

## **Efeitos de um programa de intervenção no desempenho cognitivo e sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados**

*Effects of an intervention program on cognitive performance and depressive symptoms in institutionalized older adults*

Patricia do Nascimento Tavares  
Janice Heidt Schmidt  
Carla Witter

**RESUMO:** Objetivou-se quantificar os efeitos de uma intervenção cognitiva no desempenho cognitivo de idosos institucionalizados. Participaram cinco idosos, com média de idade de 77 anos e baixa escolaridade, que foram submetidos à avaliação neuropsicológica antes e após a intervenção cognitiva de oito sessões. Os resultados dos pré- e pós-testes mostraram discreto efeito da intervenção em níveis de depressão, fluência verbal, memória e praxia. Concluiu-se que a intervenção cognitiva teve efeito positivo, principalmente nos sintomas depressivos.

**Palavras-chave:** Estimulação Cognitiva; Envelhecimento; Institucionalização.

**ABSTRACT:** *This study aimed to quantify the effects of a cognitive intervention on cognitive performance of institutionalized older adults. Participated five elderly, with average age of 77 years and low education, who were submitted to a neuropsychological evaluation, for eight sessions, before and after cognitive intervention. The results of pre and post - tests showed slight effect of the intervention on levels of depression, verbal fluency, memory and praxis. It was concluded that cognitive action had a positive effect principally in depressive symptoms*

**Keywords:** *Cognitive Stimulation; Aging; Institutionalization.*

## Introdução

Estudos epidemiológicos que buscam investigar as características envolvidas no envelhecimento humano avaliam que o aumento da expectativa de vida da população está estritamente ligado a comorbidades, dentre as quais, se destacam as síndromes psiquiátricas e o déficit cognitivo (Porcu, *et al.*, 2002; Goretti, Oliveira, & Pereira, 2006; Veras, 2009; Silva, *et al.*, 2011). A longevidade e as comorbidades associadas ao envelhecimento atual impedem que muitos idosos tenham uma vida ativa e saudável nessa fase do desenvolvimento.

A institucionalização aparece, então, como uma opção, aumentando a demanda de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que acolhem idosos com diferentes perfis (Brasil, 2006). Pesquisas revelam que os motivos mais frequentes da institucionalização de idosos são: ausência de cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças, alto grau de dependência, devido à incapacidade física e cognitiva, condições financeiras baixas, e necessidade de cuidados especiais e reabilitação (Lustre, & Morelli, 2004; Lenardt, 2006; Dias, 2007; Perlini, Leite, & Furini, 2007; Neves, 2012).

O estudo de Duca, Silva, Thumé, Santos, & Hallal (2012) constatou que indivíduos do sexo feminino, com idade avançada, os solteiros, separados ou viúvos, com baixa escolaridade formal, e que possuíam incapacidade funcional para a realização das atividades básicas da vida diária apresentavam características para institucionalização. Portanto, estes aspectos foram preditores para institucionalização dos idosos nas ILPIs.

A institucionalização asilar faz com que o idoso se adapte à rotina de horários, a dividir com estranhos o seu ambiente, afastando-o da convivência familiar; são situações estressantes que desencadeiam problemas físicos, emocionais e psicológicos (Bartholo, 2003). Neste ambiente, o poder de escolha e a subjetividade são ignorados, gerando sentimentos de ser apenas mais um em meio à coletividade (Porcu, *et al.*, 2002), já que o idoso institucionalizado se vê dissociado do convívio social, obrigando-se a adotar um estilo de vida diferente do que possuía, diminuindo a qualidade de vida (QV), e corroborando para o declínio cognitivo.

Em contrapartida, a institucionalização nem sempre é dotada de aspectos negativos. Freire Junior, e Tavares (2005) constataram que os idosos institucionalizados mencionaram o relacionamento interpessoal como responsável por se sentirem saudáveis, atribuindo às redes de apoio e o convívio com pares como sendo estratégias de sobrevivência.

O apoio social que os idosos institucionalizados partilham entre si auxilia na manutenção da saúde, visto que eleva a sobrevivência e ajuda nos processos de cura, permitindo que o asilado supere certos acontecimentos traumáticos, como a perda de entes queridos, a perda de papéis sociais, aposentadoria e o fato de encontrarem-se institucionalizados (Sluzki, 1997; Valla, 2000). O convívio grupal entre idosos também foi apontado como responsável pela minimização de problemas oriundos desta fase da vida em outros estudos (Araújo, Coutinho, & Santos, 2006; Araújo, Coutinho, e Saldanha, 2005; Araújo, 2006), já que proporciona a construção de vínculos de amizade e laços afetivos.

Em estudo realizado por Santana, *et al.* (2012), das 71 entrevistadas, 43% relataram que a vida na instituição é boa, pois nela encontram satisfação de algumas necessidades básicas, como alimentação e descanso, acrescentando que a institucionalização nem sempre é sinônimo de perdas, já que é possível desfrutar desta etapa da vida com alegria e bem-estar. Freire Junior, e Tavares (2005) mencionaram que a instituição asilar oferece abrigo para idosos que são excluídos pela família e sociedade, proporcionando residência fixa, tornando-se um ponto de referência para que tenham um envelhecimento digno. Relatos semelhantes de idosos residentes em ILPI, sobre sentirem-se satisfeitos em residir em uma instituição, também foram obtidos em outras investigações (Jordão Netto, 1986; Faleirosa, & Justo, 2007).

No contexto das instituições asilares, o isolamento, as relações pessoais conturbadas, déficit comunicativo, inatividade, submissão a regras, promovem a perda da individualidade, agravando quadros patológicos preexistentes, como por exemplo, a depressão (Carreira, Botelho, Matos, Torres, & Salci, 2011). A depressão é caracterizada pelo humor deprimido e perda do interesse e prazer em realizar qualquer tipo de atividade, apresentando-se de forma heterogênea na população idosa, seja em relação à sua etiologia, sejam nos aspectos relacionados à sua apresentação e tratamento, fatores que contribuem para o declínio cognitivo (Carreira, *et al.*, 2011).

Estudos nacionais ressaltam que 7% dos idosos participantes se enquadram nos critérios para diagnóstico de demência, e 16% possuem diferentes graus de deterioração cognitiva ou funcional (Bottino, *et al.*, 2008; Hototian, *et al.*, 2008), indicando que o declínio cognitivo, do mesmo modo que as doenças crônicas, denotam ser sérios problemas de saúde pública, visto que geram a dependência do indivíduo. Tais dados conotam a importância das intervenções cognitivas para a melhora da autonomia e, conseqüentemente, da QV dos idosos.

