

## Saúde mental e envelhecimento

Marineia Crosara de Resende  
Camilla de Paula Almeida  
Débora Favoreto  
Elizângela das Graças Miranda  
Gisele Pereira da Silva  
Joscelaine Farias Pereira Vicente  
Lorena Ávila Queiroz  
Priscylla Fonseca Duarte  
Silvia Cristina Pereira Galicioli

*Universidade Federal de Uberlândia  
Uberlândia, Minas Gerais, Brasil*

### RESUMO

Este estudo objetivou: a) verificar a saúde mental (depressão e ansiedade) em pessoas no processo de envelhecimento; b) identificar os principais sintomas físicos relatados por pessoas no processo de envelhecimento; c) verificar a relação entre sintomas físicos e saúde mental com idade e gênero; d) verificar o tipo de relação existente entre sintomas físicos, saúde mental e depressão. Método: Participaram 406 pessoas, idade média 66 anos, que frequentam centro de convivência. Responderam em entrevista aos instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Escala de Sintomas Físicos, Questionário de Saúde Geral (QSG-12), Escala Geriátrica de Depressão. Os resultados indicaram que os sintomas físicos mais relatados foram: dor nos braços, dor nas costas, pressão alta, visão fraca. Os sujeitos apresentaram saúde mental positiva. As mulheres relatam maior número de sintomas físicos, sentir mais dor e mais ansiedade. As pessoas com 50-59 anos relatam um maior número de sintomas físicos e maior frequência de depressão.

**Palavras-chave:** idoso; saúde mental; saúde do idoso; depressão; psicologia.

### ABSTRACT

#### *Mental health and aging*

The objective of this study was: a) verify the mental health in aged persons; b) identify physical symptoms in aged persons; c) inquire the depression incidence; d) verify the correlation between physical symptoms, mental health and depression in aged persons; e) verify the possible relation between physical symptoms, mental health and depression. Method: Participants: 406 persons, mean age 66 years. Data collection involved application of Sociodemographic Questionnaire, Physical Symptoms Scale, General Health Questionnaire (GHQ-12), Geriatric Depression Scale. The results indicated that the most physical symptoms related was pain in the arms, pain in the back, high pressure, weak vision. The persons had positive general mental health. The majority does not present depression. The women tell to have a greater number of physical symptoms, to feel more pain and more anxiety. The people with 50-59 years had more incidence number of physical symptoms and depression.

**Keywords:** aged; mental health; health of the elderly; depression; psychology.

### RESUMEN

#### *Salud mental y envejecimiento*

El objetivo del estudio es: a) evaluar la salud mental en personas envejecidas; b) describir los síntomas físicos en personas envejecidas; c) investigar la incidencia de la depresión; d) verificar la correlación entre los síntomas físicos, la salud mental y la depresión en personas envejecidas; e) verificar la relación posible entre los síntomas físicos, la salud mental y la depresión. Métodos: La muestra de la investigación consistió en 406 adultos mayores, la edad media era 66 años. He sido utilizado un cuestionario con datos socio-demográficos; Escala de los síntomas físicos, Cuestionario de la salud general (GHQ-12), Escala de Depresión Geriátrica. Los resultados indicaron que el síntoma físico más frecuente era dolor en los brazos, dolor en la espalda, alta presión, visión débil. Las personas tenían salud mental general positiva. La mayoría no presenta la depresión. Las mujeres dicen tener un mayor número de síntomas físicos, sentir más dolor y más ansiedad. La gente con 50-59 años tenía incidencia más frecuente de los síntomas físicos y de la depresión.

**Palabras clave:** envejecimiento; salud mental; salud del anciano; depresión; psicología.

## INTRODUÇÃO

As questões físicas, econômicas, sociais e psicológicas relativas ao envelhecimento e à velhice atingiram considerável visibilidade nos últimos anos e vários pesquisadores têm se interessado pela compreensão das necessidades e características da população idosa, na medida em que a demanda por atendimento a esse segmento cresce consideravelmente (Freire, Resende e Rabelo, 2004). A mudança demográfica relativa à população idosa provoca um aumento de pessoas com risco de adquirir doenças (Maia, Durante e Ramos, 2004) e propensão à incapacidade funcional (Papaléo Netto, 2006).

Estes dados representam um grande problema e um desafio à saúde pública, uma vez que ainda não se conseguiu solucionar as dificuldades em relação às doenças agudas e, agora, é preciso também enfrentar um aumento na demanda de intervenções referentes às doenças crônicas e com características específicas, como no caso da população mais velha (Ramos, 2003). Garrido e Menezes (2002) relatam que os idosos são a parcela da população que mais apresenta problemas de saúde comparada à população geral. Citam dados do IBGE que descrevem que em 1999, dos 86,5 milhões de pessoas que declararam ter consultado um médico nos últimos 12 meses, 73,2% eram maiores de 65 anos. Esse grupo também está entre o de maior coeficiente de internação hospitalar (14,8 por 100 pessoas no grupo) no ano anterior. Ramos (2003) corrobora dizendo que o idoso utiliza mais os serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o período de permanência nos leitos é maior em relação à outras faixas etárias.

Embora a velhice não seja sinônimo de doenças, o envelhecimento pode resultar na presença de múltiplas doenças, prejuízos e incapacidades com conseqüente deterioração da saúde dos idosos, sejam nos aspectos físicos e/ou mentais. Vários fatores associados ao aumento da idade podem predispor ao desenvolvimento de transtornos mentais, especialmente sintomas distímicos (Maia, Durante e Ramos, 2004). Pessoas com sofrimentos psíquicos constituem ampla amostra populacional não sendo restrita a uma determinada classe social ou faixa etária (Ramos, 2002).

