

Fernanda Grendene



**ESCALA BAPTISTA DE DEPRESSÃO PARA IDOSOS:
RELAÇÃO COM SUPORTE FAMILIAR E QUALIDADE DE
VIDA**

Campinas
2017

FERNANDA GRENDENE

**ESCALA BAPTISTA DE DEPRESSÃO PARA IDOSOS:
RELAÇÃO COM SUPORTE FAMILIAR E QUALIDADE DE
VIDA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco, Área de Concentração - Avaliação Psicológica, para obtenção do título de Doutor.

ORIENTADOR: PROF. DR. MAKILIM NUNES BAPTISTA

Campinas
2017

P157.93
G847e Grendene, Fernanda.
Escala Baptista de Depressão para Idosos: Relação
com suporte familiar e qualidade de vida / Fernanda
Grendene. -- Campinas, 2017.
134 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São
Francisco.
Orientação de: Makilim Nunes Baptista.

1. Depressão. 2. Idosos. 3. Avaliação Psicológica
4. Psicometria. I. Baptista, Makilim Nunes. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelas bibliotecárias do Setor de
Processamento Técnico da Universidade São Francisco.

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM PSICOLOGIA

Fernanda Grendene defendeu a tese “EVIDÊNCIAS DE VALIDADE PARA A ESCALA BAPTISTA DE DEPRESSÃO-VERSÃO IDOSOS (EBADEP-ID)” aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em 7 de dezembro de 2017 pela Banca Examinadora constituída por:



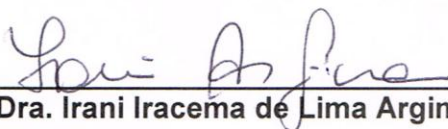
Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista
Presidente



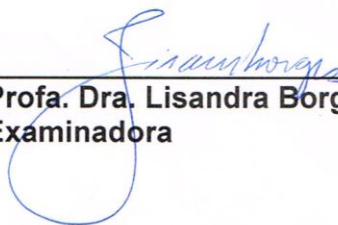
Profa. Dra. Acácia Aparecida Angeli dos Santos
Examinadora



Profa. Dra. Camila Rosa de Oliveira
Examinadora



Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon
Examinadora



Profa. Dra. Lisandra Borges Vieira Lima
Examinadora

Dedicatória

Para minha filha Marina,
Minha eterna inspiração

Para meu filho Martim,
Que mesmo antes de nascer preenche meus dias de alegria

Para meu marido,
Representante de amor, dedicação e companheirismo,

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a minha família. À minha filha, que tão precocemente aprendeu a dividir o meu amor com minha segunda paixão: a Psicologia. Obrigada filha! Amo-te imensamente! Ao meu marido, pelo apoio incondicional, exemplo de companheirismo, de generosidade, de amor, de pai. Sem você esse sonho não teria se concretizado. Obrigada por sempre acreditar em mim, por ser quem você é, por ter cuidado tão bem da nossa filha nos meus momentos de ausência.

Agradeço aos meus pais e a minha irmã por estarem sempre presentes em minha vida. Com vocês aprendi o verdadeiro sentido da palavra família.

As minhas colegas e amigas do DINTER, Cassandra Cardoso, Denise Gelain, Juliana Frigueto, Mariane Mattjie, Sibeli Garbin, Simone Nenê Portela, Susana Konig Luz, Vanessa Domingues Ilha, Kelly Zanon Pisoni. A nossa convivência nos deu força para superarmos as dificuldades enfrentadas nessa trajetória. Vocês sempre estarão nas minhas memórias mais afetivas.

Agradeço a minha amiga e companheira de Doutorado Cassandra Cardoso. Que surpresa maravilhosa a vida nos reservou! Unir-nos nessa caminhada! Quantas ligações, quantas viagens, quantas inquietações divididas neste período. És uma pessoa especial! Obrigada por tudo!

As acadêmicas da turma 2015 que me auxiliaram na coleta de dados. Obrigada pela disponibilidade. Agradeço também a Aline Fantinel, professora de Inglês que se mostrou uma pessoa de um coração imenso, me auxiliando nestes últimos meses.

Aos professores da Universidade São Francisco, em especial aos que fizeram parte do DINTER, Acácia Aparecida Angeli dos Santos, Ana Paula Noronha, Anna

Elisa Villemor-Amaral, Cristian Zanon, Fabian Rueda, Nelson Hauck Filho e Rodolfo Ambiel. Obrigada por todo o ensinamento.

Agradeço também a todas as instituições que autorizaram a realização da coleta de dados e a todos os idosos que participaram.

E por fim, agradeço imensamente meu orientador Makilim Nunes Baptista, que nestes últimos meses demonstrou ser muito mais que um orientador, mas sim um amigo. Mesmo estando distante fisicamente, sempre esteve presente. Obrigada por acreditar em mim e na minha capacidade, obrigada pelas palavras de incentivo, pela disponibilidade, pela paciência e acima de tudo pelo cuidado.

Sumário

Lista de tabelas	vii
Lista de anexos	xi
Resumo	xii
Abstract	xiii
Resumen	xiv
Apresentação	1
Introdução.....	4
Referências	25
Artigo 1	43
Análise de Estrutura Interna da Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID)	
Instrumentos.....	52
Procedimentos	54
Análise dos dados	54
Resultados.....	55
Discussão.....	61
Referências	65
Artigo 2	71
Análise de Rasch e de Rede para a Escala Baptista de Depressão para idosos (EBADEP-ID)	
Instrumentos.....	81
Procedimentos.....	82
Análise dos dados	82
Resultados	83
Discussão.....	90
Referências	94
Artigo 3	97
Associação entre Depressão, Qualidade de Vida e Suporte Familiar em Idosos	

Instrumentos.....	107
Procedimentos	110
Análise dos dados	111
Resultados	111
Discussão.....	114
Referências.....	118
Considerações finais	126
Anexos.....	129

Lista de tabelas e figuras

Artigo 1

Tabela 1- Cargas Fatoriais e Índices da EBADEP-ID 30 Itens com 2 Fatores.....	56
Tabela 2- Cargas Fatoriais da EBADEP-ID 15 Itens com 2 Fatores.....	57
Tabela 3 - Cargas Fatoriais e Índices da EBADEP-ID 30 Itens com 1 Fator.....	58
Tabela 4 -Cargas Fatoriais e Índices da EBADEP-ID 10 Itens com 1 Fator.....	60
Tabela 5- Variância Total, Confiabilidade do Modelo, RMSR e GFI para a Versão de Um Fator e de Dois Fatores.....	61

Artigo 2

Tabela 1- Estatística dos itens da EBADEP-ID pelo modelo de Rasch.....	84
Figura 1 - Curva de informação da EBADEP –ID.....	85
Tabela 2- Funcionamento Diferencial dos itens entre as categorias masculino e feminino.....	85
Figura 2- Rede de correlações parciais dos itens da escala	86
Tabela 3 - Matriz de predição	87
Figura 3 - Análise de rede e comunidades	89

Artigo 3

Tabela1- Características Sociodemográficas da População em Estudo por Grupo.....	105
Tabela 2- Descrição dos Grupos Amostrais por Faixa Etária.....	106
Tabela 3 - Correlações de Pearson entre os Instrumentos EBADEP-ID, IPSF-ID e IQV	111
Tabela 4- Desempenho nos Grupos em Relação a EBADEP-ID.....	112
Tabela 5 - Desempenho nos Grupos em Relação ao IPSF -ID.....	113
Tabela 6 - Desempenho nos Grupos em Relação a EQUIVITOR	113
Tabela 7- Regressão Entre as Variáveis (Variável Dependente: EBADEP	114

Lista de anexos

Anexo 1- Questionário sociodemográfico e clínico.....	129
Anexo 2- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	133

Resumo

Grendene, F. (2017). Escala Baptista de Depressão para Idosos: Relação com suporte familiar e qualidade de vida. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação *Scripto Senso* em Psicologia, Universidade São Francisco, Campinas, São Paulo.

A depressão é um transtorno psiquiátrico que acomete pessoas de todas as faixas etárias. No idoso se configura como a psicopatologia mais frequente. A Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID) é um instrumento brasileiro que utiliza critérios de classificação para Transtorno Depressivo Maior, segundo padrões internacionais, mas adaptados às características culturais específicas em nosso meio. Com o objetivo de buscar evidências de validade para a Escala Baptista de Depressão para Idosos e analisar a associação entre depressão, suporte familiar e qualidade de vida (QV) foram avaliados 416 idosos acima de 60 anos distribuídos em três grupos. O grupo 1 foi composto por idosos que participavam de grupos de convivência ($n=359$), o grupo 2 ($n=25$) de idosos com diagnóstico médico de depressão e o grupo 3 ($n=32$) foi constituído com idosos residentes em instituições de longa permanência (ILPI). Os instrumentos aplicados foram: a) Questionário sociodemográfico e clínico b) Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), c) Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID), Inventário de Percepção do Suporte Familiar para Idosos e Escala de Qualidade de Vida de Vitor (EQUIVITOR). A estrutura interna e possíveis reduções da escala foram aferidas por meio de análises fatoriais exploratórias e modelo de Teoria de Resposta ao Item (TRI). A compreensão da dinâmica dos sintomas foi avaliada pelo método de análise de Rede. Para analisar a associação entre os construtos depressão, suporte familiar e QV foram realizados test t , ANOVAS, para diferenças de médias, regressões múltiplas e correlações de Pearson. A partir das evidências de validade investigadas confirmaram-se boas propriedades psicométricas para o uso da EBADEP-ID, indicando que a escala é um instrumento promissor, capaz de discriminar a sintomatologia depressiva em diferentes grupos sendo a versão mais adequada do ponto de vista psicométrico unifatorial com dez itens. Além disso, confirmou-se a associação na faixa etária idosa entre depressão, QV e suporte familiar. Os resultados das regressões mostram a QV e o suporte familiar como preditores da depressão. Por fim, a análise de rede mostrou os sintomas de humor e perda de prazer como os mais centrais na rede ativando outros sintomas ligados a ideais suicidas e representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro.

Palavras-Chave: depressão, idosos, psicomетria, transtorno de humor, avaliação psicológica.

Abstract

Grendene, F. (2017). *Baptista Depression Scale for the Elderly: Relation with family support and quality of life* Doctoral Thesis. Post Graduate Studies in Psychology, Universty San Francisco, Campinas, São Paulo.

Depression is a psychiatric disorder that affects people of all ages. It is the most frequent psychopathology in the elderly. The Baptist Depression Scale for the Elderly (EBADEP-ID) is a Brazilian instrument that uses classification criteria for Major Depressive Disorder, according to international standards, which are adapted to the specific cultural features of our environment. In order to find evidence of validity for the Baptist Depression Scale for the Elderly, as well as to analyse the association between depression, family support and quality of life (QOL) we divided 416 elderly over 60 years old into three groups. Group 1 was composed of elderly who participated in community centers (n=359), group 2 (n=25) comprised elderly with medical diagnosis of depression and group 3 (n=32) had elderly residents of long-term care institutions. We used the following instruments: a) Socio-demographic and clinical questionnaire b) Mini-Mental State Examination (MMSE), c) Baptist Depression Scale for the Elderly (EBADEP-ID), Family Support Perception Inventory for the Elderly, and Vitor Quality of Life Scale (VITORQLSE). The internal structure and possible scale reductions were measured both by means of exploratory factor analyses and the Item Response Theory (IRT) model. The understanding of the dynamics of the symptoms was assessed by the Network analysis method. To analyze the association between the depression, family support and Quality of Life constructs we performed t and ANOVAS test for mean differences, multiple regressions and Pearson correlations. The validity evidences investigated confirmed good psychometric properties for the use of EBADEP-ID, which indicates that the scale is a promising instrument capable of discriminating the depressive symptomatology in different groups, since it is the most adequate version of the psychometric unifactorial point of view with ten items. In addition, we could confirm the association between depression, quality of life and family support in the elderly group. The regression results show that QOL and family support are predictors of both depression. Finally, network analysis showed the symptoms of depressed mood and loss of pleasure as the most important in the network, which trigger other symptoms toward suicide ideias and negative representations of himself, his personal world, and future.

Keywords: depression, elderly, psychometry, mood disorder, psychological assessment.

Resumen

Grendene, F. (2017). Escala Baptista de Depresión para ancianos: Relación con el soporte familiar y la calidad de vida. Tesis Doctoral, Programa de Estudios de Posgrado en Psicología, Universidad San Francisco, Campinas, São Paulo.

La depresión es un trastorno psiquiátrico que afecta a personas de todas las edades. En el anciano se configura como la psicopatología más frecuente. La Escala Baptista de Depresión para los ancianos (EBADEP-ID) es un instrumento brasileño que utiliza criterios de clasificación para el trastorno depresivo mayor, según estándares internacionales, pero adaptados a las características culturales específicas en nuestro medio. Con el objetivo de buscar evidencias de validez para la Escala Baptista de Depresión para Ancianos y analizar la asociación entre depresión, soporte familiar y calidad de vida (QV) se evaluaron 416 ancianos mayores de 60 años distribuidos en tres grupos. El grupo 1 fue compuesto por ancianos que participaban en grupos de convivencia ($n = 359$), el grupo 2 ($n = 25$) de ancianos con diagnóstico médico de depresión y el grupo 3 ($n = 32$) fue constituido con ancianos residentes en instituciones de larga permanencia (ILPI). Los instrumentos aplicados fueron: a) Cuestionario sociodemográfico y clínico b) Mini-Examen del Estado Mental (MEEM), c) Escala Baptista de Depresión para los ancianos (EBADEP-ID), Inventario de Percepción del Soporte Familiar para ancianos y Escala de Calidad de Vida de Vitor (EQUIVITOR). La estructura interna y posibles reducciones de la escala fueron evaluadas por medio de análisis factorias exploratorias y modelo de Teoría de Respuesta al Ítem (TRI). La comprensión de la dinámica de los síntomas fue evaluada por el método de análisis de red. Para analizar la asociación entre los constructos depresión, soporte familiar y QV se realizaron test t, ANOVAS, para diferencias de promedios, regresiones múltiples y correlaciones de Pearson. A partir de las evidencias de validez investigadas se confirmaron buenas propiedades psicométricas para el uso de la EBADEP-ID, indicando que la escala es un instrumento prometedor, capaz de discriminar la sintomatología depresiva en diferentes grupos siendo la versión más adecuada desde el punto de vista psicométrico unifactorial con diez ítems. Además, se confirmó la asociación en el grupo de edad anciana entre depresión, QV y soporte familiar. Los resultados de las regresiones muestran la QV y el soporte familiar como predictores de la depresión así como problemas de salud y dificultad en las relaciones interpersonales. Por último, el análisis de red mostró los síntomas de humor y pérdida de placer como los más centrales en la red activando otros síntomas ligados a ideales suiza y representaciones negativas de sí mismo, del mundo personal y del futuro.

Palabras-Clave: depresión, ancianos, psicometría, trastorno del humor, evaluación psicológica.

Apresentação

O envelhecimento populacional no Brasil e no mundo é uma realidade e um desafio a ser enfrentando principalmente no que tange a identificação de problemas de saúde, orientação e acompanhamento das patologias mais comuns na faixa etária de adultos idosos. Os dados de projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que a expectativa de vida ao nascer em 2014 era de 71,6 anos para homens e 78,8 anos para mulheres e que, em 2060, deve atingir 78,0 e 84,4 anos, respectivamente. O Brasil, em 2030, será o sexto país mundialmente com maior população de idosos, totalizando aproximadamente 41,5 milhões de pessoas na faixa etária de 80 anos (IBGE, 2015).

Os transtornos de humor são considerados um dos principais problemas de saúde mental na faixa etária idosa (Bottino, Blay, & Laks, 2012; Silberman et al., 1995), sendo a depressão o mais prevalente na terceira idade. As estimativas indicam que nos países ocidentais a depressão atinge cerca de 20% da população idosa (Volkert, Schulz, Härter, Włodarczyk, & Andreas, 2013), sendo especialmente frequentes em indivíduos com declínio cognitivo (Polyakova et al., 2014), idosos institucionalizados (Achterberg, Pot, Kerkstra, & Ribbe, 2006) e pacientes hospitalizados (Walker et al., 2016).

A depressão, independente da faixa etária, é um desafio para os pesquisadores, pois apresenta uma sintomatologia diversa. Os pacientes com sintomatologia depressiva variam consideravelmente na sua apresentação clínica, resposta ao tratamento, genética e neurobiologia (Belmaker, 2008; Savitz, 2009). Embora já se tenha algum conhecimento científico sobre a depressão no idoso e seus métodos de avaliação diagnóstica ainda existem lacunas e divergências sobre quais os

instrumentos e técnicas diagnósticas são mais precisas para essa patologia. No Brasil, o número de instrumentos psicológicos que avalia a sintomatologia depressiva especificamente no idoso é escasso, sendo a maioria adaptações e traduções de instrumentos estrangeiros. Dentro deste contexto, a presente pesquisa teve como objetivo buscar evidências de validade para a Escala Baptista de Depressão-Versão Idosos (EBADEP-ID), que se difere de outras por ser uma escala brasileira que utiliza critérios de classificação para Transtorno Depressivo Maior, segundo padrões internacionais. A construção de seus itens foi baseada em diversas teorias psicológicas da depressão, possuindo também itens positivos e negativos que possibilitam avaliar o continuum da depressão. Até o presente momento poucos estudos de evidências de validade foram realizados com a escala.

A apresentação dos resultados desta tese foi estruturada em um capítulo de introdução, três artigos e um capítulo de considerações finais. O primeiro artigo intitulado “Análise de Estrutura Interna da Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID)”, teve como finalidade identificar qual estrutura interna mais adequada para a escala. Para isso foram rodadas análises fatoriais exploratórias com um e dois fatores em versões completa e reduzida. O artigo 2 “Análise de Rasch e de Rede para a Escala Baptista de Depressão (EBADEP-ID)” teve com objetivos avaliar as propriedades psicométricas da EBADEP –ID por meio de Teoria de Resposta ao Item, mais especificamente pela análise de Rasch e de Análise de Rede. Por fim, o artigo 3 “Associação entre Depressão, Qualidade de Vida (QV) e Suporte Familiar em idosos” apresenta resultados da associação de três importantes construtos relacionados à faixa etária idosa, a partir da comparação de um grupo de idosos com diagnóstico médico de depressão, um de idosos institucionalizados e o outro constituído por idosos que

frequentavam grupos/centros de convivência, e ainda resultados de regressão com as variáveis QV e suporte familiar.

Introdução

A presente introdução foi organizada da seguinte forma. Primeiramente serão abordados aspectos gerais da depressão. Posteriormente serão apresentados dados sobre depressão na faixa etária idosa e sua relação com o envelhecimento. Estudos sobre sintomatologia depressiva, suporte familiar e qualidade de vida são trazidos na sequência. Para finalizar são apresentadas medidas de depressão frequentemente utilizadas em idosos no contexto do Brasil e apresentados os objetivos da presente pesquisa.

A depressão é um transtorno psiquiátrico que acomete pessoas de todas as faixas etárias e é considerado um dos maiores desafios na área da saúde mental. Abrange sintomas psicológicos, comportamentais e físicos, podendo haver variações conforme a fase da vida em que a pessoa se encontra. É considerada atualmente um problema de saúde pública pelo alto índice de prevalência na população, tanto no Brasil quanto mundialmente (WHO 2017; Ferrari et al., 2013; Santos & Siqueira, 2010). Com relação à dados epidemiológicos, estima-se que mais de 322 milhões de pessoas sofram com alguma sintomatologia depressiva em todo o mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2017). As estimativas ainda de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que em 2030 a depressão seja uma das principais patologias existentes. No Brasil, o panorama não é diferente e cerca de 5,8% da população sofre com algum tipo de sintomatologia depressiva, ou seja, são 11,5 milhões de casos registrados sendo o país da América Latina com maior número de casos de depressão (World Health Organization, 2017).

Existem algumas nomenclaturas para denominar a depressão segundo os manuais diagnósticos internacionais. Pelo Código de Doenças Internacionais - CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993) o Episódio Depressivo Maior (EDM) é

classificado como um Transtorno Afetivo, já pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), está classificado dentro dos Transtornos Depressivos.

Ao se referir à depressão, o DSM-5 (APA, 2013) estabelece critérios para o Transtorno Depressivo Maior, dentre os quais, é necessária a manifestação de cinco ou mais sintomas, incluindo ao menos humor depressivo e/ou perda de interesse ou prazer, que perdurem no mínimo duas semanas, representando uma alteração do funcionamento prévio. Outros sintomas importantes para a classificação do transtorno depressivo maior são: a perda ou ganho de peso acentuado sem estar em dieta, diminuição ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga e perda de energia quase todos os dias, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante e não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente), capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, indecisão quase todos os dias, pensamentos de morte (não apenas medo de morrer) e ideação suicida recorrentes sem um plano específico e tentativa de suicídio ou plano específico para cometê-lo. Tais sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas.

A CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993) segue postulados semelhantes ao DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), acrescentando aos critérios diagnósticos sintomatologia de ansiedade, angústia, agitação motora, irritabilidade, sintomas fóbicos ou obsessivos, preocupações hipocondríacas, comportamento histriônico e consumo excessivo de álcool. Os sintomas que definem o Transtorno Depressivo nos dois manuais diagnósticos são consenso entre os profissionais de saúde e fazem parte dos critérios de classificação em diferentes

quadros com alterações de humor. Na CID-10 (OMS, 1993) estão presentes nos episódios depressivos leve, moderado, grave e recorrente, na Distímia, na Ciclotímia e nos Transtornos Bipolares. No DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) aparecem nos chamados Transtornos Depressivos, Distímicos, Ciclotímicos e Bipolares.

Ainda, segundo a literatura (Calil & Pires, 1998; Tier, Santos, Pelzer, & Bulhosa, 2007; Van Loo 2012), os principais sintomas da depressão são divididos em categorias que são elas: alterações do humor, vegetativas ou somáticas, motoras, sociais, cognitivas e comportamentais, o que demonstra a diversidade da sintomatologia depressiva. No que tange a classificação diagnóstica é importante fazer o diagnóstico diferencial da depressão para a exclusão de qualquer outra situação clínica ou psicológica que possa estar se sobrepondo aos sintomas depressivos, já que algumas doenças como hipotireoidismo, a mononucleose infecciosa, a anemia, as neoplasias e as doenças autoimunes dentre outras podem desencadear sintomas idênticos aos depressivos (Brito, 2011).

As manifestações dos sintomas nos quadros depressivos estão interrelacionados a fatores psíquicos, orgânicos, hereditários, sociais, econômicos, religiosos, entre outros. A sociedade contemporânea vem apresentando um índice elevado de sujeitos que padecem com algum tipo de sintomatologia depressiva, gerando um sofrimento que interfere na diminuição da qualidade de vida, na produtividade e na incapacitação social do indivíduo atingindo desde crianças a pessoas idosas (Coutinho, Gonties, Ludgleydson & Araújo' Sá, 2003).

No contexto do envelhecimento a depressão é um dos alvos de estudos entre os pesquisadores, uma vez que as doenças decorrentes de tal processo influenciam a qualidade de vida do idoso e podem frequentemente levar ao desenvolvimento de

sintomas depressivos (Campolina, Dini, & Ciconelli, 2011; Faller, Melo, Versa, & Marcon, 2010). O reconhecimento dos quadros depressivos no idoso é complexo e a associação entre depressão e doenças clínicas é frequente. (Canineu, 2007; Lehmann & Rabins, 2011).

No que diz respeito à sintomatologia depressiva percebe-se um quadro clínico semelhante a de outras faixas etárias, porém, alguns sintomas na velhice podem aparecer mascarados como é o caso da astenia, ou seja, fadiga, dores físicas, distúrbios do sono, do apetite, da cognição, pânico desproporcional, ansiedade, marcha com passos curtos e diminuição da libido (Canineu, 2007). Nesta faixa etária ressalta-se a presença da dor física como um sintoma importante na manifestação depressiva, porém tais sintomas podem ser os mesmos sintomas de doenças clínicas típicas do envelhecimento, dificultando o diagnóstico (Chiesi, 2017).

É sabido também que as alterações e declínios nas funções cognitivas também estão presentes no processo normal do envelhecimento. Tais funções podem encontrar-se prejudicadas em determinados quadros clínicos entre eles a depressão, tornando a linha entre o que é considerado normal e patológico na faixa etária idosa muito tênue. É frequente que os quadros depressivos nos idosos venham acompanhados de déficits cognitivos (Bueno & Dalgalarrodo, 2013).

O estudo de Esteves, Oliveira, Irigaray, e Argimon (2016) vai ao encontro do que traz a literatura. Os autores investigaram o desempenho de idosos com e sem sintomatologia no Teste Wisconsin de Classificação de Cartas Abreviado (WCST-64). Os resultados apontam que os idosos que apresentam sintomas depressivos tiveram pior desempenho no instrumento, quando comparados com aqueles sem sintomatologia depressiva, corroborando com a ideia de que os sintomas depressivos diminuem o desempenho dos idosos nas tarefas cognitivas. Sendo assim, algumas

alterações encontradas nos transtornos depressivos devem ser bem investigadas porque muitas delas também são encontradas em outras doenças, como por exemplo, nos estágios iniciais dos transtornos Neurocognitivos (Hamdan & Corrêa, 2009). Quase um terço dos pacientes com demência têm sintomas de depressão, como distúrbios de atenção, falta de energia, mudanças na rotina de sono e falta de interesse para as atividades (Leposavić, Leposavić, & Gavrilović, 2010).

As dificuldades em fazer o diagnóstico diferencial entre a depressão no idoso e as demências são muitas e estão ligadas principalmente aos sintomas similares entre as duas patologias. Os sintomas depressivos são comuns em pacientes com síndromes demencial e as estimativas são de que podem acometer até 50% dos indivíduos com Doença de Alzheimer principalmente nas fases leve a moderada em relação à fase grave da doença (Scoralick, Pinheiro, Silva, & Cunha, 2002). Frente a isso, é importante que se faça com cuidado o diagnóstico dos quadros demenciais e depressivos para que não sejam realizados diagnósticos equivocados.

Também se associa aos quadros depressivos no idoso a ideação suicida, e as tentativas de suicídio propriamente dito. Minayo e Cavalcante (2010), em uma revisão da literatura entre os anos 1980 a 2008 sobre tais aspectos, encontraram 52 referências que mostraram a forte relação entre ideação suicida, tentativas e efetivação do ato fatal em pessoas idosas. Os autores também encontraram na literatura que doenças e transtornos mentais estão fortemente relacionadas com suicídio em pessoas idosas, entre eles a depressão e os transtornos afetivos são os que mais aparecem associados. Estes dados justificam um olhar atento para os problemas de saúde mental da população idosa.