Resultados de pesquisas recentes demonstram que o treino cognitivo é uma ferramenta interventiva eficaz tanto em idosos saudáveis, como em indivíduos com comprometimento cognitivo leve (Lima-Silva, & Yassuda, 2012; Brum, Forlenza, & Yassuda, 2009; Irigaray, Schneider, & Gomes, 2011) e influencia na melhora da QV e bem-estar psicológico, corroborando para o envelhecimento bem-sucedido e diminuição de sintomas depressivos (Levine, *et al.*, 2007). Tais autores salientam que há escassez de estudos que abordem a relação entre treinos cognitivos, QV e bem-estar psicológico, ressaltando que, entre as publicações existentes, se verifica aumento no bem-estar psicológico em função do treino cognitivo, evidenciando que tais benefícios abrangem outros domínios da vida dos idosos.

Ribeiro, e Yassuda (2007) afirmam que um dos determinantes da QV é a capacidade cognitiva, visto que o déficit cognitivo influencia no comprometimento do funcionamento físico, social e emocional dos idosos. Essa hipótese é corroborada por Winocur, *et al.* (2007), quando informam que a QV colabora para que o envelhecimento seja bem-sucedido, preservando o funcionamento cognitivo, ou seja, as duas variáveis estão estreitamente ligadas, uma dependendo da outra.

Outro benefício oriundo dos treinos de memória é que, ao fazerem parte de um grupo social, os participantes constroem novas redes sociais por meio do contato com outros idosos durante as sessões dos treinos, fator que influencia diretamente na melhora do bem-estar psicológico (Irigaray, Schneider, & Gomes, 2011). Desse modo, o presente estudo objetivou investigar a eficácia e os efeitos de um treino cognitivo em idosos institucionalizados residentes em uma ILPI.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa de campo, com delineamento quase-experimental e análise quantitativa dos dados. Foi realizada com cinco idosos, residentes em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI), de administração pública, situada no município de São Paulo (SP) que presta assistência, atualmente, a 58 idosos carentes.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade São Judas Tadeu, sob o parecer n.º 697.512 e C.A.E.E. n.º 28678414.2.0000.0089.

Foram incluídos na amostra, os idosos com idade igual ou superior a 60 anos, institucionalizados há pelo menos seis meses, e que dispunham de condições físicas e de saúde íntegras para participar da intervenção cognitiva, sendo excluídos os idosos acamados, com problemas visuais ou auditivos que impedissem a realização das atividades. Foram excluídos os dados dos participantes cuja frequência, nas sessões experimentais, foi inferior a 75%.

Os participantes que aceitaram os termos e condições da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, e foram submetidos a uma bateria de testes de avaliação neuropsicológica, antes e após a intervenção cognitiva. Para levantamento de dados pessoais e de saúde dos participantes, foi utilizado um questionário sociodemográfico estruturado. A avaliação do estado mental foi realizada com o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), desenvolvido por Folstein, Folstein, e McHugh (1975), adaptado para a população brasileira por Bertolucci, Brucki, Campacc, e Julian (1994), sendo adotados os pontos de corte, segundo nível de escolaridade propostos por Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci, e Okamoto (2003). O MEEM faz parte da bateria do CERAD validado no Brasil por Bertolucci, Okamoto, Toniolo Neto, Ramos, e Brucki (1998), que foi utilizada para avaliação do desempenho cognitivo dos participantes.

A velocidade de processamento de informações foi avaliada, utilizando-se o subtteste Códigos, da Escala Wechsler de Inteligência para Adultos (WAIS-III), adaptada para uso no Brasil e indicada para avaliação de pessoas com idade entre 16 e 89 anos (Nascimento, 2004). Medida de memória de trabalho foi obtida por meio dos subttestes Dígitos Direto e Dígitos Inverso, ambos do WAIS-III. Para avaliação de sintomatologia depressiva, utilizou-se a versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), desenvolvida por Yesavage, *et al.* (1983), validada para a população brasileira em estudo conduzido por Almeida, O.P. e Almeida, S.A. (1999a; 1999b).

Os participantes assistiram a oito sessões de treino cognitivo, que foram realizadas duas vezes por semana, com duração de 60 minutos cada. O programa de treinamento realizado teve como objetivo estimular a memória e funções cognitivas a ela relacionadas.

As atividades desenvolvidas durante a intervenção cognitiva são brevemente descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição das atividades desenvolvidas na intervenção cognitiva

Sessão N.º	Atividades
1	Reconhecimento de Figuras com evocação imediata
2	Reconhecimento de figuras com evocação imediata por cores
3	Jogos de Memória Sequências Lógicas
4	Completar figuras geométricas com evocação imediata Categorização por cores Organização de sequências de cores com evocação imediata
5	Formação de imagens pela justaposição de cubos Jogos de memória
6	Jogo da Torre de Hanói Exercícios com labirintos
7	Organização de figuras por categorias com evocação tardia Stop fonológico Apresentação de vídeo curto, com resgate de detalhes
8	Evocação tardia de figuras numa prancha com criação de pequenas histórias Stop fonológico

A análise dos dados foi realizada por meio do software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20 para *Windows*. Foi analisada a normalidade das variáveis contínuas de interesse, por meio do teste *Shapiro-Wilks*, verificando-se distribuição não normal no Pré-Teste para os dados da EDG ( $p=0,005$ ), códigos ( $p=0,004$ ), dígitos direto ( $p=0,048$ ) e evocação tardia da lista ( $p=0,042$ ), enquanto na avaliação de Pós-Teste, obteve-se distribuição não normal em códigos ( $p=0,031$ ) e nomeação de Boston ( $p=0,046$ ). Os resultados das variáveis categóricas são apresentados na forma de média, desvio-padrão, porcentagem, mínimo e máximo. Para comparação entre tempos (Pré-Teste x Pós-Teste), das variáveis numéricas pareadas, utilizou-se o teste de Wilcoxon. O tamanho do efeito foi calculado utilizando-se a fórmula:  $r = \frac{Z}{\sqrt{\Delta}}$  (onde  $\Delta$  equivale ao número total de observações realizadas nos dois tempos), comparando-se os valores obtidos com o proposto por Cohen (1992).

## Resultados

O perfil do grupo de treino é descrito na Tabela 1. A amostra foi composta, predominantemente, por mulheres (80%).

