

# Frequência de suspeita de depressão em idosos atendidos em um ambulatório de gerontologia de Belo Horizonte

## *Suspicion of depression frequency among senior citizens assisted in geriatric outpatient clinic in the city of Belo Horizonte*

Aline Lopes Ferreira de Souza<sup>1</sup>; Danyelle Márcia Colares Fonseca<sup>1</sup>; Geise da Silva Conceição de Almeida<sup>1</sup>; Ordália Evangelista Gomes<sup>1</sup>; Janaine Cunha Polese<sup>2</sup>; Sílvia Lanziotti da Silva<sup>2</sup>; Renato Guilherme Trede Filho<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fisioterapeuta Graduada – Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil

<sup>2</sup>Mestranda em Ciências da Reabilitação – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil

<sup>3</sup>Doutorando em Bioengenharia – UFMG, Professor Assistente – UFVJM. Diamantina, MG – Brasil

### Endereço para correspondência

Renato Guilherme Trede Filho  
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM  
Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde – Departamento de Fisioterapia  
Rua da Glória, nº 187  
39100-000 – Diamantina, MG [Brasil]  
renato.trede@gmail.com

### Resumo

**Introdução:** O processo de envelhecimento populacional em curso no Brasil vem aumentando a frequência de doenças psiquiátricas na terceira idade, dentre as quais a depressão é a desordem mais comum. Em pacientes idosos, além dos sintomas típicos, ela costuma ser acompanhada por sintomatologia atípica, o que pode dificultar sua identificação na prática clínica. **Objetivos:** Objetivou-se neste artigo, levantar a frequência de suspeita de depressão em idosos atendidos em um Ambulatório de Gerontologia de Belo Horizonte, no ano de 2008. **Método:** A amostra foi composta por 22 idosos de um total de 62 idosos atendidos no ambulatório. Para o levantamento dos casos, utilizou-se a pontuação obtida na Escala de Depressão Geriátrica (GDS) contida na primeira avaliação aplicada nos idosos incluídos no estudo. **Resultados:** Observou-se que 27,27% (n=6) dos idosos apresentaram suspeita de depressão, de acordo com a GDS. Entre os idosos com suspeita de depressão, 66,66% possuíam idade entre 60 a 70 anos; 66,66% tinham primeiro grau incompleto, 50% eram viúvos, e 83,33%, mulheres, destas, (n=5) 60% eram viúvas. Verificou-se que a frequência de suspeita de depressão entre os idosos foi 27,27%, sendo esse achado similar a outros estudos. **Conclusão:** Tal fato remete sobre a importância do planejamento de um programa fisioterápico e de uma avaliação criteriosa desses pacientes em busca de suspeita de depressão.

**Descritores:** Depressão; Fisioterapia; Idosos.

### Abstract

**Introduction:** The aging process among Brazil's population has increased the frequency of psychiatric illnesses in the old age, among which depression is the most common disorder. Among elderly patients, depression is often marked not only by the usual symptoms but also by uncommon ones, rendering its identification a difficult task in everyday clinical practice. **Objectives:** To detect the incidence of suspicion of depression among senior citizens assisted in a geriatric outpatient clinic located in Belo Horizonte, Brazil, in 2008. **Methods:** The sample consists of 22 seniors among the 62 assisted in the clinic. In order to classify the suspicion of depression cases, the Geriatric Depression Scale (GDS) rating, contained in the first evaluation applied to the seniors included in the study, was used. **Results:** It was noticed that 27.27% (n=6) of the seniors in the sample presented suspicion of depression, according to the GDS. Among those with suspicion of depression, 66.66% were aged between 60 and 70 years old, 66.66% had elementary education, 50% were widowed and 83.33% were female (60% among them, i.e. n=5, were widowed). The suspicion of depression frequency among senior citizens in the studied sample was identified as 27.27%, similar to the percentage found in similar studies. **Conclusion:** This is a good reminder of the importance of planning a physiotherapy program and carefully evaluating patients with suspicion of depression.

**Key words:** Depression; Senior citizens; Physical therapy.

## Introdução

A população brasileira vem envelhecendo rapidamente desde as últimas décadas<sup>1-6</sup>. Esse fato se deve principalmente ao declínio da fecundidade nas regiões mais desenvolvidas do Brasil, a partir de 1960<sup>6-8</sup>. Em consequência disso, a estrutura etária começou a se alterar, estreitando progressivamente a base da pirâmide etária, que em 1980 já demonstrava claramente esse fenômeno<sup>6</sup>.

