

Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral

Validity and reliability of the Geriatric Depression Scale for the identification of depressed patients in a general hospital

Rilva Lopes de Sousa¹, José Givaldo Melquíades de Medeiros¹, Ana Carolina Leite de Moura¹,
Clarissa Lima e Moura de Souza¹, Iramirton Figuerêdo Moreira¹

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) nas versões de 30 e 15 itens na identificação de suspeitas de depressão em idosos nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, em João Pessoa, Paraíba. **Métodos:** Realizou-se um estudo observacional e transversal, com aplicação da EDG-30 e da EDG-15 por uma entrevistadora treinada, efetuando-se no mesmo dia exame mental dos pacientes por um psiquiatra de acordo com critérios da CID-10. A fidedignidade das duas versões da EDG foi avaliada por meio da técnica do teste-reteste e da equivalência interobservadores. **Resultados:** A concordância entre a aplicação da EDG-30 e o exame psiquiátrico foi significativa e moderada ($\kappa = 0,48$; $p = 0,04$), enquanto a EDG-15 não apresentou concordância estatística ($p = 0,62$). A EDG-30 apresentou sensibilidade de 83% e especificidade de 57%, mas a EDG-15 apresentou sensibilidade de 50% e especificidade de 62%. Os escores da EDG-30 apresentaram correlação estatisticamente significativa entre si no teste-reteste e na equivalência entre observadores, porém a versão de 15 itens não foi fidedigna. **Conclusões:** Conclui-se que a EDG-30 é mais sensível e fidedigna que a EDG-15. Assim, a EDG-30 é útil para detectar como negativos os pacientes que realmente não apresentem depressão, porém são necessários estudos posteriores para adequação dos itens dessa escala à nossa clientela, a fim de aumentar sua especificidade e valor preditivo positivo.

Palavras-chaves

Saúde do idoso,
depressão, EDG.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the validity and reliability of the Geriatric Depression Scale (GDS) in the versions of 30 and 15 items for the identification of suspicion of depression in the elderly in the infirmary of general practice of the Hospital Universitário Lauro Wanderley, in João Pessoa, Paraíba. **Methods:** An observational and transversal study, with the application of GDS-30 and GDS-15 by a trained interviewer, was held at the same day the mental exam of the patients by a psychiatrist, according to the criteria of ICD-10. The concordance of the

¹ Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

two versions of the GDS was evaluated by the test-retest method and inter-observers equivalence. **Results:** The concordance between the application of the GDS-30 and the psychiatric exam was significant and moderated ($\kappa = 0.48, p = 0.04$), while the GDS-15 didn't present statistics concordance ($p = 0.62$). The GDS-30 presented sensitivity of 83% and specificity of 57%, but the GDS-15 presented sensitivity of 50% and specificity of 62%. Scores of GDS-30 presented significant statistically correlation in the test-retest method and inter-observers equivalence, but the version of 15 items weren't reliable. **Conclusions:** The conclusion was that the GDS-30 is more sensitive and reliable than the GDS-15, however its sensitivity was inferior to the numbers related in other studies, while his specificity was not high. Therefore, the GDS-30 is useful to detect as negatives the patients who really do not have depression, however further studies are necessary to adjust the items of this scale to our clientele, in order to enhance its specificity and positive predictive value.

Key-words

Old age health, depression, GDS.

INTRODUÇÃO

A depressão tem uma prevalência de 35% a 45% entre idosos hospitalizados em enfermarias de clínica médica geral (Maleiro, 2000; Almeida e Almeida, 1999), representando um problema de grande repercussão sobre mortalidade e evolução hospitalar desses pacientes (Furlanetto *et al.*, 1998).

Apesar de sua relevância clínica, é baixa a detecção de sintomatologia depressiva em idosos nesse contexto, o que pode ser atribuído, em parte, à expressão clínica diferente desses sintomas em relação aos demais grupos etários. Há também uma baixa valorização dessas manifestações por parte dos médicos generalistas, que geralmente focalizam sua atenção clínica na doença que motiva a internação do paciente (Sousa *et al.*, 2001). Nesse sentido, a avaliação sistemática dos pacientes idosos mediante a aplicação de escalas de avaliação de sintomas depressivos por médicos generalistas poderia contribuir para melhorar a detecção dos casos de depressão nesse grupo etário em clínica médica, onde representa a maior parte das hospitalizações.

