, sono e energia são afetadas pela presença de doenças somáticas, afetando o escore total de depressão avaliada pela CES-D. Por sua vez, os itens afetivos, como por exemplo, os que envolvem tristeza, fracasso e satisfação são menos sensíveis aos efeitos da presença de doenças. No entanto, os pesquisadores sugerem que a avaliação do quanto o escore de cada grupo de idade ou de diferentes condições de saúde pode ser afetado pelos itens somáticos e afetivos não deve ser feita intuitivamente, mas sim por meio de táticas estatísticas tais como a do funcionamento diferencial do item, na perspectiva da teoria de resposta ao item.

Embora a GDS tenha sido adotada como escala de referência para a avaliação da validade da CES-D entre idosos brasileiros, justamente por já ter sido validada e usada no Brasil, é preciso reconhecer suas limitações. Assim como se argumenta que a CES-D aplicada a idosos pode ter seu escore total inflado pela presença de itens somáticos na escala, acredita-se também que parte dos itens da GDS são concernentes a alterações adaptativas do envelhecimento e não propriamente à depressão.¹ Tais indicações são razões suficientes para indicar o uso criterioso dessas escalas em estudos populacionais, e, por outro lado, sugerem a realização de estudos de corte transversal e de estudos longitudinais comparando diferentes populações de idosos e de não-idosos, com e sem doenças somáticas.

A estrutura fatorial obtida para a CES-D no estudo de Silveira & Jorge²¹ (2000), realizado com jovens, continha quatro fatores explicativos de 53,8% da variância. No presente estudo, não só o número de fatores foi diferente como também sua composição. Entre os jovens, a maioria dos itens correspondentes aos aspectos somáticos e aos aspectos comportamentais e motivacionais agruparam-se no terceiro fator e alguns nos demais fatores. Entre os idosos, tais itens agruparam-se no segundo fator, denominado “dificuldades de iniciar comportamentos”. Ou seja, houve uma concentração dos itens sobre queixas somáticas, comportamentais e motivacionais no fator que explicou cerca de 8% da variância. Essa percentagem foi semelhante ao terceiro fator explicativo entre os jovens, mostrando maior relevância de tais queixas entre os idosos do que entre os jovens. Entre os idosos, todos os itens relativos à descrição de estados afetivos positivos (felicidade, otimismo e satisfação) agruparam-se no fator 3, ao passo que entre os jovens apareceram agrupados no quarto fator, ou seja, foram menos importantes para explicar estados depressivos do que entre idosos. Na escala original de Radloff¹⁶ (1977) esses itens apareceram no segundo fator, que foi denominado “bem-estar”. Na presente pesquisa, o quarto fator não foi interpretado por conter somente dois itens e ser estatisticamente pouco explicativo.

Mesmo diante da dificuldade da CES-D em separar os efeitos dos itens somáticos, conforme ressaltam Grayson et al⁹ (2000) e Reifler¹⁷ (1994), entre outros, é importante não desconsiderá-los, pois podem indicar humor disfórico, que os idosos nem sempre são capazes de reconhecer ou nomear. Os itens somáticos proporcionam pistas válidas para a identificação de indicadores de depressão a serem mais bem investigados em estudos de aprofundamento. Reiterando esse ponto de vista, Jenkins et al¹³ (1991) levantaram a hipótese de que a somatização, na depressão, seria um fenômeno universal. Tomaram como base para essa sugestão os dados decorrentes da utilização da CES-D entre adultos, estudos nos quais houve fusão dos itens somáticos e

disfóricos no mesmo fator explicativo da escala. Essa hipótese requer investigações de natureza clínica, bem como estudos de levantamento mais minuciosos.

A CES-D é um instrumento amplamente usado na pesquisa gerontológica em todo o mundo, e quando comparada a critérios clínicos e de auto-relato e validade de construto, tem boa consistência interna, confiabilidade teste-reteste, validade concorrente.⁹ Validá-la com amostras brasileiras amplia o conhecimento psicométrico, permite realizar comparações dos dados populacionais entre os países, assim como estudos transculturais.