Os distúrbios mentais são comuns e correspondem a 8% das doenças (Maia, Durante e Ramos, 2004). Segundo Zanetti, Coelho e Lotufo Neto (2005), citando os dados do Relatório sobre a Saúde no Mundo de 2001 (Organização Mundial de Saúde – OMS), os transtornos mentais acometem mais de 450 milhões de pessoas e respondem por 12,3% das causas de enfermidades e invalidez. Previsões da OMS apontam que este número

poderá chegar a 562 milhões em 2020. No Brasil, as estimativas do Ministério da Saúde quanto à prevalência dos transtornos mentais na população geral apontam que 3% da população apresentam transtornos mentais severos e persistentes, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas e 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (Goretti, Mendonça, Müller, Luna e Teixeira, 2005).

Garrido e Menezes (2002) relatam que em 1997, na faixa etária de 60 anos ou mais as internações psiquiátricas apareciam entre as dez primeiras causas de internação para o sexo masculino, mas não para o feminino. Porém, escassos são os estudos realizados no Brasil sobre a prevalência de transtornos mentais no idoso vivendo na comunidade. Os autores citam o estudo de Ramos e colaboradores (1993), no município de São Paulo, que detectaram uma prevalência de 27% de transtornos mentais por meio da versão simplificada do Older Americans Resources and Services (OARS), previamente validada no mesmo município.

Dentre os diversos transtornos que afetam idosos, o transtorno depressivo apresenta prevalência variando entre 4,8% a 14,6% entre idosos vivendo na comunidade e em idosos hospitalizados ou institucionalizados essa prevalência chega a 22,0% (Frank e Rodrigues, 2006). De acordo com Miguel Filho e Almeida (2000) e Paradela, Lourenço e Veras (2005), entre os distúrbios psíquicos encontrados no idoso, a depressão é o mais frequente, embora os autores relatem que os dados referentes à prevalência da depressão na velhice são variáveis, dependendo das características das amostras selecionadas e dos critérios utilizados para diagnóstico. Segundo Gazalle, Lima, Tavares e Hallal (2004), a depressão é uma morbidade de difícil mensuração, especialmente em estudos epidemiológicos, isso se deve ao fato de que o quadro depressivo é composto por sintomas que traduzem estados de sentimentos que diferem acentuadamente em grau e, algumas vezes, em espécie.

De acordo com Borges, Medina-Mora e Moreno (2004) estudos sobre a saúde mental contribuem para um mapeamento de sofrimentos psíquicos, como a depressão, vivenciados pela população idosa, ressaltando que ao se pensar em um estudo sobre os transtornos mentais, há que se considerar: o caráter duplo (comportamento externo e percepção subjetiva) da doença mental; a articulação entre o biológico e o social (genética *versus* ambiente); e que a busca pelo serviço só ocorre quando o sofrimento já é bastante intenso; os fatores de risco que podem levar à transtornos mentais; o treinamento adequado dos

pesquisadores para a aplicação dos instrumentos e a contribuição deste trabalho para a saúde pública e para o delineamento dos transtornos mentais (conhecidos ou não).

A vulnerabilidade dos idosos aos transtornos mentais justifica a relevância da investigação das manifestações psicopatológicas que apresentam para orientar as intervenções necessárias à promoção da saúde mental de forma a associar qualidade aos anos vividos. Além disso, os distúrbios psiquiátricos dos idosos interferem de forma negativa na vida daqueles envolvidos com seus cuidados, e já representam uma das principais áreas de gastos com a saúde da população em países desenvolvidos (Almeida, 1999). Os gastos com saúde tendem a aumentar progressivamente com o envelhecimento populacional, agravando os desafios de promoção da equidade (Motta e Aguiar, 2007).

A depressão merece especial atenção, uma vez que apresenta frequência elevada e consequências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos e apesar disso, a presença de sintomas depressivos é apenas ocasionalmente reconhecida pelo paciente e pelos profissionais de saúde, causando sofrimento desnecessário àqueles que não recebem tratamento, dificuldades para os familiares do paciente, e elevado custo econômico à sociedade (Almeida e Almeida, 1999). Duarte e Rego (2007) afirmam que a depressão é uma doença, e não uma manifestação do envelhecimento fisiológico; portanto, necessita ser diagnosticada e tratada.

O diagnóstico de depressão no idoso é na maioria das vezes, mais difícil do que no jovem, estimando-se que em 40% dos casos ela não é reconhecida. Isso se deve ao fato de que há uma visão errônea por parte de alguns médicos, familiares e do próprio paciente de que a depressão é consequência fisiológica e, portanto, um processo normal do envelhecimento. Outro fator são os sintomas somáticos relatados por eles, mascarando o quadro desta síndrome. Associados a isto, estão os sintomas de determinados quadros psiquiátricos e a facilidade do velho para o delírium, que podem ser confundidos com sintomas depressivos (Carvalho e Fernandez, 1996).

Sabe-se que, particularmente na população idosa, os quadros depressivos têm características clínicas peculiares. Nos idosos, há uma diminuição da resposta emocional (“erosão afetiva”) e, com isso, há um predomínio de sintomas como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminações sobre o passado e perda de energia. Isso torna o diagnóstico dessa condição mais complexo nesta população (Gazalle, Hallal e Lima, 2004).

