



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

EDJACLÉCIO DA SILVA OLIVEIRA

RISCO DE ADOECIMENTO MENTAL EM IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Cuité, PB

2015

EDJACLÉCIO DA SILVA OLIVEIRA

RISCO DE ADOECIMENTO MENTAL EM IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ms. Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal

Cuité, PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

O48r Oliveira, Edjaclécio da Silva.

Risco de adoecimento mental em idosos: revisão integrativa. / Edjaclécio da Silva Oliveira. – Cuité: CES, 2015.

64 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Francilene Figueiredo da Silva Pascoal.

1. Saúde mental. 2. Idoso. 3. Atenção primária á saúde.
I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 613.86

Edjaclécio da Silva Oliveira

RISCO DE ADOECIMENTO MENTAL EM IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo aluno **Edjaclécio da Silva Oliveira** do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal

Curso de Bacharelado em Enfermagem – CES/UAENFE/UFCG

Orientadora

Prof.^a Alynne Mendonça Saraiva Nagashima

Membro interno – CES/UAS/UFCG

Prof.^a Ms. Samilla Gonçalves de Moura

Membro externo – Centro Universitário de Ensino/UNIFE

Ao meu Deus, por ter me criado, guardado,
iluminado, guiado e protegido para que chegasse até
aqui.

Aos meus pais por todo amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu **Deus**, Poderoso e Santo, por ter me concedido o dom da vida, por toda saúde, por ter iluminado o caminho que eu deveria seguir, por dar-me forças para continuar lutando nos momentos mais difíceis, pela sabedoria que permitiu a realização deste sonho, por todas as conquistas que já alcancei e pelas promessas que tem em minha vida.

Aos meus pais, **Ednaldo e Iraneide**, por terem cuidado de mim durante toda minha vida, por todo amor e carinho, por todo apoio incentivo para que eu seguisse em frente, na busca por um futuro melhor. Muito obrigado!

Aos meus irmãos **Edjair e Edjael** por sempre estarem ao meu lado.

À minha namorada, **Maria Jordânia Martins Alves**, pela companhia, disponibilidade e apoio, dedicados durante a maior parte desse trajeto.

À Professora **Karis Barbosa Guimarães**, por ter me acolhido e me orientado a trilhar os primeiros passos como pesquisador. Obrigado por toda confiança e incentivo!

À Professora **Glenda Agra**, por ter acreditado no meu potencial, por todas as orientações e ensinamentos, que, certamente, ficarão para toda a vida. Obrigado pela atenção, confiança e apoio!

À minha orientadora, **Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal**, que acreditou em mim, me ouviu e atendeu com tanta paciência e calma, partilhando suas ideias e conhecimentos. Muito obrigado!

As professoras integrantes da Banca Examinadora, **Alynne Mendonça Saraiva Nagashima e Samilla Gonçalves de Moura** pelas valiosas observações que foram fundamentais para conclusão desse trabalho.

As minhas colegas e amigas: **Mariana Formiga e Fernanda Albyege**, por todas as alegrias, experiências e conhecimentos que compartilhamos, sem vocês, com certeza essa

trajetória teria sido bem mais difícil. Obrigado por toda amizade e companheirismo por todos esses anos!

A todos os **Docentes** do curso, por todos os ensinamentos repassados dentro e fora da sala de aula.

A todos os **Profissionais** do campo de estágio, por todo conhecimento e experiência transmitidos, que, certamente farão de mim um excelente profissional.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação profissional, deixo aqui meu muito obrigado!

“Entrega teu caminho ao Senhor, confia Nele e o tudo Ele fará.”

Salmos 37:5

RESUMO

OLIVEIRA, Edjaclécio da Silva. **Risco de Adoecimento Mental em Idosos: Revisão Integrativa**. 2015. 64p. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2015.

O envelhecimento é um processo caracterizado por implicações sociais; biológicas e psicológicas que influenciam a qualidade de vida na velhice. Destaca-se, portanto, que diversos aspectos podem influenciar no surgimento de transtornos mentais na terceira idade. Nesta perspectiva, o estudo tem por objetivo identificar os fatores associados ao risco de adoecimento mental nos idosos. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada em seis etapas distintas: estabelecimento do problema de revisão; busca na literatura; categorização dos estudos; análise crítica dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa. A identificação dos artigos foi realizada através de uma busca on-line nas bases de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE, nos últimos 10 anos e sem restrição de idioma, sendo selecionada uma amostra de 16 artigos. A análise das publicações foi baseada em três categorias temáticas: fatores de risco para o adoecimento mental nos idosos; prevalência de transtornos mentais nos idosos e ações da Atenção Básica no cuidado a saúde mental do idoso. Assim, os resultados obtidos permitiram evidenciar os seguintes fatores de risco: sexo feminino, idade avançada, situação conjugal, baixa escolaridade, baixa renda e desemprego, acometimento por doenças crônicas e incapacidade funcional, obesidade, desnutrição, sedentarismo e quedas. Foi evidenciada uma elevada prevalência de transtornos mentais entre os idosos, que variou de 4,7% a 40,5%. Além disso, observou-se uma deficiência de ações na atenção básica para o cuidado à saúde mental dos idosos. Diante disso, os resultados obtidos, reforçam a importância e a necessidade da implementação e efetivação das ações de saúde mental em todos os programas da atenção básica, com a articulação de medidas eficazes direcionadas para promoção da saúde mental e da assistência integral aos idosos, contribuindo, portanto, para uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde Mental. Idoso. Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Edjaclécio da Silva. **Risk of Mental Illness in the Elderly: Integrative Review.** 2015. 64p. Monograph (Graduation Nursing) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2015.

