

Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
 Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Avaliador: \_\_\_\_\_

### ***Escala de Depressão Geriátrica (GDS – 15)***

*Yesavage et al., (1983)*

*Por favor: Em sua opinião assinale abaixo “Sim” ou “Não”, a resposta que melhor corresponde a sua situação. Não vale a resposta talvez.*

1- Está satisfeito (a) com a vida?	SIM	NÃO
2- Interrompeu muitas de suas atividades?	NÃO	SIM
3- Acha sua vida vazia?	NÃO	SIM
4- Aborrece-se com frequência?	NÃO	SIM
5- Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	SIM	NÃO
6- Teme que algo de ruim lhe aconteça	NÃO	SIM
7- Sente-se alegre a maior parte do tempo?	SIM	NÃO
8- Sente-se desamparado (a) com frequência?	NÃO	SIM
9- Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	NÃO	SIM
10-Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	NÃO	SIM
11-Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	SIM	NÃO
12-Vale a pena viver como agora?	SIM	NÃO
13-Sente-se cheio (a) de energia?	SIM	NÃO
14-Acha que sua situação tem solução?	SIM	NÃO
15- Acha que tem muita gente em situação melhor?	NÃO	SIM
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		

#### **Interpretação:**

- Pontuação: 0 a 5 = normal
- Pontuação: 6 a 10 = depressão leve
- Pontuação: 11 a 15 = depressão grave

#### **Avaliação da Escala de Depressão:**

Considerar **1 (um)** ponto para cada resposta assinalada na coluna cinza.