

# A OCORRÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS(AS) INSTITUCIONALIZADOS SEGUNDO A APLICAÇÃO DA ESCALA DE YESAVAGE

CAMILA ROSE G. B. SCHWONKE\*  
JOSÉ RICHARD DE SOSA SILVA\*\*  
MARLENE TEDA PELZER\*\*\*  
ADRIANA DORA DA FONSECA\*\*\*\*

## RESUMO

O presente estudo constitui-se em um trabalho final da disciplina Saúde do Idoso, do Mestrado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande e busca versar sobre a incidência de transtorno do humor, como a depressão, em um grupo de idosos(as) institucionalizados(as), a partir da utilização da escala de Yesavage. A mesma foi aplicada junto a quinze idosos(as) moradores de uma Instituição de Longa Permanência (ILP) em um município do interior do Rio Grande do Sul. A utilização da presente escala sugeriu que 67% de idosos(as), institucionalizados(as) no momento do estudo, apresentavam escore compatível com transtorno depressivo, ocorrência de sentimentos de abandono de interesse e atividades, sensação de vida vazia, aborrecimento, desamparo, tendência ao isolamento, tristeza, vontade de chorar, entre outros, os quais podem estar associados a um maior tempo de ócio, afastamento da família e carência de atividades lúdico-sociais. Percebe-se assim uma necessidade emergente, em especial, dos profissionais de enfermagem, em discutir e implementar ações e estratégias que promovam uma melhor qualidade na assistência ao(à) idoso(a) institucionalizado(a), de forma a contemplar os diversos aspectos da sua existência.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; idoso; depressão.

## ABSTRACT

### **Depressive Symptoms Occurring with Institutionalized aged persons as measured by the yesavage scale**

The study shows a final paper on the Health of the Aged, for a Master's Nursing Thesis of the "Fundação Universidade Federal do Rio Grande", aiming to cover the incidence of ill-humor, such as depression, amidst a group of institutionalized aged persons, making use of the Yesavage Scale. The instrument was applied to 15 aged persons housed in a Long Stay Institution (ILP) in an interior province of the State of Rio Grande do Sul. Results showed 67% of the aged living in institutions at the time of the study presented a score emblematic of depressive upsets, feelings of reduced interest for activities, an empty-life feeling, unpleasantness, discouragement, a propensity to loneliness, unhappiness, and crying bouts, among others; such symptoms might be associated to extended leisure time, isolation from the family, and a scarcity of recreative-social

---

\* Mestranda em Enfermagem – FURG.

\*\* Mestrando em Enfermagem – FURG.

\*\*\* Professora do Dep. de Enfermagem – FURG. Doutora em Enfermagem.

\*\*\*\* Professora do Dep. de Enfermagem – FURG. Doutora em Enfermagem.

activities. It is thus perceived the emergent need for Nursing professionals in particular to debate and implement actions and strategies capable of promoting improved assistance to the institutionalized aged person, covering for the various aspects of their lives.

**KEY WORDS:** Nursing; aged persons; depression.

## **1 – INTRODUÇÃO**

O cuidado ao(à) idoso(a) pautado na promoção e resgate de sua autonomia, necessita ser o objetivo maior da enfermagem na área de gerontogeriatria. Esse cuidado precisa contemplar não só os aspectos biológicos e sociais, mas também os psicológicos e éticos. Para a maioria dos(as) idosos(as), a velhice pode significar uma fase de perdas importantes, tais a da autonomia, da juventude, da saúde, do(a) companheiro(a) e principalmente, perdas afetivas, decorrentes do próprio contexto sociocultural pós-moderno. A família, espaço tradicional de acolhimento dos mais velhos e alternativa mais viável sob muitos aspectos, está cada vez menos disponível para atender os idosos dependentes e fragilizados. As instituições para idosos se apresentam como uma realidade bastante presente no Brasil, constituindo, muitas vezes, a única alternativa de moradia.

Nessa perspectiva, o presente estudo tem por objetivo identificar a incidência de transtorno do humor, como a depressão, em um grupo de idosos(as) institucionalizados(as), a partir da utilização da escala de Yesavage.

