AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO EM IDOSOS ATRÁVES DA ESCALA DE DEPRESSÃO GÉRIATRICA E ESCALA DE SOLIDÃO UCLA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

LUDVICHAK, Milena Macagnan.[1]
FLORES, Geovana Vasques.[2]
BOZZA, Luiz Orestes.[3]

RESUMO

Objetivo: Análise dos resultados da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e Escala de solidão (UCLA), que avaliam a depressão no idoso. Metodologia: Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, com base em artigos encontrados nas plataformas MedLine, BIREME, PubMed, LILACS e Scielo. Os artigos selecionados foram publicados entre os anos 2005 a 2020, esses tinham como objetivo avaliar a depressão na população idosa através da Escala de Solidão UCLA de 20 itens e/ou Escala de Depressão Geriátrica – EDG de 30 itens. Resultados: Foi observado um maior índice de sintomas depressivos no sexo feminino (75%), na população masculina apenas (25%) apresentaram algum sintoma. Alguns fatores utilizados para associação à depressão foram idade, gênero, estado civil, estado financeiro, relação familiar e moradia. Conclusão: A depressão e a solidão estão associadas a qualidade de vida do indivíduo, bem como o local aonde vive, status financeiro e apoio da família, tendo em vista isso as escalas vem como um item fundamental para percepção da qualidade de vida do idoso e avaliação das variáveis que causam distúrbios depressivos.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, Depressão, Solidão, Escala de Depressão Geriátrica, Escala de Solidão UCLA.

1. INTRODUÇÃO

As adversidades de humor é uma das desordens mais frequentes em idosos mais velhos, sendo responsável pelo agravamento de doenças preexistentes e aparecimento de novas doenças (MONTEIRO et al., 2017). A depressão é umas das doenças mentais que mais acomete idosos no mundo. Segundo dados do IBGE, hoje no Brasil cerca de 11,1% de um total de 11,2 milhões de casos, está relacionado a idosos acima de 60 anos. Entretanto os sintomas são confundidos facilmente com demência e senescência, por isso à importância de um diagnóstico correto, com profissionais capacitados e meios que auxiliam neste processo.

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é um dos instrumentos mais benéficos para o rastreamento de depressão em adultos mais velhos (SOUSA et al., 2007). Criada por Yersavage et al. (1983), a EDG passou a ser considerada uma escala com propriedades de validade e confiabilidade

[1] Acadêmica de Fisioterapia do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. E-mail: macagnan24@gmail.com
[2] Acadêmica de Fisioterapia do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. E-mail:geovana_vasques@hotmail.com
[3] Mestre. Docente do Colegiado de Fisioterapia do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. E-mail: luizorestes75@gmail.com

eficiente para o rastreamento de depressão em idosos. A solidão é definida como um afastamento social, sensação de quem vive afastado, estado de angústia emocional, falta de relações interpessoais, sentimentos negativos, sendo correlacionada com a piora de saúde física e mental, incluindo a depressão e outras condições crônicas (BRUCE et al., 2019). Em idosos o quesito de solidão e isolamento é muito pertinente, pois é um fator de risco para distúrbios mentais, podendo estar aliado a falta de energia, humor, raciocínio lento, esquecimento, alterações de sono, dores crônicas, consumo de bebida alcoólica, baixo convívio social e socioeconômico (GULLICH et al., 2016). Estudos apontam que 40% das pessoas com idade acima de 65 anos relatam sentir solidão pelo menos algumas vezes por semana (BARROSO et al., 2016). Existem hoje diversos instrumentos para avaliação da solidão, uma das mais utilizadas é a versão UCLA Loneliness Scale (Escala de Solidão UCLA) (BRUCE et al., 2016).

Considerando o alto índice de depressão e os impactos que esta condição causa em idosos, destacando que é nessa fase da vida que se tem maiores limitações físicas e pouco apoio social. Este estudo de revisão bibliográfica foi desenvolvido a fim de analisar a eficácia de escalas EDG (Escala de depressão Geriátrica) e Escala de solidão UCLA (Universidade da Califórnia, Los Angeles) que auxiliam na avaliação de depressão em idosos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A depressão é definida pela OMS (Organização Mundial da Saúde) como uma alteração mental, frequentemente encontrada em indivíduos idosos e em várias populações no geral. Esta é caracterizada pela tristeza, desinteresse e desprazer pela vida, sentimento de perda e inutilidade, o não amor-próprio, alterações de sono e apetite. Indivíduos que apresentem problemas de saúde, lesões no sistema nervoso, deficiência de folato e vitamina B12 estão mais vulneráveis a desenvolver depressão (DAO et al., 2018).