Aging is a process with social, biological and psychological implications, which influence the quality of life in old age. It stands out, therefore, that many aspects may influence the emergence of mental disorders in the third age. In this perspective, the study aims to identify factors associated with risk of mental illness in the elderly. It is an integrative literature review, performed in six distinct stages: the review problem establishment; literature research; categorization of studies; critical analysis of included studies; results interpretation; and presentation of the integrative review. The articles identification was made through an online search on LILACS, SCIELO and MEDLINE databases, in the last 10 years and without language restriction, being selected a sample of 16 articles. The publications analysis was based on three thematic categories: risk factors for mental illness in the elderly; prevalence of mental disorders in the elderly; and Primary Care actions in the care of elderly mental health. Thus, the achieved results have highlighted the following risk factors: female gender, advanced age, marital status, low education, low income and unemployment, involvement by chronic diseases and functional disability, obesity, malnutrition, physical inactivity and falls. A high prevalence of mental disorders was evidenced among the elderly, which ranged from 4,7% to 40,5%. In addition, it was observed a deficiency in primary care of the elderly mental health. Therefore, the results reinforce the importance and the need for implementation and effectiveness of the mental health services in all programs of primary care, in articulation with effective measures directed to promote mental health and comprehensive assistance for the elderly, contributing, thus, to a better quality of life.

Keywords: Mental Health, Elderly, Primary Health Care

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Busca nas bases de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE	29
Tabela 2	Distribuição dos artigos de acordo com a base de dados.....	33
Tabela 3	Distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação.....	33
Tabela 4	Distribuição dos artigos de acordo com o delineamento da pesquisa.....	34
Tabela 5	Distribuição dos artigos de acordo com os instrumentos utilizados.....	35
Tabela 6	Distribuição dos artigos de acordo com o número de autores.....	37
Tabela 7	Distribuição dos artigos de acordo com a formação profissional dos autores.....	38
Tabela 8	Distribuição dos artigos de acordo com a titulação dos autores.....	38
Tabela 9	Distribuição dos artigos de acordo com a área de atuação dos autores.....	39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Apresentação dos artigos segundo os objetivos.....	40
Quadro 2	Distribuição dos artigos de acordo com os fatores de risco de adoecimento mental.....	42
Quadro 3	Distribuição dos artigos de acordo com a abordagem de ações na atenção básica para o cuidado a saúde mental do idoso.....	48
Quadro 4	Distribuição dos artigos de acordo com a prevalência de transtornos mentais nos idosos.....	49

LISTA DE SIGLAS

ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paraíba
SRQ	Self Report Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
DECs	Descritores em Ciência da Saúde
EGD	Escala de Depressão Geriátrica
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
BOAS	Brazil Old Age Schedule
IPAQ	Questionário Internacional de Atividades Físicas
WHOQOL-bref	World Health Organization Quality Of Life-Bref
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1	Considerações gerais sobre o envelhecimento.....	20
2.2	Saúde mental do idoso.....	22
2.2.1	Saúde mental na Atenção Básica.....	22
2.2.2	Prevenção e promoção à saúde mental do idoso.....	24
2.3.2	Transtorno mental no idoso.....	25
3	METODOLOGIA.....	27
3.1	Tipo de estudo.....	28
3.1.1	Estabelecimento do problema de revisão.....	28
3.1.2	Busca na literatura.....	28
3.1.3	Categorização dos estudos.....	29
3.1.4	Análise dos estudos incluídos na revisão.....	29
3.1.5	Interpretação dos resultados.....	30
3.1.6	Apresentação da revisão integrativa.....	30
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
4.1	Dados referentes à identificação dos artigos.....	33
4.2	Dados referentes à identificação dos autores.....	37
4.3	Dados referentes às categorias temáticas dos artigos.....	40
4.3.1	Fatores de risco para o adoecimento mental nos idosos.....	41
4.3.2	Ações da Atenção Básica no cuidado a saúde mental do idoso.....	47
4.3.3	Prevalência de transtornos mentais nos idosos.....	49
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
	REFERÊNCIAS.....	54
	APÊNDICES.....	63
	APÊNDICE A- Instrumento para coleta de dados.....	64
	APÊNDICE B- Artigos incluídos na amostra da revisão.....	65

O envelhecimento é um fenômeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude de sua existência, modificando sua relação com o tempo, seu relacionamento com o mundo e com sua própria história. O aumento da expectativa de vida da população é considerado um fenômeno mundial, sendo possível observar uma transformação demográfica sem precedentes na história da humanidade (MESQUITA; PORTELLA, 2004).

Para Stump e Mahan (2005) o envelhecimento é um processo progressivo, natural, dinâmico, e irreversível, no qual ocorrem alterações morfológicas, bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicossociais. Essas modificações, apesar de serem normais com o avançar da idade, podem acarretar perdas progressivas da capacidade de adaptação ao meio ambiente, tornando o idoso mais vulnerável, o que causa aumento de patologias nesse grupo.

De acordo com Nogueira (2007) o envelhecer está relacionado com a interação de determinantes internos, como o patrimônio genético e determinantes externos, como o estilo de vida, a educação e o ambiente em que o idoso vive. A variabilidade intra e inter-individual é característica da velhice, tida como experiência pessoal, pois está bastante relacionado com as experiências de vida de cada indivíduo, bem como crenças e práticas associadas à velhice.

Um dos critérios mais utilizados para estabelecer o ser idoso é o cronológico, no qual a Organização Mundial de Saúde estabelece a idade de 65 anos ou mais em países desenvolvidos, enquanto que, em países em desenvolvimento, prevalece a idade de 60 anos ou mais, conforme aponta o Estatuto do Idoso no Brasil (BALDONI; PEREIRA, 2011).

No entanto, o ser idoso não pode ser definido apenas pelo plano cronológico, pois outras condições, tais como físicas, funcionais, mentais e de saúde, podem influenciar diretamente na determinação da idade (SANTOS, 2004).

Em decorrência da dificuldade de se estabelecer quando uma pessoa começa a envelhecer, em relação a critérios cronológicos e funcionais, Moraes; Rodriguez; Gerhardt (2008) afirmam que os seres humanos começam a ficar velhos desde o nascimento e seguirão neste processo até sua morte.