## **2 – A DEPRESSÃO E O(A) IDOSO(A) RESIDENTE NA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA (ILP)**

As conquistas sociais do século XX e os progressos da medicina têm proporcionado um aumento na expectativa de vida da população, levando a um significativo crescimento no número de pessoas idosas, principalmente em países desenvolvidos e em desenvolvimento.<sup>1</sup>

De acordo com dados do IBGE (2002), o número de idosos(as) brasileiros(as) representa 9% da população total, o que corresponde a 15 milhões de indivíduos<sup>2</sup>.

Diversos critérios compõem a demarcação do que vem a ser uma pessoa “idosa”. Na compreensão de Santos<sup>3</sup>, alicerçada na Organização Mundial de Saúde, o conceito de idoso(a) varia entre países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento. Assim, para os primeiros, são considerados idosos(as) aquelas pessoas com sessenta

anos ou mais. Nos países em desenvolvimento, pessoas com 65 anos ou mais. Hoje, para efeitos penais, em face do Estatuto do Idoso<sup>4</sup>, é considerado(a) idoso(a) a pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos.

Esse é um critério de classificação que permite agrupar indivíduos a partir de uma ou mais características comuns a todos eles, mas que também traz em si algumas limitações. Há que se lembrar que o conceito de idoso(a) envolve mais do que a simples determinação de idades-limite biológicas.<sup>5</sup>

Diante desse panorama, parece fácil designar quem é ou não idoso(a), porém tal conceito extrapola simplesmente uma classificação etária, assumindo uma dimensão psicossocial mais ampla. Assim, ser idoso(a), traduz-se em percorrer uma trajetória de vida marcada por realizações pessoais, saberes e experiências positivos ou não, acumulados durante o tempo e que vão dar sentido ao misterioso enigma que envolve a existência humana.

Assim, não se pode ignorar a necessidade de se oferecer atenção especializada à velhice, no âmbito institucional, político, econômico e da saúde. Alicerçada na mudança do perfil demográfico mundial, torna-se necessário uma reestruturação global, pois o idoso possui suas próprias características e peculiaridades que devem ser atendidas.<sup>6</sup>

No Brasil, o rápido crescimento da população idosa teve como consequência o aumento da prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), sendo que o sistema de saúde não se mostra preparado, evidenciando lacunas na assistência de saúde a esse segmento social.

O ser idoso assume importância relevante à medida que o envelhecer proporciona o aparecimento e o agravamento de doenças físicas, inerentes ao próprio processo natural de envelhecimento celular e também de doenças psicossomáticas que podem ser geradas pela percepção de que o envelhecer é parte da última etapa do desenvolvimento humano, estando, portanto, muito próximo à morte.

Envelhecer está associado a uma utilização mais freqüente dos serviços de saúde, demandando por parte do sistema de saúde uma atenção e assistência diferenciada. Observa-se uma carência de profissionais especializados na área de geriatria e gerontologia preparados para abordar de forma qualificada as situações inerentes ao processo de envelhecimento. Conseqüentemente, algumas vezes, o cuidado de enfermagem dispensado é inadequado às reais necessidades dos(as) idosos(as).

A inconsistência do sistema de saúde vigente em acolher e cuidar os/as idosos(as), aumenta a responsabilidade da família em relação ao

cuidado prestado aos(às) mesmos(as). É possível observar nesse contexto um retraimento da família, assoberbada pelas fragilidades econômicas e sociais e pelas perdas de vínculos afetivos, sinalizando sua dificuldade em realizar cuidados frente à progressiva dependência do(a) familiar idoso(a).

Tal distanciamento desvela uma necessidade, seja ela intencional ou não, de institucionalizar esses(as) idosos(as), ou seja, segregá-los(as) do ambiente familiar, transferindo a responsabilidade para um serviço asilar, hoje denominado Instituição de Longa Permanência (ILP).