Segundo Miguel Filho e Almeida (2000), muitas vezes há uma dificuldade de diferenciar o estado afetivo de tristeza e a depressão. A depressão é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas, entre os quais a tristeza pode ser apenas um dos sintomas. O quadro clínico apresentado pelo idoso deprimido assemelha-se, na maior parte das vezes, àquele encontrado em outras faixas etárias, inclui perda de interesse e prazer em atividades anteriormente significativas, distúrbios vegetativos, alterações da psicomotricidade, perda de energia, diminuição da autoestima, dificuldades cognitivas, sentimentos de desesperança ou culpa impróprios e pensamentos recorrentes de morte, ruminação suicida, distúrbios do sono, alterações do apetite, obstipação, diminuição do interesse sexual e retardo psicomotor. Além disso, o velho pode apresentar-se muito ansioso, preocupado, queixando sintomas físicos, fatigado, lentificado, apático, inerte, desinteressado e com falta de iniciativa. Tavares (2004) afirma que entre os idosos esta síndrome é heterogênea, inclusive com relação ao diagnóstico, no que se refere à sua etiologia e aos aspectos relacionados à sua apresentação e tratamento.

A fim de minimizar os erros diagnósticos cabe a todos os profissionais da saúde saber que a depressão existe e deve ser reconhecida. Para tanto, tem-se utilizado os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (2002) e do CID-10. Segundo o DSM-IV-TR (2002) para identificar a depressão tem-se que ter a duração de pelo menos duas semanas e a frequência de pelo menos quatro sintomas. De acordo com Holmes (1997), a depressão associada ao início da idade avançada é conhecida como depressão involutiva, sendo aumentada de modo substancial a partir dos 65 anos de idade aproximadamente e o predomínio de eventos depressivos em mulheres sobre homens, existente antes dos 65, diminui ou até mesmo inverte com o aumento da idade. Inicialmente, os fatores fisiológicos associados ao envelhecimento eram tidos como causas da depressão, o que contribuem muito, no entanto, é preciso considerar o papel que os fatores psicológicos e culturais desempenham. No processo de envelhecimento as pessoas podem passar por períodos estressantes de vida, como: perda de familiares, de amigos, de status e de respeito, de aumento de doenças e de problemas financeiros associados ao envelhecimento, o fato de que o futuro é limitado e pode parecer sombrio, além do que, na sociedade ocidental, os idosos são vistos como obsoletos e privados do papel contribuinte, o que diminui sua autoestima e autoconfiança.

Para Scazufca e Matsuda (2002), a depressão causa mudanças no humor, nos comportamentos e nas atividades da vida diária, é muitas vezes associada à

comorbidades médicas e com frequência é caracterizada como um problema crônico e recorrente nos idosos. Além da incapacitação pessoal, a depressão é associada a um aumento da mortalidade e de uso de serviços de saúde, ressaltando-se que a proporção dos indivíduos que tentam suicídio e são bem sucedidos é maior entre os indivíduos com mais de 65 anos, respondendo por 25% do total de casos (Holmes, 1997). De acordo com Maia, Durante e Ramos (2004), têm sido descritos na literatura como relacionados ao risco da mortalidade de idosos: fatores demográficos, socioeconômicos, de suporte social, antecedentes de morbidade, estilo de vida e hábitos, entre outros.

Para Carvalho e Fernandez (1996), alguns profissionais da saúde subestimam o tratamento da depressão na pessoa geronte devido à falta de conhecimento especializado, considerando a velhice como um estado precário, achando que a depressão e a ansiedade fazem parte desta fase da vida. Os familiares apresentam dificuldades para aceitar o tratamento psicológico, talvez por falta de conhecimento da técnica ou até mesmo por problemas familiares mal resolvidos, como mágoas e ressentimentos em relação ao idoso. Estes acreditam que não haverá retorno positivo mediante terapia psicológica e que a terapia medicamentosa é muito perigosa. Entretanto, para estes autores, inúmeras pesquisas demonstram que estes tratamentos são tão eficazes na velhice quanto nos jovens.

Maia, Durante e Ramos (2004) realizaram uma pesquisa com o objetivo de detectar a prevalência de transtornos mentais em idosos residentes em área urbana de Montes Claros, no norte de Minas Gerais, com uma amostra de 327 idosos (60 anos de idade ou mais). Os transtornos mentais foram aferidos por meio de um questionário de rastreamento psicogeriatrico (QRP). Os resultados indicaram que a prevalência estimada de transtornos mentais foi 29,3%, associada com sexo feminino, número de doença, capacidade funcional e local de residência (favela/não favela). Para os autores, comparando com outros estudos comunitários, a prevalência de distúrbios mentais entre os idosos na área urbana foi alta e está associada com múltiplas doenças, incapacidade e pobreza. É uma realidade preocupante pelo de seu impacto sobre a qualidade de vida relativa à saúde da população e sobre os serviços de saúde nas próximas décadas.

Distúrbios mentais em idosos podem ocorrer devido a diversos fatores psicossociais que os predisõem a estas doenças, pois com o passar dos anos os velhos vivenciam perdas significativas caracterizadas por declínio de saúde, redução do funcionamento cognitivo, perda da autonomia, perda de papéis sociais, viuvez,

morte dos amigos e parentes, isolamento social, restrições financeiras devido à aposentadoria, entre outras. Estas perdas trazem prejuízo à autoestima e, na maioria das vezes, culmina em crise. A forma com que o idoso vai enfrentar estas perdas dependerá de seus recursos internos e de uma rede social de apoio (Gatto, 1996).