Os autores supracitados apontam a longevidade humana como sendo, atualmente, uma realidade na maioria das sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento. Para Tavares et al. (2007) o aumento da expectativa de vida da população traz várias repercussões para a sociedade, pois, ao invés de benéfico, pode se configurar como um problema social, tendo em vista que os idosos são mais susceptíveis ao acometimento de doenças crônicas e incapacidades funcionais, que tem sido mais difíceis de prevenir do que evitar as mortes.

Rocha et al. (2009) também afirmam que, mesmo sendo normal e natural, não se pode negar as muitas dificuldades que o processo de envelhecimento traz para o idoso. As alterações fisiológicas decorrentes desse período resultam na dificuldade de executar simples tarefas físicas, no comprometimento das atividades mentais e uma dificuldade de integração social.

Assim, para Camara; Lopes e Lopes (2009) a incapacidade física e outras comorbidades atuam como contribuintes para o isolamento social, um dos fatores que podem resultar no adoecimento mental do idoso.

Além disso, perda de papéis sociais e de autonomia, morte de amigos e parentes, declínio da saúde, isolamento crescente, dificuldades financeiras e funcionamento cognitivo, alterações cerebrais ocorridas ao longo da vida e o uso de medicamentos também podem influenciar no surgimento de transtornos mentais na velhice (CHERLONI et al., 2003; ZIMERMAN, 2000; TEIXEIRA, 2010; SADOCK; SADOCK, 2007).

Neste sentido, o envelhecimento da população demonstra a necessidade de investimento em programas de atenção aos idosos, permitindo a manutenção da sua qualidade de vida física, social e mental. Assim, diante dessas e de outras motivações demográficas e socioeconômicas, a Atenção Básica tem sido destacada no eixo das políticas contemporâneas para a promoção da saúde no envelhecimento, através de ações de prevenção e promoção à saúde mental do idoso (ARAÚJO; BRITO; BARBOSA, 2010).

Nesse contexto, a destaca-se a importância do estudo dos fatores de risco que predisõem o adoecimento mental em idosos, visto que pode ser utilizado como base de informação para o planejamento dos serviços de saúde oferecidos aos idosos.

O interesse por desenvolver este estudo, surgiu a partir do desenvolvimento de um projeto de pesquisa com usuários do Sistema Único de Saúde no contexto da Atenção Básica. Nesta oportunidade, foi identificada uma precariedade do serviço na abordagem psicossocial dos pacientes idosos, o que demonstrou a necessidade uma investigação sobre a essa temática.

Dessa forma, este estudo foi direcionado pelas seguintes questões norteadoras: Quais os fatores de risco de adoecimento mental nos idosos? Qual a prevalência de transtornos mentais em idosos? Por fim, quais as ações da Atenção Básica no cuidado a saúde mental dos idosos?

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

- Identificar os fatores associados ao risco de adoecimento mental nos idosos, na literatura científica.

1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a produção científica nacional e internacional sobre o adoecimento mental dos idosos;
- Destacar as ações da Atenção Básica no cuidado a saúde mental do idoso.
- Verificar a prevalência de transtornos mentais nos idosos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Considerações gerais sobre o envelhecimento

A velhice corresponde terceira idade da vida dos seres humanos. Esta é uma etapa que se caracteriza, biologicamente, pela queda de força e degeneração do organismo. Existem também alterações sociais e psicológicas que influenciam no desenrolar da velhice, mas que raramente são levadas em consideração (ROCHA et al., 2009).

Para Zimerman (2000), as alterações físicas, psicológicas e sociais que ocorrem no envelhecimento são naturais e gradativas. Todas as transformações que ocorrem nessa fase podem ser verificadas em idades mais precoces ou mais avançadas e em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas de cada pessoa e, principalmente, com o estilo de vida de cada um.

De acordo com Matsudo (2002) as alterações fisiológicas e musculoesqueléticas, quando associadas à inatividade física, levam, geralmente, o idoso a uma crescente degeneração de suas capacidades físicas e fisiológicas, acarretando o aparecimento de problemas como a perda de equilíbrio e a dificuldade de locomoção.

Além de alterações físicas e fisiológicas decorrentes do envelhecimento, é preciso considerar, também, as mudanças no contexto social, como perda de contato com parentes e amigos, a carência de recursos econômicos e de suporte social e a perda de autonomia. Tais alterações podem provocar problemas ainda mais graves que as doenças físicas (FERNANDES, 2007).

Contudo, o autor supracitado afirma que as alterações decorrentes do processo de envelhecimento não afetam todos os idosos ao mesmo tempo, assim como não ocorrem da mesma maneira, constituindo-se um processo individual, que mesmo sendo global, ocorre de forma diferente conforme a região.

Em quase todos os países do mundo, a proporção de idosos tem aumentado consideravelmente, sendo, o processo de envelhecimento populacional, considerado um fenômeno global. Com exceção de alguns países africanos, o mundo inteiro encontra-se em algum estágio deste processo. Este aumento também não é um fenômeno repentino ou inesperado, pelo contrário, é o resultado das transformações demográficas ocorridas em décadas anteriores, motivo pelo qual, será um processo inexorável na maioria dos países, o que está associado a modificações do perfil epidemiológico e das características sociais e econômicas das populações (CHAIMOWICZ, 2013).

Embora a longevidade humana seja um grande triunfo, há importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu em virtude de melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo tem acontecido rapidamente, sem que haja tempo para uma reorganização social e adequação dos serviços de saúde para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que a população de idosos irá superar a de crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (BRASIL, 2007).

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008) o índice de idosos no Brasil em 1950 era de 7,2% do total da população, em 1975 de 9,6%, em 2000 de 17,6% e acredita-se que em 2025 o percentual será de 51, 0%. Já na Paraíba o índice da terceira idade em 1980 era de 12,58%, em 1991 de 17,17% e em 2000 de 22,9%. Para Silva (2003) tal crescimento decorre da industrialização, da urbanização, dos avanços da medicina, da tecnologia e do saneamento básico.