A média de anos de escolaridade dos participantes é considerada baixa e, na comparação por gênero, as mulheres apresentaram níveis de escolaridade mais baixos (entre 0 e 4 anos). Cabe ressaltar que a maioria dos participantes considera sua memória boa (80%), sendo a maior dificuldade relatada pelos mesmos, a recordação de nomes (40%).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo

Variável	Estatística (n=5)
Gênero	F=4 (80%) M= 1 (20%)
Idade	77,00 ± 10,87 (61 – 88)
Escolaridade	3,00 ± 3,00 (0 – 7)
Estado Civil	Viúvo (a) = 3 (60%) Divorciado (a) = 1 (20%) Solteiro (a) = 1 (20%)
Tempo de Institucionalização (Meses)	15,00 ± 7,52 (6 – 25)
Renda	Não tem renda = 2 (40%) De 1 a 2 salários = 3 (60%)
Morbidades	Endócrinas = 3 (27,27%) Osteomusculares = 4 (36,36%) Urinárias = 1 (9,10%) Cardíacas = 3 (27,27%)

Notas: Os resultados das variáveis Idade, Escolaridade e Tempo de Institucionalização, são apresentados em média, desvio-padrão, mínimo e máximo. Em relação aos resultados das variáveis Gênero, Estado Civil, Renda e Morbidades, são apresentadas as frequências e porcentagens

Na Tabela 2 são demonstradas as médias nos testes da bateria de avaliação neuropsicológica, nos dois tempos de avaliação (Pré- e Pós-Teste). Os resultados indicam que houve aumento no Pós-Teste, porém não significativo estatisticamente, nas medidas de fluência verbal, evocação imediata da lista de palavras, evocação tardia da lista de palavras e evocação da praxia. Na comparação entre tempos, observa-se diminuição na média da EDG no Pós-Teste, o que é positivo, pois indica melhora dos sintomas depressivos entre os idosos. Observa-se, também, melhora do estado mental geral, avaliado pelo MEEM. Adicionalmente, foi calculado o tamanho do efeito da intervenção, tendo em vista o reduzido tamanho da amostra e a utilização de testes não-paramétricos, com menor poder estatístico para detecção da magnitude das diferenças.

Os resultados indicaram um efeito médio para grande na redução de sintomas depressivos, quando os idosos são submetidos a programas de treinamento. Um efeito grande ( $r=-.51$ ) foi observado em evocação tardia da lista de palavras após a realização da intervenção cognitiva.

Tabela 2 - Desempenho no Pré- e Pós-Teste e tamanho do efeito da intervenção cognitiva

Variável	Pré-Teste Média ± DP	Pós-Teste Média ± DP	Z	p	r
EDG	7,80 ± 2,17	6,80 ± 2,28	-1,289	0,197	-0,41 <sup>a</sup>
MEEM	21,40 ± 4,72	21,80 ± 6,14	-0,137	0,891	-0,04 <sup>b</sup>
Códigos	7,80 ± 14,32	7,60 ± 10,53	0,000	1,000	0
Dígitos Direto	5,60 ± 2,30	5,00 ± 2,91	-0,816	0,414	-0,26
Dígitos Inverso	2,80 ± 2,17	2,40 ± 2,51	-0,743	0,458	-0,23
Fluência Verbal	8,60 ± 2,70	9,00 ± 2,12	-0,577	0,564	-0,18 <sup>b</sup>
Nomeação de Boston	11,20 ± 2,17	11,20 ± 1,79	0,000	1,000	0
Lista Imediata de Palavras	5,80 ± 1,64	9,20 ± 5,12	-1,490	0,136	-0,47 <sup>b</sup>
Praxia Construtiva	6,80 ± 4,09	6,40 ± 3,13	-0,447	0,655	-0,14
Evocação Lista de Palavras	1,00 ± 1,41	2,20 ± 1,92	-1,604	0,109	-0,51 <sup>b</sup>
Lista de Reconhecimento	4,20 ± 3,35	2,00 ± 2,00	-1,089	0,276	-0,34
Evocação da Praxia	1,80 ± 2,05	2,40 ± 2,88	-1,342	0,180	-0,42 <sup>b</sup>

Notas: Foi utilizado o teste de Wilcoxon; <sup>a</sup> para esta variável, houve melhora de sintomas psiquiátricos; <sup>b</sup> para esta variável houve melhora no desempenho cognitivo.

As análises revelaram, também, efeito médio a grande da intervenção, em medida de evocação imediata. Uma das possibilidades para este resultado, é que os participantes tenham se beneficiado das repetições, visto que o desempenho melhorou em cada um dos ensaios subsequentes, conforme Figura 1.

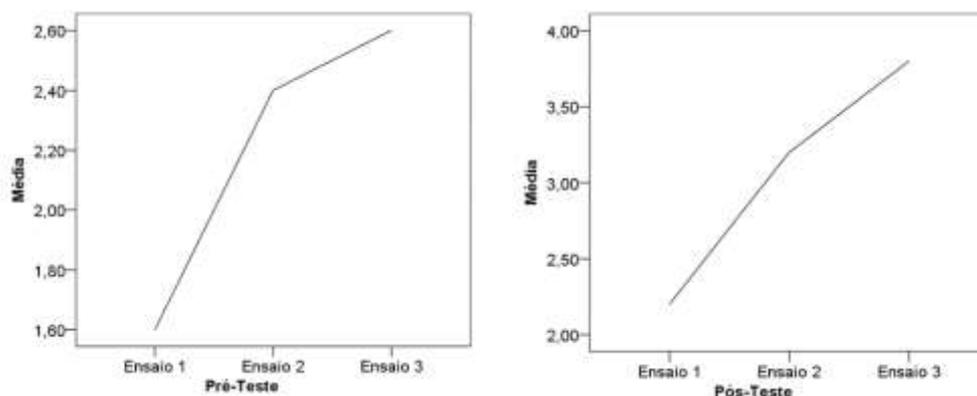


Figura 1 – Média de desempenho dos participantes em medida de memória imediata nos três ensaios no Pré- e Pós-Teste

## Discussão

O objetivo do presente estudo foi avaliar os efeitos de uma intervenção cognitiva, no desempenho cognitivo de idosos institucionalizados. A intervenção buscou promover habilidades como atenção concentrada, atenção difusa, linguagem, planejamento, visuopercepção, flexibilidade mental, raciocínio, organização perceptual, memória operacional, resgate de memória imediata e evocação tardia. Os resultados sugerem eficácia da intervenção promovida, considerando que houve melhora no desempenho cognitivo dos participantes e redução dos sintomas depressivos, na avaliação pós-teste, em congruência com outros estudos (Apóstolo, Cardoso, Marta, & Amaral, 2011; Apóstolo, *et al.*, 2013; Chariglione, 2010; Lira, Rugene, & Mello, 2011; Souza, & Chaves, 2005; Tavares, 2007).

