

## **Análise do perfil neurogeriátrico de um grupo de idosos pertencentes a um plano de saúde do município de São Paulo, Brasil**

*Analysis of the neurogeriatric profile of a group of elderly people belonging to a health plan in the city of São Paulo, Brazil*

*Análisis del perfil neurogeriatrico de un grupo de ancianos pertenecientes a un plan de salud del municipio de São Paulo, Brasil*

Maria Elisa Gonzalez Manso  
Jamile Rafaela Poltronieri de Sousa  
Henrique Souza Barros de Oliveira

**RESUMO:** A ampliação da expectativa de vida culmina com aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como demências e depressão. Através dos instrumentos Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e Teste do Desenho do Relógio (TDR) e da Escala de Depressão geriátrica (EDG), foi encontrado: 11% da amostra com déficit cognitivo importante pelo MEEM; 17,3% com risco de desenvolvimento de quadro demencial pelo TDR; e 28,21% com sintomas depressivos pela EDG.

**Palavras-chave:** Idosos; Depressão; Demência.

**ABSTRACT:** *The expansion of life expectancy culminates with an increase in chronic noncommunicable diseases (CNCD) such as dementia and depression. Through the Mini-Mental State Examination (MMSE) and Clock Drawing Test (TDR) and the Geriatric Depression Scale (EDG), 11% of the sample with significant cognitive deficits were found by MMSE; 17.3% with risk of developing dementia by TDR; and 28.21% with depressive symptoms by EDG.*

**Keywords:** *Elderly; Depression; Insanity.*

**RESUMEN:** *La ampliación de la expectativa de vida culmina con aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (DCNT) como demencias y depresión. A través de los instrumentos Mini-Examen del Estado Mental (MEEM) y Prueba del Dibujo del Reloj (TDR) y de la Escala de Depresión geriátrica (EDG), se encontró: el 11% de la muestra con déficit cognitivo importante por el MEEM; 17,3% con riesgo de desarrollo de cuadro demencial por el TDR; y 28,21% con síntomas depresivos por EDG.*

**Palabras clave:** *Ancianos; depresión; Demencia.*

## **Introdução**

No Brasil os idosos já correspondem a 14,3% da população geral e a tendência é que esta proporção chegue a 33,7% até 2060, com expressivo aumento da população centenária ou com idade próxima dos cem anos. Em 2010, o número de idosos entre 95-99 anos chegou a mais de 98.000 e as pessoas acima de 100 anos já contavam 24.200 pessoas, aproximadamente (IBGE, 2010, 2015).

No entanto, o aumento da expectativa de vida não foi acompanhado do aumento na estrutura necessária para atender esta população que demandam cuidados mais específicos. Apesar de nem todo o idoso apresentar doenças, trata-se de grupo etário com maior vulnerabilidade e risco para o desenvolvimento de doenças crônicas e degenerativas, as quais culminam com maiores ônus: pessoais, para as famílias e para a sociedade (Manso, & Alves, 2014; Carvalho, 2007).

Dentre estes problemas crônicos, que implicam em redução da autonomia do indivíduo e, portanto, impactam em sua qualidade de vida, estão as demências. O risco de desenvolvimento de declínio cognitivo chega a quase 20% em pessoas maiores de 65 anos e, destes, a doença de Alzheimer é responsável por 70% dos casos, seguida pela demência vascular (17% dos doentes), as quais podem ocorrer conjuntamente (Simmons, & Hartmann, 2011).

Diante disso, torna-se importante o rastreamento de déficits cognitivos em idosos que possam indicar a presença de alguma síndrome demencial. Um instrumento de fácil manuseio que avalia habilidades acometidas nestes casos é o teste do desenho do relógio (TDR).

É uma ferramenta neuropsicológica que avalia habilidades visuoespaciais, habilidades construtivas e funções cognitivas. Apesar de ter pouca sensibilidade nos quadros leves, é muito eficaz na detecção de prejuízos cognitivos moderados (Pinto, & Peters, 2009).

