

Perfil de saúde mental de idosos comunitários: um estudo transversal

Mental health profile of the elderly community: a cross-sectional study
Perfil de salud mental de la comunidad de ancianos: un estudio transversal

Renata Cavalcanti Cordeiro^I

ORCID: 0000-0001-6395-4811

Renata Clemente dos Santos^{II}

ORCID: 0000-0003-2916-6832

Gleicy Karine Nascimento de Araújo^{II}

ORCID: 0000-0002-4395-6518

Neyce de Matos Nascimento^{II}

ORCID: 0000-0001-5557-3365

Rafaella Queiroga Souto^{II}

ORCID: 0000-0002-7368-8497

Albanita Gomes da Costa de Ceballos^{II}

ORCID: 0000-0002-8658-9981

Fabia Alexandra Pottes Alves^{II}

ORCID: 0000-0002-2478-5346

Jeane da Silva Rocha Santos^{III}

ORCID: 0000-0001-5557-6937

^ICentro Universitário Facisa. Campina Grande, Paraíba, Brasil.

^{II}Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

^{III}Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

Como citar este artigo:

Cordeiro RCC, Santos RC, Araújo GKN, Nascimento NM, Souto RQ, Ceballos AGC, et al. Mental health profile of the elderly community: a cross-sectional study.

Rev Bras Enferm. 2020;73(1):e20180191.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0191>

Autor Correspondente:

Rafaella Queiroga Souto

E-mail: rafaellaqueiroga7@gmail.com



RESUMO

Objetivo: descrever o perfil de saúde mental do idoso cadastrado em uma Unidade de Saúde da Família do município do Recife-PE. **Método:** tratou-se de um estudo quantitativo descritivo, realizado com 159 idosos mediante as escalas Depressão Geriátrica, Resiliência, Apoio Social, Satisfação com a Vida e Afetos Positivos e Negativos, Mini Exame do Estado Mental, Inventário de Eventos Estressantes e *Brazil Old Age Schedule*. **Resultados:** predominou o sexo feminino, idosos jovens e alfabetizados. A maioria apresenta-se satisfeita com a vida, 52,2% sem sintomas depressivos, 68,6% sem déficit cognitivo, 67,9% alta resiliência e 95,8% alto apoio social, porém 62% de idosos com sintomas depressivos apresentaram déficit cognitivo. Foi identificada correlação negativa entre a presença de depressão e déficit cognitivo, resiliência, apoio social e satisfação com a vida. **Conclusão:** a avaliação destes indicadores permite identificar desencadeadores de sofrimento psíquico, auxiliando a equipe de enfermagem no desenvolvimento de ações preventivas e de cuidado.

Descritores: Idosos; Enfermagem; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to describe the mental health profile of the elderly registered in a Family Health Unit in the city of Recife, Pernambuco State. **Method:** it was a descriptive quantitative study, conducted with 159 elderly through the scales Geriatric Depression, Resilience, Social Support, Life Satisfaction, and Positive and Negative Affects, Mini-Mental State Examination, Stressful Events Inventory and Brazil Old Age Schedule. **Results:** females, young and literate elderly predominated. Most were satisfied with life, 52.2% without depressive symptoms, 68.6% without cognitive impairment, 67.9% high resilience and 95.8% high social support, but 62% of elderly with depressive symptoms showed cognitive deficit. Negative correlation was identified between depression and cognitive impairment, resilience, social support and life satisfaction. **Conclusion:** assessment of these indicators identifies triggers of psychological distress, assisting the nursing staff in the development of preventive and care actions.

Descriptors: Aged; Nursing; Mental Health; Primary Health Care; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil de salud mental de los ancianos registrados en una Unidad de Salud Familiar en la ciudad de Recife-PE. **Método:** fue un estudio cuantitativo descriptivo, realizado con 159 ancianos a través de las escalas Depresión Geriátrica, Resiliencia, Apoyo Social, Satisfacción con la Vida y Efectos Positivos y Negativos, Mini Examen del Estado Mental, Inventario de Eventos Estresantes y *Brazil Old Age Schedule*. **Resultados:** predominaron las hembras, jóvenes y alfabetizadas. La mayoría estaban satisfechos con la vida, 52.2% sin síntomas depresivos, 68.6% sin deterioro cognitivo, 67.9% de alta resiliencia y 95.8% de alto apoyo social, pero 62% de los ancianos con síntomas depresivos mostraron déficit cognitivo. Se identificó correlación negativa entre depresión y deterioro cognitivo, resiliencia, apoyo social y satisfacción con la vida. **Conclusión:** la evaluación de estos indicadores permite la identificación de desencadenantes de trastornos psicológicos, ayudando al equipo de enfermería en el desarrollo de acciones preventivas y de atención.

Descritores: Anciano; Enfermería; Salud Mental; Atención Primaria de Salud; Salud Pública.

Submissão: 01-04-2018

Aprovação: 23-09-2018

INTRODUÇÃO

Mundialmente, a população vivencia um processo de envelhecimento acelerado⁽¹⁾. Estima-se que em 2030 o número total da população chegará a 223.126.917, e 17,98% represente o quantitativo das pessoas com 60 anos ou mais⁽²⁾, evidenciando um aumento atual e futuro do número de idosos no Brasil. Esse cenário apresenta-se em consequência da diminuição das taxas de fecundidade e aumento da perspectiva de vida populacional, o que reflete em mudanças no perfil de causas de morte, no qual, anteriormente, era marcado por doenças transmissíveis e atualmente prevalecem as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)⁽³⁾.