Os dados mostraram incidência de depressão leve à moderada entre os participantes, conforme proposto por Almeida, e Almeida (1999b). Dados semelhantes foram encontrados por Almeida, *et al.* (1997), em investigação acerca da prevalência de problemas de saúde mental entre indivíduos com idade superior a 60 anos, realizada no município de São Paulo, onde 32% dos entrevistados sofriam de algum tipo de problema psiquiátrico, sendo as mulheres, os analfabetos, e aqueles com baixa renda mais propensos ao desenvolvimento de algum transtorno, sendo que os sintomas depressivos foram altamente prevalentes, identificados em 72,9% dos respondentes. Os autores destacam que os sintomas psiquiátricos configuram uma das formas mais prevalentes de problemas de saúde entre a população idosa, e constituem uma importante fonte de sofrimento para estes.

Os fatores que tornam os idosos suscetíveis ao risco de desenvolvimento de transtornos do humor podem ser de origem biológica, psicológica e social. Foi observado que a síndrome depressiva nesta população é proveniente da interação de diversos fatores predisponentes e desencadeantes, em proporções heterogêneas (Forlenza, 1997).

No estudo de revisão, conduzido por Pinho, Custódio, e Makdisse (2009), o risco de depressão geriátrica, em residentes na comunidade, esteve associado com: (1) fatores sociodemográficos, como avanço da idade, gênero feminino, indivíduos solteiros, de baixo nível de escolaridade, com problemas financeiros, submetidos a condições de moradia adversas; (2) suporte social, em que os indivíduos que passavam muito tempo sozinhos tinham pouco ou nenhum contato com amigos, vizinhos e familiares foram mais predispostos ao aparecimento de depressão; (3) eventos estressores psicossociais, como a perda de cônjuge, surgimento de doenças e incapacidades, doença de familiar e institucionalização; (4) morbidades psiquiátricas;

nestas, o histórico psiquiátrico prévio e familiar, características de personalidade, abuso ou dependência de álcool, distúrbios do sono e déficits cognitivos também foram relacionados ao surgimento da depressão; e (5) condições de saúde, em que a presença de doenças crônicas e agudas, comorbidades orgânicas, gravidade da doença, incapacidade funcional e dores, também levaram ao surgimento de episódios depressivos.

Resultados semelhantes já haviam sido relatados por Cole, e Dendukuri (2003), em seu trabalho de revisão, em que as perdas, distúrbios do sono, incapacidade, história pregressa de depressão e gênero feminino foram associados a maior risco de depressão na velhice, entre idosos da comunidade. Tais características expressas em ambas as investigações, mesmo tendo sido realizadas com idosos residentes em comunidade, corroboram os dados obtidos pelo presente estudo, visto que a amostra em geral possui condições de vida adversas, dotadas de eventos estressores, com pouco contato social, morbidades psiquiátricas e problemas de saúde, que atenuam o desenvolvimento de sintomas dos sintomas depressivos.

Sintomas depressivos entre idosos residentes em asilos também foram descritos em outras investigações (Nascimento, Brito, & Santos, 2013; Neu, Lenardt, Betioli, Michel, & Willig, 2011; Siqueira, *et al.*, 2009; Vaz, & Gaspar, 2011). Entre os idosos hospitalizados e residentes em instituições asilares, observa-se maior prevalência de sintomas depressivos graves e muito graves, em comparação aos indivíduos que vivem na comunidade (Porcu, *et al.*, 2002). Esses achados são corroborados com dados da literatura internacional, em que a prevalência de depressão maior entre idosos institucionalizados foi quatro vezes superior em relação aos idosos da comunidade (Valvanne, Juva, Erkinjuntti, & Tilvis, 1996).

Uma pesquisa investigou a prevalência de sintomas depressivos em 60 idosos, residentes em um asilo no município de Maringá (PR), por meio da EDG-30 (Carreira, *et al.*, 2011). Os resultados mostraram que 61,6% dos entrevistados cumpriam os critérios para diagnóstico de depressão, em que níveis mais elevados de depressão foram observados em idosos com até 79 anos. Os idosos asilados há menos de um ano corresponderam a 36,6% daqueles com sintomas depressivos; contudo, não foi observada relação entre aumento de sintomas depressivos e função do tempo de permanência. Destaca-se que 51,3% dos idosos considerados depressivos faziam uso de medicação antidepressiva.

Em outro estudo, foi investigada a prevalência de depressão em idosos provenientes de cinco instituições asilares, sendo duas delas de origem filantrópica e três, de caráter privado. Dos 118 participantes, 49% apresentaram depressão, sendo 36,3% destes classificados como depressão leve, enquanto 12,7% apresentaram depressão severa.

Os resultados mostraram correlação positiva entre avanço da idade e sintomas depressivos, quando a proporção de idosos com sintomatologia depressiva severa passou de 14,3% entre os indivíduos com 70 a 80 anos, para 19% entre aqueles com idade acima de 80 anos.

Não foram identificadas associações entre o tipo de instituição (privada ou filantrópica) e sintomas depressivos (Silva, Sousa, Ferreira, & Peixoto, 2012). Em contraste com o estudo de prevalência de depressão em idosos asilados em Barranquilla, na Colômbia, foram considerados fatores de risco para depressão a baixa renda, hipertensão arterial, ser homem e solteiro (Pérez, *et al.*, 2013). Em contrapartida, no presente estudo os sintomas depressivos identificados foram leves a moderados, sendo a ILPI uma instituição pública.

Deve-se registrar, no entanto que, após a intervenção cognitiva, houve redução, porém não significativa, dos sintomas depressivos entre os participantes do presente estudo. É possível que a participação em atividades grupais, o estreitamento da relação com os pares, e o acolhimento prestado pelas pesquisadoras, tenha promovido a diminuição dos sintomas depressivos. Entretanto, é importante que os profissionais que cuidam de idosos asilados estejam atentos aos sintomas depressivos, pois estão numa condição de maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, com maior risco de desenvolverem quadros depressivos.

Esses resultados estão em congruência com aqueles obtidos por Baptista, Morais, Rodrigues, e Silva (2006), que investigaram a incidência de sintomatologia depressiva em dois grupos de idosos: um deles constituído por indivíduos, que participavam de um grupo de Terceira Idade, enquanto o outro grupo foi composto por idosos, que aguardavam atendimento num posto de saúde público e não participavam de atividades sociais. Neste estudo, foi observada correlação negativa entre engajamento em atividades sociais e sintomatologia depressiva. A participação de idosos em grupos de socialização, segundo Tuesca-Molina, *et al.* (2003), permite aos mesmos o desenvolvimento de atividades laborais e lúdicas, que possibilitam apoio físico, emocional e a desconstrução de estereótipos relacionados ao envelhecimento.