O instrumento Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) também é muito utilizado na prática clínica, tanto para rastreio de prejuízos cognitivos, como para acompanhamento do processo evolutivo do quadro e da resposta ao tratamento. É composto por um breve questionário capaz de avaliar diversos domínios, como orientação, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho.

O tradicional ponto de corte é de 18 pontos para escolaridade baixa e média, e 26 pontos para alta escolaridade (Lourenço, & Veras 2006).

Outro quadro comum que afeta a população idosa com alta frequência e que pode acometer as funções cognitivas é a depressão. Aqui, o prejuízo cognitivo pode ser decorrente da própria depressão - conhecido como pseudodemência depressiva -, ou pode se tratar de demência verdadeira em comorbidade com depressão, ou, ainda, o quadro depressivo ser consequência da própria síndrome demencial. Nestes casos, o diagnóstico diferencial é importante para a condução do tratamento.

Um instrumento utilizado para a triagem dos quadros de humor em idosos é a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), composta por perguntas fáceis de serem entendidas e pode ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado. É constituída por 30 questões binárias, cuja pontuação varia de zero (ausência de sintomas) a 15 pontos (pontuação máxima de sintomas depressivos).

Tradicionalmente, o ponto de corte é 5 para determinar a presença de sintomas depressivos (Stella, *et al.*, 2002)

Este estudo teve como objetivo analisar a função cognitiva e a ocorrência de sintomas depressivos em um grupo de idosos vinculados a um plano de saúde do município de São Paulo, Brasil.

## Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, realizado com um grupo de idosos assistidos por um plano de saúde do município de São Paulo, com idades acima de 65 anos, não institucionalizados e participantes de um programa de prevenção e controle de Doenças e Agravos Crônicos Não Transmissíveis (DANT).

Desde 2005, programas como este vêm sendo implementados pelas operadoras de planos de saúde em resposta a uma determinação da Agência Nacional de Saúde (ANS), que determinou a instituição de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças crônicas. A ANS, órgão responsável por defender o interesse público no setor suplementar de saúde, solicitou que as empresas que comercializam planos de saúde implantassem programas com este objetivo em resposta à mudança do padrão de adoecimento da população brasileira, em que já há franco predomínio de DANT.

O programa, ao qual o grupo de idosos aqui estudado participa, gerencia o aparecimento e o controle de doenças crônicas, inclusive o surgimento de possíveis complicações, atuando na prevenção. É executado mediante monitoramentos telefônicos e visitas domiciliares realizados por enfermeiros treinados para avaliar os idosos, orientar e estimular autocuidados, sem prejuízo do atendimento médico. Os monitoramentos telefônicos são realizados mensalmente, enquanto a frequência das visitas domiciliares varia de acordo com o grau de complexidade de cada idoso.

Para este estudo, foi utilizado um questionário sociodemográfico, desenvolvido pelos pesquisadores, e os instrumentos para avaliação geriátrica cognitiva: Teste do Desenho do Relógio (TDR), Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Todos são instrumentos validados, frequentemente utilizados na prática clínica, bem-aceitos nos meios científico e de fácil aplicação por profissionais da área da saúde.

Os pontos de corte dos escores considerados foram: MEEM – 17 para aqueles com escolaridade até 3 anos; 18 para escolaridade de 4-7; e 24 para escolaridade  $\geq 8$  anos; EDG – 5 pontos. O teste do relógio foi analisado por médico e psicólogo.

Uma equipe de enfermeiros treinados coletou os dados nas residências destes idosos durante a realização das atividades do programa, e estes foram consolidados em planilhas de Excel® e tratados, estatisticamente, através do software MINITAB® versão 17.0.

As seguintes variáveis foram analisadas: idade, sexo, escolaridade, uso de polifarmácia (uso contínuo de  $\geq 5$  medicamentos), uso de psicotrópicos, presença de DCNT, Teste do Desenho do Relógio (TDR), Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e Escala de Depressão Geriátrica (EDG).