Dentre as DCNT, inserem-se as patologias de ordem neuropsicológicas e/ou transtornos mentais, trazendo ao indivíduo acometido maior grau de incapacidade e comprometimento em sua qualidade de vida⁽⁴⁾.

Dentre as principais alterações mentais, as mais comuns incluem a depressão e os transtornos mentais comuns, caracterizados por sintomas de ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, apresentando impacto negativo e limitante, considerados um sério problema de saúde pública⁽⁵⁾.

Considerando estes sintomas, são maiores as chances de haver comprometimento psíquico ao avançar da idade⁽⁶⁾, tendo em vista que os TMC demonstram elevados indicadores de prevalência no cenário nacional⁽⁶⁻⁷⁾ e internacional⁽⁸⁻⁹⁾.

Com o avançar da idade, se apresenta então a possibilidade do surgimento de algum comprometimento psíquico e mental, sendo mais comum em idosos do sexo feminino^(6-7,9), idosos insatisfeitos com a vida, os que apresentam alterações mentais⁽⁷⁾ ou físicas^(6-7,10), que consumiam regularmente bebida alcoólica e os que já citaram fazer uso do fumo em algum momento da vida⁽⁶⁾.

Também são comuns distúrbios relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas lícitas^(3,6). A demência atinge entre 1% a 8% na população idosa, configurando-se um importante problema de saúde pública e promovendo, nesta população, alterações comportamentais e psicológicas⁽³⁾.

Estudo realizado no interior de São Paulo⁽¹⁰⁾ demonstrou que a terceira causa mais frequente de procura dos idosos à Estratégia de Saúde da Família (ESF) esteve relacionada a sintomas de transtornos mentais e comportamentais. Entre estes, 55% receberam prescrições medicamentosas de ansiolíticos e 29,7% de antidepressivos. Devido à Atenção Básica ser considerada a porta de entrada da assistência à saúde, é válido destacar a necessidade de maiores investimentos no tocante à promoção da saúde mental e prevenção de comprometimentos psíquicos.

A depressão e a ansiedade são comumente atribuídas ao processo natural do envelhecimento, sendo acompanhadas por perdas no trabalho, perdas sociais, mudança de papéis e novas condições de saúde⁽¹¹⁾. Assim, por serem interligadas a fatos comuns do cotidiano, há falha no diagnóstico e tratamento adequado, bem como escassez de ações destinadas à promoção da saúde mental da população em discussão.

O conceito de saúde mental, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a define como uma condição de bem-estar no qual o indivíduo consegue ser produtivo, trabalhar, cooperar

com a comunidade na qual encontra-se inserido e lidar com as tensões da vida⁽¹²⁾.

Observa-se a importância da compreensão da situação de saúde mental da população idosa, tendo em vista os reflexos nos quais essas patologias representam para sua qualidade de vida e a carência de estudos destinados para esse fim⁽⁶⁾. Além disso, surge a necessidade de aprofundamento do fenômeno, em busca de ações que vislumbrem a prevenção dos seus sintomas e estimulem a sua independência e autonomia^(9,13).

OBJETIVO

Descrever o perfil de saúde mental do idoso cadastrado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município do Recife-PE.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este projeto é vinculado a uma pesquisa intitulada "Impacto de intervenções multidimensionais em idosos cadastrados na atenção primária à saúde e seus cuidadores", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco.

Desenho, local do estudo e período

Tratou-se de um estudo quantitativo descritivo, do tipo transversal, realizado no município de Recife-PE no período de 2016 a 2017.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Participaram do estudo os idosos cadastrados na área de abrangência de três equipes de saúde da família da USF Sítio Wanderley, localizada na Microárea III do Distrito de Saúde IV do município de Recife, Pernambuco.

A amostra foi calculada com a fórmula de população finita para estudos epidemiológicos, utilizando um nível de confiança de 95% e poder de erro de 5%. Baseado nesse cálculo, a amostra resultante foi constituída por 159 idosos.

A amostragem foi aleatória e do tipo sistemática. A quantidade de idosos foi determinada por proporcionalidade entre as três equipes da unidade de saúde. A cada cinco idosos da lista de cada equipe, um era selecionado e convidado a participar da pesquisa.

Foram incluídas na pesquisa as pessoas com 60 anos ou mais, cadastradas nas três equipes de saúde da família. Foram excluídas aquelas que estavam em estágio terminal; portadoras de graves déficits de audição ou de visão; com déficit cognitivo grave. Estes critérios de exclusão foram identificados pelo pesquisador por meio de observação ou informação proveniente dos seus responsáveis.

Protocolo do estudo

Foi realizado um treinamento para 33 alunos, sendo 22 do curso de Enfermagem e 11 de Terapia Ocupacional, com objetivo de apresentar, discutir e aprender a aplicar os instrumentos de

coleta de dados que foram utilizados nesta pesquisa, assim como calibrar os coletadores de dados.

Os entrevistadores realizaram a coleta de dados em duplas, sempre acompanhados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para garantir a segurança do entrevistador e favorecer o vínculo com o idoso.