A transição demográfica no País teve como marco o declínio da mortalidade, que foi determinada mais pela ação médico-sanitária do Estado que por transformações estruturais que pudessem refletir em melhorias da qualidade de vida da população<sup>6,9</sup>. Em conjunto com essas transformações, percebe-se que o perfil de saúde da população também se alterou<sup>6</sup>. Com a transição epidemiológica, tornam-se predominantes as doenças crônico-degenerativas e suas complicações em detrimento dos processos agudos<sup>1,6</sup>.

O processo de envelhecimento populacional em curso no país vem aumentando a frequência de doenças psiquiátricas na terceira idade, dentre as quais a depressão é a desordem mais comum<sup>3, 10-17</sup>. A prevalência dessa doença na população idosa brasileira tem taxas entre 5% e 35%, variando de acordo com o nível de gravidade<sup>16, 18, 19</sup>. O termo depressão descreve uma série contínua de fenômenos psiquiátricos, os quais levam a um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional que pode ser diagnosticado em qualquer faixa etária<sup>20-22</sup>.

Reconhecida como de natureza multifatorial, a depressão envolve vários aspectos de ordem biológica, psicológica e social<sup>20-24</sup>. Entre as principais sintomatologias depressivas, podem-se destacar o humor deprimido, tristeza, desinteresse, desânimo e ideação suicida<sup>21, 22, 25-27</sup>. Em pacientes idosos, além dos sintomas comuns, ela costuma ser acompanhada por queixas somáticas, dores crônicas, distúrbios do apetite, irritabilidade, sentimento de inutilida-

de, fadiga fácil, inquietação e impaciência<sup>13, 15, 25, 28</sup>. Essa condição está ligada a perdas, doenças, carências, aspectos sociais, abandono, dificuldade de adaptar-se, à velhice e à proximidade da morte<sup>21-23, 27, 28</sup>.

Embora a depressão seja um problema de saúde frequente entre os idosos, a sua identificação não é uma tarefa fácil na prática clínica, por isso ainda é pouco diagnosticada e tratada<sup>14, 19, 23, 25, 29-33</sup>. Nos idosos, o diagnóstico é dificultado por problemas físicos coexistentes, pela predominância dos fatores atípicos da depressão e pelos sintomas depressivos serem erroneamente considerados um conjunto com manifestações normais do envelhecimento<sup>21, 24, 25, 33, 34</sup>. As principais consequências da depressão são perda da autonomia, agravamento de quadros patológicos preexistentes, aumento da utilização dos serviços de saúde, adesão reduzida aos tratamentos terapêuticos, aumento relevante do risco de suicídio, redução da qualidade de vida, aumento da morbidade e mortalidade<sup>2, 15, 19, 21, 24, 25, 28, 30, 35</sup>.

Entendendo que a depressão em idosos não é uma consequência normal do envelhecimento e que suas repercussões, para eles, podem ser críticas, surge a necessidade de uma avaliação criteriosa desses pacientes com suspeita dessa doença<sup>14, 21, 28</sup>. Nesse sentido, a *Geriatric Depression Scale* (GDS), ou Escala de Depressão Geriátrica (EDG), constitui o instrumento mais utilizado para rastrear suspeita de depressão em populações idosas, oferecendo medidas válidas e confiáveis para avaliação de transtornos depressivos<sup>12, 14, 20, 21, 25, 30, 36, 37</sup>. A GDS foi elaborada especificamente para essa população, considerando a sintomatologia atípica que acomete esses indivíduos, quando comparada a outras faixas etárias<sup>38, 39</sup>. Possui duas versões, uma com 30 e outra com 15 itens, sendo escore sugestivo de depressão acima de 10 e 5 pontos, respectivamente<sup>36</sup>. Os itens excluem queixas de desconfortos somáticas e possuem respostas objetivas e dicotômicas, em formato simples, sendo proporcionalmente escolhido para melhor aceitação do paciente idoso<sup>39</sup>. A escala pode ser autoaplicada

ou aplicada por um entrevistador treinado<sup>30, 39, 40</sup>. O uso da versão reduzida (GDS-15) na prática clínica é ainda mais atraente, já que o tempo gasto é menor<sup>12, 39</sup>.

Considerando os efeitos negativos da depressão e a necessidade de traçar o perfil dos idosos em atendimento para melhor planejar os serviços de saúde, neste estudo o objetivo foi levantar a frequência da população idosa com suspeita de depressão em nível ambulatorial.