Segundo a *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-IV) e a *International Classification of Diseases* (ICD-10) a depressão tardia é referida como um dos distúrbios depressivos que surgem em adultos velhos com idade superior a 65 anos (ALEXOPOULOS, 2005). De acordo com o *British Journal of Hospital Medicine* (2014), em 2012 a OMS estimou que mais de 350 milhões de idosos fossem acometidos pela depressão no mundo todo (CARPENTER e WINNETT, 2014).

Pinho et al. (2009) demonstrou em seu estudo que a população idosa no Brasil nos anos 2000 constituíam 14,5 milhões de pessoas, perfazendo um total de 8,6% da população do país. Os autores ressaltam ainda, com base nos dados da PNAD 2004, que o último relatório de Síntese dos Indicadores Sociais, coloca o Brasil na oitava posição mundial em idosos com mais de 60 anos, contando com 17,6 (9,7%) milhões de pessoas e projeta que, em 2050, terá 34,3 milhões de pessoas nesta faixa etária. Os dados indicam que o envelhecimento não é privilégio brasileiro, mas um fenômeno mundial.

Os cuidados com a população que está envelhecendo é um grande desafio para o sistema de saúde, a alta demanda de pacientes idosos e o acúmulo de doenças crônicas que essa população apresenta, geram consequências ao sistema de saúde e à qualidade de vida dos mesmos. A atenção em domicílio entra como um aliado para prevenção de incapacidades e doenças como a depressão, pois a família é um bem precioso para esses indivíduos que na idade avançada se sentem frágeis e solitários (WACHS et al., 2016).

A Depressão é uma das causas mais expressivas de sofrimento emocional no fim da vida, sendo um fator contribuinte para morbidade de outros distúrbios (CASEY, 2017). De acordo com Carpenter e Winnett (2014) o diagnóstico nem sempre é preciso, podendo ser até confundido com demência, uma vez que os idosos podem apresentar falta de memória. A velhice é o fim da trajetória profissional, os filhos crescidos saem de casa, há mais tempo pra aproveitar os netos, descansar, viajar e é geralmente nesta fase que ocorre maior perda de entes queridos. Destacam ainda que as pessoas de idade avançada comumente apresentam funções diminuídas, distúrbios de humor, distúrbio do sono, ansiedade, tristeza, isolamento, sensação de invalidez, solidão, impotência, fadiga uma vez que se perde a vontade por práticas de exercícios físicos.

Para Hoogendijk et al. (2016) a solidão e o isolamento social têm sido apontados como algumas das causas do aparecimento de distúrbios depressivos e que leva o idoso a uma maior fragilidade, declínio de suas funções e maior índice de mortalidade. Nas palavras de Gale et al. (2018) há afirmações, que a depressão, está mais presente no sexo feminino e naqueles que não possuem um cônjuge, sendo assim, destacam que pessoas solitárias estão propensas a se tornarem inativas, podendo desenvolver um quadro depressivo.

Apesar de a solidão estar ligada à depressão (HAWKLEY e CACIOPPO 2010; RUSSELL et al., 2012) afirmam que o fato de uma pessoa estar isolada, não aponta necessariamente sinônimo de solidão, pois a definição de solidão abrange vários aspectos, o que se conhece por “modelo de

discrepância cognitiva" na qual o indivíduo pensa que está sozinho, acaba triste, mesmo estando próximo a outras pessoas.

É necessário que os profissionais da área da saúde saibam a importância de métodos de avaliação eficazes e validados, pois a depressão afeta vários aspectos da saúde e bem estar do paciente, "deixando-o vulnerável a desenvolver outras doenças somáticas" (CLEGG et al., 2013). As escalas são adequadas conforme a necessidade do aplicador. Deste modo, existem variações da escala de solidão (UCLA) desenvolvidas por Russell D, Peplau L.A e Ferguson M.L as quais ainda em sua primeira versão divulgada no ano de 1978 demonstravam correlações entre solidão e depressão. Porém a *UCLA loneliness scale* (Escala de solidão UCLA) é hoje a mais usada em estudos por sua fácil aplicação. Ela é composta por 20 questões sobre convívio social, autopercepção, autoestima, ansiedade e outros sintomas depressivos, na qual as respostas estão em uma escala de 1 a 4, sendo 1 nunca, 2 raramente, 3 algumas vezes e 4 sempre (BARROSO et al., 2016).