Participaram da pesquisa apenas os idosos que permaneceram ativos neste programa, classificados com idade  $\geq 65$  anos, com diagnóstico de pelo menos uma doença crônica e que consentiram em participar do estudo. Foram excluídos todos os indivíduos que apresentavam diagnóstico prévio de alguma demência ou doença de Parkinson.

A análise descritiva das variáveis foi distribuída em contínuas e categóricas. Para as variáveis contínuas, utilizou-se medidas de tendência central e de variabilidade e, para as variáveis categóricas, utilizou-se frequência absoluta e relativa. As variáveis contínuas são apresentadas em média e desvio-padrão.

Para esta pesquisa, todos os idosos participantes ficaram cientes da participação voluntária e opcional, assim como do sigilo dos seus dados, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo, SP, CAAE 48116915.8.0000.0062.

## **Resultados**

Foram avaliados um total de 166 idosos participantes do programa anteriormente descrito, todos eles moradores da cidade de São Paulo, durante o ano de 2015.

O grupo foi composto em sua maioria por mulheres ( $n=116$ , 69,0%), conforme apresentado na Tabela 1, onde se apresenta a distribuição por sexo e idade dos participantes.

A idade média encontrada foi de 79,0 anos, variando entre 67 e 100 anos, sendo que as mulheres tinham média de idade superior aos homens, como se observa na citada tabela.

**Tabela 01 – Distribuição por idade e sexo, um grupo de idosos, São Paulo, 2015**

Sexo/ Idade	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
65-69	6	5,1	6	12,0	11	6,6
70-79	46	39,6	25	50,0	71	42,7
≥80	64	55,1	19	38,0	84	50,6
<b>Total</b>	116	69,0	50	31,0	166	100

Quanto à situação conjugal, 48,8% (n=81) dos idosos participantes eram viúvos; 39,7% (n=66) casados; 6,6% (n=11) divorciados; e 4,8% (n=8) solteiros. Em análise isolada do gênero, observou-se um predomínio de 63,7% (n=74) de idosas viúvas; e 78% (n=39) de idosos casados.

Em relação à moradia, 24% (n=41) dos idosos do grupo residiam com os filhos e os seus respectivos cônjuges; 19,2% (n=32) sozinhos; e 10,2% (n=17) residiam com outros familiares (como netos, primos e irmãos) ou amigos. Já em relação à escolaridade, 47% (n=78) tinham até 7 anos de estudos; 25,9% (n=43) tinham ≥8 ou mais anos de estudos; 24,7% (n=41) ensino superior; e 2,4% (n=4) eram analfabetos. Observou-se, ainda, que idosos do gênero masculino tinham mais anos de estudo que as idosas mulheres.

As principais doenças crônicas que acometem estes idosos foram a hipertensão arterial sistêmica (n= 103, 62,6%); doenças osteoarticulares (n=79, 47,5%); diabetes mellitus (n=32, 19,2%); e neoplasias n=26, 15,6%). Outras doenças com menor frequência foram encontradas, tais como acidente vascular cerebral (AVC); coronariopatia; e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Observou-se que 66,2% (110) destes idosos faziam uso de polifarmácia: média de 8,5 medicamentos de uso contínuo/dia por cada idoso, variando de 5 a 21 medicamentos prescritos. O maior número de medicamentos relacionou-se com o sexo feminino, sendo que 48% (n=53) destes idosos faziam uso de medicamentos psicoativos, sendo novamente notado predomínio de consumo pelo gênero feminino (n=46, 86,7%).

Quanto à análise das funções cognitivas, a aplicação do MEEM detectou que 11% (n=17) destes idosos apresentavam déficit cognitivo importante. A pontuação média no MEEM foi de  $25,7 \pm 4,2$ , variando de 9 a 30. No TDR, percebeu-se 17,3% (n=29) de idosos sob risco de desenvolvimento de quadros demenciais. Na EDG, 28,31% (n=47) apresentavam sintomas indicativos de depressão, com média de pontuação foi de  $3,5 \pm 3,06$ , variação entre 0 a 12.