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) constitui o instrumento mais empregado para avaliar sintomas depressivos em populações geriátricas, sendo usada em pesquisa e em contextos clínicos (Blank *et al.*, 2004). Criada por Yesavage *et al.* (1983), a EDG passou a ser considerada uma escala com propriedades de validade e confiabilidade satisfatórias para rastreamento de depressão no idoso (Ertan e Eker, 2000; Hoyl *et al.*, 1999), sendo traduzida para o português e adaptada para aplicação no Brasil por Stoppe Júnior *et al.* (1994).

Vários estudos foram realizados posteriormente no Brasil, empregando-se a tradução para o português da EDG em duas versões (30 e 15 itens) em diferentes contextos clínicos em São Paulo, tanto para idosos atendidos ambulatorialmente (Almeida e Almeida, 1999; Ribeiro *et al.*, 1994) quanto em enfermarias de geriatria (Mascarenhas *et al.*, 1996). No entanto, a tradução e validação realizadas na Região Sudeste podem não ser adequadas para aplicação em estados

da Região Nordeste, por isso o objetivo do presente estudo foi avaliar a adequação da EDG em duas versões (EDG-30 e EDG-15) para identificação de suspeitas de depressão em idosos atendidos nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, em João Pessoa (PB).

MÉTODOS

O presente estudo seguiu um delineamento observacional e transversal a partir de entrevistas estruturadas com 50 pacientes idosos consecutivamente internados nas enfermarias de clínica médica do HULW. Incluíram-se pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, excluindo-se aqueles doentes com impossibilidade de comunicação, em estado clínico explicitamente grave e com queixa corrente de dor.

Os principais conceitos psicométricos utilizados na análise foram os de validade e confiabilidade. Validade diz respeito à capacidade de um instrumento em medir aquilo a que se propõe medir, ou seja, é o grau em que um instrumento discrimina entre pessoas que diferem em determinada característica de acordo com um critério-padrão chamado de padrão-ouro (Kelsey, 1996). Confiabilidade, ou fidedignidade, refere-se ao grau de concordância entre múltiplas medidas de uma variável, isto é, o "grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto" (Menezes, 1998).

Para avaliar a concordância entre as versões da EDG, aplicaram-se a EDG 30 e a EDG-15 aos pacientes internados na mesma sessão por uma entrevistadora treinada (entrevistadora I). Para avaliação da equivalência interobservadores, repetiu-se após 1 semana a aplicação por outra entrevistadora (entrevistadora II), a qual não tinha conhecimento dos resultados da aplicação prévia.

Para estimativa da validade de critério, realizaram-se entrevistas por um psiquiatra no dia da segunda aplicação das escalas, seguindo-se os critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças Mentais, 1ª edição, CID-10

(OMS, 1993). Nessa avaliação, utilizando-se como padrão-ouro o diagnóstico psiquiátrico, analisaram-se a sensibilidade e a especificidade das duas versões da escala administradas pela entrevistadora II. Para a EDG-30, adotou-se o ponto de corte de 10, enquanto para a EDG-15 admitiu-se o ponto de corte de 5, de acordo com os estudos de validação da escala em São Paulo (Almeida e Almeida, 1999; Stoppe Júnior *et al.*, 1994). Um escore alto obtido pelo idoso na aplicação dessa escala, com base nesses pontos de corte, indica a presença de sintomas depressivos clinicamente significativos e suspeita de depressão a ser confirmada, ou não, pelo exame psiquiátrico.