De acordo com Paradela et al. (2005) a escala de depressão geriátrica – EDG *(Geriatric depression scale – GDS)* é um dos métodos úteis para o diagnóstico da depressão, sendo uma das escalas mais usadas na avaliação de idosos. A mesma foi desenvolvida em 1983 no idioma inglês por Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V e Adey M, sua versão original é composta por 30 itens referentes a humor, bem estar, satisfação em relação à vida, planejamento e memória. Paz et al. (2016) relata que as respostas a estes questionamentos se dão em formato de afirmação ou negação, o que facilita a avaliação e coleta de dados através de uma pontuação, onde 0 a 9 indica um indivíduo "sem alterações", 10 a 19 "depressão leve" e 20 a 30 "depressão profunda".

3. METODOLOGIA

Está pesquisa trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, que foi realizada entre abril e setembro de 2020. Para o levantamento literário, utilizaram-se as palavras chaves, idoso (*aged),* depressão *(depression),* solidão *(loneliness),* Escala de Solidão UCLA *(UCLA loneliness scale)* e Escala de Depressão Geriátrica *(Geriatric Depression Scale - GDS)* na busca dos artigos. Os descritores foram aplicados nas bases de dados da MedLine, BIREME, PubMed, LILACS e Scielo. A utilização dos termos foi feita de modo individual ou através da associação das palavras no português e inglês utilizando as ligações *the, in, and* e *not,* para melhora da classificação dos estudos, sendo selecionados apenas artigos publicados entre os anos 2005 e 2020.

Foram incluídos na pesquisa artigos lançados entre os anos de 2005 a 2020. Entre estes, artigos originais, artigos de revisão sistemática, artigos de revisão bibliográfica com delineamento experimental ou observacional. Os estudos contemplados tem como alvo a população idosa, com idade superior ou igual a 60 anos de ambos os sexos, com características ou antecedentes de depressão, além de terem aplicado como método de avaliação a Escala de Solidão UCLA *(UCLA loneliness scale)* e/ou Escala de Depressão Geriátrica – EDG (*Geriatric Depression Scale - GDS)* em um número de indivíduos ≥ 10.

Excluíram-se estudos com comparativos a outras doenças além da depressão, seguindo este processo dispensaram-se pesquisas nas quais os indivíduos não apresentam características da doença. Após a aplicação dos descritores nas plataformas foram identificados 12.801 artigos similares ao tema em questão. Como houve grande número de artigos encontrados, a seleção foi feita através da leitura dos 100 primeiros resumos. Posterior ao processo de inclusão, exclusão e leitura na integra dos artigos, análise de relevância e legibilidade, foram escolhidos 08 trabalhos para apresentação dos resultados.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

Entre os 08 artigos incluídos para análise dos resultados e discussão, 2 deles possuem um desenho longitudinal, 3 artigos são transversais, 2 comparativos transversais e 1 observacional transversal. Os mesmos não possuem nenhum risco de viés, pois não há estudos de caso controle randomizado. Houve maior número de países dos continentes, europeu e asiático que utilizaram alguma das escalas para avaliação da depressão e solidão em idosos. No entanto na América somente o Brasil fez uso da mesma, nos continentes Oceania e África não se obteve nenhum dado ou artigo realizado. A maioria dos artigos são na língua inglesa, somente dois artigos possuem língua portuguesa. As amostras da população variam de 50 até 3349 pessoas, com idades de >60 até 97 anos. Conforme mostra o quadro 1.

QUADRO 1 – Características dos estudos e escalas utilizadas.

Autor/Ano	País	Desenho	Tamanho da amostra	População do estudo	Escala utilizada
Charoensakulchai et al. (2019)	Tailândia	transversal	433	> 60 anos	GDS

Rong et al. (2019)	China	Comparativo transversal	3349	> 60 a 97 anos	GDS
Ko et al. (2019)	Coreia do Sul	Comparativo transversal	1023	> 65 anos	UCLA
Gato et al. (2018)	Brasil	Transversal	122	> 60 anos	GDS
Ausín et al. (2017)	Espanha	Longitudinal	419	> 65 a 84 anos	UCLA
Tak et al. (2016)	Holanda	Longitudinal	180	> 65 anos	UCLA
Chen et al. (2013)	China	Transversal	521	> 60 anos	UCLA
Sousa et al. (2007)	Brasil	Observacional e transversal	50	> 60 anos	GDS

Fonte-Autor.