Institucionalizar significa “dar caráter de institucionalização, adquirir o caráter de instituição”, sendo assim, significa adequar o(a) idoso(a) a um regime institucional que pode, na maioria das vezes, desconsiderar a singularidade que o envelhecer tem para cada indivíduo.<sup>7</sup> Tal fenômeno costuma gerar ansiedade, medo, angústia e até depressão, devido principalmente à mudança brusca a que os(as) idosos(as) são submetidos(as).

A depressão é uma doença que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento. Altera a maneira como a pessoa vê o mundo e sente a realidade, entende as coisas, manifesta emoções, sente disposição e prazer com a vida. Ela afeta a forma como a pessoa se alimenta e dorme, como se sente em relação a si próprio e como pensa sobre as coisas.

A depressão não tem etiologia definida e fatores genéticos, ambientais e psicossociais podem estar envolvidos<sup>8</sup>. Depressão é um Transtorno Afetivo ou do Humor, caracterizado por uma alteração psíquica e orgânica global, com conseqüentes alterações na maneira de valorizar a realidade e a vida<sup>9</sup>. Pode causar desordens no comportamento, afetando de modo negativo o estilo de vida e pode ser induzido por fatores biológicos, sociais e até psicológicos, atingindo pessoas de diferentes idades e condições econômicas e sociais, sendo, portanto, o(a) idoso(a) igualmente suscetível a ela.

É difícil diagnosticar síndromes depressivas em idosos(as), dificultando o tratamento que poderia beneficiar grande parte do grupo. A doença nessa idade é acompanhada de receios, diminuição da auto-estima, sentimento de abandono e de desvalorização, dependências físicas, desesperança em obter melhoras, tornando-os(as) fragilizados(as) e com medo da morte<sup>10</sup>.

Infelizmente em nossa cultura, grandemente influenciada pela mídia, mistifica-se a juventude, com um corpo perfeito, magro, de formas definidas, com forte apelo estético e sexual. O corpo envelhecido numa cultura dominada pelo padrão de beleza da juventude geralmente causa recusa, tornando-se um fardo e não mais uma expressão de

nosso ser, prazer e vitalidade<sup>11</sup>.

O processo de envelhecimento também é afetado pela instabilidade econômica, devido ao afastamento do mercado de trabalho, declínio físico e o surgimento de várias doenças, podendo agravar ou conduzir a transtornos do humor como a depressão.

Com frequência, esse(a) idoso(a) necessita da sua família para receber cuidados, e as mesmas, por sua vez, nem sempre aceitam ou possuem condições de assumir tal função. A institucionalização surge assim como uma opção, um lugar de passagem, obrigando o(a) idoso(a) a um novo convívio, até então desconhecido da sua realidade.

Ao enfrentar a institucionalização, esse(a) idoso(a) separa-se de sua família, de seu espaço doméstico, e passa a conviver com pessoas estranhas, com horários pré-fixados de café da manhã, lanches, almoço e janta, falta de intimidade, isolamento social e cultural, aumentando a sensação de solidão, inutilidade e abandono.

Na questão social, ressalta-se o limitado bem-estar e qualidade de vida oferecida na maioria das ILP, somando-se também a diminuição gradativa de seu espaço sócio-econômico-cultural, acompanhado em inúmeras oportunidades do abandono familiar, gerando uma situação de contínuas perdas que, associadas às condições de cada idoso(a), são fatores que propiciam o surgimento da depressão.

É nesse cenário onde se questionam os valores existenciais que a depressão pode vir a surgir, nem sempre sendo percebida por todos que estão envolvidos no cuidado, pois muitas das manifestações depressivas nessa fase podem confundir-se com características interpretadas como “normais”.

Toda essa exclusão social, produzida pela institucionalização, fundamenta-se do escasso conhecimento que se tem de sua realidade psicológica e da percepção do mundo em que está inserido. É importante ressaltar o destaque da autonomia funcional, que associada às alterações da aparência física e ao apego ao passado, produzem um efeito acumulativo do processo do envelhecimento, resultando em uma velhice com mais dificuldades e fragilidades. Esses possíveis problemas evidenciados na velhice podem justificar a alta prevalência de suicídio entre os(as) idosos(as) deprimidos(as)<sup>12</sup>.