## Método

Neste trabalho, seguiu-se um delineamento observacional de corte transversal, com coleta de dados de prontuários realizada durante o período de outubro a dezembro de 2008, no Ambulatório de Gerontologia da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte (MG), *campus* Timbiras. Foram convidados a participar da pesquisa os 62 idosos atendidos no ano de 2008, e desses, 47 aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram incluídos todos os prontuários dos idosos que possuíam idade igual ou superior a 60 anos, sendo excluídos os com o nível de escolaridade não informado, que não possuíam em suas avaliações GDS e no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), pontuação no MEEM, indicando déficit cognitivo, idosos institucionalizados e aqueles em que não era possível identificar a primeira avaliação na qual o idoso fora submetido. Dessa forma, a amostra foi composta por 22 prontuários de idosos comunitários, selecionados após a análise dos critérios de inclusão e exclusão.

Para levantamento dos casos de suspeita de depressão, foi analisada a pontuação obtida na GDS<sup>11</sup>, versões de 30 e de 15 itens, contida na primeira avaliação dos idosos. Foi analisada também, a pontuação obtida no MEEM, que avalia a orientação, atenção, concentração, memória, cálculo, linguagem e práxis. O escore varia de 0 a 30<sup>41</sup>. No Brasil, o ponto de corte

abaixo do qual o MEEM considera a possibilidade de demência é de 13 para analfabetos, 18 para indivíduos com 1 a 8 anos de escolaridade, e 26, para quem possui mais de 8 anos de escolaridade<sup>41</sup>.

Foram coletadas dos prontuários dos pacientes as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, número de medicamentos em uso, pontuação na GDS e no MEEM.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva das variáveis por meio das frequências absolutas e relativas, bem como média e desvio-padrão, e esses foram relacionados entre si, por meio do programa *Excel 2000*.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, CAAE – 0053.0.213.000-09.

## Resultados

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas, conforme foram observadas na amostra constituída de 22 idosos comunitários, sendo 16 mulheres (72,73%) e 6 homens (27,27%), com idade média de 68,68 anos ( $\pm 6,29$ ). O estado civil mais frequente entre os idosos foi o de viúvo (45,45%). A escolaridade predominante foi do Ensino Fundamental incompleto (59,09%). O consumo de medicamentos entre os idosos variou de 1 a 12 fármacos; 54,54% administravam de 1 a 4; 31,82%, de 5 a 8, e 13,64%, de 9 a 12.

O resultado obtido na GDS, com escore sugestivo de depressão acima de 10 pontos para a versão que contém 30 itens, e acima de 5, para a de 15 itens, demonstra que 16 (72,73%) idosos não apresentaram suspeita de depressão, e 6 (27,27%) apresentaram.

Entre os idosos com suspeita de depressão (n=6); 66,66% possuíam idade entre 60 a 70 anos; 66,66% tinham primeiro grau incompleto; 50% eram viúvos, e 83,33% eram mulheres, e dessas com suspeita de depressão (n=5), 60% eram viúvas.

**Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra em estudo (n=22)**

Variáveis	Frequência (n)	Percentual
Sexo		
Feminino	16	72,73%
Masculino	6	27,27%
Idade		
60 – 70 anos	17	77,27%
71 – 80 anos	4	18,18%
81 – 90 anos	1	4,54%
Estado civil		
Viúvo (a)	10	45,45%
Casado (a)	7	31,82%
Solteiro (a)	2	9,09%
Divorciado (a)	3	13,64%
Escolaridade		
Analfabeto	1	4,54%
1º Grau incompleto	13	59,09%
1º Grau completo	3	13,64%
2º Grau completo	3	13,64%
Superior incompleto	1	4,54%
Superior completo	1	4,54%
Medicamentos		
1 – 4	12	54,54%
5 – 8	7	31,82%
9 – 12	3	13,64%

## Discussão

A depressão entendida como uma doença crônica eleva a probabilidade de o idoso desenvolver incapacidade funcional e perda de autonomia<sup>15, 35</sup>. Essa questão é mais deletéria para esse indivíduo que a própria morbidade, pois está intimamente relacionada à qualidade de vida<sup>6</sup>. Se os anos de vida ganhos não forem vividos com independência e saúde, o envelhecimento populacional pode passar a ser mais um problema do que uma conquista da sociedade<sup>6</sup>.

Neste estudo, 27,27% da amostra alcançou escore na GDS compatível com suspeita de de-

pressão. Dados semelhantes são observados na literatura, que apontam porcentagem semelhantes de idosos com sintomas depressivos (31% e 24,02%)<sup>10, 19</sup>.