Quando se trata das variáveis relacionadas à depressão no idoso e aos fatores de risco, os estudos trazem dados similares, porém é importante salientar que ainda

não há unanimidade entre os autores no que se refere à depressão nessa faixa etária. Estudos indicam que perdas físicas decorrentes da própria idade, percepção de saúde física negativa, dores crônicas, sentimentos de solidão, viuvez, diminuição da rede social, perda de amigos, isolamento, aposentadoria, alterações no *status* econômico, idade mais avançada, escolaridade baixa e sexo feminino, são as variáveis mais associadas à depressão na população geriátrica (Borges, Benedetti, Xavier, & d'Orsi, 2013; Domènech-Abella et al., 2017; Mello & Teixeira, 2011; Paradela, 2011; Xavier et al., 2014).

A manifestação de episódios depressivos no segmento etário idoso também vem sendo associada com baixa percepção do suporte familiar e diminuição na qualidade de vida. Alguns autores reafirmam a importância de estudos dirigidos a tais construtos e a presença de depressão (Caldas, 2003; Inouye, Barham, Pedrazzani, & Pavarini, 2010; Marchi, 2011; Reis et al., 2011).

Segundo Marinho et al., (2010) um dos aspectos relacionados à sintomas depressivos é o suporte que o idoso percebe receber da família seja ele institucionalizado ou não. Em países em desenvolvimento que carecem de uma rede de suporte formal eficiente, como é o caso do Brasil, a família acaba se tornando a responsável por auxiliar os idosos em qualquer necessidade específica que surja (Reis et al., 2011).

O papel que a família desempenha é importante em qualquer fase da vida, sobretudo na velhice, pois nesta faixa etária constitui-se como principal sistema de suporte, sendo as relações familiares as que os idosos vivem com maior intensidade. Tal convivência tem implicações no seu bem-estar e na qualidade de vida. A qualidade do ambiente afetivo na família é determinante na percepção que seus elementos têm sobre a sua funcionalidade (Andrade & Martins, 2011).

O suporte familiar adequado pode inclusive estar relacionado com a prevenção de transtornos mentais, como, por exemplo, a depressão e contribui para a manutenção da integridade física e psicológica. A falta de suporte familiar é considerado um fator de risco para o agravamento da depressão em idosos (Araújo et al., 2016).

Independentemente do arranjo e da estrutura familiar do idoso, faz-se importante salientar que é fundamental a qualidade do suporte familiar dessas pessoas (Ramos, 2003). Embora a estrutura familiar mais frequentemente para o idoso seja a família multigeracional, ou seja, aquela com representantes vivos de três a quatro gerações, com laços sanguíneos ou de afinidade, coabitando ou não, com diferentes distâncias geográficas e emocionais, não há garantia de que estas estejam preparadas para assumir o papel de cuidadora (Cattani & Girardon-Perlini, 2004).

Silva, Bessa, e Oliveira (2004) referem que o suporte familiar é um construto de difícil operacionalização, sendo uma das suas definições como parte da rede informal e mais próximas de relacionamentos, na qual o indivíduo é beneficiado por meio do contato e das trocas mantidas com seus familiares, podendo desenvolver maior resiliência e bem estar psicológico e sendo auxiliado na manutenção de respostas mais adequadas diante de eventos que tendem a comprometer sua saúde, dentre eles a depressão. O suporte familiar é um fator importante não somente para o desenvolvimento global, como também para a qualidade do relacionamento estabelecido entre pais e filhos, estando relacionado aos fatores psicológicos, como expressão de carinho, atenção e comunicação, proximidade afetiva, permissão de autonomia, liberdade e independência, proteção e diálogo (Baptista, 2007; Baptista & Dias, 2007; Baptista & Oliveira, 2004; Greenbergher, Chen, Tally, & Dong, 2000).

O suporte da família contribui para a manutenção da saúde física e psicológica do indivíduo e é benéfico para o sujeito na medida em que é percebido como

disponível e satisfatório, além de desempenhar papel fundamental na qualidade de vida dos idosos (Kaur, Kaur, & Venkateshan, 2015; Silva et al., 2004). Ressalta-se a importância em se diferenciar o suporte percebido e o oferecido, ou seja, é preciso levar em consideração que nem sempre o suporte familiar é entendido da forma como é oferecido, provavelmente porque a percepção envolve fatores pessoais únicos, de cada indivíduo e que podem ser deturpados de acordo com seu estado emocional.

Além disso, atenta-se ao fato de que os mesmos acontecimentos podem ser percebidos de formas variadas pelos membros da mesma família. A percepção nem sempre é idêntica ao que é oferecido, pois é influenciada por fatores pessoais, traços estáveis e mudanças temporais (Procidiano & Heller, 1983). Sob esta mesma perspectiva, Weinstein, Mermelstein, Hedeker, Hankin e Flay (2006) afirmam que a percepção de alto nível de suporte familiar é mais frequente em membros familiares com humor positivo, ou seja, há relação entre a percepção do apoio familiar e o estado de humor, positivo ou negativo, entre os integrantes da família. Embora o suporte possa ser adequado em uma determinada família, ele pode ser percebido como negativo por algum membro familiar, ou vice-versa. Dessa forma, entende-se o conceito de percepção do suporte familiar como a percepção que o sujeito possui sobre o apoio que recebe da família (Baptista, 2005; Baptista & Oliveira, 2004).

Valendo-se do IPSF como instrumento de coleta de dados, Reis et al. (2011) estudaram a percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e os fatores associados a ela em um estudo transversal, com amostra de 235 idosos, no estado da Bahia. Foram coletados também dados sociodemográficos e de saúde; Mini-Exame do Estado Mental; Índice de Barthel e Inventário de Percepção do Suporte Familiar. Quanto à percepção do suporte familiar no domínio Afetividade-Consistência, a maioria deles apresentou pontuação alta (71, 10%), com média de 33,54 pontos. No

domínio Adaptação- familiar, houve maior frequência de idosos com pontuação baixa (44,70%), com média de 16,26 pontos. No domínio Autonomia houve uma maior distribuição dos sujeitos com pontuação alta (48,90) com média de 13,91. Com relação a pontuação total do IPSF houve uma maior frequência de idosos com pontuação alta (M= 40,90.) Os autores observaram que os sujeitos da amostra do estudo apresentam comprometimento da percepção do suporte familiar, o que demonstra que é possível que a convivência familiar destes idosos não se apresenta adequada, o que pode interferir na sua qualidade de vida.

Com objetivo de avaliar, na região Nordeste, a percepção do suporte familiar em idosos residentes em domicílio, Reis, Torres, Reis, Fernandes, e Nobre (2011) avaliaram 150 idosos. De acordo com a média dos valores dos domínios do Inventário do Suporte de Percepção Familiar, a maioria dos idosos apresentou percepção do suporte familiar inadequada nos domínios Afetividade-Consistência e Autonomia e percepção do suporte familiar adequado no domínio Adaptação Familiar. Diante do exposto, os autores evidenciaram que boa parte dos idosos entrevistados apresentou comprometimento na Afetividade-Consistência e no domínio Autonomia do Inventário de Percepção do Suporte Familiar, o que pode sugerir, em parte, falta de preparo das famílias na prestação de cuidados aos idosos.

O impacto do apoio familiar na presença de queixas depressivas em pessoas idosas foi avaliado por Carrasco, Herrera, Fernández e Barros (2013) em Santiago do Chile. Participaram do estudo 394 idosos com 60 anos ou mais que responderam a perguntas sobre os sintomas depressivos, a composição familiar, a disponibilidade da família tanto afetivamente como com outros tipos de cuidados instrumentais, presença de conflitos, autopercepção da saúde e percepção da autoeficácia. Para análise dos resultados foi utilizado o modelo de regressão logística. Os autores encontraram como

resultados a depressão significativamente associada a percepção de saúde debilitada e a autoeficácia baixa, pouco suporte instrumental da família e a presença de conflitos familiares.

O funcionamento familiar e sua relação com a depressão também foram avaliados por Souza et al. (2014) em 374 idosos residentes no estado de Mato Grosso, com idade igual ou maior que 60 anos. Os idosos responderam a Escala de Depressão Geriátrica e ao Apgar da Família, já validado e adaptado para cultura brasileira. Os escores que avaliam a funcionalidade familiar foram associados aos idosos com e sem depressão, tendo sido constatado que a presença de disfuncionalidade familiar foi significativamente maior nos casos de idosos com depressão. Os resultados após a aplicação do modelo de regressão logística multivariada mostram que nos casos de disfuncionalidade familiar, as chances dos idosos apresentarem sintomas depressivos são 5,36% maiores em relação aqueles que apresentavam boa funcionalidade familiar.

Os sintomas depressivos e a percepção de suporte familiar em idosos e adultos em hemodiálise foram investigados por meio da IPSF por Bastos, Scortegagna, Baptista e Cremasco (2016) em uma amostra por conveniência em um município do norte do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 60 pacientes em hemodiálise distribuídos em grupos: um grupo de idosos de 60 anos e mais e o outro de adultos com até 59 anos. Como instrumentos foram utilizados além do questionário de dados sociodemográficos, o IPSF e o Inventário de Depressão Beck (BDI-II). A avaliação da depressão com o BDI-II apontou níveis de depressão mínima nos pacientes do estudo e no IPSF níveis elevados de percepção do suporte familiar, não sendo encontradas diferenças significativas entre os dois grupos avaliados. Os resultados também indicaram uma correlação negativa entre os BDI-II e o IPSF, o que sugere que quanto maior a percepção do suporte familiar, menor a sintomatologia depressiva.

Araújo et al. (2016) avaliaram, o apoio familiar, a Qualidade de Vida (QV) e as comorbidades em 138 idosos institucionalizados com e sem sintomas de depressão no estado do Rio Grande do Norte. Os instrumentos utilizados foram: Mini-exame de estado mental, escala de depressão geriátrica na versão reduzida, questionário sociodemográfico, qualidade de vida (WHOQOL-bref) e inventário de percepção de apoio à família. Com relação ao suporte familiar os idosos com sintomas depressivos apresentaram uma menor percepção de apoio da família em relação ao grupo sem sintomas depressivos, sendo o fator mais afetado o de adaptação familiar.

Outra especificidade relacionada à depressão em população geriátrica é a relação entre QV e os quadros depressivos. O conceito de QV é visto como nuclear no campo da atenção às pessoas idosas constituindo um dos principais indicadores que se deve ter em atenção na avaliação da condição de vida nesta faixa etária (Pino, 2003). A Qualidade de vida (QV) é definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da OMS, como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (World Health Organization Quality of Life Working Group, 1995). Esta definição inclui seis domínios principais: (a) saúde física, (b) estado psicológico, (c) níveis de independência, (d) relacionamento social, (e) meio-ambiente e (f) padrão espiritual (WHOQOL, 1995). Tal conceito envolve questões subjetivas e está relacionado com a história de vida do sujeito, características de personalidade, situação de vida atual, satisfação com a vida, além da diminuição do sofrimento e da dor, tanto física quanto psíquica, social e espiritual. No caso específico do idoso, a QV é o resultado da interação entre as diferentes características da existência humana (habitação, vestimenta, alimentação, educação e autonomia); cada um desses conceitos contribui de diferentes maneiras para permitir

um estado ideal de bem estar, levando em consideração o processo evolutivo do envelhecimento, as adaptações do indivíduo ao seu ambiente biológico e psicossocial mutante, que ocorre de forma individual e diferente; adaptação que influi em sua saúde física, perda da memória, medo, abandono, morte, dependência ou invalidez (Velandia, 2002). No idoso, a qualidade de vida pode estar relacionada à capacidade funcional, ao estado emocional, interação social, escolaridade e às condições gerais de saúde (Santos, Santos, Fernandes, & Henriques, 2002).

A relação entre a qualidade de vida, o estresse intrafamiliar, a capacidade funcional do idoso e a depressão foram analisados por Pereira e Roncon (2010). Participaram do estudo 126 idosos que foram avaliados por meio do Índice de Relações Familiares, Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária, WHOQOL-bref, Escala de Depressão Geriátrica e o Exame do Estado Mental. Como resultado os autores observaram que o *stress* intrafamiliar correlacionou-se positivamente com a depressão e negativamente com a qualidade de vida.

Por sua vez, Inouye et al. (2010), em estudo com 150 idosos de um município do interior de São Paulo encontraram resultados que revelaram que a qualidade de vida dos idosos está relacionada a renda familiar, ao nível de instrução e a percepção de suporte familiar. Neste estudo foram utilizados os instrumentos Escala de qualidade de vida (QdV-DA), o Inventário de Percepção de Suporte Familiar e para avaliar o nível socioeconômico dos participantes foi utilizado o “Critério de Classificação Econômica Brasil”. Os autores verificaram que o nível socioeconômico interfere nos escores de qualidade de vida e percepção do suporte familiar total, sendo que as classes B/C apresentaram escores superiores a D/E. Esses dados foram confirmados pela análise de correlação entre os escores e a pontuação na classificação econômica que apesar de moderada ou fracas foram significativas e positivas.

Ainda, os idosos com níveis de escolaridade mais elevado apresentaram escores superiores aos que disseram não saber ler e escrever. As correlações também foram significativas e positivas. Os resultados do estudo também corroboram a função de proteção de boa percepção do suporte familiar, fomentando a qualidade de vida.

Em estudo analítico correlacional, de Portugal, com a finalidade de avaliar e analisar a relação das variáveis sociodemográficas e de contexto familiar na qualidade de vida de idosos, Andrade e Martins (2011) avaliaram 210 idosos, com idades compreendidas entre os 60 e os 95 anos. Os resultados demonstraram que os que tinham maior idade apresentaram uma percepção da qualidade de vida menos satisfatória, com diferenças estatisticamente significativas. Tais resultados evidenciam que a qualidade de vida é mais elevada nos idosos com menor média de idade apresentando uma correlação negativa fraca. Com relação a variável sexo, os autores verificaram que a percepção da qualidade de vida é menos satisfatória nas mulheres, porém não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nesta variável sociodemográfica.

Além das variáveis sociodemográficas, o estudo avaliou a qualidade de vida e o contexto familiar. Os resultados encontrados sugeriram que uma melhor funcionalidade familiar, ou seja, uma família solidária as demandas dos idosos, que respondem aos conflitos e situações críticas com certa estabilidade emocional, aumentam a qualidade de vida, revelando uma correlação positiva fraca.

Com o objetivo de encontrar fatores que influenciem na QV e no suporte familiar de idosos, Kaur et al. (2015) avaliaram 213 pessoas idosas na Índia. Para o estudo foram utilizados questionários fechados para avaliar a qualidade de vida e o suporte familiar. Os autores encontraram como resultados que os idosos do sexo masculino apresentaram melhor QV. Além disso evidenciou-se no estudo que os

idosos com maior escolaridade e com independência financeira também apresentaram maior QV e que percebiam melhor o seu suporte familiar. No que diz respeito ao apoio da família, os idosos que percebiam melhor o apoio da família também apresentaram melhor QV do que aqueles que percebiam o suporte familiar como adequado. Os autores concluem que fatores como escolaridade, independência financeira, e apoio da família influenciam a QV dos idosos.

Outros estudos quanto à qualidade de vida de idosos podem ser destacados como o de Roncon, Lima, e Pereira (2015), que investigaram as relações existentes entre morbidade psicológica, *stress* familiar e qualidade de vida (QV) da pessoa idosa. Para isso, foram aplicados os instrumentos *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living* (IADL), *Quality of Life* (WHOQOL-Bref), *Geriatric Anxiety Inventory* (GSI), *Geriatric Depression Scale* (GDS) e *Index of Family Relations* (IFR) em 126 idosos de Portugal. Os resultados revelaram a importância da idade, estado civil, escolaridade e número de patologias assim como o gênero na capacidade funcional e na Qualidade de vida. Quanto maior a idade, menor a qualidade de vida física, psicológica e social. Para os autores o estado civil influencia a depressão e a qualidade de vida. Ser casado ou viver em união implica melhor qualidade de vida e menor depressão, quando comparados com sujeitos viúvos, solteiros ou divorciados.

Ainda, o grupo com maior escolaridade, evidenciou maior qualidade de vida geral, física, psicológica e ambiental e menor depressão e os pacientes com mais doenças crônicas apresentaram níveis elevados de depressão. Os resultados obtidos confirmaram a existência de diferenças significativas entre homens e mulheres, verificando-se nas mulheres pior qualidade de vida nos diferentes domínios e maior índice de depressão.

No estudo de Botton (2013), com pacientes que frequentavam o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Rio Grande do Sul, foram investigados os determinantes sociodemográficos, clínicos e de capacidade funcional na qualidade de vida dos idosos com transtornos mentais. Para verificar a qualidade de vida (QV) foi utilizado o WHOQOL-BREF e, para complementar as informações, o WHOQOL-OLD. Para avaliar a intensidade dos sintomas de ansiedade e depressivos, foram utilizadas a escala de Hamilton-Ansiedade (HAM-A) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI), respectivamente. A capacidade funcional foi mensurada pela Avaliação Sócio-Funcional em Idosos (IASFI).

Como resultados os autores encontraram a depressão como o diagnóstico mais prevalente 62% da amostra. Para identificar os determinantes de QV foi realizada uma análise de regressão linear hierárquica que considerou para a inclusão no modelo as variáveis com $p < 0,05$ após a análise bivariada. O resultado da regressão demonstrou que as variáveis independentes que determinaram pior QV foram relacionadas, sobretudo, às características clínicas como sintomas depressivos. Os autores concluíram que os principais determinantes de QV foram as características clínicas e de capacidade funcional, especialmente os sintomas depressivos e a presença de comorbidades clínicas.

Cordeiro, Paulino, Bessa, Borges e Leite (2015) avaliaram idosos institucionalizados quanto à qualidade de vida em Fortaleza. Para coleta de dados, as variáveis sociodemográficas escolhidas foram faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, aposentadoria, tempo e motivo de institucionalização e quantidade de visitas. Além disso, para avaliação da qualidade de vida, foi aplicado o instrumento World Health Organization Quality of Life for Older Persons (WHOQOL-OLD).

Como resultados os autores encontraram como a única variável significativa de associação com qualidade de vida o motivo de institucionalização, demonstrando que os idosos que entraram por conta própria na instituição possuíam níveis menores de qualidade de vida comparados àqueles que entraram por meio dos familiares ou por abandono. Os autores entendem que motivos variados levam o idoso a ingressar por conta própria em instituições de longa permanência para idosos, seja por morar sozinho, por se considerar um fardo ou se sentir desprezado pela família, ou por ter consciência de que passou a necessitar de cuidados em saúde. Isso pode acarretar níveis baixos de qualidade de vida, pois esse idoso pode apresentar dificuldade de adaptação, permanecendo na instituição não por aceitação da sua nova realidade, mas por orgulho ou necessidade de saúde. Ao contrário, os idosos abandonados e/ou portadores de comorbidades provavelmente encontram uma nova oportunidade de vida e um recomeço.

Estrada et al. (2011) também avaliaram 276 idosos com 65 anos ou mais residentes em instituições da Colômbia. Os idosos foram avaliados pelo WHOQOL-OLD, Escala de Depressão Geriátrica (GDS -15), Escala de Ansiedade de Goldeberg, Escala Pfeffer para avaliar a capacidade funcional do idoso e para demais informações sociodemográficas foram realizadas entrevistas. Os autores encontraram associações positivas entre ir morar voluntariamente na instituição com a qualidade de vida quando analisados pelo coeficiente de regressão com resultados de Beta estimado $r = 3,03$ e $p = 0,026$. Ainda neste estudo os autores encontraram pontuações maiores nos índices de qualidade de vida dos idosos que se sentiam com mais autonomia para realização das atividades do cotidiano. Os idosos que sentiam receber maior apoio familiar, de amigos ou da própria instituição apresentaram também maiores pontuações no WHOQO-OLD.

O estudo de Silva et al. (2017) objetivou avaliar a QV, as características sociodemográficas, o apoio familiar, a satisfação com os serviços de saúde e o efeito da terapia comunitária integrativa entre idosos não institucionalizados com e sem sintoma de depressão. Os autores compararam os dados de 120 idosos do Rio Grande do Norte com e sem sintomatologia depressiva. Os instrumentos utilizados foram o Mini Mental a GDS, um questionário sociodemográfico, a versão reduzida do WHOQOL-OLD, o *Family Assesment Device* e a Escala de Avaliação de Serviços de Saúde mental. Os resultados demonstraram que os idosos com sintomatologia depressiva apresentavam menor QV no domínio das relações sociais do que aqueles sem sintomatologia depressiva. Além disso os idosos com sintomatologia depressiva apresentaram menor grau de envolvimento da família nas resoluções de problemas e menos satisfação com serviços de saúde.

Observa-se que, além de todas as variáveis relacionadas a QV dos idosos está potencialmente sob risco não apenas porque existem perdas fisiológicas com o passar do tempo, mas em virtude também da condição de vulnerabilidade em alguns casos decorrente de baixa escolaridade, condições adversas do meio físico, social ou de questões afetivas. Além desses fatores, as relações familiares também influenciam na qualidade de vida, uma vez que os vínculos emocionais e as relações não são neutras e, segundo Inouye et al. (2010), a percepção de suporte familiar elevada fomenta a qualidade de vida.

Diante da literatura pesquisada confirma-se o número expressivo de estudos relacionando os três construtos. Sobretudo, o foco das pesquisas estão nas variáveis associadas tanto ao suporte familiar quanto a QV e a depressão. Percebe-se que grande parte das pesquisas trazem a associação entre baixa percepção do suporte familiar, com diminuição da qualidade de vida e o aumento da depressão.

Diante de tais ponderações no que diz respeito ao envelhecimento, aos sintomas depressivos nesta faixa etária e suas inter-relações com o suporte familiar e a qualidade de vida, é necessário estudar a depressão nos idosos uma vez que apesar dos desfechos negativos e da sua alta prevalência em tal população, é uma psicopatologia ainda subdiagnosticada e subtratada, pois suas características acabam sendo confundidas com os sintomas naturais do processo de envelhecimento (Castelo et al., 2010; Gunn et al., 2012). Sendo assim são necessárias formas de detecção confiáveis, rápidas e de baixo custo.

No âmbito da avaliação psicológica com idosos, existem poucos instrumentos construídos no Brasil para auxiliar no diagnóstico da depressão com essa população. Os testes para avaliar a sintomatologia depressiva no país ainda são em sua maioria traduções e/ou adaptações de estudos desenvolvidos em outros países. Um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a depressão nos idosos no país é a *Geriatric Depression Scale – GDS* (Yesavage et al., 1983). Essa escala é um instrumento de rastreio, autoaplicável ou realizado por um entrevistador, e é composta originalmente de 30 itens com respostas dicotômicas (sim ou não). O instrumento discrimina sintomas depressivos das características gerais do envelhecimento (Tolman, 2009). Validado para a faixa etária idosa é amplamente utilizada em diversos países, inclusive no Brasil (Beaudreau & O'Hara, 2009). Seus estudos psicométricos indicaram confiabilidade e coeficiente *alfa* de 0,94. No teste/reteste a correlação de 0,85 sugeriu boa estabilidade do instrumento.

Além da versão de 30 itens a GDS ainda possui uma versão abreviada com 15 itens, denominada *Geriatric Depression Scale – GDS-15* (Yesavage & Sheikh, 1986), que compreende itens, com duas alternativas: sim ou não. A versão curta é indicada tanto para uso em ambulatórios gerais como em outros ambientes não especializados.

A versão brasileira com 15 itens pode ser usada com confiabilidade considerando os escores totais. O ponto de corte 5/6 é indicado para a versão brasileira do GDS-15 com sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% (Paradela, Lourenço & Veras, 2005).

Outro instrumento frequentemente utilizado para uso na população de idosos é o Beck Depression Inventory-II (Gorenstein, Pang, Argimon, & Werlang, 2011), também traduzido e validado para a população brasileira. Os estudos psicométricos de validação do BDI –II indicaram uma consistência interna de 0,93.

Além destes ainda a Escala de Avaliação de Depressão de Halminton ou HRSD (Hamilton, 1960, 1967), é bastante usada pelos clínicos, porém inúmeros problemas relacionados à escala foram discutidos por vários autores. Um deles é que possui um número relativamente grande de sintomas somáticos e relativamente poucos de sintomas cognitivos e afetivos (Shafer, 2005).

Todas essas ferramentas podem variar no quanto enfatizam cada uma das dimensões clássicas da depressão, que são a afetiva/humor, a cognitiva e a somática/vegetativa e social. Uma das importantes discussões sobre a depressão recai justamente sobre compreensão da estrutura latente da depressão, independentemente da faixa etária.

Neste contexto, a EBADEP-ID (Baptista, 2013), foi construída com os mesmos descritores da versão para adultos, denominada Escala Baptista de Depressão para Adultos EBADEP-A (Baptista, 2012) e da versão infante juvenil, Escala Baptista de Depressão Infante Juvenil (Baptista, 2017) e leva em consideração as variáveis da realidade brasileira e os vários critérios de classificação do Transtorno Depressivo Maior de importantes manuais psiquiátricos e teorias psicológicas (Baptista, 2007; Baptista & Gomes, 2011; Baptista, 2012). Foi baseada nos indicadores de

classificação do DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) e DMS-5 (American Psychiatric Association, 2013), CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), Terapia Cognitiva da Depressão (Beck et al., 1979) e princípios da Terapia Comportamental (Baptista, 2007; Ferster et al., 1977). Na versão para idosos foram elaboradas inicialmente 70 questões com resposta dicotômica: sim ou não. Após análises prévias alguns itens foram retirados baseados em critérios psicométricos e de conteúdo (Baptista, 2016; Coutinho et al., 2016), contendo a versão atual 30 itens, utilizada neste estudo.

A presente pesquisa justifica-se pela necessidade de ampliar estudos sobre as evidências de validade de instrumentos que possam auxiliar no rastreamento de sintomas depressivos em idosos considerando a escassez de testes voltados para tal população, além de aprofundar a compreensão da estrutura dinâmica da depressão. A EBADEP-ID, é recente e ainda não possui estudos de evidências de validade suficientes para a consolidação dos resultados. Entende-se também que é necessário aprofundar os conhecimentos no que diz respeito a sintomas depressivos, a qualidade de vida e sua relação com o suporte familiar percebido nesta faixa etária uma vez que a literatura mostra o quanto tais aspectos estão associados. Além disso, como citado anteriormente o envelhecimento populacional no Brasil é uma realidade e um dos grandes desafios a serem enfrentados, o que justifica estudos direcionadas a tal população.

Partindo disso, tem-se como objetivo avaliar as propriedades psicométricas relativas à estrutura interna e a capacidade informativa do instrumento via Teoria de Resposta ao Item para a Escala Baptista de Depressão Versão Idosos (EBADEP-ID). Além disso, pretende-se avaliar a dinâmica dos sintomas na rede por meio de análise de Rede. Mais especificamente objetiva-se avaliar a estrutura interna dos itens e a

consistência interna da escala avaliando a sintomatologia depressiva por meio da EBADEP-ID e comparar se o instrumento discrimina grupos critério, tais como grupo de idosos diagnosticados com depressão, institucionalizados e sem diagnóstico de depressão.