Os problemas de saúde que afetam os idosos são em geral de natureza crônica, e o desenvolvimento de ações efetivas de controle e prevenção para enfrentá-los constitui um desafio para os sistemas de atenção à saúde e uma prioridade no planejamento social (Maia, Durante e Ramos, 2004). Assis, Pacheco e Menezes (2002) relatam que a saúde precisa ser pensada como sendo multideterminada e dependente de ações intersetoriais e integradas, cujas estratégias englobam a atuação em cinco campos: a) a implementação de *políticas públicas saudáveis*, definida como uma dimensão fundamental da responsabilidade social da saúde e busca de equidade; b) a *criação de ambientes saudáveis*, relacionada à proteção ao meio ambiente e à conquista de ambientes que favoreçam a saúde (moradia, educação, lazer, escola, trabalho, cidade, entre outros); c) o *desenvolvimento de habilidades pessoais*, que envolve o acesso a informações e o processo de capacitação das pessoas para lidar com a saúde; d) o *reforço da ação comunitária*, descrito como aquisição de conhecimento técnico e político para atuar em prol da saúde; e) a *reorientação dos serviços de saúde*, pautada em uma visão abrangente e intersetorial, para além do provimento de serviços assistenciais.

No âmbito específico da Psicologia, para Rey (1997), o desenvolvimento da psicologia da saúde estimulou o trabalho do psicólogo no campo da prevenção e da promoção da saúde, assim como sua participação em equipes interdisciplinares, tanto em instituições de saúde quanto na atuação no trabalho comunitário, tornando-se um espaço importante de prevenção e promoção, tendo como primeiro desafio definir teoricamente a saúde, o que implica superar sua definição em termos de normalidade, equilíbrio e ausência de sintomas e pensá-la em termos de um processo permanente que expressa a qualidade do desenvolvimento do sistema, a qual estará referida tanto aos elementos biológicos, como aos elementos subjetivos e sociais.

Na visão de Bleger (1984), não interessa apenas a ausência de doenças, mas o desenvolvimento integral das pessoas e da comunidade. A ênfase, então, na saúde mental, desloca-se da doença à saúde e à observação de como os seres humanos vivem em seu cotidiano. Saúde e doença são condições que comportam forte

variabilidade. Em qualquer idade, a heterogeneidade nas condições de saúde de um grupo de indivíduos reflete tanto a variabilidade dos perfis de fragilidade quanto a variabilidade de outros fatores que predisõem a condições indesejáveis de saúde. Alguns indivíduos podem atingir idades avançadas em excelente estado de saúde, sem nenhuma doença crônica, mas este fato não é regra e sim exceção. No entanto, a presença de uma doença crônica não implica em que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma totalmente independente (Resende, 2006).

Estudos apontam que é possível melhorar a qualidade de vida dos idosos e evitar ou postergar as mortes que os atingem com a identificação de fatores de risco de mortes precoces e a atuação sobre eles com medidas de promoção e prevenção. Idosos pertencentes a grupos de risco, identificados pela presença de fatores, deveriam merecer atenção especial dos programas sociais e de saúde. O conhecimento dos fatores associados à menor sobrevida pode orientar amplos programas educativos para a difusão de condições e estilos de vida mais saudáveis (Maia, Durante e Ramos, 2004).

Cerqueira (2003) relata que estudar as condições de saúde e bem estar da população idosa implica, necessariamente, dar uma atenção especial à sua saúde mental, investigando, particularmente a depressão, que pode levar o idoso à perda de sua autonomia, desencadear sintomas somáticos, aumentando os anos de vida vividos com incapacidade. Neste sentido, a partir do exposto, têm-se os seguintes objetivos: a) Verificar a saúde mental (depressão e ansiedade), em pessoas no processo de envelhecimento; b) Identificar os principais sintomas físicos relatados por pessoas no processo de envelhecimento; c) Verificar a relação entre sintomas físicos, saúde mental com idade e gênero; d) Verificar a correlação entre sintomas físicos e saúde mental.

## MÉTODO

### Participantes

A pesquisa foi realizada com amostra de conveniência composta por 406 adultos e idosos (idade média 66 anos; DP=7,63), participantes de Centros de Convivência, que atendem pessoas com 50 anos ou mais. Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: ser alfabetizado; não apresentar deficiência intelectual ou comprometimento cognitivo. Ver demais características sociodemográficas na Tabela 1.

TABELA 1  
Distribuição de frequência das características sociodemográficas dos sujeitos (n=406)

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo		
Feminino	342	80,0
Masculino	64	20,0
Estado civil		
Casado	69	59,48
Solteiro	40	34,48
Viúvo	5	4,31
Separado	2	1,72
Escolaridade		
Nunca foi à escola	59	14,5
Ensino básico	262	64,5
Ensino fundamental	59	14,5
Ensino médio	22	5,4
Graduação	4	1,0
Trabalha		
Sim	69	17,0
Não	337	83,0
Aposentado		
Sim	202	49,8
Não	204	50,2
Pensionista		
Sim	131	32,3
Não	275	67,7
Mora com		
Sozinho	104	25,6
Cônjuge	87	21,4
Filhos	100	24,6
Cônjuge e filhos	42	10,3
Cônjuge, filhos e netos	25	6,2
Parentes	18	4,4
Outros	30	7,4
Principal responsável pelo sustento da família		
Sim	236	58,1
Não	170	41,9

### Instrumentos

a) *Questionário Sociodemográfico*: contendo dados de identificação, tais como, idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão.

b) *Escala de Sintomas Físicos* (Wang, 2002): contendo uma lista de queixas somáticas categorizadas por: Dores; Aparelho Digestivo; Aparelho Circulatório; Aparelho Gêrito-Urinário; Sistema Neurológico; Olhos, Ouvidos, Nariz e Garganta; Pele; Aparelho Respiratório e Outros, tendo em vista que queixas físicas podem ser marcadores para mensuração do nível de estresse psíquico dos sujeitos ( $\alpha=0,81$ ).