As características da população estudada se assemelham àquelas de outros trabalhos com idosos no Brasil, que mostram maior frequência de mulheres idosas, com baixa escolaridade, a maioria viúva<sup>30, 36, 33, 25</sup>. Elas vivem mais que os homens, tendem a informar mais seus problemas de saúde, apresentam menor dificuldade de admitir a presença de sintomas psicológicos e procuram mais os serviços médicos, inclusive para os problemas de menor gravidade<sup>4, 19, 24, 29, 35, 36</sup>. Além disso, a alta taxa de viuvez e de isolamento social contribui para o aparecimento de transtornos depressivos na velhice entre as mulheres idosas<sup>4, 15, 18, 24, 36</sup>.

Foi observado que a maioria dos idosos com suspeita de depressão (66,66%) possui menos de oito anos de estudo. De acordo com Borges et al<sup>18</sup>, Leite et al.<sup>19</sup> e Gazalle<sup>29</sup> essa porcentagem tende a regredir à medida que se eleva o nível de escolaridade<sup>18, 19, 29</sup>. Além disso, tais autores defendem a hipótese de que um melhor nível educacional parece ser fator protetor importante para a ocorrência de sintomas depressivos em idosos<sup>18, 21, 29</sup>.

A maior parte dos idosos com suspeita de depressão (66,66%) estava na faixa etária entre 60 e 70 anos. Este resultado não está em consonância com outros estudos, nos quais se observou que a depressão tende a aumentar com a progressão da idade<sup>19, 29</sup>, sendo mais prevalente entre de 70 e 79 anos<sup>10</sup>. No entanto, não há consenso bem documentado na literatura mundial sobre a faixa etária de maior prevalência dessa doença.

Em relação à quantidade de fármacos administrados pelos idosos da amostra, constatou-se que a maioria (54,54%) utilizava de 1 a 4 medicamentos. Neste estudo, não foi observada a classe e a dose das drogas. Normalmente, os idosos são mais sensíveis aos efeitos colaterais dos medicamentos e apresentam, com frequência, múltiplas patologias coexistentes<sup>24</sup>. Soma-se

a isso o fato de fazerem uso de outros fármacos que, associados, eleva o risco de complicações clínicas e interações medicamentosas<sup>24</sup>.

Segundo Djernes<sup>15</sup> e Leite et al.<sup>19</sup>, a carência de apoio social parece ser um importante fator para causar insatisfação com a vida nos idosos. Sendo assim, torna-se necessário o incentivo de uma rede familiar e social sólida<sup>21</sup>. Sugere-se que o idoso tenha um convívio social saudável, no qual participe efetivamente das atividades na vida diária. O apoio social promove o bem-estar do indivíduo idoso e o insere a uma rede social com compromissos mútuos<sup>9</sup>. Deve-se incentivá-los a permanecer ativos, principalmente nos domínios sociais e de lazer, mantendo sua capacidade funcional, privilegiando o processo de envelhecimento ativo com qualidade de vida<sup>37</sup>.

Outro aspecto importante a ser considerado é o papel da atividade física na redução de sintomas depressivos nessa população idosa<sup>24, 28</sup>. É de consenso na literatura que a depressão pode prejudicar a capacidade funcional nas atividades de rotina e na mobilidade em idosos<sup>26, 28</sup>. Alguns autores demonstram que o exercício físico parece contribuir como fator de proteção da função cerebral, indicando que pessoas fisicamente ativas são menos acometidas por distúrbios mentais em comparação com as sedentárias<sup>37</sup>. Dessa forma, a participação dos idosos em grupos de exercícios físicos regulares, pode trazer benefícios físicos e psicológicos, tais como redução da intensidade de pensamentos negativos e das respostas fisiológicas ao estresse, melhora do humor, efeitos positivos na autoimagem, no desempenho cognitivo e maior satisfação com a vida<sup>6, 24, 37</sup>. Além disso, está associado à melhora da coordenação motora e equilíbrio, traz benefícios cardiorrespiratórios e reduz o risco de doenças crônico-degenerativas<sup>26</sup>.

Outros estudos são sugeridos a fim de avaliar a melhora dos sintomas depressivos em idosos e sua relação com o convívio social e a atividade física regular, uma vez que a literatura reconhece os efeitos positivos de ambos.