Não se pode esquecer que a depressão é a patologia mais freqüente em tal faixa etária<sup>8</sup>, sendo normalmente apresentada de maneira atípica ou indireta, ou seja, encoberta por múltiplas e variadas queixas somáticas e associada a quadros de franca ansiedade. No entanto, o tratamento adequado pode trazer benéficos específicos para a saúde mental dos idosos e também para a sua qualidade de vida.

Cabe salientar a importância da família na participação do

cuidado ao(à) idoso(a), bem como dos(as) profissionais da Enfermagem para aqueles(as) que se encontram em ILP, de forma a entender que o tratamento não se constitui apenas no uso de medicações, mas principalmente no desenvolvimento de ações que os(as) integrem ao ambiente social e que promovam maior resgate de sua autonomia e cidadania.

### **3 – METODOLOGIA**

#### **3.1 – Caracterização do estudo**

O estudo constituiu-se em uma pesquisa de caráter quantitativo, que utilizou como instrumento de coleta de dados a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (1983)<sup>13</sup>, que contém trinta perguntas fechadas, com duas opções de resposta, sim ou não. A partir do escore de pontos de respostas, pode-se sugerir transtorno depressivo para um escore inferior a onze pontos. A coleta dos dados deu-se no mês de julho de 2005.

#### **3.2 – Local do estudo**

O estudo foi realizado em uma Instituição de Longa Permanência (ILP) de caráter filantrópico, com 112 anos de existência, localizada em um município do interior do Rio Grande do Sul. A instituição em estudo abriga 110 idosos(as), os quais contribuem para a mesma com setenta por cento de sua renda.

#### **3.3 – Sujeitos do estudo**

A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage foi aplicada a um grupo de quinze idosos(as), residentes na ILP, sendo onze do sexo masculino e quatro do sexo feminino, todos escolhidos aleatoriamente.

#### **3.4 – Critérios para a seleção dos sujeitos**

Os critérios de escolha dos sujeitos foram: ter sessenta anos ou mais, saber ler e escrever, estar residindo na ILP em questão e concordar em participar do estudo.

#### **3.5 – Aspectos ético-legais**

Todos(as) os(as) participantes concordaram em participar da pesquisa mediante a assinatura do termo Livre e Esclarecido. Foram respeitados os preceitos da Resolução 196/96, que regulamenta a

realização de pesquisas com seres humanos. Os dados foram coletados após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande e do aceite da instituição envolvida.

## 4 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após a realização da coleta dos dados, por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS), os mesmos foram organizados e tabulados. Aqui serão abordados os achados mais significativos que sugerem transtorno depressivo em idosos.

### 4.1 – Percentual de idosos(as) com transtornos depressivos segundo a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

TABELA 1 – Percentual de idosos(as) com transtornos depressivos, segundo a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage.

ESCORE	Nº IDOSOS(as)	% IDOSOS(as)
Acima ou iguais a 11 pontos	10	67
Abaixo de 11 pontos	5	33
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Verificou-se com a aplicação da presente escala que 67% dos(as) idosos(as) apresentaram, no momento da coleta de dados, um escore de pontos superior a onze, o que sugere transtorno depressivo.

Percebe-se, assim, uma elevada ocorrência de sintomas característicos de depressão no grupo estudado, corroborando com estudo<sup>14</sup> que evidenciou um índice de 60% de transtornos depressivos em idosos(as) institucionalizados(as).

Ao vivenciarmos o cotidiano da instituição onde se realizou o presente estudo, como enfermeiros(as) supervisores(as) de estágio de um curso para técnicos(as) em enfermagem, observamos uma carência de atividades lúdicas, laborativas e sociais com os(as) idosos(as) lá residentes, o que provavelmente propicia um maior tempo de ócio ou de vínculo a atividades menos sociáveis como assistir à televisão. Esse contexto tende a criar um ambiente de isolamento e introspecção, o que pode propiciar o surgimento e a exacerbação de sintomas depressivos.