Uma importante característica que vem sendo observada no envelhecimento populacional é o aumento da proporção de indivíduos com mais de 80 anos entre os próprios idosos. Em diversos países este é o segmento populacional que cresce mais rapidamente (CHAIMOWICZ, 2013).

Assim, Caldas (2006) ressalta que com o aumento cada vez mais rápido da expectativa de vida, é possível um indivíduo chegar próximo do limite biológico da espécie humana, atingindo uma etapa da vida considerada a “quarta idade”. Esta seria um período difícil de ser determinado, pois não é delimitada apenas pelo critério cronológico. A quarta idade seria uma fase da vida em que o organismo não conseguiria dar conta das exigências feitas pelo meio ambiente e pelos recursos externos, tais como, meios de apoio e suporte, que se tornariam insuficientes.

Dessa forma, Castro (2012) afirma que o fato de se viver mais e de se atingir uma maior longevidade pode trazer consequências negativas para o indivíduo. Pois, esta etapa da vida corresponde a uma fase de declinação, com maior dependência e acelerada perda das capacidades funcionais e cognitivas (MORAIS; RODRIGUES; GERHARD, 2008).

Se contrapondo a perspectivas menos otimistas, Fernandes (2007) afirma que o aumento do número de idosos, assim como a maior longevidade do ser humano, não devem ser vistos como um problema, pois são conquistas decorrentes do processo de envelhecimento social. Cabendo à sociedade prover recursos para que o ser humano, ao viver mais tempo, possa

usufruir de melhores condições de vida, considerando as alterações normais do envelhecimento.

2.2 Saúde mental do idoso

2.2.1 Saúde mental na Atenção Básica

Com a implantação do SUS concomitantemente com a Reforma Psiquiátrica, diversas mudanças ocorreram no sistema de saúde brasileiro, principalmente na assistência em saúde mental (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Segundo Souza e Rivera (2010) a Reforma Psiquiátrica brasileira encontrou na implantação do SUS as condições institucionais necessárias para seu desenvolvimento. Com a implementação de políticas públicas ancoradas na ampliação do direito universal à saúde, foi criado um ambiente favorável à multiplicação das inovações assistenciais no campo da saúde mental.

De acordo com Guimarães et al. (2012) as mudanças ocorridas com a reestruturação da assistência psiquiátrica envolvem a reversão do modelo hospitalocêntrico, e a criação de um novo modelo de atenção à saúde mental. Nesse sentido, Correia, Barros e Colvero (2011) afirmam que as transformações ocorridas priorizaram ações voltadas para a inclusão social, cidadania e autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Dessa forma, o modelo de atenção à saúde mental no Brasil tornou-se descentralizado, com oferta de serviços mais próximos das residências das pessoas, integrando os serviços de saúde em rede e com investimento na atenção básica como porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde (COSTA et al., 2012).

Um dos princípios da atenção básica é possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Pois, neste nível de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, o que possibilita aos profissionais de saúde uma maior proximidade com as famílias e a comunidade. Com base nisso, pode-se dizer que o cuidado em saúde mental na atenção básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa (BRASIL, 2013).

Assim, para que haja a articulação entre a atenção básica e os serviços de saúde mental, o Ministério da Saúde (2006) propõe que devam ser respeitados alguns princípios:

noção de território, intersetorialidade, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários, construção de uma autonomia possível ao usuário e familiares e a organização de uma rede de saúde mental.

Esses princípios são o resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de 1980, na busca por mudanças na política de saúde mental no Brasil. A partir desse movimento, em 2001, foi sancionada a Lei nº 10.216 que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Ainda na década de 2000, ocorreu a ampliação da rede de atenção psicossocial, que passou a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508 de 2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde (BRASIL, 2013).

Em diferentes regiões do país, foram realizadas experiências satisfatórias, o que tem demonstrado a potência transformadora das práticas dos trabalhadores da atenção básica, mediante a inclusão da saúde mental neste âmbito por meio do matriciamento (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

O Ministério da Saúde (2013) afirma que as práticas em saúde mental na atenção básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde. Assim, destaca algumas ações que podem ser desenvolvidas por esses profissionais, que são: proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir; exercer boa comunicação; exercitar a habilidade da empatia; lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer; acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas; oferecer suporte na medida certa e reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

Além disso, para que haja um melhor manejo da saúde mental na atenção básica deve haver um trabalho compartilhado de suporte às equipes de Saúde da Família através do desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental pelos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (BRASIL, 2006).

De acordo com a Portaria Ministerial nº 2.488 de 2011, os NASF devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades nas quais o NASF está vinculado. Assim os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

Desse modo, os profissionais das equipes do NASF, que trabalham junto às ESF, devem ter conhecimento das particularidades da saúde mental na atenção básica e da necessidade de ampliação da clínica, tendo em vista que o cuidado as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente a hipertensão e o diabetes mellitus, muitas vezes exige assistência ampliada dos aspectos subjetivos a elas vinculados. Pois, frequentemente, casos considerados de difícil atenção estão associados a sofrimento psíquico e a problemas psicossociais (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, Coelho e Burini (2009) afirmam as DCNT são importantes causas de morbidade e entre adultos e idosos. A maioria delas aumenta sua prevalência, incidência e mortalidade com o avançar da idade. Isso ocorre pelo fato de os idosos terem uma exposição mais prolongada a este grupo de doenças, ocorrendo então a perda da importância de fatores hereditários na determinação de algumas patologias, fazendo prevalecer os fatores adquiridos ao longo da vida e aqueles resultantes do próprio processo de envelhecimento.

Dessa forma, o Ministério da Saúde (2014) ressalta a forte associação do acometimento de doenças crônicas com problemas de saúde mental, o que torna necessário o esforço coordenado de uma equipe multidisciplinar para que haja uma assistência de forma integral aos usuários em situação de risco.