É possível também, que o espaço oferecido para melhorar o desempenho cognitivo, bem como a prática propiciada durante a intervenção, tenham influenciado a avaliação e julgamento dos participantes, com relação às suas capacidades e possibilidades de realização. Melhora de sintomas depressivos, após programa de intervenção em memória, também foi relatada em outras investigações nacionais (Brum, 2012; Irigaray, Gomes Filho, & Schneider, 2012; Lima-Silva, & Yassuda, 2012; Olchick, 2008).

Cabe destacar, entretanto, que nenhum dos participantes da amostra estudada fazia uso de antidepressivos, embora todos tenham apresentado sintomatologia depressiva na EDG. Embora a prevalência de depressão, na população em geral, seja elevada, observa-se, muitas vezes, o subdiagnóstico e subtratamento desta condição psiquiátrica (Teng, Humes, & Demetrio, 2005).

Em especial, no envelhecimento, há ocorrência de diversas alterações, próprias da senescência, que podem dificultar o diagnóstico de depressão geriátrica, devido às alterações em sua apresentação clínica, evolução e desfecho (Paradela, 2011; Pinho, Custódio, & Makdisse, 2009; Stoppe Junior, 1997) e, conforme afirmam Ciechanowski, *et al.* (2004), quando não tratada, a depressão na pessoa idosa, pode acarretar prejuízo ao funcionamento físico e à qualidade de vida, levando ao aumento das taxas de morbidade e mortalidade. Witter, Christofi, e Gatti (2011) descrevem resultados semelhantes sobre a dificuldade de os profissionais de saúde avaliarem os sintomas depressivos em idosos, e destacam os fatores protetores revelados nos estudos brasileiros.

Com relação à avaliação global do estado mental, os dados mostram que 60% dos participantes pontuaram abaixo ao esperado no MEEM, segundo o nível de escolaridade (Brucki, *et al.*, 2003), nos dois tempos de avaliação. O MEEM é largamente utilizado na prática clínica, como instrumento de rastreio para demência, sendo recomendada sua utilização como parte da avaliação diagnóstica, segundo o Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia (Nitrini, *et al.*, 2005). Talvez este resultado tenha ocorrido pelo fato de serem idosos institucionalizados em média há mais de um ano, com maior tempo de privação de contato social e pertencentes a uma classe social mais desprivilegiada.

O desempenho da amostra do presente estudo, nos dois tempos de avaliação, mostrou-se inferior em todos os subtestes da bateria do CERAD, conforme pontos de corte propostos por Bertolucci, *et al.* (2001). Ressalta-se, entretanto, efeito modesto do treino em medidas de fluência verbal, recordação imediata, evocação tardia e evocação da praxia no pós-teste. Todavia, é importante destacar que a média de anos de escolaridade da amostra estudada por Bertolucci, *et al.* (2001) foi relativamente alta (controles sem comprometimento cognitivo = 7,9 anos; com Doença de Alzheimer em fase inicial = 9,0; e com Doença de Alzheimer em estágio grave = 9,3 anos), em comparação com a média de anos de estudo da presente amostra, que foi de três anos. Nesse sentido, as diferenças culturais e níveis heterogêneos de escolaridade formal, na população brasileira, podem comprometer a acurácia dos resultados obtidos em avaliações neuropsicológicas, sendo necessária a adoção de pontos de corte estratificados por nível de escolaridade.

A influência da escolaridade, gênero, e idade, no desempenho em fluência verbal, foi investigada por Brucki, e Rocha (2004). Este estudo incluiu análise qualitativa dos resultados, sendo apurado o número de nomeações em intervalos de 15 segundos, o número de animais nomeados segundo as categorias semânticas: animais domésticos e da fazenda, animais selvagens, insetos, peixes, aves (exceto aquelas consideradas da fazenda, como galinha) e répteis; a quantidade de grupos de animais nomeados dentro de cada categoria; e o número de mudanças de categorias. A análise dos dados não revelou diferenças significativas com relação ao gênero; contudo, a idade influenciou a produção de categorias e o número de alterações das mesmas. A escolaridade, entretanto, produziu mudanças significativas em todas as medidas de fluência verbal analisadas.

Caramelli, Carthery-Goulart, Porto, Charchat-Fichman, e Nitrini (2007) propuseram pontos de corte no teste de fluência verbal, categoria animais, estratificados segundo nível de escolaridade, sendo esperada a produção de 9 animais em um minuto, para indivíduos analfabetos, 12 animais para indivíduos com 1 a 7 anos de estudo, e 13 animais para aqueles com 8 anos ou mais de escolaridade. Efeitos de variáveis sociodemográficas também são observados no teste de Nomeação de Boston (TNB), que faz parte da bateria do CERAD. A versão completa do TNB, com 80 itens, adaptada ao português por Miotto, Sato, Lucia, Camargo, e Scaff (2010), apresentou variância de 27,80% nos escores totais do teste, quanto às variáveis idade, escolaridade e gênero, inferior a versão original americana, que apresentou 41,16%, em relação às mesmas variáveis, indicando uma grande influência destas no desempenho, corroborando a importância em adotar pontos de corte específicos para a população brasileira.

Mansur, Radanovic, Araújo, Taquemori, e Greco (2006) avaliaram a influência da idade e escolaridade no desempenho em nomeação de 133 indivíduos normais, com idades entre 28 e 70 anos, residentes na cidade de São Paulo (SP). Os participantes foram subdivididos em dois grupos segundo a idade: de 28 a 50 anos e de 51 a 70 anos. As análises não mostraram diferenças significativas com relação aos grupos por idade; contudo, em relação à escolaridade, os participantes com nível educacional mais elevado apresentaram melhor desempenho nas tarefas de nomeação espontânea, e também nas nomeações seguidas por pistas, evidenciando a influência da educação formal e o aprendizado de leitura e escrita na modulação de habilidades de processamento cognitivo.

Os resultados mostraram que o desempenho dos indivíduos com 1 a 4 anos de estudo, em comparação aos indivíduos com 5 a 8 anos de estudo formal, foi similar. Contudo, ambos os grupos apresentaram desempenho inferior em comparação aos indivíduos com mais de oito anos de escolaridade.

Os pontos de corte sugeridos pelos autores, para comparação de sujeitos normais em detrimento aos afásicos, segundo nível de escolaridade, foi de 25 nomeações para indivíduos com até oito anos de estudo e de 39 nomeações para o grupo com nove anos ou mais de estudo. Os autores destacam que a interpretação dos resultados provenientes da aplicação da versão traduzida do TNB, sem adaptações para a população brasileira, deve levar em consideração o nível educacional do testando.