## Discussão

Constatou-se que a maioria da população estudada nesta pesquisa é composta por mulheres, o que confirma os achados de outros estudos com população semelhantes, nos quais observa-se predomínio de mulheres que oscila entre 60% a 79% (Manso, *et al.*, 2016; Muniz, 2017)

A média de idade para ambos os sexos encontrada neste estudo foi superior a qualquer outro estudo voltado a idosos da saúde suplementar brasileira, o que pode ser atribuído às características próprias do programa, ao qual estes idosos se vinculam. Além da idade ser critério de inclusão no programa, é necessário ter pelo menos uma DANT, o que pode ter tonado elegíveis idosos com maior faixa etária. As mulheres mostraram-se mais longevas, seguindo distribuição encontrada para a população brasileira como um todo (Muniz, 2017; IBGE, 2015; Manso, Biffi, & Corradi, 2015).

Em relação ao estado civil, encontrou-se, na distribuição da situação conjugal destes idosos, diferenciação por gênero: assim, predomina no sexo feminino o estado civil viúvo, enquanto entre os homens, a maioria é de casados. Dados semelhantes foram obtidos em outras pesquisas com grupo semelhantes (Manso, & Galera, 2014; Manso, *et al.*, 2016).

Apesar de o número de anos de estudo da população idosa vir aumentando, principalmente entre as mulheres, ao serem analisados os censos de 1940 a 2000, ainda ocorrem diferenças significativas em relação às demais faixas etárias, sendo que os idosos apresentam menor escolaridade e, entre os sexos, em que os homens idosos apresentam maior escolaridade, como o encontrado neste grupo (IBGE, 2015).

Doenças crônico-degenerativas ou DCNT são enfermidades caracterizadas como sendo um grupo de doenças que possuem longo período de evolução, que cursam, durante muitos anos, de modo assintomático. Apesar de poucos sintomas, ocorrem alterações degenerativas em tecidos, órgãos e sistemas do corpo humano, capazes de gerar lesões irreversíveis e complicações que determinam variáveis graus de incapacidade e até o óbito. Sabe-se que cerca de 60% das mortes ocorridas no mundo são decorrentes destas afecções e que estas aumentam sua prevalência à medida que a população envelhece, alcançando 77,6% das pessoas na faixa etária de 65 anos ou mais (Manso, & Ribeiro, 2011; Manso, Roth, & Lopes, 2017).

Atualmente, as DCNT encontram-se entre as principais causas de procura aos serviços de saúde, de morbimortalidade, incapacidade e queda na qualidade de vida na população idosa. Neste estudo, verificou-se que a hipertensão arterial, fator de risco para inúmeras doenças cardiovasculares, apresenta a maior prevalência, seguida por enfermidades, tais como o diabetes, doenças osteoarticulares e neoplasias, em concordância com a distribuição exposta na literatura, em pesquisas com grupos semelhantes (Manso, & Ribeiro, 2011; Manso, & Galera; 2014; Manso, *et al.*, 2016; Manso, Roth, & Lopes, 2017).

Nesta pesquisa, percebeu-se utilização muito alta de medicamentos de uso contínuo, por cada idoso, além de elevada prevalência de utilização de medicamentos psicotrópicos, principalmente por mulheres. Sabe-se que a idade é um dos principais fatores envolvidos no aumento do consumo de medicamentos, justificado pela presença de multimorbidade, e que o uso de algumas medicações com ação central-psicotrópicos- pode favorecer o declínio da função cognitiva, que ocorre, muitas vezes, como efeito adverso à medicação (Manso, Biffi, & Corradi, 2015; Manso, Oliveira, & Biffi, 2016).

Um dos principais fatores de risco para o declínio cognitivo é o avançar da idade; daí a importância do rastreamento de demências, principalmente em grupos com características demográficas, de morbidade e de uso de medicações semelhantes ao grupo que foi pesquisado neste estudo. O principal motivo para se investir em diagnóstico precoce de demências é a estabilização do quadro e diminuição da velocidade de progressão da doença, os quais são mais eficientes quanto mais precocemente realizados (Freitas 2013).