c) *Questionário de Saúde Geral – QSG-12* (Gouveia, Chaves, Oliveira, Dias, Gouveia e Andrade, 2003): compõe-se de 12 itens, cada item é respondido

em termos do quanto a pessoa tem experimentado os sintomas descritos, devendo sua resposta ser dada em uma escala de quatro pontos, no caso de itens que negam a saúde mental, as alternativas de resposta variam de 1 = *Absolutamente, não* a 4 = *Muito mais que de costume*; em caso de itens afirmativos, as respostas vão de 1 = *Mais que de costume* a 4 = *Muito menos que de costume*. Neste sentido, a maior pontuação é indicação de melhor nível de bem-estar psicológico. Neste estudo verificou-se consistência interna da Escala, para QSG total ( $\alpha=0,83$ ), QSG depressão ( $\alpha=0,79$ ), QSG ansiedade ( $\alpha=0,63$ ).

e) *Escala Geriátrica de Depressão* (Tavares, 2004): é uma escala para avaliação de depressão geriátrica, contendo quinze frases e duas possibilidades de respostas para cada uma (sim ou não). Considera-se que a pontuação na faixa de 0 a 5 pontos sugere ausência de depressão; entre 6 a 15 pontos, aponta para depressão, moderada (6-10) ou grave (11-15) ( $\alpha=0,79$ ).

## Procedimentos

a) *Para coleta de dados*: Seguindo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário do Triângulo. Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP, foi feito contato com as coordenadoras dos Centros de Convivência solicitando autorização para aplicar os instrumentos. Após o consentimento, os participantes foram contatados para explicar os objetivos da pesquisa, convidar para participar, esclarecer sobre o caráter voluntário da participação e a garantia de sigilo dos dados individuais. A aplicação dos instrumentos foi feita individualmente em entrevista, com as pessoas que estavam presentes nos Centros de Convivência nos dias e horários de coleta de dados. Antes, cada sujeito foi convidado a ler e a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

b) *Para análise de dados*: Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas, com os valores de frequência absoluta e relativa, e estatísticas descritivas das variáveis contínuas. Para análise da consistência interna das escalas foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach. Valores de alfa acima de 0,70 indicam boa consistência interna. Para comparar as variáveis categóricas entre os grupos foram utilizados os testes Qui-quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados menores que 5). Para comparação dos escores entre 2 grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney, e entre 3 ou mais grupos foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Para analisar

a correlação entre variáveis numéricas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ( $p<0,05$ ).

## RESULTADOS

### Sintomas físicos relatados

Com relação aos sintomas físicos, é possível verificar que as queixas mais relatadas foram: Dores – dor no braço (72,9%) e dor nas costas (52,0%); Aparelho circulatório – pressão alta (55,2%); Olhos, ouvidos, nariz e garganta – visão fraca (77,8%).

Com relação ao número de sintomas físicos, as pessoas relataram apresentar em média 7,72 (DP=4,55) queixas.

### Saúde mental

O questionário de saúde geral, a média foi de 2,06; DP=0,50, no escore de depressão do QSG-12, a média foi de 1,92 DP=0,53. No escore de ansiedade do QSG-12, a média foi de 2,35 DP=0,61; o que indica que os sujeitos apresentam saúde mental positiva, já que, quanto mais próximo de 1, melhor a saúde mental, quanto mais próximo de 4, maior o distresse.

### Depressão

Na escala de depressão geriátrica, a pontuação média foi de 4,48 (DP=3,02), sendo que, 70% estão na faixa de 0 a 5, sugerindo ausência de depressão, por outro lado, 30% obtiveram entre 6 a 15 pontos, o que aponta para depressão moderada ou grave.

### Comparações entre gêneros

Através do teste estatístico de Mann-whitney, as mulheres relatam maior número de sintomas físicos (média 12,09; DP=6,51;  $p=0,032$ ); relatam sentir mais dor (média 2,39; DP=1,40;  $p=0,006$ ); mais queixas relacionadas ao sistema digestivo (média 1,13; DP=1,11;  $p=0,023$ ), neurológico (média 1,44; DP=1,23;  $p<0,001$ ) e outros sintomas (média 1,64; DP=6,51;  $p=0,032$ ) e mais ansiedade (média 2,39; DP=0,62;  $p=0,005$ ) do que os homens.

### Comparações entre faixas etárias

A partir do teste de Kruskal-Wallis, encontrou-se diferença significativa entre as faixas etárias para: as pessoas com 70 anos ou mais frequentam o Centro de Convivência há mais tempo (média 75,32; DP=56,00;  $p<0,001$ ). As pessoas com 50-59 anos relatam um maior número de sintomas físicos (média 13,23; DP=6,60;  $p=0,022$ ) e maior escore e frequência de depressão (média 5,46; DP=3,55;  $p=0,004$ ).

## Comparações entre depressão e outras variáveis

Através do teste estatístico de Mann-whitney, verifica-se que as pessoas com presença de depressão apresentam maior número de queixas relacionadas a sintomas físicos (média 15,11; DP=7,31;  $p<0,001$ ); maior comprometimento da saúde mental (média 2,51; DP=0,47;  $p<0,001$ ).

## Análise de correlação entre escalas

Através do coeficiente de correlação de Spearman, verificou-se que quanto mais velhas as pessoas, menor o número de sintomas relatados relacionados ao aparelho circulatório ( $r=-0,11590$ ;  $p=0,0195$ ), ao sistema neurológico ( $r=-0,10176$ ;  $p=0,0404$ ), à outras doenças ( $r=-0,19753$ ;  $p=0,0001$ ), sintomas físicos gerais ( $r=-0,13572$ ;  $p=0,0062$ ), menor a probabilidade de depressão ( $r=-0,16829$ ;  $p=0,0004$ ).