## Conclusão

Após a coleta e análise de dados, verificou-se que a frequência de suspeita de depressão entre os idosos da amostra estudada foi de 27,27%, sendo esse achado similar a outros estudos. Tal fato remete sobre a importância do planejamento de um programa fisioterápico que, além de abordar questões físicas, inclua ações direcionadas à saúde mental dos idosos. Em particular, para os transtornos mentais relativos à demência e à depressão, uma vez que a literatura reconhece que os transtornos de humor têm um impacto negativo na qualidade de vida dos idosos. Vale à pena ressaltar a importância de uma avaliação criteriosa desses pacientes em busca de suspeita de depressão para melhor atender a demanda dessa população idosa.

## Referências

1. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2004;9(4):833-40.
2. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(3):691-700.
3. Silberman C, Souza C, Wilhems F, Kipper L, Wu V, Diogo C, et al. Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(6):444-50.
4. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(3):225-33.
5. Filho SDS, Manoel CV, Silva GA, Duarte VS, Rodrigues GN, Andrade ML, et al. O interesse científico no estudo do envelhecimento e prevenção em ciências biomédicas. *Rev Bras de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2006;70-8.
6. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(2):184-200.



7. Ramos LP, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(3):211-24.
8. Martin GB, Júnior LC, Bastos YGL, Silva PV. Assistência hospitalar à população idosa em cidade do sul do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2006;15(1):59-65.
9. Argimon ILL, Stein LM. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):64-72.
10. Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):734-6.
11. Wancata J, Alexandrowicz R, Marquart B, Weiss M, Friedrich F. The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;114:398-410.
12. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2-B):421-6.
13. Paykel ES, Priest RG. Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *BMJ*. 1992;305:1198-202.
14. Irigaray TQ, Schneider RH. Características de personalidade e depressão em idosas da Universidade para a Terceira Idade. *Rev Psiquiatr RS*. 2007;29(2):169-75.
15. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113:372-87.
16. Reys BN, Bezerra AB, Vilela ALS, Keusen AL, Marinho V, Paula E, et al. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(6):401-4.
17. Snowdon J. Is depression more prevalent in old age? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001;35:782-87.
18. Borges LJ, Benedetti TRB, Mazo GZ. Rastreamento cognitivo e sintomas em idosos iniciantes em programa de exercício físico. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(4):273-9.
19. Leite VMM, Carvalho EMF, Barreto KML, Falcão IV. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2006;6(1):31-8.
20. Teixeira AR, Thedy RB, Jotz G, Barba MC. Sintomatologia depressiva em deficientes auditivos adultos e idosos: importância do uso de próteses auditivas. *Arq Int. Otorrinolaringol*. 2007;11(4):453-8.
21. Irigaray TQ, Schneider RH. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Rev Psiquiatr*. 2007;29(1):19-27.
22. Gordilho A. Depressão, Ansiedade, Outros Distúrbios Afetivos e Suicídio. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 204-15.
23. Ávila R, Bottino CMC. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(4):316-20.
24. Guimarães JMN, Caldas CP. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(4):481-92.
25. Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*. 2007; 17(1), 3-8.
26. Moraes H, Deslandes A, Ferreira C, Pompeu FAMS, Ribeiro P, Laks J. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. *Rev Psiquiatr RS*. 2007;29(1):70-9.
27. Zimerman GI. *Velhice: aspectos biopsicossociais. (COLOCAR EDIÇÃO AQUI)* Porto Alegre: Artmed; 2000.
28. Stella F, Gobbi S, Corazza DI, Costa JLR. Depressão no Idoso: Diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz, Rio Claro*. 2002;8(3):91-8.
29. Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):365-71.
30. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Rev de Saúde Pública*. 2005;39(6):918-23.
31. Burgos ACGF, Neri AL, Cupertino APFB. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007;21(1):74-82.
32. Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello AAF, Mello MF, et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(4):522-8.

33. Fleck MPA., Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):431-38.
34. Snowdon J. How high is the prevalence of depression in old age? *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(Supl I ):42-7.
35. Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Cien Saúde Colet*. 2002;7(4):743-56
36. Souza RL, Meideiros JGM, Moura ACL, Souza CLM, Moreira IF. Validade e fidedignidade da escala de depressão geriátrica na identificação de idosos deprimidos de um hospital geral. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(2):102-7.
37. Benedetti TRB, Gonçalves LHT, Mota JAPS. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. *Texto contexto - Enferm*. 2007;16(3):387-98.
38. Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *International Psychogeriatrics*. 1996;8(1):103-12.
39. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiat. Res*. 1983;17(1):37-49.
40. Burns A, Lawlor B, Craig S. Rating scales in old age psychiatry. *Bringing Journal of Psychiatry*. 2002; 180:161-7.
41. Diniz BSO, Volpe FM, Tavares AR. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico *Rev Psiquiatr Clín*. 2007; 34(1):13-7.