Para atender aos objetivos do estudo hipotetiza-se que EBADEP-ID será capaz de discriminar os três grupos em relação à sintomatologia depressiva ou ao menos o grupo de depressivos e institucionalizados em relação ao grupo da comunidade. Além disso, espera-se que haja índices adequados relacionados a estrutura interna, tanto por intermédio da Teoria Clássica dos testes quanto pela Teoria de Resposta ao Item (TRI) e compreender a dinâmica dos sintomas a partir da Análise Rede. Espera-se também uma correlação de fraca a moderada e negativa entre sintomatologia depressiva, qualidade de vida e percepção de suporte familiar, bem como que a percepção do suporte familiar negativa e a qualidade de vida baixa sejam preditores da sintomatologia depressiva.

Referências

- Achterberg, W., Pot, A. M., Kerkstra, A., & Ribbe, M. (2006). Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*(12), 1156–1162. <https://doi.org/10.1002/gps.1623>
- Alves, T. C. de T. F., Fráguas, R., & Wajngarten, M. (2009). Depressão e infarto agudo do miocárdio. *Revista de Psiquiatria, 36*(9), 88-92. Recuperado de http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/10510/art_ALVES_Depressao_e_infarto_agudo_do_miocardio_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). Washington, DC.
- Andrade, A. I. N. P. de, & Martins, R. M. L. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Milleniun, 40*, 185-199. Recuperado de <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1210/1/Funcionalidade%20Familiar%20e%20Qualidade.pdf>
- Araújo, A. A. de, Barbosa, R. A. S. R., Menezes, M. S. S. de, Medeiros, I. I. F. de, Araújo Jr., R. F. de., & Medeiros, C. A. C. X. de. (2016). Quality of life, family support, and comorbidities in institutionalized elders with and without symptoms of depression. *Psychiatric Quarterly, 87*(2), 281-291. doi: 10.1007/s11126-015-9386-y
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudos psicométricos preliminares. *PsicoUSF, 10*(1), 11-19.

doi: 10.1590/S1413-82712005000100003

Baptista, M. N. (2012). *Escala Baptista de Depressão: versão adulto EBADEP-A: Livro de instruções*. São Paulo: Vetor.

Baptista, M. N., & Dias, R. R. (2007). Fidedignidade do Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF. *Avaliação Psicológica*, 6(1), 33-37. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v6n1/v6n1a05.pdf>

Baptista, M. N., & Gomes, J. O. (2011). Escala Baptista de Depressão (versão adulto) EBADEP-A: evidências de validade de construto e de critério. *Psico-USF*, 16(2), 151-161. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4010/401041440004.pdf>

Baptista, M. N. (2013). *Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID)*. Relatório não publicado, Universidade São Francisco.

Baptista, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: Um estudo de correlação. *Journal of Human Growth and Development*, 14(3), 58-67. doi: 10.7322/jhgd.40168

Baptista, M. N. (2017). *Escala Baptista de Depressão (Versão Infanto-Juvenil)*. Recuperado em <http://satepsi.cfp.org.br/listaTeste.cfm>

Bastos, D. S. de, Scortegagna, S. A., Baptista, M. N., & Cremasco, G. da S. (2016). Sintomas depressivos e suporte familiar em idosos e adultos em hemodiálise. *Psicologia: Teoria e Prática*, 18(2), 103-116. doi: 10.15348/1980-6906/psicologia.v18n2p103-116

Beaudreau, S. A., & O'Hara, R. (2009). The association of anxiety and depressive symptoms with cognitive performance in community-dwelling older adults. *Psychology and Aging*, 24(2), 507-512. doi: 10.1037/a0016035

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (2), 343-352.
- Belmaker, R.H., Agam G.(2008). Mechanisms of disease: major depressive disorder. *N Engl J Med*, 358, 55-68.
- Borges, L. J., Benedetti, T. R. B., Xavier, A. J., & d'Orsi., E. (2013). Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: Estudo EpiFloripa. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 701-710. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047003844
- Borges, D. T., & Damolin B. M (2012). Depressão em Idosos de uma Comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 7(23), 75-82. doi: 10.5712/rbmfc7(23)381
- Bottino, C. M. C., Blay, S. L., & Laks J. (2012). *Diagnóstico e tratamento dos transtornos de humor em idosos*. São Paulo: Atheneu.
- Botton, G. H. (2013). *Determinantes de qualidade de vida de idosos usuários de Centro de Atenção Psicossocial* (Dissertação de Mestrado do Programa Pós-Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/75981/000892909.pdf?sequence=1>
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(2), 208-214. Recuperado de <http://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10842/10578>

- Bueno, D. R. S., & Dalgalarrodo, P. (2013). Caracterização do status cognitivo de idosos com depressão: Influência da idade e da escolaridade. *Revista de Ciências Médicas*, 22(3), 129-135. Recuperado de <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/2137/1783>
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 773-781. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300009
- Calil, H. M., & Pires, M. L. N. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 240-244.
- Campolina, A. G., Dini, P. S., & Ciconelli, R. M., (2011). Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2919-2925. 10.1590/S1413-81232011000600029
- Canineu, P. R. (2007). Depressão no idoso. In M. P. Netto (Org.), *Tratado de gerontologia* (2a ed., pp. 293-300). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Carrasco, M., Herrera, S., Fernández, B., & Barros, C. (2013). Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(1), 9-14. doi: 10.1016/j.regg.2012.04.006
- Castelo, M. S., Coelho-Filho, J. M., Carvalho, A. F., Lima, J. W. O., Noletto, J. C. S., Ribeiro, K. G., & Siqueira-Neto, J. I. (2010). Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. *International Psychogeriatrics*, 22(1), 109-113. doi: 10.1017/S1041610209991219

- Cattani, R. B., & Girardon-Perlini, N. M. O. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 254-271. Recuperado de http://w.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig11_idoso.pdf
- Chaimowicz F., Ferreira, T. de J. X. M., & Miguel, D. F. A. (2000). Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 34(6), 631-635. doi: 10.1590/S0034-89102000000600011
- Chaves, E. de C. L., Paulino, C. F., Souza, V. H. S., Mesquita, A. C., Carvalho F. S., & Nogueira, D. A. (2014). Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: Um estudo transversal. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(3), 648-655. Recuperado de <http://www.index-f.com/textocontexto/2014/r23648.php>
- Chiesi, F., Primi, C., Pigliautile, M., Ercolani, S., Staffa, M. C. della, Longo, A., . . . Mecocci, P. (2017). The local reliability of the 15-item version of the Geriatric Depression Scale: An item response theory (IRT) study. *Journal of Psychosomatic Research*, 96, 84-88. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.03.013
- Cordeiro, L. M., Paulino, J. de L., Bessa, M. E. P., Borges, C. L., & Leite, S. F. P. (2015). Qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado. *Acta Paulista Enfermagem*, 28(4), 361-366. doi: 10.1590/1982-0194201500061
- Coutinho, F. L., Hamdan, A. C., & Baptista, M. N. (2016). Escala Baptista de Depressão para Idosos - EBADEP-ID: Evidências de validade. *Perspectivas em Psicologia*, 13(2), 1-9. Recuperado de <http://www.seadpsi.com.ar/revistas/index.php/pep/article/view/1./pdf>

- Coutinho, M. da P. de L., Gontiès, B., Araújo, L. F. de, & Sá, R. C. da N. (2003).
Depressão, um sofrimento sem fronteiras: Representações sociais entre crianças e
idosos. *Psico-USF*, 8(2),183-192. doi: 10.1590/S1413-82712003000200010
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia* (5a
ed.). Porto Alegre: Penso.
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2005). A família e suas inter-relações com o
desenvolvimento humano. In M. A. Dessen, & Á. L. Costa Jr. (Orgs.), *A
ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras*
(pp. 113-131). Porto Alegre: Artmed.
- Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-
Uribe, L. A., & . . . Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly:
The role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric
Epidemiology*, 52(4), 381-390. doi: 10.1007/
s00127-017-1339-3
- Esteves, C. S., Oliveira, C. R. de, Irigaray, T. Q., & Argimon, I. I. de L. (2016).
Desempenho de idosos com e sem sintomas depressivos no WCST-64. *Avaliação
Psicológica*, 15(1), 31-39. doi: 10.15689/ap.2016.1501.04
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á. M., Chavarriaga, L. M., Ordóñez, J., & Osorio, J.
J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31(4),
492-502. doi: 10.7705/biomedica.v31i4.399
- Faller, J. W., Melo, W. A. de, Versa, G. L. G. S., & Marcon, S. S. (2010). Qualidade
de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR.
Escola Anna Nery, 14(4), 803- 810. doi: 10.1590/S1414-81452010000400021
- Fernandes, C. S., Falcone, E. M. de O., & Sardinha, A. (2012). Deficiências em
habilidades sociais na depressão: Estudo comparativo. *Psicologia: Teoria e*

Prática, 14(1), 183-196. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v14n1/v14n1a14.pdf>

Fernandes, M. das G. M., Nascimento, N. F. de S., & Costa, K. N. de F. M. (2010). Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11(1), 19-27. Recuperado de: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_html_site/a02v11n1.htm

Ferrari, M., & Kaloustian, S. M. (2004). Introdução. In S. M. Kaloustian (Org.), *Família brasileira: A base de tudo* (6a ed., pp. 11-15). São Paulo: Cortez.

Ferrari, A., Somerville, A., Baxter, A., Norman, R., Patten, S., Vos, T., & Whiteford, H. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: A systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, 43(3), 471-481. doi: 10.1017/S0033291712001511

Ferster, C. B., Culbertson, S., & Boren, M. C. (1977). Depressão clínica. In C. B. Ferster, S. Culbertson, & M. C. Boren (Eds.), *Princípios do comportamento* (pp. 699-725). São Paulo: Hucitec.

Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: Sintomas em indivíduos institucionalizados e não-intitucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 41-49. doi: 10.12707/RIV14030

Freire, S. A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In A. L. Neri, & S. A. Freire (Eds.), *E por falar em boa velhice* (pp. 21-31). Campinas: Papirus.

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Gorenstein, C., Pang, W. Y., Argimon, I. de L., & Werlang, B. S.G. (2011). *Inventário de Depressão de Beck – BDI-II*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Greenbergher, E., Chen, C., Tally, S. R. & Dong, Q. (2000). Family peer and individual correlates of depressive symptomatology among US and Chinese adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(2), 209-219. doi: 10.1037/0022-006X.68.2.209
- Gulich, I., Duro, S. M. S., & Cesar, J. A. (2016). Depressão entre idosos: Um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 19*(4), 691-701. doi: 10.1590/1980-5497201600040001
- Gunn, J. M., Ayton, D. R., Densley, K., Pallant, J. F., Chondros, P., Herrman, H. E., & Dowrick, C. F. (2012). The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(2), 175-184. doi: 10.1007/s00127-010-0330-z
- Hamdan, A. C., & Corrêa, P. H. (2009). Memória episódica e funções executivas em idosos com sintomas depressivos. *Psico, 40*(1), 73-80. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view%20File/3531/4144>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 23*, 56-62. doi: 10.1136/jnnp.23.1.56
- Hegeman, J. M, Kok, R. M., Mast, R. C. van der, & Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: Meta-

analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(4), 275-281.
doi: 10.1192/bjp.bp.111.095950

Inouye, K., Barham, E. J., Pedrazzani, E. S., & Pavarini, S. C. I. (2010). Percepções do suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 582-592. doi: 10.1590/S0102-79722010000300019

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*. Brasília: Autor. Recuperado de <http://ibge.gov.br/home/estatistica/população/trabalhoerendimento/pnad2008/default>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções da população. In L. Ervatti, G. M. Borges, & A. de P. Jardim (Orgs.), *Estudos & Análises: Informação demográfica e socioeconômica* (Vol. 3). Recuperado de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/>

Kaur, H., Kaur, H., & Venkateshan, M. (2015). Factors determining family support and quality of life of elderly population. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 4(8), 1049-1053. doi: 10.5455/ijmsph.2015.21012015220

Lehmann, S. W., & Rabins V. P. (2001). Gerontopsiquiatria clínica. In J. J. Gallo, J. Busby-Whitehead, P. V. Rabins, R. A. Silliman, & J. B. Murphy (Eds.), *Reichel assistência ao idoso: Aspectos clínicos do envelhecimento* (pp. 139-146). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Leposavić, I., Leposavić, L., & Gavrilović, P. (2010). Depression vs. dementia: A comparative analysis of neuropsychological functions. *Psihologija*, 43(2), 137-153. doi: 10.2298/PSI1002137L

- Liu, L., Gou, Z., & Zuo, J. (2014). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology, 21*(5), 750-758 doi: 10.1177/1359105314536941
- Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-exame do estado mental: Características Psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista Saúde Pública, 40*(4), 712-719. doi: 10.1590/S0034-89102006000500023
- Marchi, K. C. (2011). *Impacto da depressão na qualidade de vida e na adesão a levodopa em pacientes com doença de Parkinson* (Dissertação de Mestrado da Universidade de São Paulo). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-28022012-141605/en.php>
- Marinho, P. E. M., Melo, K. P. B., Apolinário, A. D., Bezerra, E., Freitas, J., Melo, D. M., & . . . Andrade, A. D. de. (2010). Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions (LSIs) and in the community in Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 50*(2), 151-155. doi: 10.1016/j.archger.2009.03.002
- Mello, E., & Teixeira, M. B. (2011). Depressão em idosos. *Revista Saúde, 5*(1), 42-53. Recuperado de <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/562/929>
- Minayo, M. C. de S., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: Revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública, 44*(4), 750-757. doi: 10.1590/S0034-89102010000400020
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry, 134*, 382-389. doi: 10.1192/bjp.134.4.382

- Neves, R. T., Laham, C. F., Aranha, V. C., Santiago, A., Ferrari, S., & Lucia, M. C. S. de. (2013). Envelhecimento e doenças cardiovasculares: Depressão e qualidade de vida em idosos atendidos e domicílio. *Psicologia Hospitalar*, 11(2), 72-98. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v11n2/v11n2a06.pdf>
- Li, N., Chen, G., Zeng, P., Pang, J., Gong, H., Han, Y., & . . . Zheng, X. (2016). Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: A comparison study between community-based population and hospitalized population. *Psychiatry Research*, 243, 87-91. doi: 10.1016/j.psychres.2016.05.030
- Nunes, D. P., Nakatani, A. Y. K., Silveira, É. A., Bachion, M. M., & Souza, M. R. de. (2010). Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva* 15(6), 2887-2898. doi: 10.1590/S1413-81232010000600026
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Paradela, E. M. P. (2011). Depressão em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 10(2), 31-40. Recuperado de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8850/6729>
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923. doi: 10.1590/S0034-89102005000600008
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Rio de Janeiro: Vozes.

- Pereira, M. G., & Roncon, J. (2010). Relacionamento familiar em pessoas idosas: Adaptação dos Índices de Relações Familiares (IFR). *Psicologia, Saúde & Doenças*, *11*(1), 41-53. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/fd2e/a7a7629416ad37e0f56fea9b22969adb1d4b.pdf>
- Pino, A. C. S. del. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, *13*(3), 188-192.
- Polyakova, M., Sonnabend, N., Sander, C., Mergl, R., Schroeter, M. L., Schroeder, J., & Schönknecht, P. (2014). Prevalence of minor depression in elderly persons with and without mild cognitive impairment: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *152–154*, 28–38. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.09.016>
- Procidiano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, *11*(1), 1-24. doi: 10.1007/BF00898416
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*(3), 385-401. doi: 10.1177/014662167700100306
- Ramos, G. C. F., Carneiro, J. A., Barbosa, A. T. F, Mendonça, J. M. G., & Caldeira, A. P. (2015). Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: Um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *64*(2), 122-131. doi: 10.1590/0047-2085000000067
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, *19*(3), 793-798. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300011

- Raul, A., & Sagare, S. M. (2013). Screening for depression in elderly urban population. *European Psychiatry*, 28, 1-1. doi: 10.1016/S0924-9338(13)77260-2
- Reis, L. A. dos, Torres, G. de V., Reis, L. A. dos, Fernandes, M. H., & Nobre T. T. X. (2011). Avaliação do suporte familiar em idosos residentes em domicílio. *Avaliação Psicológica*, 10(2), 107-115. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v10n2/v10n2a02.pdf>
- Reis, L. A. dos, Torres, G. de V., Xavier, T. T., Silva, R. A. R. da, Costa, I. K. F., & Mendes, F. R. P. (2011). Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 20, 52-58. doi: 10.1590/S0104-07072011000500006
- Rios, M. G., & Gomes, I. C. (2009). Casamento contemporâneo: Revisão de literatura acerca da opção por não ter filhos. *Estudos de Psicologia*, 26(2), 215-225. doi: 10.1590/S0103-166X2009000200009
- Rodrigues, G. H. de P., Gebara, O. C. E., Gerbi, C. C. da S., Pierri, H., & Wajngarten, M. (2015). Depression as a clinical determinant of dependence and low quality of life in elderly patients with cardiovascular disease. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 104(6), 443-449. doi: 10.5935/abc.20150034
- Roncon, J., Lima S., & Pereira, M. da G. (2015). Qualidade de vida, morbidade psicológica e stress familiar em idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(1), 87-96. doi: 10.1590/0102-37722015011637087096
- Santos, S. R. dos, Santos, I. B. da C., Fernandes, M. das G. M., & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da Escala de

- Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(6), 757-764. doi: 10.1590/S0104-11692002000600002
- Santos, É. G. dos, & Siqueira, M. M. de. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: Uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 238-246. doi: 10.1590/S0047-20852010000300011
- Savitz JB, Drevets WC: Imaging phenotypes of major depressive disorder: genetic correlates. *Neuroscience* 2009, 164:300-330.
- Scoralick, M. F., Pinheiro, S. E. J., Silva, A. S., & Cunha, V. G. U. (2002). Depressão e demência: Diagnóstico diferencial. In E. V. de Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni, & S. M. da Rocha (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 251-255). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Shafer, A. B. (2005). Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 123-146. doi: 10.1002/jclp.20213
- Silberman, C., Souza, C., Wilhems, F., Kipper, L., Wu, V., Diogo, C., ... Chaves, M. (1995). Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. *Revista de Saúde Pública*, 29(6), 444-450. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000600005>
- Silva, J. V. da, & Baptista, M. N. (2016). Vitor Quality of Life Scale for the Elderly: Evidence of validity and reliability. *SpringerPlus*, 5(1), 1450-1463. doi: 10.1186/s40064-016-3130-4
- Silva, V. de L., Medeiros, C. A. C. X. de, Guerra, G. C. B., Ferreira P. H. A., Araújo Jr., J. R., Barbosa, S. J. de A., & Araújo, A. (2017). Quality of life, integrative community therapy, family support, and satisfaction with health services among

- elderly adults with and without symptoms of depression. *Psychiatric Quarterly*, 88(2), 359-369. doi: 10.1007/s11126-016-9453-z
- Silva, M. J. da, Bessa, M. E. P., & Oliveira, A. M. C. de. (2004). Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. *Ciencia y Enfermería*, 10(1), 31-39. doi: 10.4067/S0717-95532004000100005
- Silva, E. R. e, Sousa, A. R. P., Ferreira, L. B., & Peixoto, H. M. (2012). Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: Subsídio ao cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1387-1393. doi: 10.1590/S0080-62342012000600015
- Souza, M. S. (2010). *Evidências de validade e precisão para a Escala de Depressão de Baptista e Sisto (EDEP)* (Tese de Doutorado). Recuperado de <https://www.usf.edu.br/galeria/getImage/427/608519942735656.pdf>
- Souza, R. A., Costa, G. D. da, Yamashita, C. H., Amendola, F., Gaspar, J. C., Alvarenga, M. R. M., & . . . Oliveira, M. A. de C. (2014). Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 469-476. doi: 0.1590/S0080-623420140000300012
- Stein, J., Pabst, A., Weyerer, S., Werle, J., Maier, W., Heilmann, K., & . . . Riedel-Heller, S. G. (2016). The assessment of met and unmet care needs in the oldest with and without depression using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Results of the AgeMooDe study. *Journal of Affective Disorders*, 193, 309-317. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.044
- Tier, C. G., Santos, S. S. C., Pelzer, M. T., & Bulhosa, M. S. (2007). Escalas de avaliação da depressão em idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21(2-3), 27-36. Recuperado de <http://repositorio>.

furg.br/bitstream/handle/1/4404/Escalas%20de%20avalia%20E7%E3o%20da%20de%20press%20em%20idosos.pdf?sequence=1

- Tolman, A. (2009). *Depressão em adultos: As mais recentes estratégias de avaliação e tratamento* (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Van Loo, M. H., Jonge, P. de, Romeijn, J.-W., Kessler, R. C., & Schoevers, R. A. (2012). Data-driven subtypes of major depressive disorder: A systematic review. *BMC medicine*, *10*(1), 156. doi: 10.1186/1741-7015-10-156
- Velandia, A. L. (2002). *Investigación en salud y calidad de vida. El arte y la ciencia del cuidado*. Bogotá: Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.
- Veras, R. P., & Coutinho, E. da S. F. (1991). Estudos de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, *25*(3), 209-217. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/23817/25853>
- Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Wlodarczyk, O., & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, *12*(1), 339–353. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.09.004>
- Walker, J., Burke, K., Wanat, M., Fisher, R., Fielding, J., Puntis, S., &... Sharpe, M. (2016). How common is depression in general hospital inpatients? Findings from a worldwide systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, *85*, 87. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.03.217>
- Weinstein, S. M., Mermelstein, R. J., Hedeker, D., Hankin, B. L., & Flay, B. R. (2006). The time-varying influences of peer and family support on adolescent daily positive and negative affect. *Journal of Clinical Child and Adolescent*

Psychology, 35(3), 420-430. doi: 10.1207/s15374424jcc
p3503_7

World Health Organization Quality of Life Working Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Xavier, A. J., d'Orsi, E., Oliveira, C. M de, Orrell, M., Demakakos, P., Biddulph, J. P., & Marmot, M. G. (2014). English Longitudinal Study of Aging: can internet/e-mail use reduce cognitive decline? *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 69(9), 1117-1121. doi: 10.1093/gerona/glu105

Yassuda, M. S., Flaks, M. K., Pereira, F. S., & Forlenza, O. V. (2010). Avaliação neuropsicológica de idosos: Demências. In L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, P. Mattos, & N. Abreu (Orgs.), *Avaliação neuropsicológica* (pp. 254-271). Porto Alegre: Artmed.

Yesavage, J. A., & Sheikh, J. I. (1986). 9/Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence_and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173.doi:.1300/J018

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4

- Zhao, K.-X., Huang, C.-Q., Xiao, Q., Gao, Y., Liu, Q.-X., Wang, Z.-R., & . . . Xie, Y.-Z. (2012). Age and risk for depression among the elderly: A meta-analysis of the published literature. *CNS Spectrums*, *17*(3), 142-154. doi:10.1017/S1092852912000533
- Zanini, R. S. (2010). *Avaliação neuropsicológica de adultos*. In L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, P. Mattos, & N. Abreu (Eds.), *Avaliação neuropsicológica* (pp. 234-246). Porto Alegre: Artmed.
- Zivin, K., Llewellyn, D. J., Lang, I. A., Vijan, S., Kabeto, M. U., Miller, E. M., & Langa, K. M. (2010). Depression among older adults in the United States and England. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *18*(11), 1036-1044. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181dba6d2

Artigo 1

Análise de Estrutura Interna da Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID)

Fernanda Grendene
Makilim Nunes Baptista

Resumo

O objetivo do presente estudo foi comparar diferentes soluções fatoriais a fim de encontrar os melhores índices para uma estrutura interna mais adequada para a Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID), em uma amostra de 416 idosos do sul do Brasil com idade entre 60 e 96 anos. Inicialmente foi realizada uma Análise Paralela e comparadas as versões completa e reduzida de dois e de um fator. Os instrumentos aplicados foram: a) Questionário sociodemográfico b) Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), c) Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID). Foram realizadas Análises Fatoriais Exploratórias com o programa Factor-9.2 utilizando-se o método de estimação *unweighted least squares* (ULS) e rotação Promim. Os resultados indicaram que a versão reduzida de um fator parece ser a mais adequada, com coeficiente alfa 0.95 e índices GFI 1.0 e RMSR 0.046. Concluí-se que a EBADEP-ID apresenta evidências de validades promissoras, porém novas análises com amostras maiores e de outros estados devem ser realizadas para uma maior compreensão da estrutura interna.

Palavras-chave: análise fatorial, depressão, idoso.

Analysis of the Internal Structure of the Baptist Depression Scale for the Elderly (EBADEP-ID)

Abstract

The aim of this study was to compare different factorial solutions in order to find the best indices for a more adequate internal structure for the Baptist Depression Scale for the Elderly (EBADEP-ID) in a sample of elderly aged 60 to 96 years. At first, a Parallel Analysis was performed and we compared the complete and reduced versions of two and one factor. We used the following instruments: a) Socio-demographic questionnaire b) Mini-Mental State Examination (MMSE), c) Baptist Depression Scale for the Elderly (EBADEP-ID). We carried out Exploratory Factorial Analyses out with the Factor-10 program through the use of the Unweighted Least Squares (ULS) Estimation Method and Promim Rotation. The results showed that the reduced version of a factor seems to be the most adequate, with alpha coefficient 0.95 and GFI 1.0 indexes and 0.046 RMSR. We concluded that even though the EBADEP-ID presents evidence of promising validities, new analyses with larger samples and from other states should be performed for a better understanding of the internal structure.

Keywords: factorial analysis, depression, elderly.

Análisis de Estructura Interna de la Escala Baptista de Depresión para Ancianos (EBADEP-ID)

Resumen

El objetivo del presente estudio fue comparar diferentes soluciones factoriales a fin de encontrar los mejores índices para una estructura interna más adecuada para la Escala Baptista de Depresión para los ancianos (EBADEP-ID), en una muestra de ancianos con edad entre 60 y 96 años. Inicialmente se realizó un Análisis Paralelo y comparadas las versiones completa y reducida de dos y de un factor. Los instrumentos aplicados fueron: a) Cuestionario sociodemográfico b) Mini-Examen del Estado Mental (MEEM), c) Escala Baptista de Depresión para los ancianos (EBADEP-ID). Se realizaron Análisis Factoriales Exploratorios con el programa Factor-10 utilizando el método de estimación unweighted least squares (ULS) y rotación Promim. Los resultados indicaron que la versión reducida de un factor parece ser la más adecuada, con coeficiente alfa 0.95 e índices GFI 1.0 y RMSR 0.046. Se concluye que la EBADEP-ID presenta evidencias de validez prometedoras, pero nuevos análisis con muestras mayores y de otros estados deben ser realizadas para una mayor comprensión de la estructura interna.

Palabras-clave: análisis factorial, depresión, anciano.

O envelhecimento populacional no Brasil é uma realidade e um dos grandes desafios a serem enfrentados. A faixa etária que mais vem crescendo no país é acima de 60 anos e as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), referem que em 2030 a população idosa no Brasil deve chegar a 41,5 milhões de pessoas. A expectativa de vida deve aumentar para os 88 anos para mulheres e 82 anos para homens até o ano de 2100 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Muitas enfermidades acompanham a faixa etária idosa e por vezes reduzem a capacidade funcional, a qualidade de vida e o bem-estar do idoso. A depressão é considerada a desordem mental mais comum nesse segmento etário e um dos alvos de estudos entre os pesquisadores (Chaimowicz, Ferreira, & Miguel, 2000; Stein et al., 2016).