De acordo com Fletcher *et al.* (1989), calcularam-se a sensibilidade por meio da fórmula $a/a+c$ e a especificidade como $d/b+d$, sendo a chance de concordância (teste Kappa) expressa pela fórmula: $\text{concordância observada} - \text{concordância esperada}/100 - \text{concordância observada}$. Estudaram-se os dados por meio da análise de correlação linear simples de Sperman, do Teste de Concordância ou Kappa e de comparação de médias pelo Teste t de Student. O projeto do estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB (processo número 331/04). Os pacientes elegíveis foram incluídos no estudo após assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Na caracterização sociodemográfica da amostra, observou-se que a idade variou de 60 a 85 anos ($71,1 \pm 6,02$), sendo 52% do sexo masculino, 60% casados e 56% procedentes de cidades do interior da Paraíba (Tabela 1). A profissão prevalente foi a de agricultor (44% da amostra), seguida pela função "do lar" (22%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra (n = 50)

Variáveis	Frequências		
	f	%	
Faixa etária	60-69	24	48
	70-79	23	46
	80 ou mais	3	6
Sexo	Masculino	22	52
	Feminino	24	48
Estado civil	Casados	30	60
	Não-casados	20	40
Procedência	Capital	22	44
	Interior	28	56

Houve perda de quatro pacientes (0,8% da amostra) pela ocorrência de alta hospitalar ou transferência dos pacientes inicialmente incluídos na pesquisa. Portanto, da amostra de 50 pacientes selecionada primeiramente e considerada pela entrevistadora I, 46 foram também avaliados pela en-

trevistadora II e, por isso, apresentam as duas entrevistas, sendo, portanto, este o número de pares avaliado para efeito de análise de correlação interobservadores e para estudo da validade em relação ao diagnóstico psiquiátrico. Dos 46 idosos abordados pelas duas entrevistadoras, sete pacientes (14% dos avaliados) receberam diagnóstico de depressão pelo psiquiatra. Por meio da aplicação da EDG-30, a entrevistadora I detectou 22 (47,8%) e a entrevistadora II identificou 25 (54,3%) pacientes acima do ponto de corte de 10 pontos. Com a administração da EDG-15, as frequências de alcance do ponto de corte de 5 foram de 18 (39,1%) e de 15 (32,6%) para a entrevistadora I e a II, respectivamente.

A figura 1 mostra a distribuição dos escores médios da EDG-30 de acordo com os intervalos de idade em homens e mulheres. Observou-se que os escores médios das mulheres foram mais altos que os dos homens nas faixas etárias de 60 a 69 anos e de 70 a 79 anos, porém, acima de 80 anos, as pontuações médias tendem a aproximar-se, inclusive com a superposição dos escores e ligeira superioridade dos homens, mas essa diferença não alcançou significância estatística. Com a aplicação da escala abreviada, não se observaram diferenças de gênero.

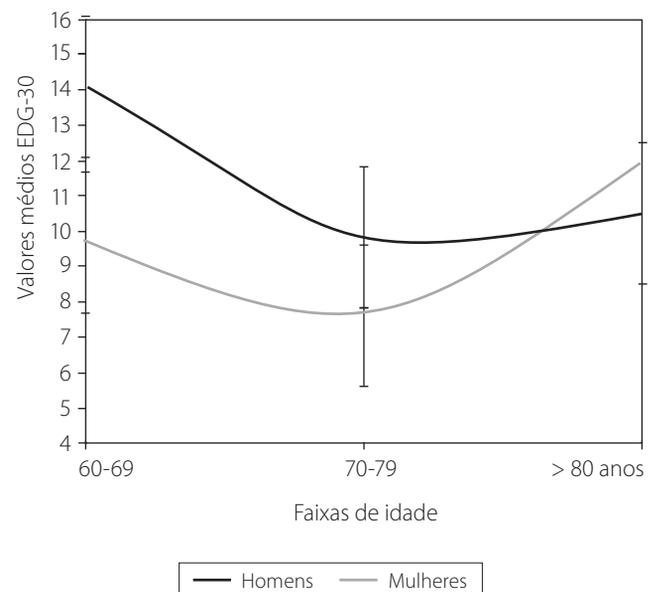


Figura 1. Distribuição dos valores médios da EDG-30 (Escala de depressão geriátrica, 30 itens) entre homens e mulheres, de acordo com categorias de idade (60-69, 70-79, mais de 80 anos).