Um dos meios de detecção precoce é o uso de instrumentos que avaliam as funções cognitivas. O MEEM e o TDR são ferramentas úteis, uma vez que são rápidos e de fácil aplicabilidade, podendo ser utilizados em contexto de atendimento da atenção primária e por médicos generalistas. Este estudo encontrou 11% (n=17) dos idosos com declínio cognitivo importante pelo MEEM; e 17,3% (n=29) de idosos com risco para o desenvolvimento de demências pelo TDR, destacando-se que estes idosos ainda não tinham diagnóstico de declínio cognitivo.

Deve-se ressaltar que há controvérsias sobre o uso da escolaridade para estabelecer pontos de corte para o MEEM, levando-se em consideração a heterogeneidade educacional no Brasil. Autores salientam que, para estudos com a população escolarizada no nosso país, dever-se-ia considerar outros fatores, como, por exemplo, se a escolarização aconteceu em colégio público ou privado, em que região geográfica do país e a quantidade de horas despendidas nos bancos escolares. A escolha de ponto de corte, baseado em estudos americanos ou europeus, pode gerar resultados falsos positivos ou falsos negativos para o déficit cognitivo (Melo, & Barbosa, 2015).

Outro achado importante foi a prevalência de sintomas depressivos. A utilização da EDG evidenciou que quase um terço da amostra apresentava sintomas indicativos de depressão. A detecção precoce dos sintomas depressivos implica em tratamento prioritário do quadro de humor, uma vez que pode precipitar prejuízos na função cognitiva, psicomotricidade, memória, compreensão, fluência verbal e funções executivas (Paulo, & Yassuda, 2010).

O prejuízo cognitivo decorrente da depressão pode acarretar perdas no funcionamento psicossocial do idoso, agravadas quando associado a outros fatores, tais como: o medo de algo ruim acontecer, questões relacionadas à saúde, problemas financeiros, familiares ou conjugais, ansiedade e medo do abandono. Quando correlacionada à depressão no idoso, a perda da função cognitiva pode tornar-se significativa, a ponto de ser notada pelos familiares, tornando estes idosos dependentes na execução de suas atividades de vida diária, comprometendo, assim, sua qualidade de vida e demandando um cuidador em tempo integral (Casemiro, *et al.*, 2016).

Daí, a importância dos instrumentos de rastreio que facilitem a identificação de risco para desenvolvimento de demência e depressão. No entanto, é importante ressaltar que são ferramentas de rastreio, sendo necessária uma avaliação, clínica e psicométrica, mais acurada para o diagnóstico.

## Conclusão

A grande prevalência de idosos com risco de desenvolvimento de síndrome demencial e de sintomas depressivos, evidenciados neste estudo, demonstra a importância do uso de instrumentos de rastreio destes quadros, a fim de retardar a progressão da doença demencial, e tratar déficits cognitivos decorrentes de quadros de humor. Desse modo, é possível diminuir a morbidade dessas doenças, os custos com a saúde, e principalmente propiciar melhor qualidade de vida decorrente da manutenção da autonomia de um indivíduo.

Deve-se destacar, entretanto, que se trata de um grupo de idosos com características demográficas e de morbidade próprias, o que não permite a generalização destes achados.