A depressão é um transtorno psiquiátrico que atinge pessoas de todas as faixas etárias, trazendo prejuízo significativo na funcionalidade e qualidade de vida de quem sofre com a doença. Sua sintomatologia é variada, abrangendo sintomas psicológicos, comportamentais e físicos, podendo haver variações, conforme a fase da vida em que a pessoa se encontra. É considerada atualmente um problema de saúde pública pelo alto índice de prevalência na população, tanto no Brasil quanto mundialmente (World Health Organization, 2017). Estima-se que mais de 322 milhões de pessoas sofram com alguma sintomatologia depressiva em todo o mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2017). Assim, a depressão é considerada um grave e complexo problema de saúde mental composto por uma grande variedade de sintomas (American Psychiatric Association, 2013; Hardeveld, Spijker, De Graaf, Nolen, & Beekman, 2010; Kessler et al., 2003; World Health Organization, 2017).

Na faixa etária idosa os sintomas são similares as manifestações da doença em pessoas adultas tais como humor deprimido, perda de interesse e prazer, alterações no apetite, fadiga, alterações cognitivas, entre outros (American Psychiatric Association, 2013). Os quadros depressivos em idosos podem estar relacionados a diversos fatores tais como as perdas físicas decorrentes da própria idade, dores ou doenças crônicas, sentimentos de solidão, viuvez, diminuição da rede social, aposentadoria, alterações no *status* econômico, perdas de amigos, e isolamento (Borges, Benedetti, Xavier, & d’Orsi, 2013; Domènech-Abella et al., 2017; Mello & Teixeira, 2011; Paradela, 2011; Xavier et al., 2014). Ainda, de acordo com Diniz e Teixeira (2014), vários fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos depressivos em idosos são reconhecidos e estão relacionados a diversas áreas do funcionamento biopsicossocial. Segundo tais autores, o isolamento, eventos vitais como luto e separação, doenças clínicas, mudanças nos papéis sociais e familiar e menor rede de suporte social são alguns desses fatores de risco para o desenvolvimento da depressão.

Reconhecer os quadros depressivos em idosos é considerada uma tarefa complexa pois os sintomas depressivos podem estar associados frequentemente a doenças clínicas e as próprias características do envelhecimento normal do cérebro como diminuição das funções cognitivas. Estas, também podem encontrar-se prejudicadas em determinados quadros clínicos entre eles a depressão, tornando a linha entre o que é considerado normal e patológico na faixa etária idosa muito tênue (Canineu, 2007; Lehmann & Rabins, 2001).

Além disso, de acordo com Shafer (2005) as ferramentas de avaliação da sintomatologia depressiva (tanto de auto-relato quanto as entrevistas clínicas) precisam captar efetivamente a heterogeneidade da doença, como é o caso, por exemplo de diferentes formas de depressão que podem responder de modo diferente a

várias modalidades de tratamento, ou ter um curso diferente. Para superar esta dificuldade, várias tentativas foram feitas para especificar subgrupos mais homogêneos dentro dos transtornos depressivos. No âmbito da pesquisa, um desafio contínuo é a diversidade nos sintomas e na fisiopatologia de pacientes classificados como tendo o transtorno. Os pacientes que sofrem com a patologia depressiva variam consideravelmente na sua sintomatologia, nas respostas ao tratamento, genética e neurobiologia (Van Loo, Jonge, Romeijn, Kessler, & Shoenes, 2012).

Neste sentido faz-se necessário a construção e utilização de instrumentos que abarquem a diversidade da sintomatologia depressiva. Embora uma série de estudos psicométricos estejam sendo realizados constantemente na busca de evidências de validade para diversos instrumentos que avaliam a sintomatologia depressiva, um fator problemático nas evidências de dimensionalidade do sintoma depressivo é a diversidade de fatores que envolvem a depressão.

No estudo de meta-análise de Shafer (2005), foram realizadas meta-análises de 91 estudos de análises fatoriais exploratórias e de componentes principais para o Inventário de Depressão de Beck (BDI), para a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), para a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HRSD), e para a Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung (SDS), com o objetivo de avaliar a estrutura fatorial das escalas. Como resultados os autores encontraram nos quatro testes um fator geral para a depressão e outros sete fatores com menos itens nos quatro testes. O fator principal em todos os quatro testes foram itens para "Humor Deprimido" ou "Tristeza". Além disso, outros itens sobre "Ideação Suicida" ou "Morte", "Choro" e "Culpa", foram encontrados. O fator de depressão geral do BDI também inclui uma série de Sintomas Cognitivos ("Senso de Punição",

"Autoacusação", etc.) que os fatores de Depressão geral dos outros testes não incluem.

Além destes, um fator com poucos itens de sintomas somáticos foi encontrado nos quatro testes. No entanto, geralmente as escalas de depressão para idosos não abarcam itens somáticos pela sobreposição destes sintomas com diversos problemas de saúde característicos do envelhecimento podendo ter um significado diferente em adultos mais velhos quando comparados com adultos mais jovens (Chiesi et al., 2017).

Em se tratando do contexto da avaliação psicológica com idosos, existem alguns instrumentos e entrevistas estruturadas, como a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAMD; Hamilton, 1960), o Inventário de depressão de Beck (BDI, Beck et al., 1961; BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996), a Escala de Depressão Geriátrica – GDS (Yesavage et al., 1983) a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) são comumente usados e importantes ferramentas para avaliar, pesquisar e acompanhar os quadros depressivos. Além da *Geriatric Depression Scale – GDS*, ainda existe uma versão abreviada da *Geriatric Depression Scale – GDS* composta de 15 itens, denominada *Geriatric Depression Scale – GDS-15* (Sheikh & Yesavage, 1986). Essa versão curta é indicada tanto para uso em ambulatórios gerais como em outros ambientes não especializados.

Em estudo de Alvarenga, Oliveira, e Faccenda (2012), para avaliar a estrutura interna da GDS-15 foram avaliados 503 idosos e a escala foi identificada com quatro fatores explicando 48,9% da variância total. Os quatro fatores agregaram as dimensões: apatia, ânimo/desesperança, infelicidade/desmotivação e isolamento.

Outro instrumento amplamente utilizado para avaliação da depressão na faixa etária adulta e idosa é Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), também traduzido e

validado para a população brasileira, em uma amostra de 2000 pré-adolescentes e adolescentes, 3410 universitários, 182 adultos da comunidade, 301 idosos da comunidade e 2372 pessoas de amostras clínicas e não clínicas. Os estudos psicométricos de validação do BDI –II indicaram uma consistência interna de 0,93 e as análises fatoriais exploratórias indicaram uma solução de dois fatores denominados fator Cognitivo-Afetivo e Somato-Afetivo (Gorenstein, Pang, Argimon, & Werlang, 2011).

Frente à diversidade de sintomas e de tipologias de depressão construiu-se a Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID), uma vez que além das dificuldades supracitadas, ainda existe a carência de instrumentos construídos e validados no Brasil que avaliem a sintomatologia depressiva especificamente na faixa etária acima dos 60 anos. A EBADEP-ID difere-se por ser uma escala brasileira que utiliza critérios de classificação para Transtorno Depressivo Maior, segundo padrões internacionais. Até o presente momento poucos estudos de evidências de validade foram realizados com a EBADEP-ID, porém os resultados foram satisfatórios alcançando boa qualidade psicométrica. No estudo de Coutinho, Hamdan, e Baptista (2016) com 202 idosos, que objetivou buscar evidências de validade para a EBADEP-ID baseada nas relações com outras variáveis e com grupos critérios, a análise da consistência interna da escala apresentou bons índices de confiabilidade, com alfa de Cronbach 0,92 para toda a amostra. Na análise das subamostras os índices foram de 0,92 para o grupo de Centro de Convivência e 0,91 para o grupo hospitalizado. Além disso, os resultados do estudo evidenciaram que a EBADEP-ID possui boa capacidade de discriminação entre os grupos de idosos avaliados em asilo, centro de convivência e o hospital, com diferenças significativas.

A EBADEP-ID (Baptista, 2013), foi construída com os mesmos descritores da versão para adultos, denominada Escala Baptista de Depressão para Adultos EBADEP-A (Baptista, 2012) e da versão Infanto-Juvenil (Baptista, 2017). A EBADEP-I é um instrumento de rastreio da sintomatologia depressiva para amostras clínicas e de pesquisa, autoaplicável, foi baseada nos indicadores de classificação do DSM-IV-TR e DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), Terapia Cognitiva da Depressão (Beck et al., 1979) e princípios da Terapia Comportamental (Ferster, Culbertson, & Boren, 1977). Na versão para idosos foram elaboradas inicialmente 70 questões com resposta dicotômica: sim ou não, marcadas com um X no quadro logo à frente de cada item. A versão atual da EBADEP-ID, utilizada no presente estudo é composta de 30 itens, pois após análises prévias alguns itens foram retirados baseados em critérios psicométricos e de conteúdo (Baptista, 2016). Além disso, a escala é composta tanto por itens com semântica negativa, tais como “sinto-me cada vez mais sozinho” e “morrer é a solução para os meus problemas”, e por itens com semântica positiva como “sinto-me feliz com minha vida” e “faço planos para o futuro”. Considerando que a escala, apresenta resultados promissores necessita-se dar continuidade aos estudos psicométricos da EBADEP-ID uma vez que, a evidência de validade, no campo da psicometria, é considerada como o aspecto mais importante na sequência de construção de um teste psicológico. Neste contexto, são necessárias constantes atualizações das propriedades psicométricas para que o mesmo possa ser utilizado com confiança tanto pelo psicólogo clínico quanto pelo pesquisador (Coutinho et al., 2016; Pasquali, 2003).

Um dos métodos mais utilizados nas pesquisas em psicologia são as análises fatoriais exploratórias que são procedimentos estatísticos de grande importância para

desenvolver, refinar e avaliar instrumentos psicológicos (Damásio, 2012; Floyd & Widaman, 1995). Neste contexto, o objetivo do presente estudo é verificar a estrutura fatorial mais adequada para a EBADEP-ID. Para tanto foram comparadas versões completas e reduzidas de dois e de um fator, afim de avaliar as propriedades psicométricas relativas à estrutura interna em uma amostra de idosos do sul do país.

Método

A amostra foi composta por 416 idosos com idade entre 60 e 96 anos, oriundos da região sul do Brasil. A média de idade dos participantes foi de 70,93 anos ($DP = 7,59$). A amostra constituiu-se predominantemente do sexo feminino ($n=318$; 76,4%). Em relação ao estado civil, 17 (4,1%) eram solteiros, 188 (45,2%) casados, 49 (11,8%) separados e 162 (38,9%) viúvos. Quanto à escolaridade, 325 (79%) possuíam o ensino fundamental, 37 (8%) o ensino médio, 29 (7%) possuíam superior completo. Declararam-se não escolarizados 25 (6%). Inicialmente participaram do estudo 425 idosos, porém foram retirados da amostra 9 protocolos que apresentaram resultados no Mini – Exame do Estado Mental – Mini-Mental, abaixo do ponto de corte e que poderiam afetar os resultados demonstrando um falso positivo para a depressão.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico e clínico

O instrumento foi utilizado para coleta de informações gerais sobre cada participante. Variáveis tais como, sexo, estado civil, nível socioeconômico e escolaridade foram investigados, além de informações sobre saúde e estilo de vida.

Mini-Mental – Mini-Exame do Estado Mental (MEEM; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975).

Instrumento amplamente usado em muitos países para o rastreamento de demências (Yassuda, Flaks, Pereira, & Forlenza, 2010). O ponto de corte de 24 pontos usado para sujeitos escolarizados e 18 para não alfabetizados foi utilizado como critério de exclusão da amostra, pois os comprometimentos cognitivos demonstrados com escores muito baixos poderiam afetar os resultados demonstrando um falso positivo para os sintomas depressivos.

Escala Baptista de Depressão – Versão Idosos (EBADEP-ID) (Baptista, 2013).

É um instrumento de rastreamento, autoaplicável ou aplicado por um entrevistador, em casos de idosos com baixa escolaridade ou alguma limitação física. Composto de 30 itens, com resposta dicotômica (sim ou não), marcadas com um X no quadro logo à frente de cada item. Cada item recebe um ponto para cada resposta positiva para sintomas depressivos. A escala permite observar sintomas como: solidão, autoestima baixa, dificuldades para resolver problemas, sentimento de incapacidade, sensação de vazio, choro, sensação de tristeza, anedonia, expectativas quanto ao futuro, sentimentos de infelicidade, pensamentos negativos, sentimento de inutilidade, isolamento social, letargia, agitação, sentimento de angústia, pensamentos de morte, ideação suicida, hipocondria, irritabilidade, sentimento de culpa, desânimo e sensação de cansaço.

Procedimentos de Coleta de Dados

Após autorização das instituições, o presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Francisco (USF), tendo sido aprovado (CAEE 52899216700005514). A coleta de dados com os idosos do grupo clínico foi realizada no consultório da pesquisadora, após contato prévio via telefone para agendamento da coleta, e em salas cedidas pelos locais que encaminharam os pacientes. Os idosos com diagnóstico de depressão foram captados em consultórios de

psiquiatras, ambulatório de saúde mental e hospitais da cidade e região. Para o grupo de idosos residentes nas instituições de longa permanência (ILPI) a coleta foi realizada na própria instituição em local adequado após o consentimento firmado pela direção desta, e para o grupo dos centros de convivência a coleta foi realizada nos próprios locais, em sala predeterminada pela instituição. A pesquisadora fez o convite pessoalmente em cada grupo. Os sujeitos foram informados sobre a pesquisa e após eram explicados os objetivos, justificativa e procedimentos da avaliação. Os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido, em duas vias uma que ficou armazenada para a pesquisa e outra ficou em posse de cada voluntário. A coleta foi realizada pela própria pesquisadora e por duas acadêmicas de Psicologia devidamente treinadas e a duração da aplicação foi em média de 60 min para cada sujeito. As aplicações foram individuais.

Procedimento de Análise dos Dados

Inicialmente a Análise Paralela (AP), e os métodos de Hull e Minimum Average Partial (MAP) foram realizados para avaliar a suposição de fatorabilidade e de quantos fatores eram passíveis de fatoração. Após esta primeira etapa foi empregada a análise fatorial exploratória (AFE), com método de estimação *unweighted least squares* (ULS) e método rotacional oblíquo Promim, tendo como base uma matriz de correlação policórica. Para a realização das análises, usou-se o *software* estatístico Factor 9.2 (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2006). Uma vez obtida a estrutura interna da EBADEP ID, buscou-se estimar as evidências de precisão do instrumento, por meio do coeficiente alfa de Cronbach, dos fatores que a compuseram.

Resultados

A AP sugeriu dois fatores, enquanto que os métodos Hull e MAP indicaram um fator. A partir da AP, a fatorabilidade da escala foi verificada por meio do teste de adequação da amostra Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), 0.911143, e o teste de esfericidade de Bartlett (3724.8), que indicaram a adequação da matriz de correlação para a realização das AFE.

Após a AFE de 30 itens optou-se por retirar aqueles itens com cargas fatoriais menores que 0,40. Serão relatados aqui para posterior discussão, os resultados dos índices da variância explicada, os índices de confiabilidade do tipo alfa de Cronbach, o Goodness of fit index (GFI) e o Root Mean Square of Residuals (RMSR).

Nas AFEs, a variância explicada refere-se à porção de variância comum que um fator, ou um conjunto de fatores, consegue extrair de um determinado conjunto de dados (Damásio, 2012). Dados da literatura referem que é difícil estimar um ponto de corte para o que seria um nível de variância explicada aceitável ou não, uma vez que, nas pesquisas em Psicologia, nenhum comportamento é totalmente compreendido por nenhum construto hipotético, de maneira que a variância explicada nunca chegará ao seu valor total (100%). Em geral, as soluções fatoriais nas pesquisas em Psicologia explicavam menos de 50% da variância total.

Ainda, o Alfa de Cronbach avalia o grau em que os itens de uma matriz de dados estão correlacionados entre si (Pasquali, 2009). Geralmente, o índice obtido varia entre 0 e 1. Conforme indicado na literatura, consideram-se coeficientes superiores a 0,70 como indicadores de boa precisão (Tabachnick & Fidell, 2012).

O RMSR é a raiz quadrada da matriz dos erros divididas pelo grau de liberdade, assumindo que o modelo ajustado é correto. Para um modelo bem ajustado o valor deve ser pequeno, ou seja, 0,05 ou menos (Marôco, 2010). Já o GFI explica a proporção da covariância observada entre as variáveis observadas, explicada pelo

modelo ajustado. O índice tem amplitude de 0 a 1, sendo que valores perto de 1 são indicativos de bom ajuste (Marôco, 2010).

As Tabelas 1 e 2 mostram as cargas fatoriais e os índices da variância explicada, os índices de confiabilidade do tipo alfa de Cronbach, o GFI e o RMSR para a versão de dois fatores.

Tabela 1.

Cargas Fatoriais e Índices da EBADEP-ID 30 Itens com 2 Fatores

Itens	Fator1	Fator2
1.Sinto-me cada vez mais sozinho	-0,252	0,676
2. Sinto-me menos capaz de realizar tarefas	-0,045	0,109
3. Tenho sentido vontade de chorar	-0,293	0,599
4.Faço planos para o futuro	0,125	-0,023
5. Estou me sentindo mais triste	-0,287	0,921
6. Estou acreditando menos em mim	0,109	0,147
7. Sinto-me feliz com minha vida	0,234	0,467
8. Acredito que atualmente nada vai bem na minha vida	0,172	0,310
9. Comecei inventar desculpas para ficar sozinho em casa	-0,007	0,326
10.Compareço a festas e reuniões quando sou convidado	0,436	-0,035
11. Consigo me concentrar nas atividades	-0,363	0,246
12.Estou me sentido mais agitado do que antes	0,078	0,171
13. Prefiro a solidão	0,078	0,366
14.Tenho me sentido angustiado	-0,263	0,586
15. Minha vida está cada vez pior	0,282	0,443
16. Morrer é a solução para os problemas	0,473	0,257
17. Gosto da minha vida	0,994	-0,085
18. Gosto de mim	0,548	0,037
19 Pensar no futuro me desanima	0,158	0,345
20. Sinto-me com disposição	0,341	-0,125
21Venho comendo normalmente	0,167	-0,71
22. Meus dias tem sido vazios	0,059	0,524
23. Tenho pensado em me machucar	0,324	0,458

24. Venho me sentindo culpado pelos problemas	0,225	-0,055
25. Consigo dormir a noite inteira	0,008	0,024
26. Meus dias tem sido bons	0,645	0,087
27. Viver esta cada dia mais difícil	-0,007	0,197
28. Sinto prazer em realizar minhas atividades	0,659	-0,217
29. Sinto-me menos útil	0,123	0,184
30. Continuo fazendo bem minhas atividades	0,457	-0,210
GFI	0,93	
Variância explicada	0,203	0,270
Coefficiente de confiabilidade	0,93	0,859
RMSR	0,0690	

No modelo de 30 itens com dois fatores observa-se que os dois fatores juntos explicaram 27% da variância comum dos escores, sendo 20% no fator 1 e 7,% no fator 2. A fidedignidade dos fatores indica que a consistência interna da EBADEP-ID é considerada boa sendo o coeficiente alfa 0.93 no fator 1 e 0.85 no fator 2. A escala apresentou correlação residual (RMSR) de 0,069 e o GFI 0,93.

Na Tabela 2, após a retirada de itens estão apresentadas as cargas fatoriais dos 15 itens restantes distribuídos em dois fatores, bem como os demais índices da análise.

Tabela 2.

Cargas Fatoriais da EBADEP-ID 15 Itens com 2 Fatores

Itens	Fator1	Fator2
1.Sinto-me cada vez mais sozinho	-0.098	0.856
3. Tenho sentido vontade de chorar	-0.418	1.123
5. Estou me sentindo mais triste	-0.106	0.961
7. Sinto-me feliz com minha vida	0.349	0.541

10. Compareço a festas e reuniões quando sou convidado	0.648	0.085
14. Tenho me sentido angustiado	-0.125	0.830
15. Minha vida está cada vez pior	0.501	0.359
16. Morrer é a solução para os problemas	0.757	0.108
17. Gosto da minha vida	0.980	-0.051
18. Gosto de mim	0.937	-0.171
22. Meus dias tem sido vazios	0.160	0.671
23. Tenho pensado em me machucar	0.474	0.419
26. Meus dias tem sido bons	0.770	0.106
28. Sinto prazer em realizar minhas atividades	0.883	-0.130
30. Continuo fazendo bem minhas atividade	0.880	-0.268
GFI	0.99	
Variância explicada	0.620	0.708
Coefficiente de confiabilidade	0.957	0.936
RMSR		0.0482

No modelo reduzido com dois fatores observa-se que os dois fatores juntos explicaram 70,8% da variância comum dos escores, sendo 62,0% no fator 1 e 8,0% no fator 2. A fidedignidade dos fatores indica que a consistência interna da EBADEP-ID é considerada boa sendo o coeficiente alfa 0.95 no fator 1 e 0.93 no fator 2. A escala apresentou correlação residual (RMSR) de 0,048.

Posteriormente foi rodada a nova análise com retenção de 1 fator. Utilizou-se o mesmo método de AFE, com o método de extração *ULS*. A seguir será apresentada a versão de 1 fator na Tabela 3.

Tabela 3.

Cargas Fatoriais e Índices da EBADEP-ID 30 Itens com 1 Fator

Itens	Carga Fatorial
1.Sinto-me cada vez mais sozinho	0.380

2. Sinto-me menos capaz de realizar tarefas	0.059
3. Tenho sentido vontade de chorar	0.275
4. Faço planos para o futuro	0.094
5. Estou me sentindo mais triste	0.057
6. Estou acreditando menos em mim	0.236
7. Sinto-me feliz com minha vida	0.646
8. Acredito que atualmente nada vai bem na minha vida	0.047
9. Comecei inventar desculpas para ficar sozinho em casa	0.293
10. Compareço a festas e reuniões quando sou convidado	0.366
11. Consigo me concentrar nas atividades	-0.115
12. Estou me sentindo mais agitado do que antes	0.229
13. Prefiro a solidão	0.409
14. Tenho me sentido angustiado	0.291
15. Minha vida está cada vez pior	0.669
16. Morrer é a solução para os problemas	0.674
17. Gosto da minha vida	0.802
18. Gosto de mim	0.534
19 Pensar no futuro me desanima	0.463
20. Sinto-me com disposição	0.197
21. Venho comendo normalmente	0.089
22. Meus dias tem sido vazios	0.534
23. Tenho pensado em me machucar	0.723
24. Venho me sentindo culpado pelos problemas	0.156
25. Consigo dormir a noite inteira	0.030
26. Meus dias tem sido bons	0.668
27. Viver esta cada dia mais difícil	0.176
28. Sinto prazer em realizar minhas atividades	0.396
29. Sinto-me menos útil	0.284
30. Continuo fazendo bem minhas atividades	0.225
GFI	0.91
Variância explicada	0.203
Coefficiente de confiabilidade	0.902
RMSR	0.081

No modelo de 1 fator na escala com 30 itens a variância explicada foi de 20,3% e o índice de confiabilidade manteve-se bom 0,90, conforme pode ser visualizado na Tabela 3. O índice de qualidade de ajuste (Goodness of Fit Index - GFI) foi de 0,91, que indica elevada adequação do modelo (acima de 0,9).

A seguir foram retirados os itens com carga fatorial menores que 0,40, afim refinar o instrumento. As cargas fatoriais dos itens e os demais índices que ficaram na análise estão relatados na Tabela 4.

Tabela 4.

Cargas Fatoriais e Índices da EBADEP-ID 10 Itens com 1 Fator

Itens	Carga Fatorial
7. Sinto-me feliz com minha vida	0.833
13. Prefiro a solidão	0.713
15. Minha vida está cada vez pior	0.872
16. Morrer é a solução para os problemas	0.869
17. Gosto da minha vida	0.914
18. Gosto de mim	0.773
19 Pensar no futuro me desanima	0.725
22. Meus dias tem sido vazios	0.768
23. Tenho pensado em me machucar	0.837
26. Meus dias tem sido bons	0.845
GFI	1.00
Variância explicada	0.699
Coefficiente de confiabilidade	0.959
RMSR	0.0463

Na versão de 1 fator com 10 itens a escala apresentou índices considerados adequados como o GFI 1.0, a confiabilidade 0.95 e o RMSR 0.0463. Um fator explicou 69,9% da variância comum.

A seguir será apresentada uma tabela comparativa (Tabela 5), contendo os índices para a versão de dois fatores e de um fator em suas versões completa e reduzida. Serão apresentados os índices de Variância Explicada, Confiabilidade do Modelo, RMSR e GFI.

Tabela 5.

Variância Total, Confiabilidade do Modelo, RMSR e GFI para a Versão de Um Fator e de Dois Fatores.

Índices	Versão dois fatores		Versão um fator	
	30 itens	15 itens	30 itens	10 itens
Variância Total	27,0%	70,8%	20,3%	69,9%
RMSR	0.0690	0.0482	0.081	0.0463
Alfa	0.93 e 0.85	0.95 e 0.93	0.90	0.95
GFI	0.93	0.99	0.91	1.0

Discussão e Considerações Finais

O objetivo do presente estudo foi verificar a estrutura fatorial mais adequada para a EBADEP-ID além de confiabilidade. Para isso, foram comparadas duas versões completa e reduzida de dois e de um fator, em uma amostra de idosos do sul do país. Primeiramente serão comparadas e discutidas as versões com dois fatores e posteriormente as versões de um fator.

Na solução de dois fatores verificou-se que a escala apresenta a maioria dos índices adequados na versão com 30 itens e também na versão reduzida após a

exclusão dos itens com carga fatorial menores que 0.40. A consistência interna da escala se manteve com índices favoráveis de confiabilidade 0,95 no fator 2 e 0,93 no fator 1. Tais índices são comparáveis a outros instrumentos reduzidos relatados na literatura, que avaliam a sintomatologia em idosos, como é caso da GDS-15 (Paradela et al., 2005), que apresenta confiabilidade 0.94.

Ainda na comparação do modelo de dois fatores, o índice RSMR, mostrou-se mais adequado na versão com 15 itens uma vez que são esperados segundo a literatura índices abaixo de 0,05 (Marôco, 2010). Da mesma forma o GFI, também apresentou um melhor resultado na versão reduzida 0,99. Índices mais próximos a 1 são considerados de excelente ajuste segundo a literatura (Marôco, 2010).

Os índices da variância total explicada foram os que mais se modificaram entre as duas versões (completa e reduzida), sendo 27% na completa e 70% na reduzida. Esse dado pode ser explicado de acordo com a literatura pela quantidade de número de itens da escala. Conforme os resultados do estudo de Peterson (2000), que realizou uma meta análise de 568 artigos que utilizaram AFE, o nível de variância explicada apresentou correlações negativas com o número de itens dos instrumentos de maneira que, quanto maior foi o número de itens do instrumento, menor tendeu a ser a variância explicada. Nos resultados aqui apresentados a versão com 30 itens apresentou menor variância explicada do que a versão com 15 itens.