Quando à confiabilidade entre as duas aplicações da mesma versão, verificou-se que os escores da EDG-30 obtidos pela entrevistadora I apresentaram correlação significativa estatisticamente (EDG 30-I e EDG 30-II: $r_s = 0,60$; $p = 0,01$), enquanto os da EDG-15 não apresentaram correlação (EDG 15-I e EDG 15-II: $p = 0,18 = NS$). Os escores obtidos

pela entrevistadora II apresentaram resultados semelhantes. O coeficiente de correlação entre as duas aplicações por entrevistadoras independentes revelou que a EDG 30 e a EDG 15 apresentaram correlação significativa entre si, sendo de 82% ($r_s = 0,82$; $p = 0,01$) e 79% ($r_s = 0,79$; $p = 0,03$), respectivamente.

Quanto à validade, a concordância entre o resultado da aplicação da EDG-30 e o exame psiquiátrico foi estatisticamente significativa, com magnitude de 48% ($p = 0,04$, $k_{ppa} = 0,48$), sendo essa concordância de moderada intensidade, enquanto para a EDG-15 não houve concordância significativa ($p = 0,52 = NS$). Calculando-se, então, os índices preditivos, a partir da sensibilidade, especificidade e prevalência de depressão na amostra, verificaram-se baixos índices preditivos positivos e altos índices preditivos negativos, conforme demonstra a tabela 2.

Tabela 2. Validade de critério das aplicações da Escala de Depressão Geriátrica (EDG: EDG-30 e EDG-15) por duas entrevistadoras independentes com base no diagnóstico psiquiátrico (CID-10)

Propriedades	Escala			
	EDG-30		EDG-15	
	Entrev. I	Entrev. II	Entrev. I	Entrev. II
Sensibilidade	83%	63%	50%	16%
Especificidade	62%	65%	57%	47%
Valor preditivo positivo	22%	16%	16%	6%
Valor preditivo negativo	95%	90%	85%	83%

DISCUSSÃO

A EDG tem sido empregada para avaliação de sintomas depressivos em idosos na comunidade, mas também em pacientes idosos ambulatoriais (Garcia-Serrano e Tobias-Ferrer, 2001; Hernández e Mocetzuma, 1999), em asilos (Koehler *et al.*, 2005; Mossey e Gallagher, 2004) e em idosos internados em enfermarias gerais (Schüller *et al.*, 2004; Covinsky *et al.*, 1997).

Na nossa amostra em enfermarias de clínica médica, a prevalência de depressão nessa amostra (14%) foi menor que as taxas publicadas na literatura, as quais são de 35% a 45% para idosos hospitalizados em enfermarias de clínica geral. Contudo, no presente estudo foram excluídos os pacientes com dor e doenças graves. Sabe-se que a dor está significativamente associada à depressão e aos sintomas depressivos em idosos (Mossey e Gallagher, 2004; Schüller *et al.*, 2004). Com a aplicação das escalas, verificou-se, entretanto, que 47,8% a 54,3% dos pacientes atingiram o ponto de corte na EDG-30 e 32% a 39% dos pacientes na EDG-15.

Nesse sentido, em pacientes idosos é importante salientar os termos depressão “subliminar” e “subclínica”, a

chamada “depressão subsindrômica” (Blank *et al.*, 2004). Essa terminologia tem sido usada na literatura para designar sintomas depressivos que não preenchem completamente o quadro de um episódio depressivo, já que não há sintomas suficientes, nem são sintomas suficientemente intensos, mas que implicam algum grau de sofrimento para as pessoas afetadas (Banger, 2002). Recentemente, particular atenção tem sido dada aos pacientes com esses quadros sintomáticos leves que não preenchem critérios diagnósticos para depressão maior (Brown e Solchany, 2004). Hybels *et al.* (2001) consideram que sendo a prevalência de depressão elevada entre pacientes idosos e sua apresentação clínica atípica nessa faixa de idade, é necessário excluir os casos de depressão subsindrômica nessa clientela.