Os estudos em questão apresentam algumas variáveis que podem estar relacionadas com a depressão e solidão, como idade, gênero, estado civil, estado financeiro, relação familiar e moradia. Esses fatores estão descritos no quadro 2, sendo que os artigos que não apresentam algum dado de número de indivíduos ou porcentagem foram representados com um asterisco (*).

QUADRO 2 – Variáveis e fatores associados.

Autor/Ano	**Variável**	**Nº**	**%**
Charoensakulchai et al. (2019)	**Sexo**		
	Feminino	225	54,1
	Masculino	191	45,9
	Idade		
	60-64	126	30,3
	65-69	109	26,2
	70-74	84	20,2
	75-79	56	13,5
	> 80	41	9,9
	Estado civil		
	Cônjuge	325	78,1
	Sem companheiro	91	21,9
	Hábitos de exercício (horas)		
	<10	157	46,3
	10-19	59	17,4
	20-29	65	19,2
	>30	58	17,1
	Situação financeira		
	Dívida > renda	230	55,3
	Dívida < renda	186	44,7
	Família		
	Desequilibrado	206	54,1
	Equilibrado	175	45,9
Rong et al. (2019)	**Gênero**		

	Feminino	1701	50,8
	Masculino	1648	49,2
	Idade		
	60-69	1535	45,8
	70-79	1332	39,8
	>80	482	14,4
	Situação financeira		
	Pobre	1206	36,01
	Bem financeiramente	2143	64,98
	Profissão		
	Desempregado	2146	64,1
	Empregado	1203	35,9
	Moradia		
	Sozinho	660	19,7
	Conjugue	1440	43,0
	Outras pessoas	1249	37,3
	Hospitalização		
	Sim	1063	31,7
	Não	2286	68,3
	Sintomas depressivos		
	Presentes	1772	52,9
	Ausentes	1577	47,1
Ko et al. (2019)	**Estado Civil**		
	Solteiro[a]	28	2,7
	Casado[a]	10	1,0
	Divorciado	205	20,0
	Viúva	780	76,2
	Religião		
	Sim	664	64,9
	Não	359	35,1
	Gênero		
	Feminino	796	*
	Masculino	227	*
	Atividade social		
	Sim	739	*
	Não	284	28,1
Gato et al. (2018)	**Gênero**		
	Igualmente distribuídos	122	100
	Estado civil		
	Casado[a]	*	39,7
	Viúvo[a]	*	38,8
	Possui filhos		
	Sim	*	98,4
	Reside com outra pessoa		
	Sim	*	76,9
	Atividades/lazer		

ISSN 1980-7406

	Lazer	*	86,1
	Atividade física	*	47,5
Ausín et al. (2017)	**Gênero**		
	Homens	200	47,73
	Mulheres	219	52,27
	Idade		
	65-74 anos	230	54,9
	75-84 anos	189	45,1
	Estado civil		
	Casado[a]	252	60,14
	Viúvo[a]	113	26,97
	Divorciado	22	5,25
	Nunca casou	20	4,77
	Separado	11	2,63
	Outros	1	0,24
	Vive sozinho?		
	Sim	103	24,70
	Não	314	74,30
	Situação financeira		
	Muito pobre	2,4	2,4
	Pobre	63	15
	Suficiente	210	50,1
	Boa	124	29,6
	Muito boa	12	2,9
Tak et al. (2016)	**Gênero**		
	Feminino	*	66,3
	Nível de educação		
	Baixo	*	55,6
	Médio	*	31,4
	Alto	*	13,0
	Situação de vida		
	Sozinho	*	69,0
Chen et al. (2013)	**Gênero**		
	Masculino	177	34,0
	Feminino	344	66,0
	Idade		
	60-69 anos	126	24,2
	70-79 anos	200	38,4
	80+	195	37,4
	Estado civil		
	Viúvo[a]	501	96,2
	Divorciado[a]	10	1,9
	Separado/nunca casou	10	1,9
	Renda mensal em (*Renminbi*)		
	<500	307	58,9