Quanto maior a queixa de sintomas físicos, pior a saúde geral ( $r=0,42675$ ;  $p=0,0001$ ) e maior a probabilidade de depressão ( $r=0,38166$ ;  $p=0,0001$ ).

## DISCUSSÃO

Este estudo investigou os sintomas físicos mais relatados, a saúde mental e a depressão em pessoas que participam de Centros de Convivência em Uberlândia-MG. A amostra foi composta por um número maior de mulheres, Neri (2001) relata que as mulheres representam a maioria de participantes em projetos voltados ao envelhecimento, o que pode estar relacionado a uma característica de gênero, uma vez que, independente da faixa etária, as mulheres são mais envolvidas e mais relacionadas socialmente que os homens.

Associado ao fato da maioria feminina entre os velhos, Floriano (2005) afirma que a feminilização da população idosa se explica pelo fato das causas violentas de óbito atingirem com maior frequência o homem, o aumento da tecnologia que permitiu a redução das complicações da gravidez, do parto e do puerpério, contribuindo assim para a diminuição das mortes entre as mulheres. De modo geral a maior longevidade feminina nem sempre é vista como vantagem. O maior tempo de vida faz com que muitas mulheres idosas passem pela experiência de debilitação biológica devido a doenças crônicas, enquanto os homens têm um tempo de vida menor (Nogales, 1998).

A maior longevidade das mulheres também pode trazer alguns aspectos negativos (Leite, Carvalho, Barreto e Falcão, 2006), como nos dados desta pesquisa, onde as mulheres relataram mais queixas

físicas e apresentam mais dores que os homens. A dor representa um dos principais fatores que podem interferir negativamente na qualidade de vida do idoso, uma vez que limita suas atividades, aumenta a agitação, o risco de estresse e o isolamento social (Andrade, Pereira e Sousa, 2006). Contudo, a perspectiva dos especialistas em envelhecimento é mais otimista quando afirmam que a velhice feminina e a viuvez podem representar a possibilidade de autonomia e realização (Debert, 1999), ou seja, a velhice e a viuvez podem ser vivenciadas por mulheres a partir de uma nova perspectiva, que inclui um maior convívio social e interpessoal.

Segundo os dados obtidos nesta pesquisa, a maioria dos participantes contribui financeiramente em suas casas e são os principais responsáveis pelo sustento da família. Floriano (2005) cita Camarano e Pasinato (2002) que afirmam que há de se considerar que a renda do idoso contribui de forma importante para o sustento da família, já que parcela importante da população depende dessa renda. As famílias brasileiras que contêm idosos estão em melhores condições econômicas do que as demais famílias (Camarano, 2002).

Giatti e Barreto (2003) realizaram estudo com 2.886 idosos do sexo masculino, com 65 anos ou mais de idade, residentes em dez regiões metropolitanas brasileiras e participantes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios da Fundação Instituto Nacional de Geografia e Estatística realizada em 1998, e identificaram que mais de um quarto de idosos brasileiros que vivem em regiões metropolitanas trabalham, apesar de 73,0% receber aposentadoria – aqui é importante ressaltar o fato da aposentadoria auxiliar na elevação da renda das populações mais pobres. Estes autores afirmam também que os idosos que trabalham apresentam menos doenças crônicas que os aposentados e melhor condição de saúde.

Neste estudo, entre as queixas mais frequentes estão as dores nos braços e as dores nas costas, pressão alta e visão fraca. É importante ressaltar que dores constantes podem tornar-se crônicas. A dor crônica é descrita como uma dor que pode durar meses, anos ou a vida toda, podendo haver ocorrências intermitentes que se caracterizam por períodos de dor, intercalados com intervalos isentos de dor, sendo que pode ser constante, persistir e piorar progressivamente, mesmo estando em tratamento (Andrade, Pereira e Sousa, 2006), ocasionando outros problemas.

Para Andrade, Pereira e Sousa (2006) é possível supor que os idosos relatam sentir mais dor do que os indivíduos mais jovens, sendo, inclusive, rotulados de poliqueixosos e hipocondríacos, entretanto, os dados encontrados nesta pesquisa indicaram uma diferença significativa no número de sintomas físicos, que foi

maior em pessoas com idade entre 50-59 anos e que também apresentaram maiores escores de depressão. Alguns sintomas físicos são esperados no processo de envelhecimento, e surgem geralmente na vida adulta intermediária (40-59 anos), podendo evoluir para uma doença crônica ou não. Segundo Silvestre e Costa Neto (2003), pesquisas no Brasil têm demonstrado que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, entre estas doenças está a depressão.

A depressão pode interferir em todos os aspectos cotidianos da vida da pessoa, estando presentes em graus variados de intensidade. No processo de envelhecimento o ser humano pode desenvolver o sentimento de finitude da vida, avaliando-se negativamente, desencadeando um estado depressivo, com a sensação de inutilidade, insuficiência, ansiedade e irritabilidade, o que pode culminar em falta de motivação, distanciamento da família, progressiva limitação física, sensação de impotência, falta de autonomia e aumento da dependência emocional e financeira (Ramos, 2003).