Ribeiro, Oliveira, Cupertino, Neri, e Yassuda (2010) demonstraram as implicações das variáveis escolaridade, idade, gênero, estado civil e saúde geral, percebidas nos subtestes do CERAD, em uma amostra de idosos brasileiros, residentes na comunidade, salientando que tais características percebidas, de modo geral, implicaram diferenças significativas no desempenho cognitivo dos idosos avaliados. Embora o efeito de variáveis sociodemográficas, em especial a escolaridade, no desempenho cognitivo na velhice, tenha sido ressaltado nos estudos supracitados, não se pode desprezar as implicações que alguns transtornos psiquiátricos, como a depressão, podem causar ao funcionamento cognitivo e funcional, fazendo-se necessário o diagnóstico diferencial de demência (Bottino, *et al.*, 2011). Cabe ressaltar que, na presente amostra, foram observados níveis de depressão, de leve a moderado.

Conforme destacam Bottino, *et al.* (2011), as duas doenças, depressão e demência, podem ocorrer simultaneamente, sendo que a primeira pode, também, constituir fator de risco ou pródromo para a segunda; por isso, é necessária a caracterização quanto ao início da depressão, visto que há evidências de que a depressão de início tardio esteja associada a déficits cognitivos mais intensos e demência. Logo, no caso de idosos institucionalizados, é importante atentar para sintomas depressivos, tentar preveni-los na tentativa de evitar o aparecimento de outras comorbidades.

Stoppe Junior (1997) cita Lauter e Dame (1991), ao propor quatro formas clínicas de combinação entre demência e depressão, que são: (1) depressão na demência, a forma clínica caracterizada pela ocorrência de sintomas depressivos, como reação psicológica à experiência de perda de funções cognitivas e seus efeitos na vida do indivíduo; (2) demência com depressão, que se refere à ocorrência concomitante de demência e depressão, em que esta última sobrepõe-se ao quadro demencial já instalado; (3) depressão com deficiências cognitivas, em que há ocorrência de perdas cognitivas, mas a disfunção neurológica é ausente; e (4) demência na depressão ou pseudodemência, em que ocorrem deficiências cognitivas significativas, porém reversíveis, cujo quadro clínico assemelha-se a quadros demenciais.

É importante que os profissionais da saúde compreendam melhor a depressão em idosos e suas comorbidades para realizar um bom diagnóstico diferencial e promover o melhor tratamento e estimulação cognitiva para preservar as capacidades do idoso.

A associação entre disfunção cognitiva e depressão geriátrica tem sido descrita em razão de patologia cerebrovascular (Xavier, 2006). O autor refere que alterações de neuroimagem, sugestivas de lesões vasculares em áreas de substância branca e subcortical cinzenta, têm sido associadas com disfunção cognitiva durante os episódios depressivos em idosos. Essas alterações cerebrovasculares, especialmente na substância branca profunda do lobo frontal e do caudado, têm sido associadas à disfunção executiva em testagem neuropsicológica.

A função executiva se refere ao processamento cognitivo complexo, que requer a coordenação de vários processos subjacentes e contempla a capacidade de resolver problemas, modificar o comportamento em detrimento de novas informações, gerando estratégias ou sequências de ações complexas (Elliott, 2003). O desempenho em testes que avaliam atenção dividida, fluência verbal, velocidade de processamento, e planejamento, tem sido relacionado a habilidades dependentes da função executiva, sendo que idosos com depressão de início tardio apresentam mais dificuldades na realização de tarefas complexas, que exigem concentração, atenção e intencionalidade (Bottino, *et al.*, 2011; Xavier, 2006).

Em congruência com essas evidências, é possível que as atividades grupais e as práticas oferecidas durante a intervenção cognitiva tenham reduzido os sintomas depressivos, refletindo no melhor desempenho em subtestes que demandam controle executivo. Outra hipótese que pode ter contribuído para esse desempenho foi o tamanho do grupo, apenas cinco idosos, e o tempo de duração dos treinos (60 minutos, duas vezes por semana) que possibilitaram um maior contato social, atenção e relação interpessoal entre todos os idosos.

## **Considerações Finais**

O presente estudo demonstrou a efetividade de atividades grupais e programas de estimulação cognitiva na redução de sintomatologia depressiva e melhora de habilidades cognitivas entre idosos institucionalizados. Os resultados obtidos denotam a inadequação das instituições asilares no que concerne à implementação de atividades que visem à integração dos idosos, que estimulem a autonomia destes e promovam condições para a prática de atividades físicas, recreativas e culturais, bem como o desenvolvimento de práticas de promoção, proteção e prevenção à saúde integral do idoso.

Os resultados do presente estudo devem ser interpretados com cuidado, devido às suas limitações metodológicas. Uma das limitações está no fato de não ter sido recrutado um grupo-controle que possibilitasse efetuar comparações e avaliar a magnitude do efeito da intervenção em ambos os grupos. Uma segunda limitação refere-se ao tamanho reduzido da amostra, que não permitiu comparações e mapeamento de diferenças, segundo variáveis sociodemográficas, como gênero, faixa etária e nível de escolaridade. Portanto, os resultados não permitem uma generalização, mas possibilitam a compreensão do fenômeno para os idosos participantes.

Sugere-se, assim, a realização de novas pesquisas com maior tamanho amostral, revisão dos critérios de inclusão e exclusão para constituição dos grupos de participantes, bem como adoção de métodos que permitam o acompanhamento e manutenção dos ganhos. Estudos descritivos sobre as atividades desenvolvidas nas ILPI, para a promoção e proteção das funções cognitivas, seriam essenciais para subsidiar as práticas e as ações realizadas com os idosos institucionalizados e a realização de novos trabalhos que incrementassem e inovassem o que tem sido feito pelos profissionais da saúde no atendimento aos idosos institucionalizados.

## Referências

- Almeida, O.P., & Almeida, S.A. (1999a). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(2B), 421-426.
- Almeida, O.P., & Almeida, S.A. (1999b). Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 858-865.
- Almeida, O., Forlenza, O., Lima, N. K., Bigliani, V., Arcuri, S.M., Gentile, M., Oliveira, D.A. (1997). Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting, report from a survey in São Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*, 12(7), 728-736.
- Araújo, L. F. (2006). *Representações Sociais da Velhice: Um estudo comparativo entre idosos de instituições de longa permanência e grupos de convivências*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Psicologia. João Pessoa.
- Araújo, L.F.D., Coutinho, M.D.P.D.L., & Saldanha, A.A. W. (2005). Análise comparativa das representações sociais da velhice entre idosos de instituições geriátricas e grupos de convivência. *Psico*, 36(2), 197-204.
- Araújo, L.F., Coutinho, M.P.L., & Santos, M.F.S. (2006). O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 18(2) 89-98.
- Apóstolo, J.L., Cardoso, D.F., Marta, L.M., & Amaral, T.I. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, III(5), 193-201.