O encontro de pontuações mais altas em mulheres até a faixa etária de 80 anos é um dado esperado, sendo este um aspecto relatado em outros trabalhos, nos quais as mulheres tendem a apresentar menor dificuldade de admitir a presença de sintomas psicológicos que os homens (Kessler, 2000). Além disso, as mulheres são mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos depressivos na velhice (Reynolds *et al.*, 1999; Furlanetto *et al.*, 1998), contribuindo para isso a alta taxa de viuvez e de isolamento social entre as mulheres e também a insuficiência ovariana após a menopausa (Sousa *et al.*, 2000).

Considera-se ainda que, existindo uma diferença de sintomatologia depressiva em relação ao gênero, essa discrepância reduz-se substancialmente na idade mais avançada quando passa a haver uma equivalência (George, 1999), o que é concordante com a distribuição dos escores entre homens e mulheres de acordo com a faixa de idade observada aqui. As taxas de prevalência para depressão maior também apresentam uma distribuição similar à de sintomatologia depressiva. Noble (2005) cita resultados de estudos epidemiológicos que revelam prevalência de 21,3% de depressão maior em mulheres, quase duas vezes maior que nos homens (12,7%), mas essas diferenças de prevalência em função do gênero também tendem a desaparecer depois da meia-idade.

Quanto à confiabilidade entre as duas aplicações da mesma versão, verificou-se que os escores da EDG-30 apresentaram correlação estatisticamente significativa entre si, de sentido positivo e de moderada intensidade, corroborando os dados de Ertan e Eker (2000), no estudo de validação da EDG-30 na Turquia, onde esses autores encontraram um índice de correlação de 0,74 na aplicação da escala por dois entrevistadores independentes.

A sensibilidade da EDG-30 variou de 63% a 83% nas duas aplicações, enquanto a sua especificidade variou de 62% a 65%. Esses índices foram inferiores aos relatados pelo autor da escala, que constatou sensibilidade de 95% e especificidade de 84% para a EDG-30 (Yesavage *et al.*, 1983), e também em relação ao estudo de validação no Brasil (Stoppe Júnior

et al., 1994), com o mesmo ponto de corte de 10, evidenciando-se sensibilidade de 92% e especificidade de 89%. A análise da concordância entre EDG-30 e exame psiquiátrico foi de 48%, uma concordância de moderada intensidade, enquanto para a EDG-15 não houve concordância com o exame psiquiátrico. A concordância encontrada na aplicação da EDG-30 assemelha-se apenas à taxa de 46% verificada por Greenberg *et al.* (2004) na aplicação da EDG-30 em pacientes idosos institucionalizados nos Estados Unidos.

Quanto à versão de 15 itens da EDG, não se verificou concordância com o diagnóstico psiquiátrico no presente estudo. Almeida e Almeida (1999) demonstraram que a versão brasileira do EDG-15 oferece medida válida para o diagnóstico de episódio depressivo e o ponto de corte 5/6 (não caso/caso) produz índice de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para o diagnóstico desses episódios.

A EDG-15, que também apresentou validade insatisfatória e correlação interobservadores ausente no presente estudo, é recomendada na Inglaterra como triagem de depressão em idosos na comunidade (Osborn *et al.*, 2002). No entanto, a clientela de idosos internados em enfermarias de clínica médica é distinta de idosos avaliados em seus domicílios, ou mesmo em serviços de atenção primária, embora tenha sido empregada em estudos clínicos (Ribeiro *et al.*, 2004; Almeida e Almeida, 1999). Nesse sentido, Edwards (2004) pondera que o uso da EDG em amostras clínicas deve adotar um ponto de corte mais baixo. Além disso, alguns itens da EDG cujas "respostas depressivas" seriam as afirmativas ("sim") deveriam, na verdade, ser indicativos de "normalidade" no contexto clínico de uma hospitalização. Por exemplo, dois dos itens que fazem parte da EDG-15: "O senhor acha ruim o modo como se encontra agora?" (item 12) e "O senhor se sente cheio de energia?" (item 13).