No que diz respeito à heterogeneidade dos sintomas, a partir dos resultados, nota-se que as dimensões que permaneceram nas análises foram predominantemente os sintomas de humor e os cognitivos. Essa condição difere, em parte, do que é previsto na literatura específica sobre depressão no idoso que refere os sintomas somáticos e vegetativos como muito presentes nos quadros depressivos em tal faixa etária (Canineu, 2007).

Porém, os resultados do estudo de meta-análise de Shafer (2005) apontam que a depressão possui um fator geral relacionado ao humor e anedonia, que caracterizariam mais especificamente os quadros depressivos, seguidos por sintomas cognitivos e posteriormente somáticos, o que justificaria os achados do presente estudo no qual os itens de humor apresentaram cargas fatoriais mais elevadas. Da mesma forma sabe-se que os sintomas somáticos não são muito utilizados nas escalas de depressão para idosos uma vez que doenças neurológicas, endócrinas ou artríticas e os efeitos colaterais de medicamentos como neurolépticos, tranquilizantes ou medicamentos para hipertensão podem causar os mesmos sintomas somáticos avaliados por escalas de depressão, podendo se sobrepor a doenças clínicas típicas do envelhecimento (Chiesi et al., 2017). Sendo assim, tais sintomas, que são geralmente um dado chave para o diagnóstico da depressão no adulto são menos úteis em idosos (Apóstolo et al., 2014).

Já na solução de um fator a maioria dos índices gerais também se apresentaram adequados. A consistência interna por meio do coeficiente de alpha foi de 0,90 para a versão completa de 30 itens e após a retirada dos itens com cargas fatorial abaixo de 0.40 aumentou para 0.95, índice considerado excelente segundo George e Mallery (2003). A versão de 10 itens apresentou melhor índice RMSR do que a versão completa, sendo 0.046, o que significa a adequação do modelo. Já o GFI da versão reduzida (1,0) é considerado excelente e a variância explicada seguiu os mesmos resultados da versão de dois fatores sendo menor na versão completa do que na versão reduzida. No entanto, no que diz respeito a variância explicada, perspectivas clássicas (Abelson, 1985; O'Grady, 1982) indicam que a porcentagem de variância explicada não deve ser considerada como um indicador de tanta importância para a interpretação de uma AFE.

Na comparação geral, as versões reduzidas apresentaram melhores índices. Observa-se que o modelo mais adequado para a EBADEP-ID pode ser representado por um único fator composto de 10 itens, todos com cargas fatoriais acima de 0,50 variando de 0,580 a 0,845. Destaca-se que a EBADEP-ID possui itens com semântica negativa e positiva, o que permite avaliar todo o continuum do constructo da depressão, uma vez que perspectivas atuais referem depressão e felicidade como polos opostos de uma mesma dimensão (Joseph et al., 2006). Porém é importante salientar que existe uma série de estudos que trazem estruturas fatoriais diversas para instrumentos que avaliam a depressão no adulto. Essa diversidade em parte é justificada pela complexidade da sintomatologia depressiva (Shafer, 2005). Na faixa etária idosa a complexidade da sintomatologia depressiva é ainda maior. Neste contexto, salienta-se a importância de novas pesquisas com amostras ampliadas da EBABADEP-ID para confirmação da estrutura fatorial, uma vez que esta é um instrumento novo que ainda não possui muitos estudos psicométricos. A solução unifatorial da EBADEP-ID segue o mesmo padrão das versões adulto e infantil (Baptista, 2012; 2017).

Acredita-se que os resultados apresentados no presente estudo contribuam para avaliação da sintomatologia depressiva em idosos na população brasileira uma vez que é o único instrumento construído no Brasil. Ainda, os resultados encontrados vislumbrando uma escala reduzida para idosos são bastante promissores. A limitação para generalizações dos achados diz respeito a amostra ser de um único estado do país, portanto não retrata a população idosa geral. Além disso, outra possibilidade de ampliação do estudo seria a realização de análises de Teoria de Resposta ao Item (TRI) e de rede, que diferem da teoria clássica dos testes e que propiciam estudar a dinâmica da depressão na sua complexidade.

Referências

- Abelson, R. P. (1985). A variance explanation paradox: When a little is a lot. *Psychological Bulletin*, 97(1), 129-133. doi: 10.1037/0033-2909.97.1.129
- Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. V., & Faccenda, O. (2012). Sintomas depressivos em idosos: Análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enfermagem*, 25(4), 497-503. doi: 10.1590/S0103-21002012000400003
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). Washington, DC: Author.
- Apóstolo, J. L. A., Loureiro, L. M. de J., Reis, I. A. C. dos, Silva, I. A. L. L. da, Cardoso, D. F. B., & Sfectu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale-15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência* 4(3), 65-73. doi: 10.12707/RIV14033.
- Baptista, M. N. (2012). *Escala Baptista de Depressão: versão adulto (EBADEP-A)*. São Paulo: Vetor.
- Baptista, M. N. (2013). *Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID)*. Relatório não publicado, Universidade São Francisco.
- Baptista, M. N. (2016). *Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID)*. Recuperado de <http://satepsi.cfp.org.br/listaTeste.cfm>
- Baptista, M. N. (2017). *Escala Bapstista de Depressão (Versão Infanto-Juvenil)*. Recuperado em <http://satepsi.cfp.org.br/listaTeste.cfm>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4(6), 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (2), 343-352.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Borges, L. J., Benedetti, T. R. B., Xavier, A. J., & d'Orsi, E. (2013). Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: Estudo EpiFloripa. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 701-710. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047003844
- Canineu, P. R. (2007). Depressão no idoso. In M. P. Netto (Org.), *Tratado de gerontologia* (2a ed., pp. 293-300). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Chaimowicz F., Ferreira, T. de J. X. M., & Miguel, D. F. A. (2000). Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 34(6), 631-635. doi: 10.1590/S0034-89102000000600011
- Chiesi, F., Primi, C., Pigliautile, M., Ercolani, S., Staffa, M. C. della, Longo, A., & . . . Mecocci, P. (2017). The local reliability of the 15-item version of the Geriatric Depression Scale: An item response theory (IRT) study. *Journal of Psychosomatic Research*, 96, 84-88. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.03.013
- Coutinho, F. L., Hamdan, A. C., & Baptista, M. N. (2016). Escala Baptista de Depressão para Idosos - EBADEP-ID: Evidências de validade. *Perspectivas em Psicologia*, 13(2), 1-9. Recuperado de <http://www.seadpsi.com.ar/revistas/index.php/pep/article/view/1./pdf>
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228. Recuperado de

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>

- Diniz, B. S., & Teixeira, A. L. (2014). Neuropsicologia da depressão e dos transtornos de ansiedade do idoso. In L. Caixeta, & A. L. Teixeira (Orgs.), *Neuropsicologia geriátrica: Neuropsiquiatria cognitiva em idosos* (pp. 257-263). Porto Alegre: Artmed.
- Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Uribe, L. A., & . . . Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: The role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 381-390. doi: 10.1007/s00127-017-1339-3
- Ferster, C. B., Culbertson, S., & Boren, M. C. (1977). Depressão clínica. In C. B. Ferster, S. Culbertson, & M. C. Boren (Eds.), *Princípios do comportamento* (pp. 699-725). São Paulo: Hucitec.
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7(3), 286-299. doi: 10.1037/1040-3590.7.3.286
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gorenstein, C., Pang, W. Y., Argimon, I. de L., & Werlang, B. S.G. (2011). *Inventário de Depressão de Beck – BDI-II*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23(1), 56-62. doi: 10.1136/jnnp.23.1.56
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W. A., & Beekman, A. T. F. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 184-191.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo Demográfico 2010*. Recuperado de: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados>
- Joseph, S., Kane, M., Pepper, C. M., Nieuwsma, J. A., Simms, L. J., Tanner, M., & . . . Tennen, H. (2006). Commentaries. *Measurement: Interdisciplinary Research and Perspectives*, 4(3), 156-187. doi: 10.127/s15366359mea0403_2.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., & . . . Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095-3105. doi: 10.1001/jama.289.23.3095
- Lehmann, S. W., & Rabins V. P. (2001). Gerontopsiquiatria clínica. In J. J. Gallo, J. Busby-Whitehead, P. V. Rabins, R. A. Silliman, & J. B. Murphy (Eds.), *Reichel assistência ao idoso: Aspectos clínicos do envelhecimento* (pp. 139-146). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2006). Factor: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior Research Methods*, 38(1), 88-91. doi: 10.3758/BF03192753
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro, Portugal: ReportNumber.

- Mello, E., & Teixeira, M. B. (2011). Depressão em idosos. *Revista Saúde*, 5(1), 42-53.
Recuperado de: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/562/929>
- O'Grady, K. E. (1982). Measures of explained variance: Cautions and limitations. *Psychological Bulletin*, 92(3), 766-777. doi: 10.1037/0033-2909.92.3.766
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923. doi: 10.1590/S0034-89102005000600008
- Paradela, E. M. P. (2011). Depressão em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 10(2), 31-40. Recuperado de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8850/>
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(Esp.), 992-999. doi: 10.1590/S0080-62342009000500002
- Peterson, R.A.(2000). A meta-analysis of variance accounted for and factor loadings in exploratory factor analysis. *Marketing Letters*, 11 (3), 261-275. doi.org/10.1023/A:1008191211004
- Sheikh, J. A., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent findings and development of a shorter version. In T. L. Brink (Ed.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 165-173). New York: Howarth Press.

- Stein, J., Pabst, A., Weyerer, S., Werle, J., Maier, W., Heilmann, K., & . . . Riedel-Heller, S. G. (2016). The assessment of met and unmet care needs in the oldest with and without depression using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Results of the AgeMooDe study. *Journal of Affective Disorders, 193*, 309-317. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.044
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2012). *Using multivariate statistics*. Nova Jersey: Person.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Van Loo, M. H., Jonge, P. de, Romeijn, J.-W., Kessler, R. C., & Schoevers, R. A. (2012). Data-driven subtypes of major depressive disorder: A systematic review. *BMC medicine, 10*(1), 156. doi: 10.1186/1741-7015-10-156
- Xavier, A. J., d'Orsi, E., Oliveira, C. M. de, Orrell, M., Demakakos, P., Biddulph, J. P., & Marmot, M. G. (2014). English longitudinal study of aging: Can internet/e-mail use reduce cognitive decline?. *The Journals of Gerontology. Series A, 69*(9), 1117-1121. doi: 10.1093/gerona/glu105
- Yassuda, M. S., Flaks, M. K., Pereira, F. S., & Forlenza, O. V. (2010). Avaliação neuropsicológica de idosos: Demências. In L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, P. Mattos, & N. Abreu (Orgs.), *Avaliação neuropsicológica* (pp. 254-271). Porto Alegre: Artmed.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*(1), 37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4

Artigo 2

Análise de Rasch e de Rede para a Escala Baptista de Depressão para idosos (EBADEP-ID)

Fernanda Grendene
Makilim Nunes Baptista
Wagner de Lara Machado

Resumo

O objetivo do estudo foi avaliar as propriedades psicométricas da EBADEP-ID, por meio de Análise de Rasch e de Análise de Rede. Os participantes foram 416 idosos (média de idades = 70,93; DP = 3,43), que responderam a um conjunto de 30 itens da Escala Baptista de Depressão para idosos (EBADEP-ID). O modelo de Rasch foi empregado para avaliar os itens quanto à dificuldade (δ_j) e ao Funcionamento Diferencial do Item (DIF) para o sexo dos participantes. A análise de rede foi utilizada para verificar relações causais entre os próprios sintomas da depressão. Os resultados da análise de Rasch mostram que a maioria dos itens ficam dentro do intervalo esperado com capacidade mais informativa na porção mediana do traço. Poucos itens deram DIFs e foram equilibrados entre homens e mulheres. A análise de rede apontou os sintomas de humor e perda de prazer como centrais na rede estudada. Frente aos resultados a EBADEP-ID se mostrou com itens adequados e bem discriminativos. Além disso, confirmou-se que os sintomas centrais da depressão são aqueles apontados na literatura, ou seja, relacionados a humor e perda de prazer.

Palavras-chave: análise de rede; teoria de resposta ao item; depressão

Rasch and Network Analysis for the Baptist Depression Scale for the Elderly (EBADEP-ID)

Abstract

The aim of the study was to assess the psychometric properties of the EBADEP-ID, through Rasch and Network Analysis. We selected 416 elderly (mean age = 70.93, SD = 3.43) who answered a set of 30 items from the Baptist Depression Scale for the Elderly (EBADEP-ID). The Rasch model was used to assess the items regarding difficulty (δ_j) and Differential Item Functioning (DIF) for the participants' gender. Network analysis was used to check causal relationships between the symptoms of depression itself. The results of the Rasch analysis show that most items lie within the expected range with more informative capacity in the median portion of the trace. The network analysis pointed out the symptoms of humor and loss of pleasure as fundamental in the studied network. According to the results, we found out that the current models of IRT and Network are approaches that offer promising methodological alternatives regarding the dynamics and complexity of depression.

Keywords: network analysis; item response theory; depression

Análisis de Rasch y de Red para la Escala Baptista de Depresión para ancianos (EBADEP-ID)

Resumen

El objetivo del estudio fue evaluar las propiedades psicométricas de la EBADEP -ID, por medio de Análisis de Rasch y de Análisis de Red. Los participantes fueron 416 ancianos (media de edades = 70,93, DP = 3,43), que respondieron a un conjunto de 30 ítems de la Escala Bapstista de Depresión para ancianos (EBADEP-ID). El modelo de Rasch fue empleado para evaluar los ítems en cuanto a la dificultad (δ_i) y al Funcionamiento Diferencial del Item (DIF) para el sexo de los participantes. El análisis de red se utilizó para verificar las relaciones causales entre los propios síntomas de la depresión. Los resultados del análisis de Rasch muestran que la mayoría de los ítems quedan dentro del intervalo esperado con capacidad más informativa en la porción mediana del traza. Pocos elementos dieron DIF y fueron equilibrados entre hombres y mujeres. El análisis de red apuntó los síntomas de humor y pérdida de placer como centrales en la red estudiada. Frente a los resultados, la EBADEP-ID se mostró con ítems adecuados y bien discriminatorios. Además, se confirmó que los síntomas centrales de la depresión son aquellos apuntados por la literatuta, o sea, relacionados con el humor y la pérdida de placer.

Palabras-clave: análisis de red; teoría de respuesta al elemento; depresión

A depressão é um transtorno frequente que causa prejuízo significativo para a vida do sujeito independente da faixa etária. Os sintomas centrais da depressão são alterações no humor e declínio na capacidade de sentir prazer em quase todas as atividades (anedonia) e pelo menos um destes dois critérios devem estar presentes para que se efetue o diagnóstico de depressão segundo os manuais DSM-5 e CID 10 (APA, 2013, WHO, 1993), além de outros sintomas, afetivos, somáticos, cognitivos entre outros.

Na faixa etária idosa a depressão é o transtorno psiquiátrico mais frequente. A Organização Mundial da Saúde (2017) refere que as taxas de prevalência do transtorno variam de acordo com a idade, atingindo o pico em idosos (acima de 7,5% entre as mulheres entre 55-74 anos, e acima de 5,5% entre os homens (WHO, 2017).

A sintomatologia depressiva pode ser bastante variada apresentando-se em formas de queixas afetivas, cognitivas, somáticas/vegetativas, físicas e de perda de prazer (APA, 2013; Calil & Pires, 1998). Ressalta-se que os sintomas de depressão apresentados na faixa etária idosa muitas vezes coincidem com os sintomas do próprio envelhecimento, uma vez que envelhecer está associado culturalmente a perdas sucessivas que podem causar um verdadeiro rebaixamento dos níveis de atividade e conseqüentemente alterações no humor dos idosos.

Uma das principais dificuldades na área da avaliação da sintomatologia depressiva é lidar com a diversidade dos sintomas e da variabilidade da doença, o que torna a depressão uma patologia de difícil mensuração (Van Loo et. al, 2012). Pesquisas recentes sugerem que, além de estudar o nível médio de pontuação total nas escalas, os pesquisadores devem focar nas relações dinâmicas entre os sintomas depressivos a medida que se manifestam ao longo do tempo (Brigman et.al, 2014).

Além da Teoria Clássica dos Testes (TCT) existem outros modelos teóricos e estatísticos para avaliar dados psicométricos e clínicos das escalas de depressão como, por exemplo, a Teoria de Resposta ao Item (TRI) e as Análises de Rede. Tais modelos psicométricos possibilitam uma análise mais detalhada do instrumento sobre tudo no nível dos itens e na dinâmica causal entre os sintomas.

Os métodos de TRI estimam um traço latente com base no padrão de respostas dos sujeitos (Uher et. al, 2008). O modelo se diferencia da Teoria Clássica dos Testes (TCT) por avaliar cada elemento do teste isoladamente e não o instrumento de forma geral, permitindo estimar os parâmetros dos *thresholds* (dificuldades de endosso das categorias) e da discriminação dos itens. Dentro da TRI encontra-se o Modelo Rasch que tem como objetivo avaliar o parâmetro da dificuldade do item. Uma das características fundamentais do Modelo Rasch é a premissa de que o comportamento de um sujeito frente a um item pode ser explicado em função das características ou das atitudes latentes que não são observadas diretamente. Sendo assim, a variável latente de um sujeito, o traço, influi sobre a probabilidade de escolher um item específico.

Dentro deste contexto, estudos utilizam-se da TRI para avaliar os itens de instrumentos que avaliam depressão em idosos e adultos. Por exemplo, Uher (2008) avaliou a Escala de Depressão Hamilton de 17 itens (HAMD-17), a classificação de depressão de Montgomery-Asberg Scale (MADRS) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI) pelas respostas de 660 pacientes adultos diagnosticados com depressão unipolar. A TRI e a Análise Fatorial foram utilizadas para avaliar suas propriedades psicométricas e estimar a gravidade da depressão, bem como para agrupar itens e a avaliar a estrutura fatorial. Os resultados das análises de TRI indicaram que embora a maioria dos itens tenha propriedades de discriminação apropriadas, os itens 9 e 17,

referentes a agitação e insight da HAMD-17 contribuíram pouco para a medição da severidade da depressão. Os itens da MADRS foram os que forneceram melhor discriminação ($m = 1.9$), os itens BDI mostram-se intermediários (médio uma = 1.4).

Castro et. al, (2010) avaliaram a Escala Beck de Depressão analisada via TRI. Os autores referem que os indivíduos que responderam o BDI não conseguiram distinguir algumas afirmações nas categorias de resposta de determinados itens, mostrando a necessidade de se repensar o dimensionamento da escala. Tal problema apareceu em treze itens, entre os quais dois que se referem a sintomas que carregam uma grande quantidade de informação psicométrica sobre a intensidade de sintomas depressivos, pessimismo e insatisfações. A solução apresentada no estudo foi juntar as categorias de resposta adjacentes àquela com problema, pois é provável que os indivíduos não tenham distinguido os conteúdos das afirmações contidas nestas categorias.

Com o objetivo de verificar quais itens da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) são mais discriminativos para detectar depressão em idosos saudáveis e com demencia, Pereira et. al, (2012) analisaram os escores de 15 itens a partir de prontuários de 149 pacientes idosos saudáveis e com transtornos neurocognitivos. Dos 15 itens, 8 tiveram valores maiores que 1 no parâmetro a , mostrando-se bastante discriminativos. Os autores concluíram que uma versão EDG-8 pode ser um substituto para a EDG-15 por apresentar apenas os itens mais discriminativos, separando de maneira mais eficiente os pacientes deprimidos numa triagem clínica.

A comparação de cinco medidas de avaliação da depressão (BDI-II, CESD, PHQ-9, DASS e HADS) foi realizada por Yue, Wai e Yee (2017) em uma amostra clínica de 207 pacientes ambulatoriais com idade entre 19 a 69 anos. Os achados sugeriram que sintomas de humor deprimido, suicídio e sensação de inutilidade

serviram como os indicadores discriminatórios mais fortes. O segundo conjunto altamente discriminatório de indicadores incluiu itens sobre fadiga ou perda de energia, agitação ou atraso psicomotor e dificuldades de concentração. O conjunto de indicadores moderadamente discriminante continha itens sobre alterações no sono e mudanças no apetite. Os itens de semântica positiva do CES-D (ou seja, "eu sou tão bom quanto as outras pessoas", "eu me senti bem no futuro" e "Fiquei feliz") tiveram a capacidade mais fraca de distinguir os entrevistados com variados níveis de depressão e, assim, adicionados a menor informação para a medição da depressão. Além disso, houve grande variação na discriminação de itens relativos à perda de interesse com estimativas de parâmetros que variam de 0,87 a 2,94.

No que diz respeito ao modelo de Análise de Rede os transtornos são conceituados como sistemas de sintomas casualmente conectados e não como efeitos de uma variável latente. Usando técnicas de análise de rede, esses sistemas podem ser representados, analisados e estudados em sua total complexidade (Borsbomm & Cramer, 2013).

Além disso, as abordagens de rede permitem novas questões de pesquisa, como, por exemplo, verificar a centralidade dos sintomas. Sintomas com uma posição central na rede são provavelmente os mais importantes e influentes e, portanto podem fazer com que os sintomas se espalhem e continuem, gerando indícios para novas pesquisas (Boccaletti et al. 2006; Opsahl et al. 2010). No caso da depressão, por exemplo, uma análise de rede pode permitir a investigação do pressuposto comum de que anedonia e humor deprimido são sintomas centrais da depressão como afirmado pelos mais importantes manuais diagnósticos (Brigman et.al, 2014).

A rede dinâmica do BDI - II foi estudada por Brigman et. al, (2014), a partir de uma amostra 128 pacientes adultos por meio do método multi nível de vetores

autorregressivos. O item “perda de prazer” apareceu como o mais central da rede. Além disso, os autores verificaram que quando a pessoa relata “perda de prazer” em uma sessão é possível que relate aumento de outros sintomas na próxima sessão. Ainda, os resultados das análises da rede estudada indicaram que todos os sintomas são indiretamente conectados e uniformemente positivos indicando que quando um sintoma muda na gravidade outros sintomas tendem a mudar na mesma direção.

Beard et. al (2016) estudaram a relação entre os sintomas depressivos e de ansiedade em uma amostra psiquiátrica de 1029 pacientes. Com relação aos sintomas de depressão o humor triste, adonia e preocupação foram os sintomas mais importantes da rede, ou seja, que se apresentavam mais fortemente relacionados. Enquanto que o sintoma motor da depressão mostrou maior concentração com sintomas de ansiedade do que com a depressão. Os sintomas de alterações de sono ou de alterações na concentração não apresentaram conexões. Os autores encontraram ainda como resultados conexões entre culpa e preocupação e humor triste e sentimentos de nervosismo, sendo que a ideação suicida foi o menos central na rede.

O estudo de Fried et al., (2016) analisou a rede dos sintomas de depressão incluídos no DSM-5 e de outros sintomas não incluídos no DSM-5, mas que fazem parte das escalas para avaliação da patologia. Os autores encontraram forte associação entre sintomas do sono e problemas de apetite e a perda de prazer/interesse. Como menos centrais na rede foram identificados os sintomas de hipersonia e agitação psicomotora. Os autores também concluíram que os sintomas incluídos no DSM 5 - não são necessariamente os mais centrais quando analisados em rede. Sintomas como ansiedade que não estão no DSM-5 apareceram também como centrais.

Apesar de ser uma psicopatologia muito estudada os marcadores de depressão ainda tem um poder explicativo limitado (Fried, 2016). Neste sentido, a

abordagem de rede e as análises de TRI ampliam o alcance da pesquisa de depressão, o que possibilita investigar a estrutura dinâmica da patologia e abarcar sua complexidade. Porém ainda poucos estudos utilizam-se de uma análise mais refinada através da análise de grupo de sintomas de depressão ao invés de usar a pontuação do escore total (Brigman, et.al 2014). Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento de depressão para idosos a EBADEP-ID , por meio de Análise de Rasch e de Análise de Rede.

Método

Participaram do estudo 416 idosos com idade entre 60 e 96 anos, oriundos da região sul do Brasil, divididos em três grupos: grupo 1 composto por 359 idosos participantes de grupos de convivência, grupo 2 composto por 25 idosos com diagnóstico médico de depressão e o grupo 3, constituído por 32 idosos institucionalizados. Com média de 70,93 anos (DP = 7,59), a amostra constituiu-se predominantemente do sexo feminino (n=318; 76,4%). Em relação ao estado civil, 17 (4,1%) eram solteiros, 188 (45,2%) casados, 49 (11,8%) separados e 162 (38,9%) viúvos. Quanto a escolaridade 325 (79%) possuíam o ensino fundamental, 37 (8%) o ensino médio, 29 (7%) possuíam superior completo. Declararam-se não escolarizados 25 (6%).

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico: O instrumento foi utilizado para coleta de informações gerais sobre cada participante tais como, sexo, estado civil, nível socioeconômico e escolaridade.

Mini-Mental – Mini-Exame do Estado Mental (MEEM; Folstein et al., 1975). Instrumento amplamente usado em muitos países para o rastreamento de demências (Yassuda, Flaks, Pereira, & Forlenza, 2010). O ponto de corte de 24 pontos usado para sujeitos escolarizados e 18 para não alfabetizados foi utilizado como critério de exclusão da amostra, pois os comprometimentos cognitivos demonstrados com escores muito baixos poderiam afetar os resultados demonstrando um falso positivo para os sintomas depressivos.

Escala Baptista de Depressão – Versão Idosos (EBADEP-ID) (Baptista, 2013). É um instrumento de rastreamento, autoaplicável ou aplicado por um entrevistador, em casos de idosos com baixa escolaridade ou alguma limitação física. Composto de 30 itens, com resposta dicotômica (sim ou não). Cada item recebe um ponto para cada resposta positiva para sintomas depressivos. A escala permite observar sintomas como: solidão, autoestima baixa, dificuldades para resolver problemas, sentimento de incapacidade, sensação de vazio, choro, sensação de tristeza, anedonia, expectativas quanto ao futuro, sentimentos de infelicidade, pensamentos negativos, sentimento de inutilidade, isolamento social, letargia, agitação, sentimento de angústia, pensamentos de morte, ideação suicida, hipocondria, irritabilidade, sentimento de culpa, desânimo e sensação de cansaço.