A coleta de dados ocorreu na residência dos idosos, após esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, orientação sobre o sigilo dos dados, disponibilidade em participar e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os instrumentos foram aplicados pelo entrevistador.

Para a coleta de dados, foram utilizados os instrumentos: o *Brazil Old Age Schedule* (BOAS); Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para rastreio cognitivo; Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) para avaliar a presença de sintomas depressivos; Escala de Resiliência para avaliar o nível de resiliência; Escala de Apoio Social; Inventário de Eventos Estressantes; Escala de Satisfação com a Vida (ESV) e a Escala de Afetos Positivos e Negativos.

A caracterização sociodemográfica do grupo estudado foi feita a partir da aplicação do instrumento BOAS, que é dividido em seções que incluem as informações gerais, sobre saúde física e utilização dos serviços médicos e dentários, e saúde mental⁽¹⁴⁾. Foram extraídas deste instrumento as questões referentes à idade, gênero, estado civil, grau de alfabetização, trabalho e renda.

O MEEM foi aplicado, com o objetivo de avaliar as funções cognitivas dos idosos. A pontuação desse instrumento pode variar de 0 até 30 pontos e seu ponto de corte varia segundo o grau de escolaridade do participante.

Para avaliar os sintomas depressivos, utilizou-se a GDS composta por 15 questões referentes a como a pessoa se sentiu na última semana, apresentando duas opções de resposta que são “sim” ou “não”. Foram classificados com sintomas depressivos aqueles idosos que apresentaram um escore total igual ou maior a 5 pontos⁽¹⁵⁾.

A Escala de Apoio Social foi utilizada com a finalidade de identificar o grau de apoio social dos idosos. Esse instrumento possui 5 opções de respostas, desde 1 para “nunca” e 5 para “sempre”. Foram classificados com baixo apoio o idoso que pontuou de 0-33 pontos e alto apoio acima de 34 pontos⁽¹⁶⁾.

O Inventário de Eventos Estressantes é composto por 31 itens que indicam eventos negativos, tais como problemas de saúde ou nas relações conjugais e morte dos pais, sendo utilizado para medir o impacto desses eventos estressantes na vida do entrevistado⁽¹⁷⁾.

A ESV é composta por 5 perguntas com respostas que vão de 1 (discordo totalmente) e 7 (concordo totalmente). Avalia o quanto satisfeito o entrevistado se encontra, e, quanto mais perto de 7, mais positivo é o resultado.

Outro instrumento utilizado foi a Escala de Afetos Positivos e Negativos. Essa escala tem o objetivo de avaliar a frequência de sentimentos que o entrevistado apresentou nos últimos dias, variando de 1 (nada) a 7 (extremamente). Os resultados são satisfatórios para os itens de afetos positivos quando a resposta é mais próxima de 7, e, para os itens de afetos negativos, quanto mais próximo do 0⁽¹⁸⁾.

Análise dos resultados e estatística

Os dados coletados foram digitados em dupla entrada por digitadores independentes no SPSS versão 21.0. As discrepâncias

foram revisadas e corrigidas por uma coordenadora de coleta de dados. Posteriormente, foram analisados ESCALA por meio de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média e Desvio Padrão) e inferencial (Teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher quando as caselas apresentavam número igual ou menor do que cinco; e Teste de Correlação de Pearson). Para todas as análises, foi utilizado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Para avaliação da força da correlação, foi utilizado o seguinte critério: $r=1$ (perfeita); $0,80 < r < 1$ (muito alta); $0,60 < r < 0,80$ (alta); $0,40 < r < 0,60$ (moderada); $0,20 < r < 0,40$ (baixa); $0 < r < 0,20$ (muito baixa); $r=0$ (nula), sendo interpretado da mesma forma para os valores negativos de coeficiente.

A utilização de um teste paramétrico ocorreu de acordo com o resultado do teste de normalidade Kolmogorov Smirnov, visto que as variáveis apresentaram distribuição normal.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta associação entre as variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos, estado mental, resiliência e apoio social. Observa-se que houve associação ($p \leq 0,05$) nas variáveis estado civil e arranjo de moradia com sintomas depressivos, e na variável trabalho com o estado mental.

Ao avaliar sintomas depressivos e apoio social, o predomínio ocorreu em idosos do sexo feminino, com idade entre 70 a 80 anos, viúvo/separado ou que nunca casou.

No tocante ao estado mental, a maioria dos participantes que apresentava déficit cognitivo era mulher, faixa etária de 60 a 70 anos e viúvo/separado ou que nunca casou.

Em relação à resiliência, a baixa resiliência foi observada em homens, acima de 80 anos, casado/morando junto.

As variáveis alfabetização, trabalho, renda e arranjo de moradia não diferenciaram em nenhuma das análises, visto que os idosos que apresentavam maiores prejuízos das características mentais eram os não alfabetizados, que não trabalham, com renda acima de 3 salários mínimos e que moram sozinho.

Na Tabela 2, se observa que as mulheres se sentem mais satisfeitas com a vida, apresentam mais afetos positivos e menos afetos negativos do que os homens que participaram do presente estudo.