ISSN 1980-7406

	500-999	110	21,1
	1000-1999	57	10,9
	>2000	47	9,1
	Área residencial		
	Rural	469	90,0
	Urbano	52	10,0
Sousa et al. (2007)	**Idade**		
	60-69 anos	24	48
	70-79 anos	23	46
	80+	3	6
	Sexo		
	Masculino	22	52
	Feminino	24	48
	Estado civil		
	Casado[a]	30	60
	Não casado[a]	20	40
	Área residencial		
	Capital	22	44
	Interior	28	56

Fonte-Autor.

Observou-se que a maioria dos estudos tiveram uma média maior de idosos dos 60 aos 75 anos de idade. Poucos autores aplicaram as escalas EDG e UCLA na população acima dos 80 anos de idade. Nos estudos de Ko et al. (2019), Chen et al. (2013) e Tak et al. (2016) o número de mulheres era relativamente maior que o de homens. Alguns autores trazem como maior população, idosos que vivem em áreas rurais, destacando variáveis como situação financeira, estado civil e apoio familiar.

QUADRO 3 – Objetivos e resultados dos artigos.

Autor/Ano	**Objetivo**	**Resultado**
Charoensakulchai et al. (2019)	Avaliar a prevalência, incidência da depressão em idosos e os fatores associados à mesma.	A maioria da população do estudo eram mulheres (54,1%) com idade de 60 a 64 anos (30,3%), com dividas financeiras (55,3%). O que mais chamou a atenção dos autores foi que 54,1% das pessoas tinham uma base familiar desequilibrada. A aplicação da EDG indicou que 18,5% dos idosos tinham depressão, desses 8,9 apresentaram depressão leve, 6,5% moderada e 3,2% severa. Através da correlação entre

		família e a EDG utilizando a correlação de Pearson, foi possível observar um valor de P= <0,001.
Rong et al. (2019)	Este estudo teve como objetivo examinar a prevalência dos sintomas depressivos e qualidade de vida na população idosa rural da China, associando os fatores de predisposição.	Os sintomas de depressão foram observados em 52,9% da população estudada. Com uma predominância no grupo pobre de 62,3% e uma pontuação de (14,045 ± 6,929) já no grupo não pobre essa prevalência foi um valor menor de 47,6% com (11,472 ± 7,011) pontos na EDG. Esses dados resultam em uma significância negativa entre depressão e qualidade de vida (P= <0,05).
Ko et al. (2019)	Identificar a diferença da saúde mental e qualidade de vida entre homens e mulheres da Coreia do Sul.	Entre 1.023 participantes, 227 eram homens e 796 mulheres, com média de idade de 77,38 anos. A maioria dos participantes eram viúvos (76,2%) e 91,8% tinham um filho. Foi observado que a renda mensal das mulheres é menor que o custo de vida, porém a renda dos homens é maior que o custo de vida – (P= <0,001). As mulheres mostraram prevalência de solidão.
Gato et al. (2018)	Avaliar o estado de saúde mental, índice de depressão, humor e qualidade de vida (QV) de idosos.	A idade variou de 60 a 99 anos sendo que a média foi 70,8 anos, com homens e mulheres igualmente distribuídos. A maioria se considera saudável, embora 40,2% apresentam agravos a saúde, 55,6% usam ansiolíticos. Durante a Aplicação da EDG foi observado que 61,5% apresentou depressão.
Ausín et al. (2017)	Analisar variáveis sociodemográficas, psicossociais e saúde mental que são relacionadas a solidão na população.	Observou-se relação entre as variáveis morar sozinho, satisfação com a vida, estado civil, problemas econômicos e qualidade de vida. Esses fatores apresentaram um P <0,05.
Tak et al. (2016)	Desenvolver e validar uma lista de observação para detectar seis áreas problemáticas, que são ansiedade, depressão, cognição, suspeita, solidão e somatização.	Observaram e avaliaram uma lista durante uma visita regular em 180 pacientes com uma média de 78,4 anos, sendo 66% mulheres. O α de Cronbach foi de 0,87 para a lista de rascunho e ≥ 0,80 para as áreas problemáticas de recrutamento (exceto solidão e suspeita). A