A diferença entre o resultado da validade da EDG-30 e da EDG-15 pode ser atribuída, em parte, às diferenças devidas à amostragem de itens. Na EDG-15, avaliam-se sintomas de insatisfação com a vida, sensação de vida vazia, sentimento de desesperança, sensação de desamparo, medo de maus acontecimentos, retraimento social e perda de energia. Na versão abreviada, não são abordados os seguintes itens contidos na EDG-30: diminuição do interesse e prazer, sentimento de tédio, sensação de inutilidade, vontade freqüente de chorar, sensação de culpa, sensação de fadiga ao despertar, desânimo, agitação, tristeza, baixa auto-estima, dificuldades de tomar decisões e redução da capacidade mental. Esses sintomas, que não são abordados na EDG-15, provavelmente fizeram a diferença na capacidade de a escala abreviada detectar casos de pacientes deprimidos.

Nesse sentido, Adams *et al.* (2004) realizaram análise fatorial da EDG-30, chegando à conclusão de que a presença de perguntas cobrindo pelo menos quatro subdimensões, quais sejam humor disfórico, apatia, alteração cognitiva e

ansiedade, melhora a precisão e a utilidade da escala para identificar casos de depressão. Contudo, os sintomas em comum às duas escalas foram suficientes para a obtenção de um coeficiente de correlação satisfatório entre as duas versões. Os baixos índices preditivos positivos e altos índices preditivos negativos indicam que a EDG-30 é útil em detectar como negativos os pacientes que realmente não apresentam depressão nessa amostra, servindo, portanto, nessa clientela para excluir os pacientes não-deprimidos, deixando, contudo, de detectar os casos de doentes deprimidos.

Consideramos relevante também levar em conta que a validade de um instrumento para avaliação de sintomas depende primordialmente do nível de instrução e da compreensão dos itens para os entrevistados, por isso esses questionários precisam ser avaliados em cada cultura e posteriormente comparados por meio de estudos em diferentes populações. É necessário, sobretudo, levar em consideração as grandes diferenças culturais que existem mesmo entre regiões do Brasil. A tradução e a validação realizadas na Região Sudeste do país podem realmente não ser adequadas para aplicação na Paraíba, sobretudo em uma clientela de nível socioeducacional desfavorável.

CONCLUSÕES

Concluimos que a EDG-30 é mais sensível e fidedigna que a EDG-15, porém sua sensibilidade foi inferior aos índices relatados em outros estudos, e sua especificidade também não foi alta como nas publicações feitas na Região Sudeste; deduzimos também que a EDG pode ser útil para detectar como negativos os pacientes que realmente não apresentem depressão, mas são necessários estudos posteriores para adequação dos itens dessa escala à nossa clientela, para aumentar a sua especificidade e valor preditivo positivo.

REFERÊNCIAS

- Adams KB, Matto HC, Sanders S. Confirmatory factor analysis of the geriatric depression scale. *Gerontologist*, 44:818-26, 2004.
- Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*, 57:421-6, 1999.
- Banger M. Affective syndrome during perimenopause. *Maturitas*, 41:513-8, 2002.
- Blank K, Gruman C, Robison JT. Case-finding for depression in elderly people: balancing ease of administration with validity in varied treatment settings. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 59:378-84, 2004.
- Brown, MA, Solchany JE. Two overlooked mood disorders in women: subsyndromal depression and prenatal depression. *Nurs Clin North Am* 39 (1):83-95, 2004
- Covinsky KE *et al.* Relation between symptoms of depression and health status outcomes in acutely ill hospitalized older persons. *Ann Intern Med*, 127:1131-2, 1997.
- Edwards M. Assessing for depression and mood disturbance in later life. *Br J Community Nurs*, 9:492-4, 2004.