Foram selecionados os eventos que apresentaram maior prevalência entre os 40 eventos estressantes presentes no inventário de eventos estressantes. Dentre esses, os três eventos mais prevalentes foram: a morte de um amigo ($n=86$; 53,8%), seguido do surgimento de uma doença no próprio idoso ($n=90$; 54,6%) e a diminuição de atividades que gostava ($n=89$; 55,7%).

Na Tabela 4, houve associação entre sintomas depressivos, apoio social e resiliência segundo o estado mental. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o estado mental e sintomas depressivos e resiliência.

A Tabela 5 apresenta o resultado da análise de correlação entre o escore total das escalas de GDS, MEEM, resiliência, apoio social e satisfação com a vida. Todas as variáveis se apresentaram correlacionadas. O escore total da escala de satisfação com a vida apresentou uma correlação moderada e negativa com o escore total da GDS.

Tabela 1 - Características mentais em função dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016-2017

Variáveis	Sintomas depressivos		Estado mental		Resiliência		Apoio social	
	C n (%)	S n (%)	C n (%)	S n (%)	B n (%)	A n (%)	B n (%)	A n (%)
Sexo								
Masculino	15(40,5)	22(59,5)	11(29,7)	26(70,3)	14(37,8)	23(62,2)	1(2,7)	36(97,3)
Feminino	61(50,0)	61(50,0)	39(32,0)	83(68,0)	37(30,3)	85(69,7)	4(3,3)	116(96,7)
valor de p*	0,313		0,797		0,391		0,849**	
Idade								
60-70	58(68,2)	27(31,8)	42(49,4)	43(50,6)	26(30,6)	59(69,4)	2(2,4)	82(97,6)
70-80	34(73,9)	12(26,1)	20(43,5)	2(56,5)	14(30,4)	32(69,6)	2(4,4)	43(95,6)
Maior de 80	16(59,3)	11(40,7)	13(48,1)	14(51,9)	10(37,0)	17(63,0)	1(3,7)	26(96,3)
valor de p*	0,430		0,808		0,803		0,807**	
Estado civil								
Acompanhado	8(14,8)	46(85,2)	22(40,7)	32(59,3)	2(3,8)	51(96,2)	14(25,9)	40(74,1)
Sozinho	42(40,0)	63(40,0)	54(51,4)	5(48,6)	3(2,9)	101(97,1)	37(35,2)	68(64,8)
valor de p*	0,001		0,201		0,764**		0,234	
Alfabetizado								
Sim	30(28,3)	76(71,7)	50(47,2)	56(52,8)	33(31,1)	73(68,9)	4(3,8)	101(96,2)
Não	20(37,7)	33(62,3)	26(49,1)	27(50,9)	18(34,0)	35(66,0)	1(1,9)	51(98,1)
valor de p*	0,227		0,822		0,719		0,526**	
Trabalha								
Sim	8(29,6)	19(70,4)	(29,6)	1(70,4)	6(22,2)	21(77,8)	0(0,0)	27(100)
Não	40(31,7)	86(68,3)	63(50,0)	63(50,0)	42(33,3)	84(66,7)	5(4,0)	146(96,0)
valor de p*	0,830		0,054		0,259		0,289**	
Renda								
≤ 1 SM	35(31,0)	78(69,0)	55(48,7)	58(51,3)	39(34,5)	74(65,5)	3(2,7)	109(97,3)
1 - 3 SM	11(28,9)	27(71,1)	17(44,7)	21(55,3)	(23,7)	29(76,3)	1(2,7)	36(97,3)
> 3 SM	4(50,0)	4(50,0)	4(50,0)	4(50,0)	3(37,5)	5(62,5)	1(12,5)	7(87,5)
valor de p*	0,497		0,908		0,439		0,305**	
Arranjo de moradia								
Sozinho	12(54,5)	10(45,5)	13(59,1)	9(40,9)	9(40,9)	13(59,1)	2(9,5)	19(90,5)
1-4	32(28,6)	80(71,4)	51(45,5)	61(54,5)	35(31,3)	77(68,8)	3(2,7)	108(97,3)
5-8	6(24,0)	19(76,0)	12(48,0)	13(52,0)	7(28,0)	18(72,0)	0(0,0)	25(100)
valor de p*	0,038		0,508		0,602		0,162**	

Nota: * Teste Qui-Quadrado de Pearson; ** Teste Exato de Fisher C: com; S: sem; B: baixo; A: alto; Sozinho: viúvo, separado ou que nunca casou; Acompanhado: casado ou morando junto.

Tabela 2 – Comparação da satisfação com a vida e afetos positivos e negativos entre os sexos, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016-2017

Variáveis	Feminino M (DP)	Masculino M (DP)
Satisfação com a vida	25,82 (6,92)	25,08 (7,83)
Afetos positivos	22,24 (6,51)	22,08 (6,84)
Afetos negativos	14,15 (6,37)	12,78 (5,82)

Nota: M: média; DP: desvio padrão.