É importante realizar estudos comparativos entre escalas de depressão construídas sob diferentes lógicas. Dados sobre prevalência de depressão muitas vezes parecem conflitantes, devido a terem sido coletados com diferentes instrumentos, ao tipo de pesquisa que se realiza e ao contexto em que são conduzidas. Revisões de pesquisas que utilizaram a CES-D, outros inventários e classificações diagnósticas levaram a diferentes conclusões. Por exemplo, há dados de pesquisa longitudinal

que mostram tanto que a depressão cresce, como que decresce e que permanece estável ao longo das idades.⁵ Dados de pesquisa de corte transversal mostram que é mais prevalente nas populações entre os de 60-70 anos e entre os de 80 e mais, e menos prevalente entre os de 70 a 80 e entre os adultos de meia-idade; que é mais prevalente entre os idosos de mais de 80 anos, principalmente entre os mais doentes, os menos independentes, os mais pobres, os mais solitários, os que têm menos suporte, as mulheres e os viúvos.^{5,9,11,15,22}

É diferente avaliar depressão numa amostra de idosos residentes na comunidade, caso do presente estudo, ou numa amostra de idosos que buscam serviços de atenção primária. Um futuro estudo na base de dados do PENSA poderá buscar relações entre sintomas depressivos e status de saúde. Trabalhos com ênfase clínica, psicométrica ou de levantamento deverão continuar o exame da CES-D entre idosos. Faz-se necessário adequar sua validade de critério com base em instrumentos mais fidedignos e mais próximos a critérios clínicos e não apenas em outro instrumento de rastreio, como a GDS.

REFERÊNCIAS

1. Adams KB. Depressive symptoms, depletion, or developmental change? Withdrawal, apathy, and lack of vigor in the Geriatric Depression Scale. *Gerontologist*. 2001;41(6):768-77.
2. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(10):858-65.
3. Carvalho VFC, Fernandez MED. Depressão no Idoso. In: Papaléo Netto M, organizador. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2002. p.160-73.
4. Davidson H, Feldman PH, Crawford S. Measuring depressive symptoms in the frail elderly. *J Gerontol*. 1994;49(4):P159-64.
5. Fisk A, Jones RS. Depression. In: Johnson M, Bengtson VL, Coleman P, Kirkwood T, editores. The Cambridge Handbook of Age and Ageing. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
6. Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4):431-8.
7. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Epidemiologia Clínica. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas;1991.
8. Gatz M, Kasl-Godley JE, Karel MJ. Aging and mental disorders. In: Birren JE, Schaie KW, editores. Handbook of the Psychology of Aging. San Diego: Academic Press; 1996. p 367-82.
9. Grayson DA, Mackinnon A, Jorm AF, Creasey H, Broe GA. Item bias in the Center for Epidemiological Studies Depression Scale: Effects of physical disorders and disability in an elderly community sample. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55(5):273-82.
10. Gupta R, Yick A. Validation of CES-D scale for older Chinese immigrants. *J Ment Health Aging*. 2001;7(2):257-72.
11. Heok KE. Epidemiologia da depressão no Idoso. In: Forlenza OV, Carameli P. Neuropsiquiatria Geriátrica. Rio de Janeiro: Atheneu; 2000. p. 35-7.
12. Hybels CF, Blazer DG, Pieper CF. Toward a threshold for subthreshold depression: an analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. *Gerontologist*. 2001;41(3):357-65.
13. Jenkins JH, Kleinman A, Good BJ. Cross-Cultural studies of depression. In: Becker J, Kleinman A. editores. Psychosocial aspects of depression. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1991. p. 67-99.
14. Mui A, Burnett D, Chen L. Cross-cultural assessment of geriatric depression: a review of the CES-D and the GDS. *J Ment Health Aging*. 2001;7(1):137-64.
15. Newman JP, Engel RJ, Jensen JE. Age differences in depressive experiences. *J Gerontol*. 1991;46(5):P224-35.
16. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*. 1977;1:385-401.
17. Reifler BV. Depression: Diagnosis and Comorbidity. In: Schneider LJ, Reynolds III CF, Lebowitz BD, Friedhoff AJ, editores. Diagnosis and treatment of late life depression: Results of the NIH consensus development conference. Washington: American Psychiatric Press; 1994. p 55-9.
18. Riddler A, Blais MR, Hess U. A Multi-Group Investigation of the CES-D's Measurement Structure Across Adolescents, Young Adults and Middle-Aged Adults. Montreal: Cirano; 2002.(Scientific Series).
19. Robison J, Gruman C, Gaztambide S, Blank K. Screening for depression in middle-aged and older Puerto Rican primary care patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002;57(5): M308-14.
20. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986;5:165-73.
21. Silveira DX, Jorge MR. Escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínicas e não clínicas de adolescentes e adultos jovens. In: Gorestain C, Andrade LHSG, Zuarde AW, editores. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e farmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.
22. Veras RP, Murphy E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1994;9(4):285-95.
23. Yesavage JA, Brink TL, Rose T, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983;17(1):37-49.

Artigo baseado em dissertação de mestrado de SST Batistoni, apresentada à Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, em 2004.

SST Batistoni foi apoiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes – bolsa de mestrado). O Projeto PENSA foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq-Profiv – Processo nº 540956-01/5NV)