Procedimentos de coleta de dados

Após autorização das instituições, o presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Francisco (USF) tendo sido aprovado (CAEE 52899216700005514). A coleta de dados com os idosos do grupo clínico foi realizada no consultório da pesquisadora após, contato prévio via telefone para agendamento da coleta e em salas cedidas pelos locais que encaminharam os pacientes. Os idosos com diagnóstico de depressão foram captados em consultórios de psiquiatras, ambulatório de saúde mental e hospitais da cidade e região. Para o grupo de idosos residentes nas instituições de longa permanência a coleta foi realizada na própria instituição em local adequado após o consentimento firmado pela direção da mesma, e para o grupo dos centros de convivência a coleta foi realizada nos próprios locais. A pesquisadora fez o convite pessoalmente em cada grupo. Os sujeitos foram informados sobre a pesquisa e após eram explicados os objetivos, justificativa e procedimentos da avaliação. Os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido, em duas vias uma que ficou armazenada para a pesquisa e outra ficou em posse de cada voluntário. A coleta foi realizada pela própria pesquisadora e por duas acadêmicas de Psicologia devidamente treinadas e a duração da aplicação foi em média de 1h para cada sujeito. As aplicações foram individuais.

Procedimento de análise dos dados

Testou-se o ajuste dos itens ao modelo de TRI pelo método de Rasch, para itens dicotômicos, por meio do *software Winsteps* v. 3.72.2 (Linacre, 2011). O modelo permite estimar, de forma independente, os parâmetros da dificuldade dos itens (δ) e o nível de traço latente (θ) das pessoas da amostra em um mesmo contínuo linear em unidades de logaritmos de chance (*log-odds units* ou apenas *logits*). O

ajuste dos itens ao modelo de mensuração é avaliado pelos índices de resíduo *infit* e *outfit*. Ainda, o funcionamento diferencial dos itens em função do sexo dos participantes foi avaliado por meio do contraste dos parâmetros de dificuldade entre os grupos. O critério para descartar o funcionamento diferencial foi o de diferenças menores ou iguais à 0,50 *logit* (Linacre, 2011).

Para a análise de rede foi utilizado o método *eLASSO* (van Borkulo et al., 2014). O objetivo é obter uma rede esparsa (com poucas conexões) a partir da relação condicionada aos demais nodos na rede. Para obter esta solução, a relação par a par é estimada por meio de regressões logísticas binárias, controlando o efeito das demais covariáveis. O índice de ajuste extended bayesian information criteria (EBIC; Foygel & Drton, 2010) é utilizado para selecionar a rede com melhor ajuste após a aplicação de diferentes níveis de penalização. Estas penalizações envolvem fixar parâmetros próximos a zero em exatamente zero. O índice EBIC é utilizado para controlar o nível de falso negativos e evitar o super-ajuste do modelo. Por fim, para investigar possíveis agrupamentos de itens, foi utilizada uma análise de comunidades pelo método *Louvain* (Blondel et al., 2008). Este método tem por objetivo otimizar a função de modularidade. Modularidade é, basicamente, uma medida de agrupamentos em uma rede. Uma rede com alta modularidade é aquela da qual seus nodos possuem fortes ligações entre aqueles que pertencem ao mesmo agrupamento e ligações fracas com aqueles fora de seu agrupamento. Logo, o método estima uma série de soluções possíveis de agrupamento e seleciona a que reduz a função de modularidade. O método *Louvain* tem se mostrado superior em situações de valores baixos de modularidade, como esperados no contexto da psicologia, por exemplo (Yang, Algsheimer, & Tessone, 2016).

Resultados

Primeiramente os itens da EBADEP-ID foram analisados quanto aos índices de *infit* e *outfit*, dificuldade e correlação item-total. Os resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Estatística dos itens da EBADEP-ID pelo modelo de Rasch

Item	Escore Bruto	N	Dificuldade	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	Correlação Item-total
18	13	416	2,10	0,99	1,13	0,25
17	14	416	2,01	0,80	0,87	0,33
23	15	416	1,93	0,95	0,55	0,33
26	26	416	1,24	0,86	0,60	0,40
28	26	416	1,24	1,05	1,34	0,30
7	31	416	1,00	0,86	1,00	0,41
10	31	416	1,00	1,03	1,71	0,29
11	31	416	1,00	1,09	1,47	0,28
16	31	416	1,00	0,88	0,65	0,41
9	36	416	0,80	1,11	1,04	0,33
21	46	416	0,46	1,24	1,47	0,27
8	50	416	0,34	1,02	1,05	0,40
13	50	416	0,34	1,02	0,84	0,41
15	51	416	0,31	0,84	0,56	0,50
20	54	416	0,22	1,07	0,97	0,39
30	63	416	-0,01	1,06	1,08	0,39
22	64	416	-0,03	0,87	0,73	0,51
19	78	416	-0,35	0,83	0,67	0,55
24	81	416	-0,41	1,15	1,47	0,36
1	93	416	-0,64	0,90	0,78	0,53
5	95	416	-0,68	0,74	0,57	0,62
6	96	416	-0,70	1,01	0,88	0,48
12	121	416	-0,12	1,08	1,13	0,46
4	126	416	-1,20	1,13	1,20	0,43
14	134	416	-1,33	0,93	0,97	0,55
29	140	416	-1,42	0,94	0,87	0,55
3	146	416	-1,51	0,97	0,95	0,53
25	149	416	-1,55	1,19	1,30	0,41
27	153	416	-1,61	1,00	0,99	0,52
2	214	416	-2,46	1,07	1,24	0,50
Média	75,3	416	0,00	0,99	1,00	-
DP	51,0	0,0	1,18	0,12	0,30	-

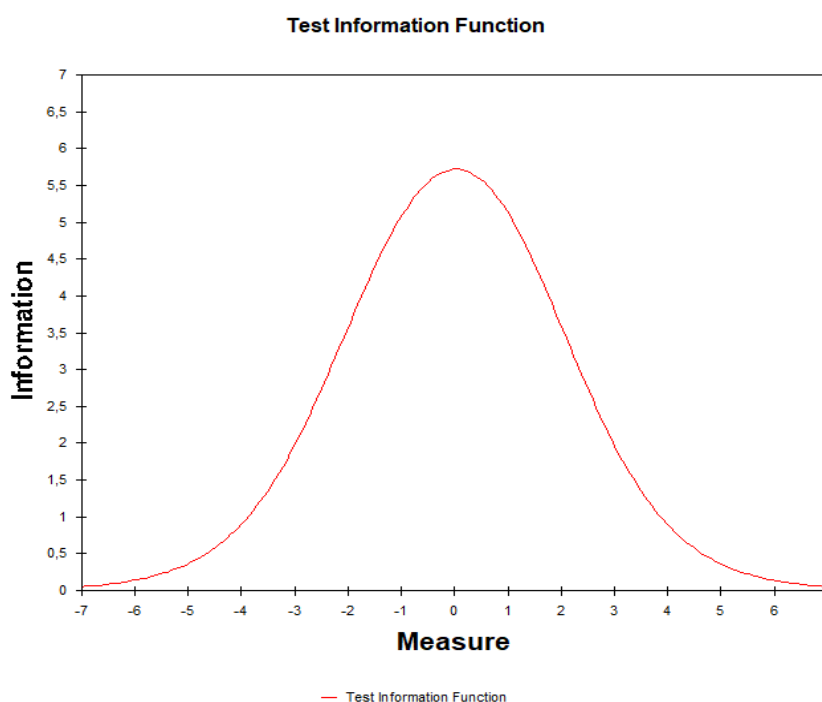
Os itens mais difíceis de serem respondidos pela amostra foram o 18, (Gosto de mim), 17(Gosto da minha vida), 23 (Tenho pensado em me machucar), 26

(Meus dias têm sido bons) e 28(Sinto prazer em realizar as minhas tarefas). A maioria dos valores em todos os itens estiveram dentro do intervalo de 0,50 e 1,50, exceto o item 10. Foram verificadas correlações com magnitudes de fracas a moderadas, que variaram entre 0,25 e 0,62 e os valores de dificuldade dos itens variaram entre -0,01 e 2,10.

Além disso, observou-se a curva de informação. A Figura 1 mostra que o teste é mais informativo na porção mediana do traço entre -1 e +1, aumentando o erro de medida em ambos os extremos.

Figura 1.

Curva de informação da EBADEP -ID



Em seguida, foi analisado o funcionamento diferencial dos itens (DIF), quanto as categorias feminino e masculino. Os resultados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2.

Funcionamento Diferencial dos itens entre as categorias masculino e feminino

masculino	<i>DIF</i>	feminino	<i>DIF</i>	<i>DIF</i>	<i>Mantel</i>	item
-----------	------------	----------	------------	------------	---------------	------

	Mensure		Mensure	Contraste	Probabilit	
1	-0,67	2	-0,64	-0,03	0,8716	1
1	-2,62	2	-2,41	0,21	0,4544	2
1	-0,75	2	-1,72	0,98	0,0003	3
1	-1,23	2	-1,20	-0,02	0,6134	4
1	-0,89	2	-0,61	-0,28	0,3818	5
1	-0,60	2	-0,73	0,13	0,5513	6
1	0,88	2	1,05	-0,17	0,9255	7
1	0,01	2	-0,46	-0,45	0,5418	8
1	1,71	2	-0,59	1,12	0,0272	9
1	0,88	2	1,05	-0,17	0,8680	10
1	1,72	2	0,83	0,89	0,1429	11
1	-0,89	2	-1,19	0,30	0,3544	12
1	0,46	2	0,30	0,16	0,7520	13
1	-0,96	2	-1,44	0,48	0,0484	14
1	-0,27	2	0,55	-0,81	0,0528	15
1	1,25	2	0,94	0,31	0,5445	16
1	2,51	2	1,89	0,62	0,7303	17
1	3,19	2	1,89	1,29	0,5984	18
1	-0,52	2	-0,29	-0,23	0,2982	19
1	-0,27	2	0,42	-0,69	0,0239	20
1	1,25	2	0,30	0,75	0,1689	21
1	0,01	2	-0,03	0,05	0,8237	22
1	2,06	2	1,89	0,17	0,3897	23
1	-1,03	2	-0,17	-0,86	0,0073	24
1	-1,55	2	-1,55	0,00	0,8812	25
1	0,88	2	1,38	-0,49	0,2060	26
1	-1,78	2	-1,55	-0,23	0,4461	27
1	0,73	2	1,45	-0,72	0,1619	28
1	-1,36	2	-1,42	0,06	0,9267	29
1	-0,08	2	0,02	-0,10	0,4978	30

Observa-se que os itens 3 (Tenho sentido vontade de chorar), 9 (Faço planos para o futuro), 11 (Conseguo me concentrar nas minhas atividades) ,15 (Minha vida está cada vez pior), 18 (Gosto de mim) , 24 (Venho me sentido culpado pelos problemas) e 28 (Sinto prazer em realizar minhas atividades) apresentaram diferenças maiores de 0,5.

Em seguida serão apresentados os resultados das Análises de Rede. A Figura 2 mostra a rede de correlações parciais, por meio de regressões logísticas regularizadas, dos itens da escala.

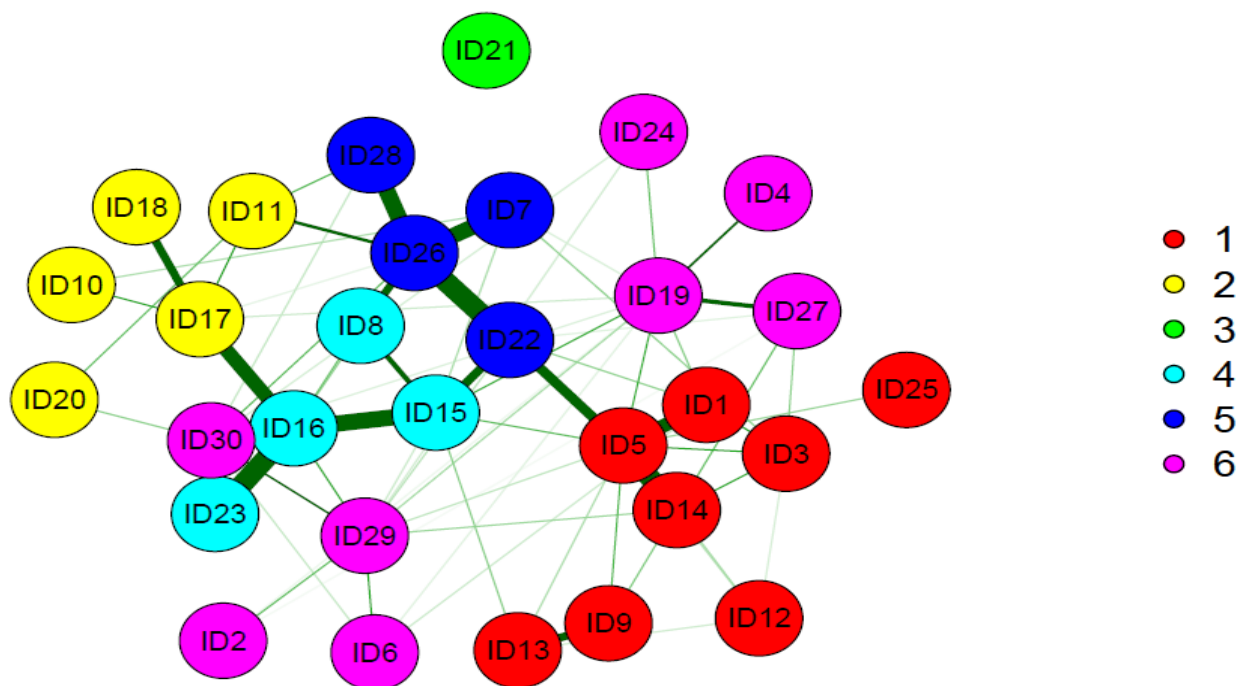


Figura 2

Rede de correlações parciais dos itens da escala

Na análise de rede os sintomas de humor e de perda de prazer (itens 26, 28, 7 e 22) foram os mais centrais da rede e possuem uma forte tendência de ativarem os sintomas de negatismo e ideias suícidas (itens 8, 15, 16 e 23) que geram o outro grupo de itens fortemente correlacionados, que, por sua vez tendem a ativar os sintomas 17 e 18, gosto da minha vida e gosto de mim. Estes itens se ligam, também aos itens 5, 14 e 1, relacionados a humor, isolamento e negativismo. O item 21, relacionado à alteração de apetite, encontra-se fora da rede, indicando que o sintoma vegetativo não influencia e nem sofre influência de outros sintomas.

A matriz de predição também foi analisada. Na Tabela 3 foram inseridos nas colunas apenas os itens que apresentaram valores de predição maiores que 1,0.

Tabela 3.

Matriz de predição

Itens	ID1	ID5	ID7	ID14	ID15	ID16	ID17	ID22	ID23	ID26	ID28
ID1	0	1,07	0	0	0	0	0	0,26	0	0	0

ID2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID3	0,57	0,56	0,26	0,51	0	0	0	0	0	0	0
ID4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID5	0	0	0	1,27	0	0	0	0	0	0	0
ID6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,14	0
ID8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,82	0
ID9	0	0,41	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID11	0	0	0	0,00	0	0	0	0	0	0,67	0,41
ID12	0	0,17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID13	0	0,19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID14	0	1,27	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID15	0	0,40	0	0	0	1,18	0	0	0	0	0
ID16	0	0	0	0	1,18	0	1,06	0	1,28	0,26	0
ID17	0	0	0	0	0	1,06	0	0	0	0,06	0
ID18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID19	0,28	0,47	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID21	0,26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID22	0	0,91	0	0	0	0	0	0	0	1,29	0
ID23	0	0	0	0	0	1,28	0	0	0	0	0
ID24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID25	0	0,24	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID26	0	0	1,14	0	0	0	0	1,29	0	0	1,12
ID27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,12	0
ID29	0	0,14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Os itens em negrito representam o quanto a presença de determinado sintoma prediz o outro. Valores positivos indicam que quanto mais a pessoa apresenta um sintoma, mais vai apresentar o outro. Os resultados mostraram que quando o item um está ativado ele aumenta a chance de ativar o item cinco, ou seja se um participante relata que “sente-se cada vez mais sozinho” aumenta a chance de ele sentir-se mais triste (item cinco) em 1,07. O item cinco quando ativado da mesma forma aumenta o item 14 “tenho me sentido angustiado”, em 1,27. Da mesma forma quando o item sete (sinto-me feliz com minha vida) está ativado, o item 26 (meus dias tens sido bons) aumenta em 1,14. O item 16 (morrer é a solução para os problemas) aumenta a probabilidade do item 23 aumentar (tenho pensado em me machucar) em

solução para os problemas), 23 (Tenho pensado em me machucar), 17(Gosto da minha vida) e 18 (Gosto de mim) foram os menos prevalentes, o que demonstra que quando os idosos endossam tais itens existe uma probabilidade maior de estarem apresentando sintomatologia depressiva, obviamente que respeitando a inversão da pontuação dos itens devido à semântica positiva/negativa.

Discussão e Considerações Finais

O objetivo do presente estudo foi avaliar as propriedades psicométricas da EBADEP – ID, por meio de Análise de Rasch e de Análise de Rede. O modelo de Rasch foi empregado para avaliar os itens quanto à dificuldade (δ_i) e ao Funcionamento Diferencial do Item (DIF) para o sexo dos participantes. A análise de rede foi utilizada para verificar relações causais e dinâmicas entre os próprios sintomas da depressão.

Os resultados da TRI por meio da Análise de Rasch indicam que os itens mais difíceis de serem respondidos pela amostra foram o 18, (Gosto de mim), 17(Gosto da minha vida), 23 (Tenho pensado em me machucar), 26 (Meus dias tem sido bons) e 28 (Sinto prazer em realizar as minhas tarefas). A dificuldade de tais itens pode estar relacionada tendo em vista a amostra do presente estudo constituída por idosos. Meira, Vilela, Cassolti e Silva, (2017) apontam que fatores, como a idade, podem influenciar a autoestima, diminuindo, por exemplo, o sentimento de gostar de si mesmo e de sua vida. Além disso, para alguns idosos, a velhice caracteriza-se como fardo, momento de solidão e predisposição a doenças (Cavalcante et.al, 2017) . Tais sentimentos podem repercutir na diminuição de prazer em realizar tarefas. Assim, compreende-se que os itens apontados na análise como mais difíceis podem também estarem relacionados a características da faixa etária idosa. Além disso, fatores como

condições socioeconômicas da amostra, situações de vida também podem justificar tal achado.

Foi possível observar que a maioria dos itens ficam dentro do intervalo esperado, somente um (item 10), apresentou inadequação, quando comparado os valores referentes ao *infit* e *outfit*, sendo maiores que 1,5, considerado valor alto de desajustes. Esses resultados indicaram que a escala possui um bom ajuste (Linacre, 2011), uma vez que entre 30 itens somente um não encontram-se dentro do valor estimado.

No que diz respeito à curva de informação, o teste é mais informativo na porção mediana do traço, aumentando o erro de medida nos extremos do continuum latente da depressão. O pico de informação mais elevado ocorre em uma região de theta entre -1 e 1. Essa informação indica que a precisão máxima do teste será obtida para pessoas que apresentam um nível médio de depressão.

Com relação ao Funcionamento Diferencial dos Itens (DIF) para o sexo dos participantes os itens “tenho sentido vontade de chorar”, “comecei a inventar desculpas para ficar sozinho em casa”, consigo me concentrar nas atividades”, “gosto de mim”, foram os mais fáceis para as mulheres, enquanto que “minha vida está cada vez pior”, “tenho me sentido culpado pelos problemas” e , “sinto prazer em realizar minhas atividades” foram os mais fáceis para os homens. Porém entende-se que mesmo tendo sido encontrados alguns itens com favorecimento ao grupo tanto feminino quanto masculino, ao comparar o número total de itens da escala, percebe-se que foram poucos os que apresentaram viés a um dos grupos. Assim, pode se concluir, por um princípio de equidade, que foi observado um equilíbrio entre os sexos (Penfield & Lan, 2000; Rueda, 2007) .

A análise de rede indicou que os sintomas de perda de prazer (anedonia) e de humor foram os mais centrais da rede e estão fortemente correlacionados. Tais sintomas ainda vão ativar outros sintomas relacionados a ideais suicidas e representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro. Esse resultado corrobora com estudos anteriores nos quais foram encontrados também a anedonia, o humor triste e preocupações como os mais centrais na depressão (Beard et.al, 2016; Frield, 2015). Brigman et.al, (2014) também evidenciaram a perda de prazer como o mais central da rede na avaliação da rede do BDI-II. Além disso, esses achados estão de acordo com os critérios mais importantes descritos do DSM-5. Já o item que avalia a alteração de apetite ficou fora da rede não estando relacionado a nenhum outro sintoma, mostrando que nesta amostra o item vegetativo não é representativo de sintomatologia depressiva.

A matriz de predição dos sintomas da rede indicou o quanto os sentimentos/sintomas de solidão, tristeza, angustia, e vazio estão associados. Também pode-se entender pela análise desta rede específica o quanto o sentimento de infelicidade (item 7), quando presente, também afeta o sentimento de que os dias não estão sendo bons ou vice-versa (item 26). Tais resultados também corroboram com os achados de Brigman et.al (2014), que observaram que quando um sintoma muda na gravidade outros sintomas tendem a mudar na mesma direção. Schmittmann et al., 2013 referem que do ponto de vista da análise de rede uma mudança em uma variável causa uma alteração na outra, portanto as variáveis possuem caminhos de desenvolvimento dependentes.

A análise dos nodos revelou que os idosos da rede, endossam mais o item dois, “sinto-me menos capaz para realizar as tarefas” que pode ser compreendido como um item genérico, de capacidade funcional, relacionado ao próprio processo de

envelhecimento, por tanto mais fácil de ser endossado pela amostra do estudo. Já os itens relacionados a ideias suicidas, culpa e negativismo são representados pelo nodos menores que, conforme a análise da rede, são mais severos do ponto de vista da depressão. Do ponto de vista clínico a análise dos nodos oferece indícios de que quando o idoso responde sim aos itens representados pelos menores nodos existe alta probabilidade de estarem apresentando sintomatologia depressiva, uma vez que eles apareceram com uma baixa prevalência na rede.

Ao analisar os resultados via TRI e rede evidenciou-se que os itens mais difíceis pela análise de Rasch são os mesmos que na dinâmica da rede apareceram como centrais e fortemente correlacionados. Tal resultado reafirma a ideia de que um fator geral da depressão implica um modelo reflexivo de variáveis latentes, ou seja, o fator humor e perda de prazer é entendido e modelado como a *causa* latente para os diversos sintomas da depressão, que também podem ser compreendido via análise de rede como sintomas que ativam outros sintomas e são dependentes um do outro (Schmittmann et al., 2013). Neste aspecto, do ponto de vista clínico, uma escala de depressão pode gerar informações importantes de rede no qual itens específicos endossados podem gerar intervenções também mais específicas.

Frente aos resultados encontrados no presente estudo, concluí-se que a EBADEP-ID apresentou itens com valores adequados pela análise de TRI e com base na curva de informação a escala é bastante discriminativa. Ainda, dos 30 itens que compõe o instrumento sete apresentaram DIFs, porém equitativos em termos de sexo. Futuramente tal resultado pode gerar normas específicas para essa variável. Outro resultado importante é que os sintomas centrais encontrados na análise estão de acordo com a literatura, quais sejam, humor deprimido e anedonia (perda de prazer). Destaca-se também o quanto os itens de semântica positiva e negativa funcionam no

que diz respeito a avaliação do continuum do construto da depressão. Além disso, o intuito final futuramente é definir uma versão menor da escala com a diminuição de itens uma vez que é um instrumento de rastreio da sintomatologia focado em uma população bastante específica, com características peculiares, que podem apresentar dificuldade em responder a uma escala longa.

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). Washington, DC.
- Baptista, M. N. (2013). *Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID)*. Relatório não publicado, Universidade São Francisco.
- Beard, C., Millner, A.J., Forgeard M. J.C., Friedl, E.I, & Hsu, K. J (2016). Network analysis of depression and anxiety symptom relationships in a psychiatric sample. *Psychol Med*, 46, (16), 3359-3369.doi 10.1017/S0033291716002300
- Blondel, V. D., Guillaume, J. L., Lambiotte, R., & Lefebvre, E. (2008). Fast unfolding of communities in large networks. *Journal of statistical mechanics: theory and experiment*, 2008(10), P10008.
- Brigman , F.L., Lemmens L.H.J.M., Huibers, M.J.H, Borsboom, D., & Tuerlinckx, F (2014). Revealing the dynamic network structure of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Medicine*, 45, 747–757. doi:10.1017/S0033291714001809
- Calil, H. M., & Pires, M. L. N. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 240-244.
- Castro, S. M. J., Trentini, C., & Riboldi, J. (2010). Teoria da resposta ao item aplicada ao Inventário de Depressão Beck. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(3), 487-501. doi: 10.1590/S1415-790x20100000300012

- Cavalcante, E. S., Freir, I. L. S., Gomes, A. T. L., Silva, M. F., Miranda, F. A.N., & Torres, G. V. (2017). A percepção do envelhecer em uma população de idosos. *Cult. Cuid*, 21(47), 149-157.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Foygel, R., & Dorton, M. (2010). Extended Bayesian information criteria for Gaussian graphical models. *Advances in Neural Information Processing Systems*, 23, 2020-2028.
- Fried, E., I, Epskamp, S., Nesse, M. R., Tuerlinckx, F., Borsboom, D. (2016). What are 'good' depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *Journal of affective disorders*, 314 -320. doi .org/10.1016.j.jad2015.09.005.
- Linacre, J.M. (2011). A user's guide to winsteps, program manual 3.74.0 Chicago: Wisnsteps.com
- Meira, S.S., Vilela, A. B.A., Casotti, C.A. (2017). Autoestima e fatores associados às condições sociais em idosos. *Rev. Pesqui. Fundam. (Online)*, 9(3), 738-744. doi:10.9789/2115-5361.2017
- Pereira, D. A., Velozo F., Lakhdari, F., Giglio, A. G., Melchiades, A., Silva, S. L. da, & Tomaz, C. (2012). Redução da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) pela Teoria de Resposta ao Item. Trabalho apresentado no XVIII Congresso de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, RJ. Resumo recuperado de <https://ibneuro.org/docs>
- Penfield, R. D., & Lam, T.C.M. (2000). Assessing Differential Item Functioning in Performance Assesmente: rewiwand recommendations. *Educacional Measurement:Issues and Prastice*, 19(3), 5-15.