Tabela 3 - Frequência dos eventos estressantes entre os participantes da pesquisa, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016-2017

Eventos estressantes	n	%
Morte de um amigo	102	64,2
Morte de um parente próximo	86	53,8
Esposa ficou doente	64	35,4
O próprio idoso ficou doente	90	54,6
Cuidar da esposa doente	44	22,3
Perda de poder aquisitivo	57	35,4
Diminuição de atividades que gostava	89	55,7

Tabela 4 – Avaliação do estado mental segundo a presença de sintomas depressivos, nível de apoio social e resiliência, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016-2017

Variáveis	Estado mental		valor de p*
	Sem déficit cognitivo n (%)	Com déficit cognitivo n (%)	
Sintomas depressivos			
Com sintomas	45 (41,3)	31 (62,0)	0,015
Sem sintomas	64 (58,7)	19 (38,0)	
Apoio social			
Baixo apoio	3 (2,8)	2 (4,1)	0,666
Alto apoio	105 (97,2)	47 (95,9)	
Resiliência			
Baixa resiliência	29 (26,6)	22 (44,0)	0,029
Alta resiliência	80 (73,4)	28 (56,0)	

Nota: * Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Tabela 5 - Correlação entre o escore total da GDS e o escore total do Mini Exame do Estado Mental, da escala de resiliência, apoio social e Escala de Satisfação com a Vida, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016-2017

Variáveis	Escore total da GDS	
	Coefficiente de correlação	valor de p*
Escore total do MEEM	-0,266	0,001
Escore total da escala de resiliência	-0,326	0,000
Escore total da escala de apoio social	-0,225	0,005
Escore total da ESV	-0,519	0,000

Nota: * Teste de Correlação de Pearson; GDS: Escala de Depressão Geriátrica; MEEM: Mini Exame do Estado Mental; ESV: Escala de Satisfação com a Vida.

DISCUSSÃO

Concernente aos dados sociodemográficos e econômicos, este estudo destaca o predomínio de pessoas do sexo feminino, com estado conjugal composto, em sua maioria, por pessoas viúvas, divorciadas ou solteiras, as quais são alfabetizadas e têm como principal fonte de renda a aposentadoria de um salário mínimo. Essa condição econômica sustenta famílias de 2 a 4 pessoas. Estes dados corroboram com outras pesquisas, as quais apontam o predomínio feminino em pesquisas relacionadas a idosos, fato fortemente influenciado pela maior longevidade feminina e sua expressividade nos serviços de saúde^(6,19-22).

Referente à renda, 71,1% dos idosos recebem apenas um salário mínimo. No entanto, sua influência na renda familiar consiste em fato relevante na medida em que se evidencia o seu papel como responsável financeiro e provedor da família, o que pode acarretar em sobrecarga emocional e consequentes acometimentos de adoecimento psíquico⁽²³⁻²⁴⁾.

Os idosos que ainda desenvolvem alguma atividade laboral apresentaram predisposição para o surgimento de algum comprometimento de seu estado mental. Entretanto, a ociosidade na pessoa idosa pode gerar sentimentos negativos, como revolta, angústia, frustração e tristeza⁽²⁵⁾. Esses sentimentos podem ser desfavoráveis à manutenção da saúde mental da pessoa idosa. Nesse sentido, apesar das condições susceptíveis relacionadas à capacidade laborativa dos idosos, a revisão sistemática realizada em um estudo não corroborou com os achados desta pesquisa, por apontar que o trabalho, mesmo associado a prejuízos do corpo e dificuldade no desempenho das funções, atua como fator importante de proteção contra a depressão, incapacidade e fragilidade, mantendo o bem-estar, bom nível cognitivo e independência nas atividades diárias desta população⁽²⁶⁻²⁷⁾.

É válido destacar que o aumento da longevidade tem propiciado transformações significativas no perfil etário dos trabalhadores, bem como no seu delineamento, sendo, pois, a forma como a atividade laborativa está organizada grande responsável por um envelhecimento saudável ou não⁽²⁸⁾. Assim, um dos fatores que pode contribuir para as mulheres se tornarem mais propensas a desenvolver transtornos mentais é a sobrecarga de atividades, sendo evidenciada por sua inserção no mercado de trabalho e manutenção de funções ligadas ao papel familiar⁽²⁰⁾.

Essa sobrecarga acarreta em angústia, frustração e tristeza, sentimentos estes que podem ser desfavoráveis à manutenção da saúde mental da pessoa idosa. O período de ócio dos indivíduos

que se encontram no estágio da velhice é diretamente proporcional ao agravamento de afetos negativos. Por essa razão, infere-se a necessidade de proporcionar a esta população atividades diárias que possam ocupar suas mentes e dar sentido às suas existências⁽²⁵⁾.

Neste estudo, apesar de os afetos positivos se sobreporem aos negativos, a presença de sintomas depressivos foi maior nos idosos que apresentaram menores índices de satisfação com a vida ($r=-0,519$; $p=0,000$). No tocante à avaliação dos afetos e satisfação com a vida, as mulheres apresentaram maiores médias⁽²⁹⁾ para afetos positivos e satisfação com a vida, divergindo do resultado encontrado em um estudo realizado em Campina Grande-PB. Esse dado nos permite perceber que a longevidade do sexo feminino não está interferindo em sua satisfação com a vida.

Esse resultado coincide com o encontrado em um estudo conduzido no Rio Grande do Sul, em que 52,1% ($n=87$) dos idosos apresentam sintomas depressivos e estão insatisfeitos com a vida⁽²⁰⁾.

Essa avaliação da satisfação com a vida pode ser considerada subjetiva, podendo estar relacionada com a qualidade de vida. Assim sendo, seria esperado que os idosos que apresentam transtornos mentais relatassem insatisfação com a vida em decorrência dos prejuízos que esses transtornos podem ocasionar ao indivíduo⁽⁷⁾.