Nesse contexto, percebe-se que a atenção básica exerce importante papel na promoção da saúde mental de seus usuários, no entanto, um estudo realizado por Correia, Barros e Colvero (2011) identificou que as ações de saúde mental desenvolvidas neste nível de atenção não apresentam uniformidade em sua execução. Para os autores, a execução dessas ações fica na dependência dos profissionais ou da decisão política do gestor.

2.2.2 Prevenção e promoção à saúde mental do idoso

A pessoa idosa, considerada pelo Estatuto do Idoso na faixa etária igual ou superior a 60 anos de idade, apresenta pelo processo de envelhecimento, diversas alterações fisiológicas, que podem afetar a saúde mental.

De acordo com Almeida et al. (2012) os idosos apresentam uma alta prevalência de adoecimento mental, sendo a depressão um dos transtornos que mais afetam esse grupo populacional. Estudos realizados por Leite et al. (2006); Irigaray e Schneider (2007), apontam que em 2020 a depressão seja a segunda causa de perda de capacidade funcional em idosos.

Por estes aspectos, torna-se imprescindível a implementação de ações de prevenção e promoção à saúde mental do idoso, no intuito de que seja reduzida a incidência do sofrimento psíquico na pessoa idosa.

Para tanto, a Organização Mundial da Saúde em 2001, apresentou dez recomendações para a saúde mental no mundo. Dentre elas, o grande destaque é dado à função das equipes de saúde da atenção básica no desenvolvimento de ações que visem o monitoramento, encaminhamento e rastreamento de usuários com transtornos mentais (MOREIRA, 2010).

Em se tratando do diagnóstico precoce, tratamento e desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde mental na terceira idade, Correia, Barros e Colvero (2011) apontam que ainda existe dificuldade no sistema de saúde brasileiro, por parte dos serviços e profissionais de saúde, para atender a esta população.

Mota et al. (2008) ressalta que é importante realizar a identificação de indivíduos com risco de adoecimento mental, pois isso possibilita medidas de intervenção que visem a melhoria da qualidade de vida, sobretudo dos idosos e de suas famílias.

Nesse sentido, algumas pesquisas têm demonstrado que a participação dos idosos em atividades de lazer, incluindo o exercício físico e o exercício mental, assim como a manutenção de relações sociais, tem favorecido a preservação da saúde mental dos mesmos (FORONI; SANTOS, 2012).

Por sua vez, as ações a serem desenvolvidas na atenção à pessoa idosa devem contribuir para que, apesar das progressivas limitações e perdas (aposentadoria, mudanças e perdas de papéis, redução de renda, mudança na autoimagem, limitações físicas, mortes de amigos e familiares e uso abusivo de fármacos, dentre outros) que possam ocorrer nesta fase da vida do indivíduo, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas (BRASIL, 2007; GUIMARÃES et al., 2012).

2.3 Transtorno mental no idoso

A Psicologia do Envelhecimento refere que à medida que se envelhece a velocidade com que se desempenham as operações mentais diminui, a capacidade de memória de trabalho declina, a memória a longo prazo é menos eficaz e é mais difícil ignorar informação irrelevante (FONSECA, et al., 2008).

Com o aumento da longevidade existe um acumular de efeitos indesejáveis do envelhecimento, com efeitos a nível das capacidades funcionais e na autonomia em tarefas que são necessárias ao indivíduo, como tarefas de autocuidado, de adaptação ao meio em que vive e de participação em atividades sociais (OLIVEIRA, 2011).

De acordo com Andrade et al. (2010) ao alcançar a terceira idade, alguns indivíduos podem apresentar quadros psiquiátricos que chegam a ser comuns nessa faixa etária. Tais prejuízos mentais, de modo geral, incluem a demência, estados depressivos ou quadros psicóticos que são iniciados tardiamente. Contudo, há casos em que o transtorno teve início na juventude e o indivíduo alcançou a terceira idade, como por exemplo, a esquizofrenia, o transtorno afetivo bipolar, a distímia e transtornos ansiosos.

Assim, quando ocorre a cronicidade do transtorno mental, pode-se gerar modificações no seio da família, decorrente da sobrecarga familiar. Pois antes do aparecimento da doença, a pessoa contribuía com as atividades financeiras, domésticas e nas responsabilidades, assim, após o surgimento dos sintomas, estas atividades que antes eram compartilhadas deixam de ser e os familiares ainda precisam arcar com a responsabilidade de ajudar a pessoa doente em seu tratamento (KOGA; FUREGATO, 1999).

Para Teixeira (2010) com o avançar da idade a maioria das pessoas idosas reduzem a sua participação na comunidade, o que pode originar sentimentos de solidão e desvalorização, com efeitos ao nível da integração social e familiar, e ao nível da saúde física e psíquica.

Segundo Pedrozo e Portella (2003), diante desta realidade, cada indivíduo reage de maneira diferente, embora seja comum enfrentar as perdas sem enfrentar as situações de crise. Mesmo considerando que envelhecer não significa necessariamente adoecer, é notório que certas enfermidades são mais frequentes em idosos, por isso é que a maioria considera o corpo um fardo e não quer se tratar quando adocece, passando a desejar a morte.

Outro ponto a ser considerado é o impacto do comprometimento da comunicação, pois com o passar dos anos a pessoa idosa pode ter perdido a capacidade de escrever, falar, ler ou entender o que os outros dizem, em consequência de alterações neurológicas. A falta dessas habilidades prejudica sobremaneira seu desempenho social, comprometendo sua identidade, auto-estima e qualidade de vida levando, assim, ao adoecimento mental (BRASIL, 2007).

3.1. Tipo de estudo

Para o desenvolvimento desta pesquisa fez-se uso dos pressupostos da revisão integrativa. A escolha deste tipo de estudo foi feita porque o mesmo corresponde a um método de pesquisa que permite a análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo, o que favorece a caracterização de conhecimentos (SILVEIRA, 2005).