### 4.2 – Respostas obtidas na aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

QUESTÕES ABORDADAS NA ESCALA YESAVAGE	SIM (%)	NÃO (%)
1-Satisfação com a vida	73	27

2-Abandono de interesses e atividades	67	33
3-Sensação de vida vazia	80	20
4-Sentimento de aborrecimento	60	40
5-Fé no futuro	53	47
6-Pensamentos negativos	46	54
7-Bom humor a maior parte do tempo	86	14
8-Medo de algo ruim acontecer	46	54
9-Sentir-se feliz a maior parte do tempo	80	20
10-Sentimento de desamparo e adoecimento	67	33
11-Sentimento de intranquilidade	46	54
12-Vontade de ficar em casa ao invés de sair	67	33
13-Preocupação com o futuro	33	67
14-Pensa ter mais problemas de memória que os outros	46	54
15-Pensa ser bom estar vivo	73	27
16-Fica freqüentemente triste	60	40
17-Sente-se inútil	26	74
18-Preocupa-se muito com o passado	20	80
19-Acha a vida muito interessante	73	27
20-Dificuldade em começar novos projetos	80	20
21-Sentir-se cheio de energia	73	27
22-Sentir-se sem esperança	33	67
23-Pensa que os outros têm mais sorte	46	54
24-Preocupa-se com coisas sem importância	26	74
25-Sente freqüentemente vontade de chorar	53	47
26-Dificuldade para concentrar-se	33	67
27-Sentir-se bem ao despertar	73	27
28-Prefere evitar reuniões sociais	46	54
29-Possui facilidades de tomar decisões	67	33
30-Raciocínio claro como antigamente	40	60

Com a aplicação da escala, alguns sintomas tornam-se relevantes, necessitando serem abordados frente à sua elevada ocorrência no grupo pesquisado.

Assim, 67% dos(as) idosos(as) referiram abandono de interesses e atividades, com predomínio de sentimentos tais como: 80% de vida vazia, 60% de aborrecimento e 67% de desamparo e adoecimento, entendendo-se que poderiam ser amenizados com o desenvolvimento de atividades laborativas e de lazer, bem como de maior inserção social e de aproximação com seus familiares.

Os distúrbios neuropsiquiátricos, como a depressão, são a principal causa de perda da capacidade de realizar as atividades cotidianas em pacientes idosos(as), aumentando de forma relevante com a idade, porém não fazendo parte do processo normal de envelhecimento<sup>14</sup>.

Percebeu-se também uma tendência do grupo ao isolamento, quando 67% responderam ter vontade de ficar em casa em vez de sair,

o que pode ser entendido também pela própria condição de ser idoso(a) institucionalizado(a), fato que inviabiliza para muitos a saída para além dos muros da instituição. Nesse sentido, o asilamento, por todas as suas implicações e circunstâncias, leva à apatia, à passividade, à alienação e à falta de desejo<sup>15</sup>.

Em relação a sentir-se freqüentemente triste, 60% responderam sim e 53% relataram ter vontade de chorar freqüentemente, o que sugere mais nitidamente labilidade afetiva e tendência à sintomatologia depressiva.

A tristeza, juntamente com alterações do sono, alterações do apetite, perda de energia, sensação de culpa, diminuição da concentração e pensamentos sobre a morte, em menor escala, podem ser sintomas sugestivos de transtornos depressivos em idosos(as)<sup>9</sup>.

A preocupação com o futuro foi significativa para 67% dos(as) idosos(as), sendo que 80% relataram dificuldades para começar novos projetos. Essa falta de perspectiva para o futuro pode estar aderida a uma proximidade cada vez maior da morte e a certeza de que a institucionalização será sua condição permanente até lá, embora se reconheça como um local de passagem. O asilamento faz o(a) idoso(a) perder a possibilidade de administrar seu tempo, seu espaço, suas decisões e relações. O seu querer é o querer da instituição. A vontade individual fica submetida à vontade e às decisões administrativas da instituição<sup>15</sup>.

No grupo, 60% dos(as) entrevistados(as) mencionaram não possuir um raciocínio claro como antigamente. Tais alterações cognitivas são mais freqüentes em idosos(as) deprimidos(as) do que em jovens, o que sugere um pior prognóstico da depressão, podendo vincular-se, portanto, ao processo natural de envelhecimento celular, mas também a lacunas do serviço em desenvolver atividades que promovam um constante exercício da capacidade mental do grupo estudado<sup>10</sup>.