- Apóstolo, J.L., Martins, A.S., Graça, M.L., Martins, M.C., Rodrigues, S.I., & Cardoso, D.F. (2013). O efeito da estimulação cognitiva no estado cognitivo de idosos em contexto comunitário. *Actas de Gerontologia*, 1(1), 1-11.
- Areosa, S.V.C., & Zavareze, T.E. (2010). Avaliação e autoconceito em idosos de uma instituição filantrópica do município de Santa Maria. In: Areosa, S.V.C. (Org.). *Terceira Idade na Unisc: Novos desafios de uma População que Envelhece*. Santa Cruz do Sul (SC): EDUNISC.
- Baptista, M.N., Moraes, P.R., Rodrigues, T.D., & Silva, J.A. (2006). Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 77-85.
- Bartholo, M.E.C. (2003). No último degrau da vida: um estudo no asilo Barão de Amparo, no município de Vassouras. *Revista de Mestrado em História*, 5 (s/n), 111-142.
- Bertolucci, P.H., Brucki, S.M., Campacci, S.R., & Julian, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: o impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 52(1), 1-7.
- Bertolucci, P., Okamoto, I.H., Brucki, S.M., Siviero, M.O., Neto, J.T., & Ramos, L.R. (2001). Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59(3), 532-536.
- Bertolucci, P.H., Okamoto, I.H., Toniolo Neto, J., Ramos, L.R., & Brucki, S.M. (1998). Desempenho da população brasileira na bateria neuropsicológica do Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(2), 80-83.
- Bottino, C.M., Azevedo, D., Tatsch, M., Hotatian, S.R., Moscoso, M.A., Folquito, J., Litvoc, J. (2008). Estimate of dementia prevalence in a community sample from São Paulo. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 26(4), 291-299.
- Bottino, C.M., Pádua, A.C., Smid, J., Areza-Fegyveres, R., Novaretti, T., & Bahia, V.S. (2011). Diagnóstico diferencial entre demência e transtornos psiquiátricos: Critérios diagnósticos e exames complementares. *Dement Neuropsychol*, 5(Suppl 1), 91-98.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Normas e Manuais Técnicos. *Cadernos de Atenção Básica*, 1(19), 1-196.
- Brucki, S.M., & Rocha, M.S. (2004). Category fluency test: effects of age, gender and education on total scores, clustering and switching in Brazilian Portuguese-speaking subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37, 1771-1777.
- Brucki, S.M., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P.H., & Okamoto, I.H. (2003). Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3B), 777-781.
- Brum, P.S. (2012). *Treino de memória para idosos saudáveis e com comprometimento cognitivo leve: benefícios sobre parâmetros cognitivos*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP).
- Brum, P., Forlenza, O.V., & Yassuda, M.S. (2009). Cognitive training in mild cognitive impairment. *Dementia & Neuropsychologia*, 3(2), 127-131.
- Caramelli, P., Carthery-Goulart, M.T., Porto, C.S., Charchat-Fichman, H., & Nitrini, R. (2007). Category Fluency as a Screening Test for Alzheimer Disease in Illiterate and Literate Patients. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 21(1), 65-67.

- Carreira, L., Botelho, M.R., Matos, P.C., Torres, M.M., & Salci, M.A. (2011). Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem*, 19(2), 268-273.
- Chariglione, I.P. (2010). *A influência de diferentes tipos de treinos cognitivos na memória de idosos institucionalizados*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Departamento de Processos Psicológicos Básicos, Brasília (DF).
- Ciechanowski, P., Wagner, E., Schmaling, K., Schwartz, S., Williams, B., Diehr, P., & LoGerfo, J. (2004). Community-Integrated Home-Based Depression Treatment in Older Adults A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 291(13), 1569-1577.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cole, M.G., & Dendukuri, N. (2003). Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am. J. Psychiatry*, 160(6), 1147-1156.
- Dias, I. (2007). *A institucionalização asilar na percepção do idoso e de sua família: o estudo do "Lar dos Velinhos" – Viçosa/MG*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.
- Duca, G.F.D., Silva, S.G. da, Thumé, E., Santos, I.S., & Hallal, P.C. (2012). Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 147-153.
- Elliott, R. (2003). Executive functions and their disorders. *British Medical Bulletin*, 65, 49-59.
- Faleirosa, N.P. & Justo, J.S. (2007), O idoso asilado: a subjetividade intramuros. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10(3), 327-337.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Forlenza, O.V. (1997). Fatores de risco associados à morbidade psiquiátrica em idosos. In: Forlenza, O.V., & Almeida, O.P. *Depressão e demência no idoso: tratamento psicológico e farmacológico*. São Paulo (sp): Lemos Editorial.
- Freire Jr, R.C., & Tavares, M.F.L. (2005). Health from the viewpoint of institutionalized senior citizens: getting to know and value their opinion. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 147-158.
- Goretti, L.C., Oliveira, D L.C., & Pereira, L.S.M. (2006). O Desempenho de Idosos Institucionalizados com Alterações Cognitivas em Atividades de Vida Diária e Mobilidade: estudo-piloto. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(1), 91-96.
- Hototian, S.R., Lopes, M.A., Azevedo, D., Tatsch, M., Bazarella, M.C., Bustamante, S.E., Bottino, C.M. (2008). Prevalence of cognitive and functional impairment in a community sample from São Paulo. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25(2), 135-143.
- Irigaray, T.Q., Schneider, R.H., & Gomes, I. (2011). Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 24(4), 810-818.
- Irigaray, T.Q., Gomes Filho, I., & Schneider, R.H. (2012). Efeitos de um Treino de Atenção, Memória e Funções Executivas na Cognição de Idosos Saudáveis. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1), 188-202.
- Jordão Netto, A. (1986). *A segregação do velho na sociedade*. São Paulo (SP): Conselho Estadual do Idoso.
- Lenardt, M.H. (2006). O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. *Cogitare Enfermagem*, 11(2), 117-123.