		validade convergente foi mostrada para a lista de indicadores como um todo e as subescalas de depressão, ansiedade, solidão, cognição e somatização. Usando critérios acordados predefinidos, a lista foi reduzida a 14 indicadores finais divididos em cinco áreas problemáticas.
Chen et al. (2013)	Investigar a solidão social de idosos que vivem sozinhos.	Os participantes relatam um nível moderado de solidão. Crianças eram as principais fonte de apoio objetivo e subobjetivo. Dos participantes 53,9% (n = 281) e 47,6% (n = 248) pediram ajuda, confidenciaram quando estavam com problemas, 84,1 (n = 438) nunca ou raramente frequentavam atividades sociais. O nível de solidão e apoio social deferiu entre os participantes com diferentes características sociodemográficas. Havia correlação negativa entre solidão e suporte social geral e suas três dimensões.
Sousa et al. (2007)	Avaliar a validade e fidedignidade da Escala de depressão geriátrica nas versões de 30 e 15 itens na identificação de suspeitas de depressão em idosos nas enfermarias da clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, em João Pessoa, Paraíba.	A concordância entre a aplicação da EDG-30 e o exame psiquiátrico foi significativa e moderada (p = 0,04), enquanto a EDG-15 não apresentou concordância estatística (p = 0,62). A EDG-30 apresentou sensibilidade de 83% e especificidade de 57%, mas a EDG-15 apresentou sensibilidade de 50% e especificidade de 62%. Os escores da EDG-30 apresentaram correlação estatisticamente significativa entre si no teste e na equivalência entre observadores, no entanto a versão de 15 itens não foi fidedigna.

Fonte-Autor.

A maioria dos artigos teve como objetivos avaliar ou examinar a prevalência de desordens de saúde mental como depressão e solidão através das escalas EDG e UCLA. Foi possível observar a inspeção feita pelos autores em relação as variáveis, que podem influenciar no desenvolvimento ou agravar sintomas de depressão e/ou solidão.

Dos oito estudos analisados nesta revisão, seis deles predominam em sua amostra populacional o sexo feminino (75%) e em dois artigos o sexo masculino foi representado em (25%), o que indica uma prevalência de sintomas depressivos em mulheres. Charoensakulchai et al. (2019) cita em seu estudo que as mulheres tem maior tendência do ponto de vista biológico a ter sintomas depressivos, já que existe uma concentração elevada de serotonina em seus sistemas nervosos, deixando-as mais vulneráveis a estímulos externos como ansiedade e estresse. Já Ko et al. (2019) diz que de acordo com características demográficas e sociais as mulheres idosas, muitas vezes ficam sozinhas na velhice, pois a expectativa de vida é maior que a dos homens, o que torna a viuvez um fator importante para o aparecimento da solidão.

Em dois artigos os autores descrevem em suas variáveis e resultados, que a população pobre, com dívidas financeiras e moradores de comunidade rural possui maior índice de sintomas depressivo, do que as pessoas sem dificuldades de financias. Rong et al. (2019) relata que houve uma prevalência de sintomas depressivos em 52,9% da população chinesa idosa, pois os jovens vêm migrando para áreas urbanas, o que enfraquece a economia e apoio social aos idosos do campo. O mesmo ainda destaca que a falta de apoio familiar é outra causa de aparição dos sintomas depressivos, “os idosos que vivem sozinhos tem propensão a ter um sentimento maior de solidão, como foi observado em alguns estudos, que morar sozinho é um fator importante relacionado à solidão” (CHEN et al., 2013).

Segundo Gato et al. (2018) o nascimento, envelhecimento e a morte são o ciclo natural da vida, esse ciclo sofre influencias do tempo e de culturas diferentes. As pessoas idosas vivem neste meio de morte, na qual perdem amigos próximos ou familiares, o que gera dores físicas e emocionais, bem como o impacto na qualidade de vida e o medo de morrer sozinho. Durante análise dos resultados da aplicação da EDG em idosos residentes no Brasil, foi possível observar depressão em mais da metade do grupo estudado através da escala, a qual indicou maior índice no item “morte e morrer”, ou seja os idosos presentes nesse estudo temem a sua morte, a de amigos, cônjuges e familiares.