A elaboração de uma revisão integrativa envolve seis etapas distintas, que foram utilizadas neste estudo: estabelecimento do problema de revisão; busca na literatura; categorização dos estudos; análise crítica dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

3.1.1 Estabelecimento do problema de revisão

O processo de elaboração da revisão integrativa se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa que apresente relevância para a área da saúde (POLIT; BECK, 2006).

Essa etapa é considerada como norteadora para a condução de uma revisão bem elaborada. Sua construção deve estar relacionada a um raciocínio teórico e deve incluir definições já aprendidas pelo pesquisador (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

3.1.2 Busca na literatura

Na etapa de busca na literatura, Toledo (2008) descreve que são definidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, bem como as estratégias utilizadas na busca dos estudos nas bases de dados.

Nessa fase, o pesquisador deverá realizar uma reflexão sobre o processo metodológico, pois caso se depare com uma grande quantidade de artigos, isso poderá inviabilizar a pesquisa ou favorecer a ocorrência de vieses nas próximas etapas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Assim, a identificação dos artigos foi realizada através de uma busca on-line nas bases da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no Scientific

Electronic Library Online (SCIELO) e na Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Dessa forma para obtenção da amostra da revisão integrativa, foram cruzados os seguintes descritores do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): saúde mental, idoso e atenção primária à saúde. Estes foram utilizados com o operador booleano AND, sendo cruzados os descritores: saúde mental and idoso e saúde mental and atenção primária à saúde. O procedimento para busca na literatura está descrito na tabela 1.

Tabela 1 - Busca nas bases de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE.

DESCRITORES CRUZADOS	ESTUDOS ENCONTRADOS			TOTAL
	LILACS	SCIELO	MEDLINE	
Saúde mental and idoso	154	28	4171	4353
Saúde mental and atenção primária à saúde	180	92	9720	9992

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

Através desta consulta, foi identificado um universo de 14.345 artigos. Mediante a inviabilidade da análise de dados de todos os artigos encontrados, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, para selecionar aqueles que correspondiam aos objetivos da pesquisa.

Assim, para seleção dos artigos, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ser publicado entre os anos 2004 e 2014, que atenda aos descritores estabelecidos e texto disponível na íntegra, sem restrição de idioma.

Os critérios de exclusão foram os seguintes: capítulos de livros, resenhas de livros, editoriais, artigos pagos, resumos e artigos que não abordem a temática do estudo.

Dessa forma, ao admitir os critérios de inclusão e exclusão e após leitura minuciosa dos textos, foi identificada uma amostra de 16 artigos.

3.1.3 Categorização dos estudos

Para a categorização dos estudos foi construído um instrumento que permitiu a extração, de forma sistematizada, dos dados relevantes dos artigos selecionados (APÊNDICE A).

3.1.4 Análise dos estudos incluídos na revisão

De acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010) a etapa de análise dos estudos é equivalente à análise dos dados das pesquisas convencionais, esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo.

Para Gil (2008) o processo de análise de dados envolve diversos procedimentos, como: codificação, tabulação dos dados e cálculos estatísticos. Após ou juntamente com a análise, pode ocorrer também a interpretação dos dados, que consiste, fundamentalmente, em estabelecer a ligação entre os resultados obtidos com outros já conhecidos, quer sejam derivados de teorias, quer sejam de estudos realizados anteriormente.

Dessa forma, a análise dos dados ocorreu de forma organizada e crítica, à medida que se realizou leitura aprofundada dos artigos, buscando responder os objetivos propostos.

3.1.5 Interpretação dos resultados

A etapa de interpretação dos resultados é análoga à discussão de resultados dos estudos primários. Onde o pesquisador discute as evidências oriundas dos estudos incluídos, daquelas geradas pela revisão integrativa (CAMPOS, 2005).

A partir da interpretação e síntese dos resultados, os dados evidenciados na análise dos artigos são comparados ao referencial teórico. Além disso, são identificadas possíveis lacunas do conhecimento, tornando possível a delimitação de prioridades para estudos futuros. Contudo, para proteger a validade da revisão integrativa, o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar os vieses (URSI, 2005).

3.1.6 Apresentação da revisão integrativa

Para Mendes, Silveira e Galvão (2008) esta etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. É um trabalho de extrema importância já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada.

A apresentação precisa conter detalhes explícitos das pesquisas primárias, com a finalidade de fornecer condições para que o leitor possa avaliar a adequação dos procedimentos realizados, assim como declarar possíveis limitações metodológicas na elaboração da revisão (PEDERSOLI, 2009).

Assim, os dados extraídos dos artigos selecionados foram apresentados em forma de quadros e tabelas. Para Souza, Silva e Carvalho (2010) a apresentação da revisão em tabelas, gráficos ou quadros, é uma forma que possibilita a comparação de todos os artigos selecionados, além de permitir a identificação de padrões, diferenças e a sublocação desses tópicos como parte da discussão geral.

4.1. Dados referentes à identificação dos artigos

Na base de dados da LILACS, foram localizados 334 artigos e, desses, sete corresponderam aos critérios de inclusão e foram selecionados para fazer parte da amostra. No SCIELO, dos 120 artigos encontrados, seis atenderam aos critérios de seleção estabelecidos, sendo selecionados para fazer parte da amostra. Na MEDLINE, 13.891 artigos foram localizados e, desses, três preencheram os critérios de inclusão.

A distribuição dos artigos selecionados, conforme a base de dados, são apresentados na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos artigos de acordo com a base de dados.

BASE DE DADOS	Estudos localizados		Estudos selecionados	
	N	%	N	%
LILACS	334	2,3	7	43,7
SCIELO	120	0,9	6	37,5
MEDLINE	13.891	96,8	3	18,8
TOTAL	14.345	100,0	16	100,0

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

Através da tabela 2, observa-se que, ao total, foi identificado um alto número de estudos em relação aos selecionados para constituir a amostra. A restrição de grande parte dos estudos localizados ocorreu mediante o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, sendo que a maioria foi excluída por não envolverem a população idosa, não estarem disponíveis na íntegra ou por serem pagos, o que ocorreu, principalmente, na MEDLINE.