- Levine, B., Stuss, D., Winocur, G., Binns, M.A., Fahy, L., Mandic, M., Robertson, I.H. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: Effects on strategic behavior in relation to goal management. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(1), 143-152.
- Lima-Silva, T.B., & Yassuda, M.S. (2012). Treino Cognitivo e Intervenção Psicoeducativa para Indivíduos Hipertensos: Efeitos na Cognição. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1), 30-40.
- Lira, J.O., Rugene, O.T., & Mello, P. . (2011). Desempenho de idosos em teste específicos: efeito de Grupo de Estimulação. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(2), 209-220.
- Lustre, W.R., & Morelli, J.G.S. (2004). Aspectos biológicos do envelhecimento. In: Rebellato, J.R., & Morelli, J.G.S. (Orgs.). *Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. Barueri (SP): Manole.
- Mansur, L.L., Radanovic, M., Araújo, G.D., Taquemori, L.Y., & Greco, L.L. (2006). Teste de nomeação de Boston: desempenho de uma população de São Paulo. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 18(1), 13-20.
- Miotto, E.C., Sato, J., Lucia, M.C., Camargo, C.H., & Scaff, M. (2010). Development of an adapted version of the Boston Naming Test for Portuguese speakers. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(3), 279-282.
- Nascimento, D.C., Brito, M.A., & Santos, A.D. (2013). Depressão em idosos residentes em uma instituição asilar na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. *J Manag Prim Health Care*, 4(3), 146-150.
- Nascimento, E. (2004). Adaptação, validação e normatização do WAIS-III para uma amostra brasileira. In: Wechsler, D. *WAIS-III: Manual para administração e avaliação*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo.
- Neu, D.K., Lenardt, M.H., Betiulli, S.E., Michel, T., & Willig, M.H. (2011). Indicadores de depressão em idosos institucionalizados. *Cogitare Enfermagem*, 16(3), 418-423.
- Neves, H.M.F. (2012). *Causas e consequências da institucionalização de idosos*. Dissertação de mestrado em Gerontologia. Universidade da Beira Interior. Ciências da Saúde. Covilhã, Portugal.
- Nitrini, R., Caramelli, P., Bottino, C.M., Damasceno, B.P., Brucki, S.M., & Anghinah, R. (2005). Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. *Arq Neuropsiquiatr*, 63(3-A), 720-727.
- Olchick, M.R. (2008). *Treino de memória: um novo aprender no envelhecimento*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Porto Alegre (RS).
- Paradela, E.M. (2011). Depressão em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 10(9), 31-40.
- Pérez, M.B., Torres, M.P., Rebolledo, M., León, L.R., García, A.S., & García, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte*, 29(1), 64-73.
- Perlini, N.M.O.G., Leite, M.T., & Furini, A.C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista escola de enfermagem*, 41(2), 229-236.
- Pinho, M.X., Custódio, O., & Makdisse, M. (2009). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(1), 123-140.

- Porcu, M., Scantamburlo, V.M., Albrecht, N.R., Silva, S.P., Vallim, F.L., Araújo, C.R., & Faiola, R.V. (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarum*, 24(3), 713-717.
- Ribeiro, P.C., Oliveira, B.H., Cupertino, A.P., Neri, A.L., & Yassuda, M.S. (2010). Desempenho de Idosos na Bateria Cognitiva CERAD: Relações com Variáveis Sociodemográficas e Saúde Percebida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 1, 102-109.
- Ribeiro, P.C.C., & Yassuda, M.S. (2007). Cognição, estilo de vida e qualidade de vida na velhice. In: Neri, A.L. (Ed.). *Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar*. Campinas (SP): Alínea.
- Santana, I.O. de, Coutinho, M.da P.de L., Ramos, N., Santos, D.S.dos, Lemos, G.L.C., & Silva, P.B. (2012). Mulher Idosa: Vivências do Processo de Institucionalização. *Ex aequo*, 26, 71-85.
- Silva, A.O. da, Pereira, A.P.M., Gonçalves, D.R., Vieira, A.dos S., Medeiros, R.F., Altermann, C.D.C., Carpes, P.B.M. (2011). Perfil Cognitivo de Idosos Institucionalizados de Uruguaiana/RS. *Revista Contexto & Saúde*, 10(20), 1185-1190.
- Silva, E.R., Sousa, A.R., Ferreira, L.B., & Peixoto, H.M. (2012). Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 46(6), 1387-1393.
- Siqueira, G.R., Vasconcelos, D.T., Duarte, G.C., Arruda, I.C., Costa, J.A., & Cardoso, R.D. (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 253-259.
- Sluzki, C.E. (1997). De como a Rede Social afeta a saúde do indivíduo e a saúde do indivíduo afeta a Rede Social. In: Sluzki, C.E. (Org.). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo.
- Souza, J.N., & Chaves, E.C. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 39(1), 13-19.
- Stoppe Junior, A. (1997). Características clínicas da depressão em idosos. In: Forlenza, O.V., & Almeida, O.P. *Depressão e demência no idoso: tratamento psicológico e farmacológico*. São Paulo (SP): Lemos Editorial.
- Tavares, L. (2007). *Estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis (SC).
- Teng, C.T., Humes, E.D., & Demetrio, F.N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.
- Tuesca-Molina, R., Herrera, N.F., Sosa, A.M., Martínez, F.O., Arjona, Y.P., Cueto, J.P., & Manrique, I.S. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Baranquilla, Colombia. *Rev Esp Salud Pública*, 77(5), 595-604.
- Valvanne, J., Juva, K., Erkinjuntti, T., & Tilvis, R. (1996). Major Depression in the Elderly: A Population Study in Helsinki. *International Psychogeriatrics*, 8(3), 437-443.
- Valla, V.V. (2000). Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 4(7), 37-56.
- Vaz, S.F., & Gaspar, N.M. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, III(4), 49-58.

Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-554.

Winocur, G., Palmer, H., Dawson, D., Binns, M., Bridges, K., & Stuss, D. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: An evaluation of psychosocial factors. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(1), 153-165.

Witter, C., Christofi, A.A., & Gatti, A.L. (2011). Depressão em idosos. In: Witter, C., & Buriti, M.A. *Envelhecimento e contingências da Vida*. São Paulo (SP): Alínea.

Xavier, F.M. (2006). O transtorno cognitivo da depressão geriátrica ou a "pseudodemência depressiva" do idoso. In: Parente, M.A. *Cognição e envelhecimento*, 205-224. Porto Alegre (RS): 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 Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

Recebido em 09/01/2015

Aceito em 30/04/2015

---

**Patricia do Nascimento Tavares** – Mestranda em Ciências do Envelhecimento, Universidade São Judas Tadeu.

E-mail: patricia\_ntavares@hotmail.com

**Janice Heidt Schmidt** – Psicóloga, Universidade São Judas Tadeu.

E-mail: janice-006@hotmail.com

**Carla Witter** – Doutora em Psicologia, Coordenadora do curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências do Envelhecimento, Coordenadora do Curso de Psicologia, Universidade São Judas Tadeu.

E-mail: prof.carla@usjt.br