Concernente aos dados referentes à satisfação com a vida, os resultados apresentaram-se condizentes com o estudo de inquérito domiciliar, realizado por meio de abordagem quantitativa, transversal e analítica, desenvolvido com idosos residentes em área urbana do município de Uberaba (MG), Brasil⁽³⁰⁾. Esse estudo aponta a relação entre autoestima e qualidade de vida, em que quanto maior a autoestima, maior a qualidade de vida, sendo esta última fator de impacto para o sentimento de alegria, satisfação e felicidade dos usuários, protegendo-os do adoecimento psíquico.

No entanto, apesar da amostra não apresentar altos indicadores de sintomas depressivos, houve associação entre estes e os idosos sem nenhum tipo de relacionamento conjugal e que moravam sozinhos. Esse dado corrobora com os resultados encontrados em um estudo no sudeste brasileiro⁽¹⁹⁾.

Em relação ao arranjo familiar, o estudo conduzido com idosos no Paraná⁽³¹⁾ aponta que a mudança da estrutura familiar, caracterizada por aumento de idosos viúvos ou divorciados e que moram sozinhos, associada aos desafios da sociedade pós-moderna, pode justificar a maior prevalência para o desencadear de sintomas depressivos.

Dessa maneira, o apoio social e a qualidade das relações que cercam os idosos podem influenciar positivamente nas variáveis otimismo e estresse, desenvolvendo a resiliência e, consequentemente, a capacidade de superar situações difíceis por meio do auxílio da vivência familiar e social de qualidade, reduzindo o estresse⁽³²⁾.

Assim, de acordo com os resultados apontados por este estudo, os fatores estressantes mais prevalentes estão todos relacionados às perdas, seja a morte de um amigo, autonomia devido ao surgimento de alguma doença no próprio idoso e terceiro a diminuição de atividades que gostava.

Portanto, é válido destacar que o processo de envelhecimento é permeado por acúmulos de perdas simbólicas e reais, tendo em vista que nesta fase da vida há diminuição significativa do vigor físico e do sentimento de produtividade. As perdas dos entes queridos são frequentes, o que acarreta em enfraquecimento das relações emocionais e diminuição do convívio social, na medida

em que a viuvez sobrecarrega a velhice com o peso da solidão e com a sensação de perda da fonte de apoio social⁽³³⁾.

Observou-se associação significativa entre o déficit cognitivo e os sintomas depressivos. As alterações do envelhecimento podem influenciar no declínio cognitivo e contribuir para o surgimento de manifestações físicas, psicológicas e sociais. Esse declínio cognitivo pode ser avaliado como um fator de risco para o surgimento de sintomas depressivos e quadros demenciais⁽³⁴⁾.

Dessa forma, o aumento da depressão em idosos consiste em um fator diretamente proporcional aos problemas relacionados ao estado mental, bem como inversamente proporcional à resiliência, ao apoio social e aos níveis de satisfação com a vida. Corroborando com este achado, a pesquisa de Ribeiro et al (2018), realizada na Bahia, com residentes idosos na área urbana, aponta que a sintomatologia depressiva tem grande impacto nas condições de vida do indivíduo, refletindo condições caóticas na saúde da população idosa. Muitas vezes, os idosos, devido ao esquecimento dos familiares, ficam à margem da sociedade, sem apoio emocional e psicológico, o que acaba dificultando o estabelecimento de relações afetivas, familiares e sociais tão importantes para o convívio do ser humano em sociedade⁽³³⁾.

Apesar de a depressão apresentar-se inserida entre os agravos que mais acometem a saúde mental dos idosos, os resultados do presente estudo demonstraram que quanto maior for o escore total dos sintomas depressivos, menor será o escore total do MEEM, logo, maior é o déficit cognitivo. Apesar de a depressão ser uma patologia mental incapacitante e responsável pela perda de autonomia, funcionalidade e agravamento de outras patologias, e afetar diretamente a qualidade de vida, esta ainda é bastante subdiagnosticada em função dos profissionais de saúde acreditar que seus sintomas são próprios do processo de envelhecimento^(27,35).

Contudo, este estudo evidencia, com margem pequena de diferença, que a maioria dos idosos não apresentou sintomas depressivos (52,2%). Isso pode ser justificado devido aos resultados que apontam que 68,6% dos idosos não apresentam déficit cognitivo e alta resiliência, características que contribuem de forma relevante para o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e atuam como fator de proteção emocional⁽³⁶⁾.

Nesse contexto, estudo descritivo realizado com pacientes idosos do Ambulatório de Geriatria/HC-UNICAMP aponta que a resiliência consiste em fator de proteção emocional em idosos acometidos por doenças crônicas, ao estar associada à preservação da funcionalidade dos indivíduos, bem como a uma menor predisposição à sintomatologia depressiva⁽³⁶⁾.

Observou-se, na amostra, que a presença de sintomas depressivos está correlacionada negativamente com o nível de resiliência. Assim, os idosos que apresentam esses sintomas são aqueles que têm baixa resiliência. Esse dado corrobora com os resultados encontrados no estudo realizado em São Paulo, em que 54,16% (n=13) dos idosos com sintomas depressivos apresentavam baixa resiliência⁽³⁷⁾.