## **5 – CONCLUSÃO**

Ao finalizarmos as reflexões acerca do presente estudo, percebemos uma necessidade emergente de discutir e implementar ações e estratégias que promovam uma melhor qualidade na assistência ao(ido) idoso(a) institucionalizado(a), de forma a contemplar não somente os aspectos biológicos dessa fase do desenvolvimento humano, mas principalmente aqueles que se referem à inserção social, ao desenvolvimento cognitivo por meio de atividades laborativas, lúdicas e criativas – como dança, música, arteterapia – bem como promoção de

suporte afetivo por meio do contato familiar e da convivência com cuidadores(as) e outros(as) asilados(as).

Percebe-se também a necessidade de inclusão da Enfermagem para além de atividades que contemplam o simples cuidado técnico, estendendo-se a um cuidado humanizado que vislumbre os aspectos psicológicos do envelhecer saudável, acreditando-se assim poder amenizar e prevenir sintomas depressivos em idosos(as) institucionalizados(as).

## REFERÊNCIAS

1. LAVINSKY, A.E., VIEIRA, T.T. **Processo de cuidar idosos com acidente vascular encefálico:** sentimentos dos familiares envolvidos. Disponível em: [www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/Acta%20scientiarum%20-%20Saude%20v26\\_01\\_e](http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/Acta%20scientiarum%20-%20Saude%20v26_01_e). Acesso em: 20 de jun. 2005.
2. ARAUJO, L.F. CARVALHO V.A.L. **Velhices:** estudos comparativos das representações sociais entre idosos de grupos de convivência. Texto sobre envelhecimento, UNATI, Rio de Janeiro, 2004.
3. SANTOS, S. S. C. **O ensino da enfermagem Gerontogeriátrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da complexidade de Edgar Morin.** 2003, 199f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Pós – graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
4. BRASIL. **LEI 10741** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm) . Acesso em: 29 de jun. 2006
5. CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.88-105.
6. BRANDÃO, C, L, C. ARANHA VV.C.; CHIBA, T.; QUAYLE, J.; LUCIA, M.C.S. **A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos de ICHC-FMUSP.** Disponível em: <http://www.scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php> – Acesso em: 29 de jun. 2006.
7. REZENDE, J.M. **Linguagem Médica:** “Institucionalização” do idoso. Disponível em: <http://www.usuarios.cultura.com.br/jmrezende>>. Acesso em: 20 de jun. 2005.
8. LITVOC, J; BRITO, F.C. **Envelhecimento:** Prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.
9. BALLONE GJ – **Depressão no Idoso.** Disponível em <http://www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso.html> .Acesso em jul. 2005.
10. STOPPE, A.J. **Depressão e demência no idoso:** Características clínicas da depressão em idosos. São Paulo:Lemos editorial. 1997.
11. MONTEIRO, D. M. R. **Depressão e Envelhecimento:** Saídas Criativas. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
12. CORRÊA, A. C. O. **Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer.** Belo Horizonte: Health, 1996.

13. YESAVAGE, J. A. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J. Psychiatr Res.** v. 17, n. 4, p. 37-49, 1983.
14. Porcu, M., Fritzen C., V., Cano M., F., F., Bemvides, M., N., Colombari, I. **Prevalência da sintomatologia depressiva em idosos em uma área de saúde da família no município de Maringá, Estado do Paraná.** Disponível em: [www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/2002/08\\_Mauro%20Porcu\\_Prevalencia%20de%20sintomatologia\\_226\\_02](http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/2002/08_Mauro%20Porcu_Prevalencia%20de%20sintomatologia_226_02). Acesso em: 20 de jun. 2005.
15. HERÉDIA, V. B. M.; CORTELETTI, I. A.; CASARA M. B.; SASSI, A.; RAMALHO M. H. S.; BORGES, M. N. F. A realidade do idoso institucionalizado. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 1-15, 2004.

Recebido em 06/03/06  
Aceito em 10/10/06