Rabelo (2006) afirma que a sintomatologia depressiva está associada à baixa qualidade de vida, a um efeito negativo sobre o bem-estar e à maior incapacidade. A autora cita Ostir et al. (2002), para quem, os sintomas depressivos podem diminuir a motivação da pessoa para a reabilitação e podem diminuir a interação social; baixo suporte social pode aumentar os sentimentos de solidão e a falta de esperança, pode também ocasionar uma incapacidade para dominar ou adaptar-se aos desafios mutantes do ambiente. No entanto, na população estudada, foram encontrados baixos escores de depressão nas pessoas com mais de 60 anos, o que pode ser um indicativo de que a participação em atividades e o engajamento social contribuem positivamente para a saúde mental desses indivíduos, uma vez verificado que, quanto maior a idade, maior o tempo de participação nas atividades oferecidas pela instituição onde a pesquisa foi feita.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população no Brasil é uma realidade, diante disso, Pereira (2005) afirma que o envelhecimento é uma questão prioritária que vem mobilizando a sociedade brasileira, já que as demandas e exigências geradas por essa nova condição populacional trazem consigo enormes desafios e implicações sociais já conhecidas no cotidiano das sociedades.

As mudanças vividas com o envelhecimento pedem a implementação das políticas públicas já criadas, garantindo direitos, que poderão vir através de ações integradas de instituições que ofereçam diferentes

atividades de prevenção e promoção da saúde física e mental na velhice.

Segundo Cardoso, Dias, João, Sampaio e Santiago (2005), a participação em grupos contribui para o aumento da qualidade de vida, uma vez que proporciona aos idosos uma melhora significativa de sua saúde, resultando numa melhora da autoestima, autopercepção e autocuidado. É possível verificar que as práticas sociais desenvolvidas em grupo contribuem para que os idosos exerçam seu papel de cidadania e possam otimizar suas potencialidades.

A partir dos dados obtidos nesta pesquisa podemos inferir que o grupo de convivência pode desempenhar um papel importante na vida dos idosos, propiciando a efetivação de laços de amizade e momentos de lazer, contribuindo ainda para o restabelecimento da autoimagem positiva, auxiliando o idoso a reconstruir suas relações através do “vínculo” com outras pessoas. Associados aos benefícios socioafetivos, as atividades oferecidas nos centros de convivência representam uma oportunidade preventiva às doenças mentais, como a depressão, permitindo ao idoso uma vida mais ativa e mais saudável.

Neste sentido, há que se refletir também sobre a necessidade de investir na ampliação dos serviços oferecidos nos centros de convivência e assistência integrada para idosos a fim de fortalecer suas possibilidades de intervenção no cuidado à saúde, garantindo assim, um envelhecimento ativo e satisfatório. Para que estas atividades sejam bem conduzidas, é importante considerar a competência profissional, fundamental para atender as necessidades da população atendida, bem como oferecer serviços efetivos de extensão a comunidade e realizar pesquisas, que possibilitem o desenvolvimento da área da Psicologia do Envelhecimento (Freire e Resende, 2008) e outras profissões com interesses voltados à Gerontologia.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, O. (1999). Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 12-18.
- Almeida, O.P. & Almeida, S.A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(2B), 421-426.
- Andrade, F.A, Pereira, L.V., & Sousa, F.A.E.F. (2006). Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 271-276.
- Assis, M., Pacheco, L.C. & Menezes, I.S. (2002). Repercussões de uma experiência de promoção da saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. *Textos Sobre Envelhecimento*, 4(7). Recuperado em: 07 nov. 2005, da SciELO (Scientific Eletronic Library Online): <www.scielo.br>.