Dessa maneira, uma estratégia efetiva utilizada por profissionais de saúde na Atenção Básica para atenção à saúde mental dos idosos tem sido as tecnologias leves de cuidado por meio do acolhimento humanizado e construção de vínculos. Houve o uso de práticas integrativas e complementares do SUS, a exemplo da terapia comunitária integrativa tem se mostrado ferramenta de cuidado eficaz para a proteção e prevenção dos sofrimentos psíquicos, por contribuir como rede de apoio e facilitadora para construção de vínculos afetivos que reflete o sentimento de pertencimento a um grupo, aumentando a autoestima e a sensação de bem-estar dos indivíduos⁽³⁷⁻³⁸⁾.

Limitações do estudo

O delineamento transversal limita as implicações do presente estudo pois não permite uma avaliação de causalidade nem de longitudinalidade. Além disso, o presente estudo não realizou diagnóstico das características mentais dos indivíduos, pois utilizou apenas escalas de rastreio que indicam alterações que precisam ser melhor investigadas.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Os resultados deste estudo contribuem para a melhoria no cuidado da Enfermagem, na medida em que torna evidente a necessidade da atenção à saúde mental dos idosos na Atenção Básica e na comunidade, com vistas a identificar os gatilhos que desencadeiam o sofrimento psíquico e acarreta em transtornos mentais comuns, fator que propicia a progressão para casos de adoecimento psíquico – sendo a depressão como seu maior expoente. Dessa maneira, faz-se imperativo que o cuidar durante o processo de envelhecimento seja realizado de forma integral e atenta às realidades de vida, bem como permeado por tecnologias leves de cuidado voltadas ao idoso na comunidade.

CONCLUSÃO

O perfil encontrado da amostra estudada foi de idosos que não apresentaram declínio de saúde mental, que vivenciam frequentemente os afetos positivos e estão satisfeitos com a vida. Foi identificada associação significativa sob o ponto de vista estatístico entre o déficit cognitivo e os sintomas depressivos e apoio social; e correlação negativa moderada da satisfação com a vida com os sintomas depressivos.

Apesar de não se tratar de um estudo de caráter longitudinal, a mensuração destes indicadores amplia a literatura científica sobre a temática, fornece evidências científicas para posteriores estudos com outros tipos de delineamento e possibilita que profissionais de enfermagem consigam elencar fatores desencadeadores de sofrimento psíquico e prejuízos da saúde mental na pessoa idosa, dando-lhes, então, subsídios para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental e melhorias à situação geral de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde [Internet]. Brasília: OMS; 2015 [cited 2018 Mar 11]. Available from: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da População do Brasil e unidades da federação por sexo e idade para o período de 2000 a 2030 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [cited 2018 Mar 11]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>