- Rueda, F. J. M. (2007). O funcionamento diferencial do item no teste pictórico de memória. *Revista Avaliação Psicológica*, 6 (2), 229-237.
- Samejima, F. (1969). Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. *Psychometrika Monograph Supplement*, 34(4), 1-100. doi: 10.1007/BF02290599
- Schmittmann, V. D., Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., Epskamp, S., Kievit, R. A., & Borsboom, D. (2013). Deconstructing the construct: A network perspective on psychological phenomena. *New Ideas in Psychology*, 31(1), 43–53. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2011.02.007>
- Uher, R., Farmer, A., Maier, W., Rietschel, M., Hauser, J., Masuric, A. & ... Aitchison K.J. (2008). Measuring depression : comparison an integration of three scales in the Gendep study. *Psychological Medicine*, 38, 289-300 .doi. 10.1017/S003329170700173
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Van Borkulo, C. D., Borsboom, D., Epskamp, S., Blanken, T. F., Boschloo, L., Schoevers, R. A., & Waldorp, L. J. (2014). A new method for constructing networks from binary data. *Scientific Reports*, 4, 59-18; doi:10.1038/srep05918.
- Van Loo, M. H., Jonge, P. de, Romeijn, J.-W., Kessler, R. C., & Schoevers, R. A. (2012). Data-driven subtypes of major depressive disorder: *A systematic review*. *BMC medicine*, 10(1), 156. doi: 10.1186/1741-7015-10-156
- Yang, Z., Algesheimer, R., & Tessone, C. J. (2016). A comparative analysis of community detection algorithms on artificial networks. *Scientific Reports*, 6, 30-750.
- Zhao, Y., Chan W., Lo, Y.C.B. (2017). Comparing five depression measures in depressed Chinese patients using item response theory: an examination of item

properties, measurement precision and score comparability. *Health and Quality of Life Outcomes* 15(60).doi.org/10.1186/s12955-017-0631-y.

Artigo 3

Associação entre Depressão, Qualidade de Vida e Suporte Familiar em Idosos

Fernanda Grendene
Makilim Nunes Baptista

Resumo

O presente estudo teve como objetivo avaliar a associação entre os construtos depressão, suporte familiar e qualidade de vida na faixa etária idosa. Para isso foram utilizados um grupo de idosos com diagnóstico médico de depressão, um grupo de idosos institucionalizados e um grupo de idosos ativos que participavam de centros de convivência, totalizando 416 idosos com idade entre 60 e 96 anos. Os instrumentos utilizados foram a Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID), o Inventário de Percepção do Suporte Familiar para Idosos (IPSF-ID) e a Escala de Qualidade de Vida de Vitor (EQUIVITOR). Foram realizados teste t e anova para diferenças de médias, análises de regressão e correlação de Pearson. Os resultados mostraram correlações negativas moderadas entre depressão, qualidade de vida e suporte familiar e a análise de regressão apontou qualidade de vida e suporte familiar como preditores de depressão em idosos. Além disso, evidenciou-se que a EBADEP-ID diferenciou os três grupos no que diz respeito à depressão. Entende-se a importância de novos estudos com foco nestes três construtos uma vez que se apresentam como fundamentais na faixa etária idosa.

Palavras-chave: idosos, família, depressão.

Association between Depression, Quality of Life and Family Support in the Elderly

Abstract

This study aimed to assess the association between the depression, family support and quality of life constructs in the elderly age group. For this purpose, we used a group of elderly with a medical diagnosis of depression, a group of institutionalized elderly and a group of active elderly who participated in community centers; in the total there were 416 elderly aged 60 to 96 years. We performed T and anova tests for mean differences, regression analyses and pearson correlation. The results showed moderate negative correlations between depression, quality of life and family support. The regression analysis pointed out quality of life and health problems as important predictors of depression in the elderly. In addition, there was an evidence that EBADEP-ID made a difference between the three groups regarding depression. New studies focusing on these three constructs are necessary, since they are considered to be essential in the elderly age group.

Keywords: quality of life; family; depression.

Asociación entre depresión, calidad de vida y soporte familiar en ancianos

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la asociación entre los constructos depresión, soporte familiar y calidad de vida en el grupo de edad de edad. Para ello se utilizó un grupo de ancianos con diagnóstico médico de depresión, un grupo de ancianos institucionalizados y un grupo de ancianos activos que participaban en centros de convivencia, totalizando 416 ancianos con edad entre 60 y 96 años. Se realizaron pruebas t y anovas para diferencias de promedios, análisis de regresión y correlación de Pearson. Los resultados mostraron correlaciones negativas moderadas entre depresión, calidad de vida y soporte familiar y el análisis de regresión apuntó calidad de vida y problemas de salud como importantes predictores de depresión en ancianos. Además, se evidenció que la EBADEP-ID diferenció a los tres grupos en lo que se refiere a la depresión. Se entiende la importancia de nuevos estudios con foco en estos tres constructos una vez que se presentan como fundamentales en el grupo de edad de edad.

Palabras-clave: ancianos, familia, depresión.

Com o envelhecimento populacional no Brasil, as transformações decorrentes deste período têm despertado interesse crescente entre os pesquisadores no que se refere às questões ligadas à saúde mental, ao bem-estar, à qualidade de vida e à família como suporte para a terceira idade (Cieri et al., 2017; Freire, 2000; Reis et al., 2011). As projeções indicam que, em 2030, o Brasil será o sexto país do mundo com maior população mundial de idosos, correspondendo, aproximadamente, a 41,5 milhões de pessoas na faixa etária de 80 anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015).

A depressão na terceira idade afeta a qualidade de vida e aumenta o risco para o desenvolvimento de doenças físicas (Chaimowicz, Ferreira, & Miguel, 2000; Cieri et al., 2017; Stein et al., 2016). Diversos são os fatores relacionados à sintomatologia depressiva em idosos tais como as perdas físicas decorrentes da própria idade, atividade física limitada, dores crônicas, sentimentos de solidão, viuvez, diminuição da rede social, aposentadoria, alterações no *status* econômico, e perdas de amigos (Borges, Benedetti, Xavier, & d'Orsi, 2013; Byers et al., 2012; Chung & Joung, 2017; Domènech-Abella et al., 2017; Mello & Teixeira, 2011; Paradela, 2011; Xavier et al., 2014). Ainda, tais fatores de risco estão relacionados a diversas áreas do funcionamento biopsicossocial, tais como o isolamento, o luto e separação, doenças clínicas, mudanças nos papéis sociais e familiar e menor rede de suporte social (Diniz & Teixeira, 2014).

Com relação aos dados de prevalência de sintomas depressivos em idosos, Zivin et al. (2010) salientam o importante aumento do transtorno depressivo nesta faixa etária. Os dados epidemiológicos com relação à depressão na população idosa são bastante variáveis. As pesquisas nacionais indicam uma variabilidade de 4 a 52% ,

evidenciando que por meio da literatura atual os estudos não demonstram uniformidade na capacidade de estimar as prevalências diagnósticas na população de idosos, em decorrência principalmente das diversas metodologias de pesquisa e populações estudadas tanto na comunidade, quanto idosos institucionalizados ou sendo atendidos em serviços de saúde (Borges et al., 2013; Gullich, Duro, & Cesar, 2016; Ramos, Carneiro, Barbosa, Mendonça, & Caldeira, 2015). No entanto, quando se trata das variáveis mais relacionadas à depressão, os estudos trazem dados que dizem respeito a maior sintomatologia depressiva em idosos solteiros e/ou viúvos, que possuem sentimentos de solidão, com a percepção de saúde física negativa e frágil, com limitações físicas e saúde debilitada, de idade mais avançada e escolaridade baixa e do sexo feminino, porém ainda não há unanimidade entre os autores (Gullich et al., 2016; Li et al., 2016; Liu, Gou, & Zuo, 2014).

Estudiosos do envelhecimento ainda reafirmam a importância de estudos dirigidos à qualidade de vida, à percepção do funcionamento familiar do idoso e sua relação com a presença de depressão (Caldas, 2003; Inouye, Barham, Pedrazzani, & Pavarini, 2010; Marchi, 2011; Reis et al., 2011). Pesquisas relacionadas a tais construtos têm sido realizadas em vários países com o objetivo de entender quais as relações existentes entre eles e a depressão. O suporte que o idoso percebe receber da família é um dos aspectos relacionados aos sintomas depressivos (Marinho et al., 2010). Além disso, o suporte da família contribui para a manutenção da saúde física e psicológica do indivíduo e é benéfico para o sujeito na medida em que é percebido como disponível e satisfatório, além de desempenhar um papel fundamental na qualidade de vida dos idosos (Kaur, Kaur, & Venkateshan, 2015; Silva, Bessa, & Oliveira, 2004). Resultados de estudos apontam associações entre a depressão no

idoso e a percepção de presença de conflitos, estresse familiar e pouca disponibilidade da família (Carrasco, Herrera, Fernández, & Barros, 2013; Pereira & Roncon, 2010).

No que diz respeito à literatura internacional, em Portugal, a relação entre o estresse intrafamiliar, a capacidade funcional do idoso, a qualidade de vida e a depressão foram analisados por Pereira e Roncon (2010). Participaram do estudo 126 idosos avaliados por meio do Índice de Relações Familiares, Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária, WHOQOL-bref, Escala de Depressão Geriátrica e Mini Exame do Estado Mental. Como resultado os autores observaram que o stress intrafamiliar se correlacionou moderadamente e positivamente com a depressão e negativamente com a qualidade de vida.

O impacto do apoio familiar na presença de queixas depressivas em pessoas idosas foi avaliado por Carrasco et al. (2013) em Santiago do Chile. Participaram do estudo 394 idosos com 60 anos ou mais que responderam a perguntas sobre os sintomas depressivos, a composição familiar, a disponibilidade da família tanto afetivamente como com outros tipos de cuidados instrumentais, presença de conflitos, autopercepção da saúde e percepção da autoeficácia. Para análise dos resultados foi utilizado o modelo de regressão logística. Os autores encontraram como resultados a depressão significativamente associada à percepção de saúde debilitada e a autoeficácia baixa, pouco suporte instrumental da família e a presença de conflitos familiares.

Além da percepção do suporte familiar outro construto associado à depressão é a qualidade de vida (QV) na faixa etária idosa. Para a Organização Mundial da Saúde, a Qualidade de Vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (The WHOQOL Group, 1995,

p. 1405). Deve-se agregar a esta definição os aspectos físicos relacionados à saúde, ao estado psicológico, nível de independência, às relações sociais, crenças pessoais e à relação do indivíduo com o meio ambiente (The WHOQOL Group, 1995).

Kaur et al. (2015), com o objetivo de encontrar fatores que influenciem na QV e no suporte familiar de idosos, avaliaram 213 pessoas na Índia. Os autores encontraram como resultados que os idosos do sexo masculino apresentaram melhor QV. Além disso, evidenciou-se que os idosos com maior escolaridade e com independência financeira também apresentaram maior QV e percebiam melhor o seu suporte familiar. No que diz respeito ao apoio da família, os idosos que percebiam melhor este apoio também apresentaram melhor QV do que aqueles que percebiam o suporte familiar como adequado. Os autores concluem que fatores como escolaridade, independência financeira, e apoio da família influenciam a QV dos idosos.

Em estudo analítico correlacional, de Portugal, com a finalidade de avaliar e analisar a influência das variáveis sociodemográficas e de contexto familiar na qualidade de vida de idosos, Andrade e Martins (2011) avaliaram uma amostra de 210 idosos, com idades compreendidas entre os 60 e os 95 anos. Os resultados demonstraram que os que tinham maior idade apresentaram uma percepção da qualidade de vida menos satisfatória. Tais resultados evidenciam que a qualidade de vida é mais elevada nos idosos com menor média de idade apresentando uma correlação negativa fraca. Com relação à variável sexo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nesta variável.

Além das variáveis sociodemográficas o estudo avaliou a qualidade de vida e o contexto familiar. Os resultados encontrados sugeriram que uma melhor funcionalidade familiar, ou seja, uma família solidária às demandas dos idosos, que

respondem aos conflitos e situações críticas com certa estabilidade emocional, associando-se à qualidade de vida, revelando uma correlação positiva fraca.

O estudo de Silva et al. (2017) objetivou avaliar a QV, as características sociodemográficas, o apoio familiar, a satisfação com os serviços de saúde e o efeito da terapia comunitária integrativa entre idosos com e sem sintoma de depressão. Os autores compararam os dados de 120 idosos do Rio Grande do Norte com e sem sintomatologia depressiva. Os resultados demonstraram que os idosos com sintomatologia depressiva apresentavam menor QV no domínio das relações sociais do que aqueles sem sintomatologia depressiva. Além disso, os idosos com sintomatologia depressiva apresentaram menor grau de envolvimento da família nas resoluções de problemas.

Silva e Baptista (2016), buscaram evidências de validade e confiabilidade para a Escala de Qualidade de Vida de Vitor (EQUIVITOR), juntamente com Escala Baptista de Depressão-Versão para adultos (EBADEP-A). Os autores encontraram como resultado uma correlação negativa frente os escores gerais da EQUIVITOR e EBADEP-A ($r = -0,57$), referindo que quanto mais depressão menor qualidade de vida e vice-versa.

Entende-se que a depressão no idoso é uma patologia que abarca diversos aspectos tais como biológico, social, psicológico, com presença de comorbidades e diversos fatores de risco associados. Assim, é importante que se estude tais fatores. Com isso, o objetivo da presente pesquisa é avaliar a associação entre os construtos depressão, suporte familiar e qualidade de vida na faixa etária idosa comparando grupos critérios como grupo de idosos com diagnóstico médico de depressão, grupo de idosos institucionalizados e grupo de idosos ativos que participam de grupos de convivência. Para isso, hipotetiza-se que EBADEP-ID será capaz de discriminar os

três grupos em relação à sintomatologia depressiva. Espera-se também uma correlação de fraca a moderada e negativa entre sintomatologia depressiva, qualidade de vida e percepção de suporte familiar. Como objetivos secundários, será avaliado se sexo, faixa etária e nível de escolaridade estão associados aos construtos.

Método

A amostra foi composta por 416 idosos com idade entre 60 e 96 anos, oriundos da região sul do Brasil, divididos em: grupo 1 composto por 359 idosos participantes de grupos de convivência (NC), grupo 2 composto por 25 idosos com diagnóstico médico de depressão (DEP) e o grupo 3, constituído por 32 idosos institucionalizados (IN). A média de idade dos participantes foi de 70,93 anos (DP = 7,59). A amostra constituiu-se predominantemente do sexo feminino (n=318; 76,4%). Em relação ao estado civil, 17 (4,1%) eram solteiros, 188 (45,2%) casados, 49 (11,8%) separados e 162 (38,9%) viúvos. Quanto a escolaridade 325 (79%) possuíam o ensino fundamental, 37 (8%) o ensino médio, 29 (7%) possuíam superior completo. Declararam-se não escolarizados 25 (6%). Foram retirados da amostra 9 idosos que apresentaram resultados no Mini – Exame do Estado Mental – Mini-Mental, abaixo do ponto de corte e que poderiam afetar os resultados demonstrando um falso positivo para a depressão. A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas da população em estudada po grupo.

Tabela 1
Características Sociodemográficas da População em Estudo por Grupo

Variável	Grupo		
	NC (n=359)	DEP (n=25)	IN (n=32)
Sexo feminino	278 (77,4%)	19 (80%)	21 (65,6%)

Idade (anos)	70,5 (± 7.1)	70,5 (± 8.0)	75,4 (± 10,0)
Situação Conjugal			
Casado	176 (49,0%)	9(36,0%)	3 (9,4%)
Solteiro	8(2,2%)	1 (4,0%)	8 (25 %)
Divorciado	38(10,6%)	5 (20,0%)	6 (18,0%)
Viúvo	137 (38,2%)	10 (40,0%)	15 (46,9%)
Prole			
Média de filhos	3,5	3,4	2,2
Escolaridade			
Não escolarizado	17 (4,7%)	2 (8,0%)	6 (18,5%)
Ensino fundamental	285 (79,14%)	19 (76,0%)	21(65,7%)
Ensino médio	31 (8,6%)	3 (12%)	3 (9,4%)
Curso superior	26(7,2%)	1 (4%)	2 (6,3%)
Não sabe			
Exerce atividade remunerada			
Sim	62(17,3%)	3 (12,0%)	1 (3,1%)
Não	297 (82,7%)	22 (88%)	31 (96,9%)
Renda mensal individual			
	1788,6(1708,5)	1606,7(1417,2)	1344,0 (776,2)

Nota. Valores expressam frequência absoluta e relativa ou média ± desvio padrão.
Ensino fundamental está agrupando pessoas com ensino fundamental completo e incompleto.

Os grupos ainda foram agrupados por faixa etária de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2008) Os indivíduos que têm entre 60 e 69 anos são considerados idosos jovens; aqueles que têm de 70 a 79 anos são medianamente idosos; e os com 80 anos ou mais são considerados muito idosos, ou longevos.

Tabela 2

Descrição dos Grupos Amostrais por Faixa Etária

	Idoso Jovem (60-69 anos)	Idoso Mediano (70 -80 anos)	Idoso Longevo (+80 anos)	Total
DEP	12 (6%)	8 (5,2%)	5 (8,3%)	25
IN	10 (5%)	8 (5,1%)	14 (23,3%)	32
NC	178 (89%)	140 (89,7%)	41 (68,4%)	359
Total	200 (100%)	156 (100%)	60 (100%)	416

NOTA: (DEP) idosos depressivos; (IN) idosos institucionalizados; (NC) idosos de grupos de convivência.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e de informações clínicas.

O instrumento foi utilizado para coleta de informações gerais sobre cada participante. Variáveis como, sexo, estado civil, nível socioeconômico escolaridade, informações sobre saúde e estilo de vida foram investigadas.

Mini-Mental – Mini-Exame do Estado Mental (MEEM; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975).

Instrumento amplamente usado em muitos países para o rastreamento de demências (Yassuda, Flaks, Pereira, & Forlenza, 2010). O ponto de corte de 24 pontos usado para sujeitos escolarizados e 18 para não alfabetizados foi utilizado como critério de exclusão da amostra, pois os comprometimentos cognitivos demonstrados com escores muito baixos poderiam afetar os resultados demonstrando um falso positivo para os sintomas depressivos.

Escala Baptista de Depressão – Versão Idosos (EBADEP-ID; Baptista, 2013a).

É um instrumento de rastreamento, autoaplicável ou aplicado por um entrevistador, em casos de idosos com baixa escolaridade ou alguma limitação física. Composto de 30 itens, com resposta dicotômica (sim ou não), marcadas com um X no quadro logo à frente de cada item. Cada item recebe um ponto para cada resposta positiva para sintomas depressivos. A escala permite observar sintomas como: solidão, autoestima baixa, dificuldades para resolver problemas, sentimento de incapacidade, sensação de vazio, choro, sensação de tristeza, anedonia, expectativas quanto ao futuro, sentimentos de infelicidade, pensamentos negativos, sentimento de inutilidade,

isolamento social, letargia, agitação, sentimento de angústia, pensamentos de morte, ideação suicida, hipocondria, irritabilidade, sentimento de culpa, desânimo e sensação de cansaço. Estudos psicométricos da primeira versão da escala de 70 itens foram baseados na Teoria Clássica dos Testes e na Teoria de Resposta ao Item e identificaram evidências de validade de conteúdo, construto, critério e verificação de sua fidedignidade e análise de especificidade e sensibilidade (Baptista & Gomes, 2011). Estudos de fidedignidade da escala mostraram resultados do alpha de Cronbach maiores que 0,90, índices excelentes que indicam boa estabilidade do instrumento. Houve resultados satisfatórios de 97,5 % para sensibilidade e 87,5 % para especificidade (Souza, 2010).

Inventário de Percepção de Suporte Familiar para Idosos (Baptista, 2013b).

O IPSF-ID é um instrumento que tem como objetivo avaliar o quanto os idosos percebem suas relações familiares em termos de afetividade, interesse, empatia, autonomia, adaptação e comunicação. Os itens dos instrumentos foram construídos a partir dos 192 itens iniciais do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (Baptista, 2009). Após a primeira revisão o IPSF-ID foi inicialmente composto por 64 itens que deveriam ser respondidos de acordo com uma *escala Likert* de três pontos: “quase nunca ou nunca” (0); “às vezes” (1) e “quase sempre ou sempre” (2).

O primeiro estudo na busca por evidências de validade baseadas na estrutura interna com IPSF-ID foi realizado com uma amostra de 254 idosos nas cidades de Teresina, Piauí e Caxias Maranhão, com idades variando entre 60 e 90 anos ($M=70,15$; $DP=7,51$), sendo a maior parte mulheres (80,7%). Foram estabelecidos como critérios de inclusão no estudo: ter idade igual ou superior a 60 anos, ambos os sexos e possuírem condições cognitivas de responder a pesquisa. Houve uma perda de 5,9% dos 270 protocolos respondidos inicialmente, que foram excluídos por apresentarem

pontuação no Mini-Exame do Estado Mental abaixo do esperado para a idade e escolaridade. Nesse estudo adotou-se a solução unifatorial como a melhor estrutura fatorial encontrada. O IPSF-ID, ficou composto por 59 itens e confiabilidade de 0,95, expressa pelo coeficiente alfa. As cargas fatoriais dos itens mantidos foram superiores a 0,50.

Escala de Qualidade de Vida EQUIVITOR (Silva & Baptista, 2016).

A escala foi elaborada e validada por Silva e Baptista (2016) a partir do Inventário de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powerrs (1985) Refere-se a um instrumento destinado a medir a qualidade de vida das pessoas idosas. Está formada por 48 itens e é composta por seis domínios, Autonomia e Dimensão Psicológica (10 itens); Meio Ambiente (10 itens); Independência Física (6 itens); Família (7 itens); Saúde (6 itens) e Dimensão Social (9 itens). Todos os itens assumem natureza positiva. As opções de respostas variam de “muito insatisfeito” (1 ponto) a “insatisfeito” (2 pontos); “nem satisfeito nem insatisfeito” (3 pontos); “satisfeito” (4 pontos) e “muito satisfeito” (5 pontos). A pontuação mínima é de 48 pontos e a máxima de 240 pontos. Quanto mais próximo do limite inferior, pior a qualidade de vida e vice-versa.

A escala apresenta uma Consistência Interna total por meio do alfa de Cronbach de (0,93); domínios autonomia e dimensão psicológica (0,89); meio ambiente (0,86); independência física (0,90); família (0,81); saúde (0,79) e dimensão social (0,86). O coeficiente de correlação de Pearson usado para o teste-reteste foi de 0,76 e de 0,56 e -0,57 para as correlações da EQUIVITOR com a WHOQOL-OLD e EBADEP-A respectivamente (Silva & Baptista, 2016).

Procedimentos de Coleta de Dados

Após autorização das instituições, o presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Francisco (USF) tendo sido aprovado (CAEE 52899216700005514). A coleta de dados com os idosos do grupo clínico foi realizada no consultório da pesquisadora após contato prévio via telefone para agendamento da coleta e em salas cedidas pelos locais que encaminharam os pacientes. Os idosos com diagnóstico de depressão foram captados em consultórios de psiquiatras, ambulatório de saúde mental e hospitais da cidade e região. Para o grupo de idosos residentes nas instituições de longa permanência a coleta foi realizada na própria instituição em local adequado e para o grupo dos centros de convivência a coleta foi realizada nos próprios locais. A pesquisadora fez o convite pessoalmente em cada grupo. Os sujeitos foram informados sobre a pesquisa e após eram explicados os objetivos, justificativa e procedimentos da avaliação. Os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido, em duas vias uma que ficou armazenada para a pesquisa e outra ficou em posse de cada voluntário. A coleta foi realizada pela própria pesquisadora e por duas acadêmicas de Psicologia devidamente treinadas e a duração da aplicação foi em média de 1h para cada sujeito. As aplicações foram individuais. No caso de idosos analfabetos ou com dificuldades visuais foi feita a leitura das instruções e de todos os itens para os participantes.

Procedimento de Análise dos Dados

Inicialmente foram feitas as estatísticas descritivas dos dados sociodemográficos e de todas as escalas aplicadas. Para diferenças de médias entre os grupos foi utilizado o teste t e ANOVA para avaliar se a escala discrimina os grupos critérios e para verificar se os dados sociodemográficos diferenciam os grupos no que diz respeito à faixa etária e sexo. Também foram utilizadas análises de correlação

entre a EBADEP-ID e as escalas IPSF-ID e EQUIVITOR, pelo programa SPSS, além de análises de regressão multivariada para avaliar o quanto as variáveis suporte familiar, qualidade de vida, problemas de saúde, financeiros e de relacionamento interpessoal predizem a depressão.

Resultados

Após a caracterização dos dados sociodemográficos foram realizadas estatísticas inferências por meio do teste t de *student* e da análise de Variância Anova com teste *Post hoc* de *Tukey*. As correlações foram analisadas pelo teste de correlação de *Pearson*.

A Tabela 3 traz a correlação entre as três escalas nos três grupos.

Tabela 3

Correlações de Pearson entre os Instrumentos EBADEP-ID, IPSF-ID e IQV

	EBADEP-ID	IPSF-ID	EQUIVITOR
EBADEP-ID	1	-0,420**	-0,518**
IPSF-ID	-0,420**	1	0,309**
EQUIVITOR	-0,518**	0,309**	1

Nota. ** $p < 0,05$

Observou-se correlação negativa entre o índice total de depressão da EBADEP- ID e a percepção do suporte familiar do IPSF-ID indicando que quanto maior depressão menor percepção do suporte familiar e vice-versa. Quanto a magnitude dessas correlações de acordo com Dancey & Reidy (2013), a correlação foi moderada e estatisticamente significativa. No que se refere a correlação entre a EBADEP-ID e a EQUIVITOR os resultados apontaram para uma associação também negativa de magnitude moderada, sendo que, quanto mais depressão, menor qualidade

de vida. Ainda, a correlação entre o IPSF-ID e a EQUIVITOR foi positiva de magnitude baixa.

Também foram analisadas as correlações da EBADEP-ID com todas as dimensões da EQUIVITOR. Foram encontradas correlações negativas de magnitude moderadas entre a EBADEP-ID e as dimensões Autonomia e Dimensão Psicológica ($r = -,438$), na dimensão independência física ($r = -,410$) e na dimensão Saúde ($r = -,436$). As demais correlações foram de magnitude fraca, sendo ($r = -,122$) na dimensão meio ambiente, ($r = -,377$) na dimensão família e ($r = -,263$) na dimensão social.

A análise de Variância Anova com teste Post hoc de Tukey revelou que a EBADEP-ID discrimina os três grupos. O grupo não clínico (NC) apresenta menos depressão do que os institucionalizados (IN) e do que os depressivos (DEP), resultados apresentados na Tabela 4.

Tabela 4

Desempenho nos Grupos em Relação a EBADEP-ID

Grupo	N	alpha=0.05		
		1	2	3
NC	359	35,42		
IN	32		40,00	
DEP	25			44,24
Sig		1.00	1.00	1.00

Nota. NC= Grupo composto por idosos participantes de centros/grupos de convivência; IN= Grupo de idosos institucionalizados; DEP= Grupo de idosos com diagnóstico de depressão.

Ainda, a percepção do suporte familiar, ilustrado na Tabela 5 é maior nos idosos do grupo não clínico (NC) do que nos outros dois grupos. Observa-se que IPSF-ID diferencia o grupo não clínico dos institucionalizados e depressivos demonstrado que o grupo não clínico possui uma melhor percepção de suporte familiar, resultado esperado uma vez que a institucionalização muitas vezes se dá pela ausência de familiares cuidadores.

Tabela 5

Desempenho nos Grupos em Relação ao IPSF-ID

Grupo	N	alpha=0.05		
		1	2	3
NC	359	175,31		
IN	32		164,16	
DEP	25		161,48	
Sig		1.00	0,667	1.00

Nota. NC= Grupo composto por idosos participantes de centros/grupos de convivência; IN= Grupo de idosos institucionalizados; DEP= Grupo de idosos com diagnóstico de depressão.