- Bleger, J. (1984). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Borges, G., Medina-Mora, M.E. & Moreno, S.L. (2004). El papel de la epidemiologia en la investigacion de los transtornos mentales. *Salud Publica*, México, 46(5). Recuperado em: 07 nov. 2005, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): <www.scielo.org>.
- Camarano, A. A. (2002). *Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica*. Rio de Janeiro. Recuperado em: 20 out. 2005, da IPEA: <www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td\_0858.pdf>.
- Cardoso, R.C., Dias, R.C., João, A.F., Sampaio, A.A.Z. & Santiago, E.A. (2005). Atividades em Grupos – alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento. *Textos Envelhecimento*, 8(3). Recuperado em: 20 out. 2005, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): <www.scielo.br>.
- Carvalho, V.F.C. & Fernandez, M.E.D. (1996). Depressão no idoso. In: M. Papaléo Netto (Ed.). *Gerontologia* (pp. 160-173). São Paulo: Atheneu.
- Cerqueira, A.T.A.R. (2003). O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. In: Lebrão, M.L., & Duarte, Y.A.O. (Orgs.). *Deterioração cognitiva e depressão* (pp. 143-65). Brasília: OPAS/MS.
- Debert, G.G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: EDUSP.
- DSM-IV-TR: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Tradução: Claudia Dornelles (4ª ed.). Texto revisado. São Paulo: Artmed, 2002.
- Duarte, M.B. & Rego, M.A.V. (2007). Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Caderno de Saúde Pública*, 23(3), 691-700.
- Floriano, P.J. (2005). *O perfil de idosos assistidos por uma equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde de Sosas, no município de Campinas – SP*. Dissertação de Mestrado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Frank, M.H. & Rodrigues, N.L. (2006). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: E.V. Freitas, L. Py, A.L. Neri, F.A.X.C. Cançado, M.L. Gorzoni, J. Doll. *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed.): (pp. 376-387). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Freire, S.A. & Resende, M.C. (2008). Estudos e intervenções para a promoção da velhice satisfatória. *Psicologia para America Latina*, 14. Recuperado em: 14 jan. 2009, da PEPsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia): <http://pepsic.bvs-psi.org.br>.
- Freire, S.A., Resende, M.C. & Rabelo, D.F. (2004). Rede de relações sociais de participantes de centros sócio-educativos. In 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 777-783). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Garrido, R., & Menezes, P. (2002). O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 3-6. Recuperado em: 07 nov. 2005, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): <www.scielo.br>.
- Gatto, I.B. (1996). Aspectos Psicológicos do envelhecimento. In M. Papaléo Netto. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Gazzale, F.K., Lima, M.S., Tavares, M.S. & Hallal, P.C. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 365-371.
- Gazzale, F.K., Hallal, P.C. & Lima, M.S. (2004). Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 145-149. Recuperado em: 07 nov. 2005, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): <www.scielo.br>.
- Giatti, L., & Barreto, S. M. (2003). Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 19(3), 759-771.
- Goretti, M., Mendonça, H., Müller, J., Luna, E. & Teixeira, M.G. (2004). As cidades e os choques epidemiológicos. In: *Anais do 6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia: cidade mais justa e saudável*. Radis: Comunicação em Saúde. Recife, PE.
- Gouveia, V.V., Chaves, S.S., Oliveira, I.C.P., Dias, M.R., Gouveia, R.S.V., & Andrade, P.R. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3), 241-248.
- Holmes, D.S. (1997). *Psicologia dos transtornos mentais* (2ª ed.). Artmed. Porto Alegre.
- Leite, V.M.M., Carvalho E.M.F., Barreto K.M.L., & Falcão I.V. (2006). Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do programa universidade aberta à terceira idade. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*, 6(1), 31-38. Recuperado em: 07 nov. 2006, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): www.scielo.br.
- Lima-Costa, M.F., & Veras, R. (2003). Saúde Pública e envelhecimento. *Caderno de Saúde Pública*, 19(3), 700-701.
- Maia, L.C., Durante, A.M.G., & Ramos L.R. (2004). Prevalence of mental disorders in an urban area in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 38(5), 1-6.
- Miguel Filho, E.C., & Almeida, O.P. (2000). Aspectos psiquiátricos do envelhecimento. In: M. Papaléo Netto, E. T. Carvalho Filho *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica* (pp. 63-82). São Paulo: Atheneu.
- Motta, L.B., & Aguiar, A.C. (2007). Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 363-372.
- Nogales, A.M.V. (1998) A mortalidade da população idosa no Brasil. In: A.A. Camarano. *Muito além dos sessenta: os novos idosos brasileiros* (pp. 24-32). Rio de Janeiro: IPEA.
- Papaléo Netto, M. (2006). O estudo da Velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F.A.X.C., Gorzoni, M.L., & Doll, J. *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed.) (pp. 2-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paradela, E.M.P., Lourenço, R.A., & Veras, R.P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923.
- Pereira, T.M.F.R.A. (2005). *Histórias de vida de mulheres idosas – um estudo sobre o bem-estar subjetivo na velhice*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal Rio Grande do Norte, Natal, RN.
- Rabelo, D.F. (2006). *Incapacidade funcional, senso de ajustamento pessoal e bem-estar subjetivo em adultos e idosos afetados por Acidente Vascular Cerebral*. Dissertação de Mestrado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Ramos, L.R. (2002). Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas, E.V., Py, L., Neri, A.L., Cançado, F.A.X., Gorzoni, M.L., & Rocha, S.M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, (pp. 72-78). Rio de Janeiro: Guanabara-Kogan.
- Ramos, L.R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Caderno Saúde Pública*, 19(3), 793-797.
- Resende, M.C. (2006). Ajustamento psicológico, perspectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física. Tese de Doutorado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

- Rey, F.G. (1997). Psicologia e saúde: desafios atuais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(2). Recuperado em: 07 nov. 2006, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): <www.scielo.br>.
- Scazufca, M. & Matsuda, C.M.C.B. (2002). Revisão sobre a eficácia de psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(supl. 1), 64-69. Recuperado em: 07 nov. 2005, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): <www.scielo.br>.
- Silvestre, J.A. & Costa Neto, M.M. (2003). Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública*, 19(3), 839-847.
- Tavares, S.S. (2004). *Sintomas depressivos entre idosos: relações com classe, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes*. Dissertação de Mestrado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Wang, Y.P. (2002). *Manifestações psicopatológicas não-psicóticas em uma amostra da comunidade chinesa da cidade de São Paulo*. Tese de Doutorado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria, Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo.
- Zanetti, M. V., Coelho, B. M. & Lotufo Neto, F. (2005). Residência em psiquiatria no Brasil: uma contribuição para o debate. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 9-10.

Recebido em: 15/05/2009. Aceito em: 05/10/2010.

**Dados das Autoras:**

Marineia Crosara de Resende – Professora Adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.  
Camilla de Paula Almeida – Psicóloga pelo Centro Universitário do Triângulo.  
Débora Favoreto – Psicóloga pelo Centro Universitário do Triângulo.  
Elizângela das Graças Miranda – Psicóloga pelo Centro Universitário do Triângulo.  
Gisele Pereira da Silva – Psicóloga pelo Centro Universitário do Triângulo.  
Joscelaine Farias Pereira Vicente – Psicóloga pelo Centro Universitário do Triângulo.  
Lorena Ávila Queiroz – Psicóloga pelo Centro Universitário do Triângulo.  
Priscylla Fonseca Duarte – Psicóloga pelo Centro Universitário do Triângulo.  
Silvia Cristina Pereira Galicioli – Psicóloga pelo Centro Universitário do Triângulo.

**Enviar correspondência para:**

Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Psicologia  
Av. Pará, 1720, Bloco 2C – Campus Umuarama  
CEP 38405-382, Uberlândia, MG, Brasil  
E-mail: marineiaresende@gmail.com