A tabela 3 apresenta a distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação. Em sua análise, percebe-se que a partir de 2007 houve um incremento nas publicações sobre a saúde mental dos idosos, e que o ano de 2012 foi o que apresentou o maior número de publicações (24,9%).

Tabela 3 - Distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação.

ANO DE PUBLICAÇÃO	n	%
2004	1	6,2
2006	1	6,2
2007	2	12,5
2008	2	12,5
2010	2	12,5
2011	1	6,2
2012	4	24,9
2013	3	19,0
TOTAL	16	100,0

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

O interesse dos pesquisadores pela saúde mental dos idosos, pode ter se elevado a partir do aumento desse contingente populacional, que tem crescido, consideravelmente, nos últimos anos.

Além disso, no Brasil, o maior interesse dos pesquisadores por esta área também pode ter ocorrido a partir da publicação das portarias do Gabinete Ministerial nº 339 e nº 2528 de 2006, que tratam, respectivamente, da divulgação do pacto pela saúde, onde se insere o pacto pela vida que destaca a saúde do idoso como uma das metas prioritárias; e da aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (LIMA, 2010).

No quadro a seguir é apresentado o tipo de metodologia utilizado nas pesquisas. Este é um ponto importante a ser investigado, pois demonstra o tipo de estudo mais utilizado pelos pesquisadores que atuam na área.

Tabela 4 - Distribuição dos artigos de acordo com o delineamento da pesquisa.

DELINEAMENTO DA PESQUISA	N	%
Qualitativa	1	6,8
Quantitativa	15	93,7
TOTAL	16	100,0

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

Verifica-se, na tabela 4, um predomínio de pesquisas com delineamento quantitativo (93,7%), entre os artigos selecionados.

Com relação à abordagem quantitativa, Terence e Filho (2006) afirmam que a mesma permite a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente.

Para Silveira (2005), o uso da abordagem qualitativa permite a compreensão sobre a totalidade dos seres humanos, visto que se aprofunda na experiência de vida nos cenários naturais em que o fenômeno de interesse ocorre e na visão dos sujeitos.

A predominância de pesquisas com delineamento quantitativo na amostra analisada pode ser explicada pelo fato de que a maior parte dos instrumentos para coleta de dados utilizados apresenta resultados quantitativos, como pode ser observado na tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos artigos de acordo com os instrumentos utilizados.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	n	%
Self Reporting Questionnaire	3	14,2
Mini-Exame do Estado Mental	4	19,0
Escala de Depressão Geriátrica	5	23,6
Escala de aflição psicológica Kessler	1	4,8
Escala de Depressão de Hamilton	1	4,8
World Health Organization Quality of Life-bref	1	4,8
Índice de Barthel	1	4,8
Brazil Old Age Schedule	1	4,8
Questionário Internacional de Atividades Físicas	1	4,8
Roteiro de entrevista	1	4,8
Caderno de campo	1	4,8
Instrumento desenvolvido pelo autor	1	4,8
TOTAL	21	100,0

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

Entre os instrumentos utilizados nos estudos, é possível observar, na tabela 5, que houve um predomínio da Escala de Depressão Geriátrica (31,3%), do Mini-Exame do Estado Mental (15,0%), seguidos do Self Reporting Questionnaire (18,8%). Todavia, deve-se salientar que alguns estudos utilizaram mais de um instrumento para coleta de dados, o que justifica a frequência superior ao número de estudos.

Os instrumentos quantitativos utilizados nos estudos analisados nesta revisão podem ser separados em três classes, conforme sua finalidade: rastreamento de transtornos mentais (Mini-Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica, Escala de Depressão de Hamilton, Escala de aflição psicológica Kessler, Self Reporting Questionnaire, Brazil Old Age Schedule); avaliação da capacidade funcional (Índice de Barthel e Questionário Internacional de Atividades Físicas) e avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref).

Dentre os instrumentos utilizados para o rastreamento de transtornos mentais, a escala de depressão geriátrica (EDG) destaca-se como um dos métodos mais utilizados no mundo, sendo específico para rastrear depressão em idosos, tanto no contexto clínico, quanto em pesquisas (PINHO, et al., 2009). A Escala de Depressão de Hamilton também destaca-se como um dos mais utilizados, mundialmente, para avaliação de sintomas depressivos (OLIVEIRA et al., 2011).

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) trata-se de um instrumento composto por diversas questões, agrupadas em diferentes categorias que visam avaliar funções cognitivas específicas (HOLZ et al., 2013). A Escala de aflição psicológica Kessler é uma ferramenta

utilizada para o rastreio de sofrimento psíquico como ansiedade e depressão (ATKINS et al., 2013).

O Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) destina-se à detecção de sintomas de adoecimento mental, ou seja, avalia a existência ou não de algum transtorno mental, não sendo suficiente para oferecer o diagnóstico específico do tipo de transtorno existente (SANTOS, et al., 2010).

Ainda com relação aos instrumentos para rastreio de transtornos mentais, evidenciou-se o Brazil Old Age Schedule (BOAS), que é um formulário desenvolvido para o rastreamento de deficiência cognitiva e depressão (BENEDETTI et al., 2008).

No que se refere aos instrumentos para avaliação da capacidade funcional, destaca-se o Índice de Barthel, um questionário que avalia a capacidade funcional, através da investigação da realização de algumas atividades da vida diária (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007). Além desse instrumento, foi evidenciado, também, o Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ), que é utilizado para estimar o tempo semanal gasto na realização de atividade física de intensidade moderada a vigorosa em diferentes contextos da vida, bem como o tempo despendido em atividades passivas (BENEDETTI et al., 2008).