- Ertan T, Eker E. Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: are there different factor structures for different cultures? *Int Psychogeriatr*, 12:163-72, 2000.
- Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Diagnóstico. In: Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas p. 68-107, 1989.
- Furlanetto LM, Bueno JR, Silva RV. Características e evolução de pacientes com transtornos depressivos durante a internação em enfermarias de clínica médica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47:609-17, 1998.
- García Serrano MJ, Tobias Ferrer J. Prevalence of depression in patients over 65 years of age. Profile of the elderly at risk. *Rev Aten Primaria*, 27:484-8, 2001.
- George LK. Fatores sociais e econômicos relacionados aos transtornos psiquiátricos do idoso. In: Busse EW, Blazer DG. *Psiquiatria geriátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas p. 146, 1999.
- Greenberg L, Lantz MS, Likourezos A. Screening for depression in nursing home palliative care patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 17:212-8, 2004.
- Hernandéz SPS, Mocetzuma LEA. Depresión en población adulta mayor: tamizaje en unidade de primer nivel de atención médica. *Rev Med IMSS*, 37:111-5, 1999.
- Hoyl MT *et al.* Development and testing of a five-item version of Geriatric Depression Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47:873-8, 1999.
- 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*, 41:357-65, 2001.
- Kelsey, JE. Dose-response relationship with venlafaxine. *J Clin Psychopharmacol*, 16(3 Suppl 2):21S-6S, 1996.
- Kessler RC. Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bull World Health Organ*, 78:464-74, 2000.
- Koehler M, Rabinowitz T, Hirdes J. Measuring depression in nursing home residents with the MDS and GDS: an observational psychometric study. *BMC Geriatr*, 5:1-3, 2005.
- Maleiro AMAS. Tratamento da depressão leve a moderada: avaliação da eficácia e segurança do extrato de *Hypericum perforatum*. *Rev Bras Med*, 57:1313-23, 2000.
- Mascarenhas AN, Moraes ML, Guimarães RM. Depressão em idoso: elevada prevalência e baixa detecção. *Gerontologia*, 4:30-7, 1996.
- Menezes, PR. Validade e confiabilidade de escalas de avaliação em psiquiatria. *Rev Psiq Clin*, 25 (5):214-6, 1998.
- Mossey JM, Gallagher RM. The longitudinal occurrence and impact of comorbid chronic pain and chronic depression over two years in continuing care retirement community residents. *Pain Med*, 5:335-48, 2004.
- Noble RE. Depression in women. *Metabolism*, 54:49-52, 2005.
- Osborn DP *et al.* Geriatric depression scale in a representative sample of 14,545 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC Trial of Assessment and Management of Older People in the Community. *Int J Geriatr Psychiatry* 17(4):375-82, 2002.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas p. 5-14, 1993.
- Reynolds CF *et al.* Behavioral and pharmacologic interventions for depression in later life. In: Schulz M, Lawton MP. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. New York: Springer Publishing Company p. 48-71, 1999.
- Ribeiro JEC *et al.* Associação entre aspectos depressivos e déficit visual causado por catarata em pacientes idosos. *Arq Bras Oftalmol*, 67:795-9, 2004.
- Ribeiro MAA *et al.* Prevalência da depressão em idosos institucionalizados em tempo integral. *Rev Psiquiat Clín*, 21:4-8, 1994.
- Schüler M *et al.* Acute and chronic pain in geriatrics: clinical characteristics of pain and the influence of cognition. *Pain Med*, 5:253-62, 2004.
- Sousa RL. Ensaio clínico placebo-controlado com reposição hormonal para sintomas depressivos e somáticos em mulheres no climatério. Dissertação de mestrado (Desenvolvimento Humano). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2000. Stoppe Júnior A, Jacob Filho W, Louzã Neto MR. Avaliação de depressão em idosos através da Escala de Depressão em Geriatria: resultados preliminares. *Rev. ABP-APAL*, 16:149-53, 1994.
- Sousa RL *et al.* Valorização de sintomas depressivos em idosos internados em enfermarias de clínica médica. *Revista Brasileira de Clínica & Terapêutica*, 27:183-8, 2001.
- Yesavage JA *et al.* Development and validation of a geriatric screening scale. *Journal of Psychiatry Research*, 17:37-49, 1983.