## Referências

- Carvalho, M. F. C. (2007). *A polifarmácia em idosos no município de São Paulo – Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento*. Dissertação de mestrado. São Paulo, SP: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Casemiro, F. G., Rodrigues, I. A., Dias, J. C., Alves, L. C. S., Inouye, K., & Gratão, A. C. M. (2016). Impacto da estimulação cognitiva sobre depressão, ansiedade, cognição e capacidade funcional em adultos e idosos de uma universidade aberta da terceira idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(4), 638-694. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403847457013.pdf>.
- Freitas, S., Alves, L., Simões, M., & Santana, I. (2013). A importância do rastreio cognitivo na população idosa. *Revista Eletrônica de Psicologia, Educação e Saúde*, 1(3), 04-24. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <https://revistaepsi.com/wp-content/uploads/artigos/2013/Ano3-Volume1-Artigo1.pdf>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2015). *Síntese de Indicadores Sociais (SIS): uma análise das condições de vida da população brasileira 2015*. Rio de Janeiro, RJ: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). *Censo 2010: população do Brasil é de 190.732.694*. Rio de Janeiro, RJ: IBGE.
- Lourenço, R., & Veras R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 712-719. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/23.pdf>.

Manso, M. E. G., & Ribeiro, M. P. (2012). Caracterização das condições de saúde de um grupo de idosos pertencentes a um plano de saúde. *Revista Brasileira de Medicina*, 69(3), 49-55. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4969](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4969).

Manso, M. E. G., & Alves, J. C. M. (2014). *Manual de Saúde Coletiva e Epidemiologia*. São Paulo, SP: Martinari.

Manso, M. E. G., Biffi, E. C. A., & Corradi, T. J. (2015). Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(1), 151-164. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14056>.

Manso, M. E. G., & Galera, P. B. (2015). Perfil de um grupo de idosos participantes de um programa de prevenção de doenças crônicas. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 20(1), 57-71. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/41264>.

Manso, M. E. G., Camara R., Souza, S. A., Maciel, T. D., & Farina D. B. L. (2016). Programa de gerenciamento de doenças crônicas em um plano de saúde, São Paulo, Brasil. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(2), 321-327. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuccidsaude.v15i2.28683>.

Manso, M. E. G., Oliveira, H. S. B., & Biffi, E. C. A. (2016). Gênero e polifarmácia: impacto em um grupo de idosos vinculados a um plano de saúde. XX Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, Fortaleza, CE. *Resumos dos trabalhos científicos aprovados*, 1233.

Manso, M. E. G., Roth, M. C., & Lopes, R. G. C. (2017). Idosos vivenciando o diabetes nas redes sociais. *Revista Portal de Divulgação*, 53, 63-68. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <https://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/view/681/750>.

Melo, D. M., & Barbosa, A. J. G. (2015). O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12), 3865-3876. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>.

Muniz, E. C. S., Goulart, F. C., Lazarini, C. A., & Marin, M. J. S. (2017). Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 374-386. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160111>.

Paulo, D., & Yassuda, M. (2010). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(1), 40-43. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n1/a05v37n1>.

Pinto, E., & Peters, R. (2009). Literature Review of the Clock Drawing Test as a Tool for Cognitive Screening. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 27(1), 201-213. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: doi: 10.1159/000203344.

Simmons, B. B., & Hartmann, B. (2011). Evaluation of Suspected Dementia. *American Academy Of Family Physicians, Filadélfia*, 84(8), 895-902. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22010769>.

Stella, F., Gobbi, S., Danilla, I. C., & Costa J. L. R. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz*, 8(3), 91-98. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2544.pdf>.

Recebido em 17/04/2018

Aceito em 30/06/2018

---

**Maria Elisa Gonzalez Manso** - Médica. Pós-Doutoranda em Gerontologia com concentração em Gerontologia Social, Doutora em Ciências Sociais e Mestre em Gerontologia Social, PUC-SP. Professora titular Curso de Medicina Centro Universitário São Camilo. Orientadora docente da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento, LEPE, do Centro Universitário São Camilo São Paulo.

E-mail: mansomeg@gmail.com

**Jamile Rafaela Poltronieri de Sousa** - Psicóloga. Membro da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento, LEPE, do Centro Universitário São Camilo São Paulo.

E-mail: jami.rafa.sousa@gmail.com

**Henrique Souza Barros de Oliveira** – Diretor e membro da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento, LEPE, do Centro Universitário São Camilo São Paulo.

E-mail: heeenry.barros@icloud.com