Da mesma forma a Qualidade de Vida (QV) é maior no grupo não clínico, enquanto que nos institucionalizados e depressivos não foram encontradas diferenças significativas.

Tabela 6

Desempenho nos Grupos em Relação a EQUIVITOR-TOTAL

Grupo	N	alpha=0.05	
		1	2
NC	359		182,57
IN	32	169,46	
DEP	25	167,52	
Sig		0,867	

Nota. NC= Grupo composto por idosos participantes de centros/grupos de convivência; IN= Grupo de idosos institucionalizados; DEP= Grupo de idosos com diagnóstico de depressão.

Outro procedimento realizado foi análise de regressão múltipla com método enter, utilizando o escore total da EBADEP-ID (30 itens) como variável dependente (VD) e os escores totais da EQUIVITOR e do IPSF-ID como variáveis independentes (VI). Os resultados dessa análise podem ser visualizados na Tabela 7.

Tabela 7

Regressão Entre as Variáveis (Variável Dependente: EBADEP -ID)

Modelo	Coeficientes		Coeficiente Padronizado	<i>t</i>	Significância	
	Não padronizados					
		<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>		
	(Constante)	74,111	2,687		27,577	0,000
<i>I</i>	IPSFID	-0,97	0,14	-,289	6,860	0,000
	EQUIVITOR	-,116	0,12	-,425	3,139	0,000

Os resultados do modelo da regressão múltipla indicaram que a QV foi a variável que mais pôde prever a depressão β -, 425, seguida do suporte familiar β -, 289. Essas duas variáveis foram capazes de prever 34% da variância da depressão ($r^2_{\text{ajustado}} = 0,337$). Em relação ao diagnóstico de colinearidade, o *variance inflation factor* (VIF) ficou entre 1,1, índice satisfatório, já que o mesmo não deve ser igual ou superior a 10. Já a tolerância (*Tolerance*) ficou entre 0,9, indicando que não há colinearidade entre as variáveis que traga prejuízo para a análise, já que valores aceitáveis devem ser superiores a 0,10.

Foram também investigadas as diferenças de média em relação ao sexo, faixa etária e escolaridade. No que diz respeito às tais variáveis, não foram encontradas diferenças significativas nos três instrumentos ($p < 0,05$) e em nenhum dos três grupos no que diz respeito a depressão.

Discussão e considerações finais

O objetivo da presente pesquisa foi avaliar a associação entre os construtos depressão, suporte familiar e qualidade de vida na faixa etária idosa comparando grupos critérios como grupo de idosos com diagnóstico médico de depressão, grupo de idosos institucionalizados e grupo de idosos ativos que participam de grupos de

convivência. Além disso, foram analisadas se as variáveis sexo, faixa etária e nível de escolaridade estão associados aos construtos e realizadas análises de regressão.

Os resultados apresentaram correlações estatisticamente significativas entre os instrumentos, o que sugere que mesmo não avaliando o mesmo construto ambos estão diretamente relacionados. As correlações e magnitudes encontradas entre a EBADEP-ID, o IPSF –ID e a EQUIVITOR estão de acordo com a literatura. Silva e Baptista (2016) encontraram correlação negativa moderada entre os resultados da EQUIVITOR e da Escala Baptista de Depressão –Versão Adultos (EBADEP-A) em uma amostra de idosos. Da mesma forma, Pereira e Roncon (2010) em seu estudo sobre a relação entre o estresse intrafamiliar, a qualidade de vida e a depressão observaram que o stress intrafamiliar se correlacionou positivamente com a depressão e negativamente com a qualidade de vida. Resultados semelhantes aos do presente estudo.

Ainda outras pesquisas sobre depressão em outras faixas etárias também referem associação entre a percepção do suporte familiar e sintomas depressivos. Baptista et al. (2008) encontraram correlações negativas entre a sintomatologia depressiva e a percepção do suporte familiar em adultos. Andrade e Martins (2011), avaliaram a qualidade de vida de idosos e o contexto familiar. Os resultados encontrados sugeriram que melhor funcionalidade familiar, ou seja, uma família solidária as demandas dos idosos, que respondem aos conflitos e situações críticas com certa estabilidade emocional, aumentam a qualidade de vida, revelando uma correlação positiva de magnitude fraca.

Tais resultados reforçam a ideia de que um bom suporte familiar pode ser um fator protetivo para a sintomatologia depressiva (Marinho et al., 2010). Estudos indicam que idosos que possuem melhor percepção do suporte familiar apresentam menos sintomas depressivos (Reis et al, 2011; Reis, Torres, Reis, Fernandes, &

Nobre, 2011; Souza, 2010). O suporte da família contribui de maneira significativa para a manutenção da saúde física e psicológica do indivíduo e é benéfico para o sujeito na medida em que é percebido como disponível e satisfatório. O suporte familiar adequado pode inclusive estar relacionado com a prevenção de transtornos mentais, a exemplo da depressão (Baptista, Souza, & Alves, 2008).

As correlações encontradas entre QV avaliada pela dimensão total da EQUIVITOR e os sintomas de depressão avaliados pela EBADEP-ID também corroboram com dados da literatura. Silva et al. (2017) avaliaram a QV em 120 idosos com e sem depressão. Os resultados demonstraram que os idosos com sintomatologia depressiva apresentavam menor QV do que aqueles sem sintomatologia depressiva, principalmente no domínio social. Os idosos com sintomatologia depressiva apresentaram menor grau de envolvimento da família nas resoluções de problemas.

As correlações dos domínios nas dimensões da EQUIVITOR com a EBADEP-ID nesta pesquisa sugerem que a depressão no idoso está mais fortemente associada a dimensão Autonomia e Dimensão Psicológica e a dimensão Independência Física e Saúde. Dados da literatura referem que a depressão no idoso está associada com a percepção de saúde frágil, perdas físicas decorrentes da própria idade, atividades físicas limitadas, o que reflete muitas vezes no sentimento de perda de autonomia e em fragilidade no emocional (Borges et al., 2013; Byers et.al, 2012; Chung & Joung, 2017; Domènech-Abella et al., 2017; Mello & Teixeira, 2011; Paradela, 2011; Xavier et al., 2014).

Ainda o presente estudo teve como objetivo testar se a EBADEP-ID discrimina grupos critérios. As análises revelaram que o grupo de pessoas com sintomas depressivos apresentou maior média do que os outros dois grupos. Sendo assim, foi possível aferir que a EBADEP-ID, diferenciou os grupos. A análise das diferenças de

média do IPSF e da EQUIVITOR também ofereceram dados importantes para o estudo dos construtos aqui investigados em consonância com dados da literatura citados anteriormente no que diz respeito à associação destes dois construtos.

Na análise de regressão a QV foi a variável que mais pôde prever a depressão, seguida da percepção de suporte familiar. Este resultado corrobora com outros estudos que também avaliaram a depressão e a QV. Botton (2013) verificou que as variáveis independentes que determinaram pior QV foram relacionadas, sobretudo, às características clínicas como sintomas depressivos e maior número de comorbidades clínicas. d'Orsi et al. (2011) referem a saúde como um importante fator de influência na qualidade de vida, especialmente para os idosos. A presença de comorbidades ou patologias múltiplas pode interferir com as atividades dos idosos da vida diária, capacidade funcional, independência e autonomia.

No que diz respeito ao objetivo secundário do presente estudo foram também verificadas as diferenças de médias entre sexo, faixa etária e escolaridade. Não foram encontradas diferenças significativas em tais variáveis o que, em parte, contraria a literatura atual, que refere a idade mais avançada, escolaridade baixa e o sexo feminino como variáveis mais associadas à depressão. Porém, é importante salientar que ainda não há unanimidade entre os autores no que diz respeito a tais variáveis quando relacionadas a depressão no segmento etário idoso.

Além disso, no estudo de meta-análise de Zhao et al. (2012), com objetivo de determinar a relação entre idade e risco de depressão, encontraram como resultados que na faixa etária idosa a idade de até 75 anos é um fator de risco para depressão, porém as análises dos estudos de idosos de 80 a 89 anos e acima de 90 anos não demonstraram diferenças significativas na incidência de depressão nestas faixas etárias.

A média de idade dos idosos do presente estudo foi de 70 anos, o que pode ser uma hipótese a ser investigada.

É importante salientar que a amostra do presente estudo possui características peculiares que podem justificar alguns achados, tais como a maior parte da amostra ser do sexo feminino, de escolaridade mais baixa e com uma renda mensal em média de um salário mínimo. Estudos com amostras clínicas ampliadas também se mostram fundamentais para estudos futuros.

Tendo em vista que o objetivo da presente pesquisa foi avaliar a associação entre os construtos depressão, suporte familiar e qualidade de vida na faixa etária idosa comparando grupos de idosos com diagnóstico médico de depressão, grupo de idosos institucionalizados e grupo de idosos ativos que participam de grupos de convivência, pode-se dizer que os resultados obtidos contribuem para um melhor entendimento da associação entre os três construtos na faixa etária idosa. Mostra-se importante a realização de mais pesquisas avaliando a associação entre depressão, QV e suporte familiar já que se mostram construtos fundamentais no contexto do envelhecimento.

Referências

- Andrade, A. I. N. P. de, & Martins, R. M. L. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185-199. Recuperado de <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1210/1/Funcionalidade%20Familiar%20e%20Qualidade.pdf>
- Baptista, M. N., Souza, M. S., & Alves, G. A. (2008). Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte

- Familiar (IPSF). *Psico-USF*, 13(2), 211-220. doi: 10.1590/S1413-82712008000200008
- Baptista, M. N. (2009). *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)*. São Paulo: Vetor.
- Baptista, M. N., & Gomes, J. O. (2011). Escala Baptista de Depressão (versão adulto) EBADEP-A: evidências de validade de construto e de critério. *Psico-USF*, 16(2), 151-161. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4010/401041440004.pdf>
- Baptista, M. N. (2013). *Escala Baptista de Depressão para Idosos (EBADEP-ID)*. Relatório não publicado, Universidade São Francisco.
- Baptista, M. N. (2013). *Inventário de Percepção do Suporte Familiar para Idosos (IPSF-ID)*. Relatório não publicado, Universidade São Francisco.
- Borges, L. J., Benedetti, T. R. B., Xavier, A. J., & d'Orsi, E. (2013). Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: Estudo EpiFloripa. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 701-710. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047003844
- Botton, G. H. (2013). *Determinantes de qualidade de vida de idosos usuários de Centro de Atenção Psicossocial* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/75981/000892909>
- Byers, A. L., Vittinghoff, E., Lui, L. Y., Hoang, T., Blazer, D. G., Covinsky, K. E., & Yaffe, K. (2012). Twenty-year depressive trajectories among older women. *Archives of General Psychiatry*, 69(10), 1073-1079. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2012.43
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 773-781. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300009

- Carrasco, M., Herrera, S., Fernández, B., & Barros, C. (2013). Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(1), 9-14. doi: 10.1016/j.regg.2012.04.006
- Chaimowicz, F., Ferreira, T. de J. X. M., & Miguel, D. F. A. (2000). Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 34(6), 631-635. doi: 10.1590/S0034-89102000000600011
- Chung, S. S., & Joung, K. H. (2017). Demographics and health profiles of depressive symptoms in Korean older adults. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 164-170. doi: 10.1016/j.apnu.2016.09.009.
- Cieri, F., Esposito, R., Cera, N., Pieramico, V., Tartaro, M., & Giannantonio, M. di. (2017). Late-life depression: Modifications of brain resting state activity. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 30(3), 140-150. doi: 10.1177/0891988717700509.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia* (5a ed.). Porto Alegre: Penso.
- Diniz, B. S., & Teixeira, A. L. (2014). Neuropsicologia da depressão e dos transtornos de ansiedade do idoso. In L. Caixeta, & A. L. Teixeira (Orgs.), *Neuropsicologia geriátrica: Neuropsiquiatria cognitiva em idosos* (pp. 257-263). Porto Alegre: Artmed.
- Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Uribe, L. A., & . . . Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: The role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 381-390. doi: 10.1007/s00127-017-1339-3

- d'Orsi, E., Xavier, A. J., & Ramos, L. R. (2011). Work, social support and leisure protect the elderly from functional loss: EPIDOSO study. *Revista de Saúde Pública, 45*, 685-692. doi: 10.1590/S0034-89102011000400007.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1985) Ferrans and Powers Quality of Life Index: development and psychometric properties. *Advances in nursing Science, 8* (1) 15-24.
- Freire, S. A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In A. L. Neri, & S. A. Freire (Eds.), *E por falar em boa velhice* (pp. 21-31). Campinas: Papirus.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Gullich, I., Duro, S. M. S., & Cesar, J. A. (2016). Depressão entre idosos: Um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 19*(4), 691-701. doi: 10.1590/1980-5497201600040001
- Inouye, K., Barham, E. J., Pedrazzani, E. S., & Pavarini, S. C. I. (2010). Percepções do suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 23*(3), 582-592. doi: 10.1590/S0102-79722010000300019
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções da população. In L. Ervatti, G. M. Borges, & A. de P. Jardim (Orgs.), *Estudos & Análises: Informação demográfica e socioeconômica* (Vol. 3). Recuperado de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>

- Kaur, H., Kaur, H., & Venkateshan, M. (2015). Factors determining family support and quality of life of elderly population. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 4(8), 1049-1053. doi: 10.5455/ijmsph.2015.21012015220
- Li, N., Chen, G., Zeng, P., Pang, J., Gong, H., Han, Y., & . . . Zheng, X. (2016). Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: A comparison study between community-based population and hospitalized population. *Psychiatry Research*, 243, 87-91. doi: 10.1016/j.psychres.2016.05.030
- Liu, L., Gou, Z., & Zuo, J. (2014). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750-758 doi: 10.1177/1359105314536941
- Marchi, K. C. (2011). *Impacto da depressão na qualidade de vida e na adesão a levodopa em pacientes com doença de Parkinson* (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-28022012-141605/en.php>
- Marinho, P. E. M., Melo, K. P. B., Apolinário, A. D., Bezerra, E., Freitas, J., Melo, D. M., & . . . Andrade, A. D. de. (2010). Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions (LSIs) and in the community in Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 151-155. doi: 10.1016/j.archger.2009.03.002
- Mello, E., & Teixeira, M. B. (2011). Depressão em idosos. *Revista Saúde*, 5(1), 42-53. Recuperado de <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/562/929>
- Paradela, E. M. P. (2011). Depressão em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 10(2), 31-40. Recuperado de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8850/6729>

- Pereira, M. G., & Roncon, J. (2010). Relacionamento familiar em pessoas idosas: Adaptação dos Índices de Relações Familiares (IFR). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 41-53. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/fd2e/a7a7629416ad37e0f56fea9b22969adb1d4b.pdf>
- Pino, A. C. S. del. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 188-192.
- Ramos, G. C. F., Carneiro, J. A., Barbosa, A. T. F, Mendonça, J. M. G., & Caldeira, A. P. (2015). Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: Um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(2), 122-131. doi: 10.1590/0047-2085000000067
- Reis, L. A. dos, Torres, G. de V., Reis, L. A. dos, Fernandes, M. H., & Nobre T. T. X. (2011). Avaliação do suporte familiar em idosos residentes em domicílio. *Avaliação Psicológica*, 10(2), 107-115. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v10n2/v10n2a02.pdf>
- Reis, L. A. dos, Torres, G. de V., Xavier, T. T., Silva, R. A. R. da, Costa, I. K. F., & Mendes, F. R. P. (2011). Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 20(n. esp.) 52-58. doi: 10.1590/S0104-07072011000500006
- Roncon, J., Lima S., & Pereira, M. da G. (2015). Qualidade de vida, morbilidade psicológica e stress familiar em idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(1), 87-96. doi: 10.1590/0102-37722015011637087096
- Silva, J. V., & Baptista, M. N. (2016). Vitor Quality of Life Scale for the Elderly: Evidence of validity and reliability. *SpringerPlus*, 5(1), 1450-1463. doi: 10.1186/s40064-016-3130-4

- Silva, V. de L., Medeiros, C. A. C. X. de, Guerra, G. C. B., Ferreira P. H. A., Araújo Jr., J. R., Barbosa, S. J. de A., & Araújo, A. (2017)._Quality of life, integrative community therapy, family support, and satisfaction with health services among elderly adults with and without symptoms of depression. *Psychiatric Quarterly*, 88(2), 359-369. doi: 10.1007/s11126-016-9453-z
- Silva, M. J. da, Bessa, M. E. P., & Oliveira, A. M. C. de. (2004). Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. *Ciencia y Enfermería*, 10(1), 31-39. doi: 10.4067/S0717-95532004000100005
- Souza, M. S. de. (2010). *Evidências de validade e precisão para a Escala de Depressão de Baptista e Sisto (EDEP)* (Tese de Doutorado, Universidade São Francisco). Recuperado de <https://www.usf.edu.br/galeria/getImage/427/608519942735656.pdf>
- Stein, J., Pabst, A., Weyerer, S., Werle, J., Maier, W., Heilmann, K., & . . . Riedel-Heller, S. G. (2016). The assessment of met and unmet care needs in the oldest with and without depression using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Results of the AgeMooDe study. *Journal of Affective Disorders*, 193, 309-317. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.044
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1410. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K
- Xavier, A. J., d'Orsi, E., Oliveira, C. M de, Orrell, M., Demakakos, P., Biddulph, J. P., & Marmot, M. G. (2014). English longitudinal study of aging: Can internet/e-mail use reduce cognitive decline?. *The Journals of Gerontology: Series A*, 69(9), 1117-1121. doi: 10.1093/gerona/glu105

- Yassuda, M. S., Flaks, M. K., Pereira, F. S., & Forlenza, O. V. (2010). Avaliação neuropsicológica de idosos: Demências. In L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, P. Mattos, & N. Abreu (Orgs.), *Avaliação neuropsicológica* (pp. 254-271). Porto Alegre: Artmed.
- Zhao, K.-X., Huang, C.-Q., Xiao, Q., Gao, Y., Liu, Q.-X., Wang, Z.-R., & Xie, Y.-Z. (2012). Age and risk for depression among the elderly: A meta-analysis of the published literature. *CNS Spectrums*, *17*(3), 142-154. doi: 10.1017/S1092852912000533
- Zivin, K., Llewellyn, D. J., Lang, I. A., Vijan, S., Kabeto, M. U., Miller, E. M., & Langa, K. M. (2010). Depression among older adults in the United States and England. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *18*(11), 1036-1044. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181dba6d2

Considerações Finais

O objetivo do presente estudo foi avaliar as propriedades psicométricas da Escala Baptista de Depressão (EBADEP-ID). Os resultados encontrados são bastante promissores e mostram adequada capacidade discriminativa da escala para sintomatologia depressiva em idosos.

As evidências de validades com base na estrutura interna investigadas por meio de análises fatoriais exploratórias indicaram uma solução de um fator como a mais adequada para uma versão reduzida de 10 itens, apresentado índices excelentes. As análises de TRI mostraram adequadas correlações dos itens, pelos resultados de *infit* e *outfit* e o alfa *de Crombach* também apresentou índice considerado muito bom. As análises de rede mostraram os sintomas de humor e prazer como os mais centrais ligando-se aos de ideações suicidas e representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro, resultados importantes para o entendimento da depressão dentro de sua complexidade, Além disso o sintoma menos central diz respeito a um item vegetativo, que mostrou-se pouco relacionado a rede da depressão e que já havia sido retirado da escala na versão reduzida A matriz de predição dos sintomas da rede indicou o quanto os sentimentos/sintomas de solidão, tristeza, angustia, e vazio estão associados e que a presença de um deles ativa a presença de outro.

No estudo entre os construtos depressão, QV e suporte familiar foi possível confirmar as hipóteses iniciais desta pesquisa. As correlações foram moderadas e negativas entre os construtos indicando que há associação entre eles. Foi possível também aferir que QV e suporte familiar são importantes preditores da depressão, além de problemas de saúde. Um dado a ser salientado sobre este resultado é que a pesquisadora durante a coleta identificou dificuldades dos idosos em responder a

determinadas questões do IPSF –ID, que se referiam a uma percepção negativa do suporte familiar o que pode apresentar um viés no resultado. Uma hipótese é que as correlações entre o IPSF-ID e os demais instrumentos poderiam apresentar magnitudes mais fortes. Também foi possível identificar que a EBADEP-ID de 30 itens conseguiu discriminar os três grupos no que diz respeito a depressão.

Como estudo futuro sugere-se investigar se uma versão reduzida da EBADEP-ID manteria discriminando os grupos, uma vez que os resultados encontrados para versão de 30 itens foram bastante positivos. Além disso, os resultados dos três estudos mostraram inicialmente que após os ajustes necessários, a escala terá aplicabilidade clínica e de pesquisa na área da psicologia e saúde mental na terceira idade.

Neste sentido, entende-se o quanto faz-se necessário no contexto da saúde mental instrumentos com boas propriedades psicométricas, que auxiliem no diagnóstico preciso uma vez que a avaliação correta aumenta a chance de intervenções mais eficazes. Também destaca-se a importância de escalas discriminativas que possam avaliar o continuum depressão e saúde mental, depressão e felicidade, entre outros.

Dentre as limitações da pesquisa está o fato de que a maior parte da amostra foi composta por participantes de uma única cidade e estado, possuindo diferenças culturais, sendo importante a aplicação da EBADEP-ID também em outros contextos e regiões do país. Outro fato é que a amostra clínica foi pequena, pois existe uma dificuldade em ter acesso a pacientes diagnosticados com depressão na faixa etária idosa.

Ainda, o projeto de pesquisa conta com um banco de dados com inúmeras variáveis a serem exploradas tais como atividades de lazer, tentativas de suicídio

anteriores, doenças físicas, entre outras que poderão gerar novas contribuições no entendimento da sintomatologia da depressão na faixa etária idosa.

Anexo 1**Questionário sociodemográfico e clínico**

Nome do Entrevistado: _____

1. Sexo

- Masculino
 Feminino

2. Idade

..... anos

3. Escolaridade máxima completa?

- Nenhuma
 Primário
 Ginásio ou 1º grau
 2º grau completo (científico, técnico ou equivalente)
 Curso superior
 N.S./N.R.

4. Estado Civil?

- Casado/morando junto
 Viúvo (a)
 Divorciado(a) / separado (a)
 Solteiro

5. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está casado(a) / morando junto

..... (número de anos)

- N.S./N.R.

6. O(a) Sr.(a) teve filhos? (em caso positivo, quantos?)

Número de filhos...../ filhas

..... (número total de filhos/as)

- Nenhum
 N.S./N.R.

7. Como o(a) Sr.(a) se sente em relação à sua vida em geral ?

- Satisfeito
- Insatisfeito
- N.S./ N.R.

10. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com a vida?

1. Problema econômico
2. Problema de saúde
3. Problema de moradia
4. Problema de transporte
5. Conflito nos relacionamentos pessoais
6. Falta de atividades
7. Outro problema (especifique)

11. Atualmente o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ?

- Sim
- Não
- N.S./ N.R.

12. Quais são os principais problemas de saúde que o(a) Sr.(a) está enfrentando?

- 1)
- 2)
- 3)

13. No caso de o(a) Sr.(a) ficar doente ou incapacitado(a), que pessoa poderia cuidar do(a) Sr.(a)?

- Nenhuma
- Esposo(a) / companheiro(a)
- Filho
- Filha
- Outra pessoa da família
- Outra pessoa de fora da família (indique qual).....
- N.S./N.R.

14. No seu tempo livre o(a) Sr.(a) faz (participa de) alguma dessas atividades:

- a. Ouve rádio
- b. Assiste a televisão
- c. Lê jornal
- d. Lê revistas e livros
- e. Recebe visitas
- f. Vai ao cinema, teatro, etc.
- g. Anda pelo seu bairro

- h. Vai à igreja (serviço religioso)
- i. Vai a jogos (esportes)
- j. Pratica algum esporte
- k. Faz compras
- l. Sai para visitar os amigos
- m. Sai para visitar os parentes
- n. Sai para passeios longos (excursão)
- o. Sai para encontro social ou comunitário
- p. Costura, borda, tricota
- q. Faz alguma atividade para se distrair (jogos de cartas, xadrez, jardinagem, etc.)
- r. Outros (especifique)

15. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com as atividades que desempenha no seu tempo livre?

- Sim
- Não
- N.S./N.R.

16. O (a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?

- Entrevistado mora só
- Sim
- Não
- N.S./N.R.

17. Que tipo de ajuda ou assistência sua família oferece?

- a. Dinheiro
- b. Moradia
- c. Companhia / cuidado pessoal
- d. Outro tipo de cuidado / assistência

(especifique)

18. Que tipo de ajuda ou assistência o(a) Sr.(a) oferece para sua família?

- a. Dinheiro
- b. Moradia
- c. Companhia / cuidado pessoal
- d. Cuidar de criança
- e. Outro tipo de cuidado / assistência

(especifique)

19. Na semana passada o(a) Sr.(a) recebeu visita de alguma destas pessoas?

- a. Vizinhos / amigos
- b. Filhos(as)
- c. Outros familiares
- d. Outros

(especifique)

20. Atualmente o(a) Sr.(A) trabalha? Por trabalho quero dizer qualquer atividade produtiva remunerada.

- Sim
- Não
- N.S./N.R.

21. Com que idade o(a) Sr.(a) parou de trabalhar?

.....anos

- N.S./N.R.

22. Em média, qual é a sua renda mensal?

23. Teve alguma situação estressante no último ano.

- morte de familiares ou pessoa próxima
- doença pessoal ou na família.
- mudança de casa

24. Já teve diagnóstico de depressão alguma vez?

Anexo 2**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (1ª via)****Evidências de Validade para a Escala Baptista de Depressão (EBADEP-ID):
Relação com Suporte Familiar e Qualidade de Vida em Idosos**

Eu, _____, RG. _____, abaixo assinado dou meu consentimento livre esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade da pesquisadora Fernanda Grendene, aluna do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco e de Makilim Nunes Baptista professor(a) do referido programa.

Assinando o Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1 – O objetivo da pesquisa é avaliar as propriedades psicométricas relativas a estrutura interna e baseada na relação com outras variáveis para a Escala Baptista de Depressão (EBADEP-ID) e a relação existente entre depressão, percepção do suporte familiar e qualidade de vida.
- 2 – Durante o estudo os participantes responderão ao Questionário Sociodemográfico, ao Mini-Mental (MEEM), a Escala Baptista de Depressão (EBADEP-ID), ao Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e a Escala de Qualidade de Vida EQUIVITOR sendo que o tempo estimado de aplicação é de 1h15min.
- 3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 4- A resposta a este(s) instrumento(s) não causam riscos conhecidos à minha saúde física e mental, mas podem causar algum desconforto emocional;
- 5 - Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, o que não me causará nenhum prejuízo;

6 – Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura.

7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: 11 - 24548981;

8 - Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo Fernanda Grendene sempre que julgar necessário pelo telefone: 54- 3520 9000.

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

Erechim, _____ data: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável _____