A maioria dos estudos não deixou claro sobre a efetividade das escalas, no entanto, Sousa et al. (2007) relata que a EDG-30 é útil para detectar o quanto negativo os pacientes se apresentam, mesmo que esses não possuem sintomas depressivos. No estudo de Tak et al. (2016) a depressão e solidão foram detectados como problemas distintos, porém em análise fatorial encontrou-se relação entre as duas, fator que não é atípico, pois há relatos de envolvimento dessas variáveis em outros artigos.

Durante revisão foi observado que a escala de solidão UCLA provou ser menos confiável na avaliação de pacientes idosos, sendo analisado que alguns instrumentos padrão ouro não obtiveram

pontuação de corte. Ausín et al. (2017) destaca que apesar da escala UCLA ser um instrumento abundantemente utilizado para avaliar a solidão, a mesma não possui estrutura fatorial definitiva, sendo que os dados podem indicar um comportamento equivalente, quando aplicados em indivíduos com mais de 65 anos e/ou com menor idade. Alguns dos fatores encontrados nos 20 itens da escala UCLA é facialmente associado às psicopatologias como depressão e ansiedade. Portanto ao avaliar a população idosa com a UCLA é possível encontrar fatores como "solidão emocional". Mesmo com fatores relacionados as patologias, Ausín et al. (2017) ainda afirma que é favorável a utilização da escala para avaliação de idosos, porém seria mais apropriado diminuir o número de itens da escala UCLA para facilitar a sua aplicabilidade, pois a população idosa pode ter dificuldade em responder algumas questões complexas, o que requer modificação e adaptações do instrumento de avaliação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a escala de depressão geriátrica de 30 itens é um método eficaz na busca de sintomas para diagnóstico da depressão. A solidão tem uma relação significativa com depressão, porém a escala de solidão UCLA não foi efetiva o suficiente para avaliação de idosos com sintomas depressivos. Uma vez que a depressão tem impacto na qualidade de vida – saúde física e mental – causando os mais variados sintomas como: indisposição, tristeza e alterações de humor que podem ser agravadas ou desencadeadas pelas alterações fisiológicas causadas pelo próprio envelhecimento do organismo. Por isso é de suma importância que os profissionais da área da saúde tenham conhecimento da escala de depressão geriátrica, uma vez que ela vem para facilitar o diagnóstico e prevenir o agravamento da depressão na terceira idade.

REFERÊNCIAS

ALEXOPOULOS, G. S. **Depression in the elderly**. Lancet. June 2005; v.365, p. 1961–70 Weill Medical College of Cornell University and Weill-Cornell Institute of Geriatric Psychiatry.

AUSÍN, B.; MUÑOZ, M.; CASTELLANOS, M. A. (2017). **Loneliness, Sociodemographic and Mental Health Variables in Spanish Adults over 65 Years Old**. The Spanish Journal of Psychology, 20. doi:10.1017/sjp.2017.48

BARROSO, S. M.; ANDRADE, V. S.; MIDGETT, A.H.; CARVALHO, R. G. N. **Evidências de validade da Escala Brasileira de Solidão UCLA.** J Bras Psiquiatr., Uberaba – MG, 2016; 65 (1):68-75. Doi: 10.1590/0047-2085000000105.

BRUCE, L. D.; WU, J. S.; LUSTING, S. L.; RUSSELL, D. W.; NEMECEK, D. A. **Solidão nos Estados Unidos: Uma Pesquisa do Painel Nacional de 2018 de Características Demográficas, Estruturais, Cognitivas e Comportamentais.** American Journal. EUA. 2019.

CARPENTER, L.; WINNETT, A. **Depression in hospitalized elderly people**. British Journal of Hospital Medicine. August 2014, v.75, n. 8.

CASEY, D. A.; Depression in older adults. **Department of Psychiatry and Behavioral Sciences,** Geriatric Psychiatry Program, University of Louisville School of Medicine. 2017.

CHAROENSAKULCHAI, S.; USAWACHOKE, S.; KONGBANGPOR, W.; THANAVIRUN, P.; MITSIRISWAT, A.; PINIJNAI, O.; KAEWPUT, W. (2019). **Prevalence and associated factors influencing depression in older adults living in rural Thailand: A cross-sectional study.** Geriatrics & Gerontology International. doi:10.1111/ggi.13804.