3. Malta DC, Silva MMAD, Moura LD, Moraes Neto OL. The implantation of the Surveillance System for Non-communicable Diseases in Brazil, 2003 to 2015: successes and challenges. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(4): 661-75. doi: 10.1590/1980-5497201700040009
4. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, Carney RM, Doering LV, Frasure-Smith N, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2014;129(12):1350-69. doi: 10.1161/CIR.0000000000000019
5. Yimam K, Kebede Y, Azale T. Prevalence of common mental disorders and associated factors among adults in Kombolcha Town, northeast Ethiopia. *J Depress Anxiety.* 2014;(Suppl 1):1-6. doi: 10.4172/2167-1044.S1-007
6. Silva PAS, Rocha SV, Santos LB, Santos CA, Amorim CR, Vilela ABA. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(2):639-46. doi: 10.1590/1413-81232018232.12852016
7. Martins AMEBL, Nascimento JE, Souza JGS, Sá MAB, Feres SBL, Soares BP, et al. The association between common mental disorders and subjective health conditions among the elderly. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;21(11):3387-98. doi: 10.1590/1413-812320152111.07842015
8. Andreas S, Schulz H, Volkert J, Dehoust M, Sehner S, Suling A, et al. Prevalence of disorders in elderly people: The European Mentdis_ICF65+ study. *Br J Psychiatry.* 2017;210(2):125-31. doi: 10.1192/bjp.bp.115.18046
9. Noorbala AA, Faghizadeh S, Kamali K, Yazdi SAB, Hajebi A, Mousavi MT, et al. Mental Health Survey of the Iranian adult population in 2015. *Arch Iran Med.* 2017;20(3):128-34. doi: 0172003/AIM.003
10. Onofri Júnior VA, Martins VS, Marin MJS. Elderly health care in the Family Health Strategy and the prevalence of common mental disorders. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(1):21-33. doi: 10.1590/1809-9823.2016.15004
11. Possatto JM, Rabelo DF. Condições de saúde psicológica, capacidade funcional e suporte social de idosos. *Rev Kairós.* 2017;20(2):45-58. doi: 10.23925/2176-901X.2017v20i2p45-58
12. World Health Organization (WHO). Mental Health: a state of well-being [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2018 Mar 11]. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
13. Araújo GKN, Sousa RCR, Souto RQ, Silva Júnior EG, Eulálio MC, Alves FAP, et al. Functional capacity and depression in elderly. *J Nurs UFPE On Line.* 2017;11(10):3778-86. doi: 10.5205/1981-8963-v11i10a22627p3778-3786-2017
14. Porciúncula RDCR, Carvalho EF, Barreto KML, Leite VMM. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(2):315-25. doi: 10.1590/S1809-98232014000200009
15. Guerin JM, Copersino ML, Schretlen DJ. Clinical utility of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) for use with young and middle-aged adults. *J Affect Disord.* 2018;241:59-62. doi: 10.1016/j.jad.2018.07.038
16. Martins RML. A relevância do apoio social na velhice. *Rev Mill [Internet].* 2016 [cited 2018 Set 10];31(10):128-34. Available from: <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8422>
17. Mazo GZ, Balbé GP, Medeiros PA, Namam M, Ferreira EG, Benedetti TRB. Nível de resiliência em idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. *Motricidade.* 2016;12(4):4-14. doi: 10.6063/motricidade.6138
18. Galinha IC, Pereira CR, Esteves F. Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo-PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Psicologia [Internet].* 2014 [cited 2018 Sept 10];28(1):50-62. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-20492014000100005&lng=es&nrm=.pf
19. Oliveira SC, Santos AA, Pavarini SCI. The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(1):65-71. doi: 10.1590/S0080-623420140000100008
20. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Depressive symptoms in elderly living in areas covered by Primary Health Care Units in urban area of Bagé, RS. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(1):1-12. doi: 10.1590/1980-5497201500010001
21. Ribeiro PCPSV, Marque RMD, Ribeiro MP. Geriatric care: ways and means of providing comfort. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2017;70(4):830-7. [Thematic Edition "Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing"]. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0636
22. Lenardt MH, Sousa JAV, Grden CRB, Betiulli SE, Carneiro NHK, Ribeiro DKMN. Gait speed and cognitive score in elderly users of the primary care service. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(6):851-6. doi: 10.1590/0034-7167.2015680623i
23. Saidel MGB, Campos CJG. Family of older adults with mental disorder: perception of mental health professionals. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2017;70(4):753-60. [Thematic Edition "Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing"]. doi: 10.1590/0034-7167-2016-064624
24. Paiva MM, Tavares DMS. Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(6):727-33. doi: 10.1590/0034-7167.2015680606i
25. Oliveira JM, Rozendo CA. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? *Rev Bras Enferm.* 2014;67(5):773-9. doi: 10.1590/0034-7167.2014670515
26. Amorim JSC, Salla S, Trelha CS. Factors associated with work ability in the elderly: systematic review. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(6):830-41. doi: 10.1590/1809-4503201400040003
27. Ribeiro MS, Borges MS, Araújo TCCF, Souza MCS. Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(6):869-77. doi: 10.1590/1981-22562017020.170083
28. Rodrigues MR, Bretas ACP. O envelhecimento no trabalho na perspectiva de trabalhadores da área de enfermagem. *Trab Educ Saúde.*

- 2015;13(2):343-60. doi: 10.1590/1981-7746-sip00034
29. Nunes RP, Melo RLP, Silva Júnior EG, Eulálio MC. Relationship between coping and subjective well-being of elderly from the interior of the Brazilian northeast. *Psicol Reflex Crit.* 2016;29:1-8. doi: 10.1186/s41155-016-0032-x
 30. Tavares DMS, Matias TGC, Ferreira PCS, Pegorari MS, Nascimento JS, Paiva MM. Quality of life and self-esteem among the elderly in the community. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(11):3557-64. doi: 10.1590/1413-812320152111.03032016
 31. Lentsck MH, Pilger C, Schoereder EP, Prezotto KH, Mathias TAF. Prevalence of depressive symptoms and signs of dementia in the elderly in the community. *Rev Eletr Enf.* 2015; 17(3):1-8. doi: 10.5216/ree.v17i3.34261
 32. Oliveira NA, Souza EN, Luchesi BM, Inouye K, Pavarini SCI. Stress and optimism of elderlies who are caregivers for elderlies and live with children. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2017;70(4):697-703. [Thematic Edition "Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing"] doi: 10.1590/0034-7167-2017-008833
 33. Ribeiro VS, Rosa RS, Sanches GJC, Ribeiro IJS, Casotti CA. Qualidade de vida e depressão em domicílios no contexto doméstico. *Enferm Actual.* 2018;34:53-66. doi: 10.15517/revenf.v0i34.30983
 34. Nunes WA, Dias FA, Nascimento JS, Gomes NC, Tavares DMS. Cognição, funcionalidade e indicativo de depressão entre idosos. *Rev Rene.* 2018;17(1):103-11. doi: 10.15253/2175-6783.2016000100014
 35. Santos MA. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(9):3061-75. doi: 10.1590/1413-81232017229.05882016
 36. Fontes AP, Fattori A, D'Elboux MJ, Guariento ME. Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(1):7-17. doi: 10.1590/1809-9823.2015.13201
 37. Moura SG, Ferreira Filha MO, Moreira MASP, Simpson CA, Tura LFR, Silva AO. Social representations of integrative community therapy by the elderly. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017; 38(2): e55067. doi: 10.1590/1983- 1447.2017.02.55067
 38. Penha AAG, Barreto JAPS, Santos RL, Rocha RPB, Morais HCC, Viana MCA. Tecnologias na promoção da saúde de idosos com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Rev Enferm UFSM.* 2015;5(3):406-14. doi: 10.5902/2179769217160
-