CHEN, Y.; HICKS, A.; WHILE, A. E. (2014). **Loneliness and social support of older people living alone in a county of Shanghai, China.** Health & Social Care in the Community, 22(4), 429–438. doi:10.1111/hsc.12099

CLEGG, A.; YOUNG, J.; ILIFFE, S.; RIKKERT, M. O.; ROCKWOOD, K. **Frailty in elderly people**. Lancet 2013; 381: 752–62.

DAO, A. T. M..; NGUYEN, V. T.; NGUYEN, H. V.; NGUYEN, L. T. K. (2018). **Factors Associated with Depression among the Elderly Living in Urban Vietnam**. BioMed Research International, 2018, 1–9. doi:10.1155/2018/2370284

GALE, C. R.; WESTBURY, L.; COOPER, C. **Social Isolation and Loneliness as Risk Factors for the Progression of Frailty: The English Longitudinal Study of Ageing**. Age and Aging, 2018 May. 1; 47(3):392-397. doi: 10.1093/ageing/afx188.

GATO, J. M.; ZENEVICZ, L. T.; FAGANELLI, M. V. S.; SILVA, G. T.; CELICH, S. K. L.; SOUZA, S. S., MARTINS, F. L. (2018). **Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas.** Avances En Enfermería, 36(3), 302–310. doi:10.15446/av.enferm.v36n3.68498

GULLICH, I.; Ramos, A. B.; ZAN, T. R. A.; SCHERER, C.; MENDOZA-SASSI, R. A. (2013). **Prevalência de ansiedade em pacientes internados em um hospital universitário do sul do Brasil e fatores associados**. Revista Brasileira de Epidemiologia, 16 (3), 644–657. doi: 10.1590 / s1415-790x2013000300009.

HAWKLEY, L. C.; CACIOPPO, J. T**. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms**. Ann Behav Med. 2010.

HOOGENDIJK, E. O. S.; SUANET, B.; DENT, E.; DEEG, D. J.; AARTESEN, M. J. **Adverse effects of frailty on social functioning in older adults: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam**. Maturitas, 2016.

KO, H.; PARK, Y. H.; CHO, B., LIM, K. C.; CHANG, S. J.; YI, Y. M.; RYU, S. I. (2019). **Gender differences in health status, quality of life, and community service needs of older adults living alone. Archives of Gerontology and Geriatrics,** *83, 239 245.* doi:10.1016/j.archger.2019.05.009

MONTEIRO, L. M.; CAVALCANTE, A. A.; SENA, N. M. N. L.; CARVALHO, L. O. **A importância da avaliação de uma escala de depressão geriátrica.** 2017.

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.

PAZ, S. H.; JONES, L.; CALDERÓN, J. L.; HAYS, R. D. (2016). **Readability and Comprehension of the Geriatric Depression Scale and PROMIS® Physical Function Items in Older African Americans and Latinos**. The Patient - Patient-Centered Outcomes Research, 10 (1), 117–131. doi: 10.1007 / s40271-016-0191-y.

PINHO, M. X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M. **Incidência de depressão e fatores associados em idosos na comunidade: revisão de literatura**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., 2009 12(1) ed. p.123-140.

RONG, J.; CHEN, G.; WANG, X.; GE, Y.; MENG, N.; XIE, T.; DING, H. **Correlation Between Depressive Symptoms And Quality Of Life, And Associated Factors For Depressive Symptoms Among Rural Elderly In Anhui, China.** Dove Press journal: Clinical Interventions in Aging. School of Health Management, Anhui Medical University, China. (2019).

RUSSEL, D. W.; CUTRONA, C. E.; MCRAE, C.; GOMEZ, M. **Is loneliness the same as being alone?**, J Psychol, 2012.

SOUSA, R. L.; MEDEIROS, J. G. M.; MOURA, A. C. L.; SOUZA, C. L. M.; MOREIRA, I. F. **Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral.** Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa – PB. 2007.

TAK, E. C. P. M., VAN, H. A. T. H., VERHAAK, P. F. M.; EEKHOF, J.; HOPMAN-ROCK, M. **Development and preliminary validation of an Observation List for detecting mental disorders**

and social Problems in the elderly in primary and home care (OLP). International Journal of Geriatric Psychiatry. 2015.

WHACHS, L. S.; NUNES, B. P.; SOARES, M. U.; FACCHINI, L. A.; THUMÉ, E. (2016). **Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados**. Cadernos de Saúde Pública, 32(3). doi:10.1590/0102-311x00048515.