Com relação ao instrumento para avaliação da qualidade de vida, evidenciou-se o World Health Organization Quality of Life-bref (WHOQOL-bref), que trata-se da versão abreviada do WHOQOL-100, um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

Através da tabela 5, observa-se ainda que foram utilizados instrumentos qualitativos para coleta de dados, sendo evidenciados o roteiro de entrevista e o caderno de campo.

De acordo com Gil (2005) a entrevista é uma técnica interrogação que envolve duas pessoas, sendo composta por perguntas que são levantadas pelo pesquisador e que devem ser respondidas pelo sujeito da pesquisa.

O caderno de campo é um método de reflexão que auxilia na formulação de hipóteses, direciona a pesquisa e permite visualizar lacunas, sendo motivador de diálogo e de resgates (ACHUTTI; HASSEN, 2004).

Para uma melhor caracterização dos artigos que fazem parte da amostra desta revisão, considerou-se necessário fazer uma análise dos dados referentes aos autores de cada publicação, conforme apresentado a seguir.

4.2 Dados referentes à identificação dos autores

Com relação à identificação dos autores, são apresentados dados referentes ao número de autores de cada estudo, à formação, titulação e área de atuação do primeiro autor.

Os dados foram obtidos através da consulta das informações presentes nos respectivos artigos. Porém, alguns estudos não continham tais informações, dessa forma, esses dados foram coletados a partir do currículo *lattes*, disponibilizado on-line por meio da Plataforma Lattes. Assim, de cada autor, foram considerados os dados referentes ao ano de publicação do artigo.

Tabela 6 - Distribuição dos artigos de acordo com o número de autores.

NUMERO DE AUTORES	n	%
Dois autores	3	18,7
Três autores	3	18,7
Quatro autores	4	25,0
Cinco autores	3	18,7
Seis autores	1	6,3
Sete autores	1	6,3
Dez autores	1	6,3
TOTAL	16	100,0

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

A partir das respectivas multiplicações dos dados evidenciados na tabela 6, observa-se que ao total, 69 autores foram responsáveis pelas publicações dos 16 artigos analisados nesta revisão.

Contudo, deve-se salientar que, entre os estudos analisados, alguns pesquisadores foram identificados em mais de um artigo, sendo, portanto, considerados apenas uma vez. Dessa forma, através da identificação da repetição de pesquisadores, destaca-se que dos 69 evidenciados, apenas 65 correspondem ao número exato de autores na amostra analisada.

Observa-se ainda que todos os artigos foram produzidos por mais de um autor, isso indica que os pesquisadores tem preferência por realizar estudos em parceria, contribuindo, muitas vezes, para a formação de grupos de pesquisa.

Nesse sentido, Lima (2010) afirma que o exercício da produção do conhecimento em parceria, favorece a troca de saberes, amplia as possibilidades de aprendizado, permite o estabelecimento de vínculos entre cientistas, além de fortalecer o conhecimento produzido e publicado.

As parcerias estabelecidas entre os autores, para construção dos artigos em análise, ocorreram entre pesquisadores que possuíam diferentes formações profissionais, conforme demonstra a tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos autores de acordo com a formação profissional.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	n	%
Médico(a)	15	23,1
Enfermeiro(a)	17	26,2
Fisioterapeuta	10	15,3
Nutricionista	2	3,1
Psicólogo(a)	2	3,1
Educação Física	7	10,8
Dentista	1	1,5
Outros	2	3,1
Não-especificado	9	13,8
TOTAL	65	100,0

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

Campos (2005) destaca a importância da investigação da formação profissional dos pesquisadores, pois isso possibilita conhecer quais as categorias profissionais que tem produzido mais pesquisas sobre a temática em questão.

Segundo os resultados obtidos, pode-se observar, na tabela 7, que os estudos realizados por enfermeiros (26,2%) foram predominantes, seguidos por fisioterapeutas, com 23,1%. Além disso, percebe-se que há uma variedade de áreas de formação profissional entre os autores das publicações analisadas, o que demonstra que a temática da saúde mental dos idosos tem despertado o interesse de diferentes profissionais da área da saúde.

Dessa forma, Baptista et al. (2012) afirmam que o interesse pela temática nas diferentes áreas do conhecimento em saúde, aponta para a possibilidade de interlocução e parceria entre os profissionais da área de saúde, uma vez que o trabalho interdisciplinar e a troca de experiências podem contribuir para a uma melhor atenção à saúde mental dos idosos.

Tabela 8 - Distribuição dos autores de acordo com a titulação.

TITULAÇÃO DO AUTOR	n	%
Graduado	8	12,3
Mestre	10	15,4
Doutor	16	24,6
Pós-doutor	15	23,1
Não-especificado	16	24,6
TOTAL	65	100,0

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

Através da tabela 8, verifica-se o predomínio de profissionais com doutorado (24,6%), seguidos por pesquisadores com pós-doutorado (23,1%).

Para Campos (2005) a maior produção de estudos por pós-graduados demonstra que a pós-graduação é produtora e impulsionadora de pesquisas, além de ser responsável pela validação da prática profissional.

Nogueira (2009) ressalta que o pesquisador doutor deve publicar estudos anualmente, preferencialmente em periódicos com *Qualis* – Conceito do Órgão de Capacitação Docente (CAPES). Além disso, destaca-se que o desenvolvimento e publicação de pesquisas científicas, são requisitos indispensáveis para a permanência de docentes nos programas de pós-graduação.

Tabela 9 - Distribuição dos autores de acordo com a área de atuação.

ÁREA DE ATUAÇÃO	n	%
Assistência	4	6,2
Docência	45	69,2
Estudante	6	9,2
Não-especificado	10	15,4
TOTAL	65	100,0

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

Na tabela 9, demonstra-se que os docentes são os principais responsáveis pelas publicações analisadas (69,2%). Este é um achado naturalmente esperado, pois, a docência é uma atividade profissional na qual está intrínseco o maior contato com o mundo da ciência e da tecnologia (LIMA, 2010).

De acordo com Nogueira (2009) os profissionais que atuam na docência são motivados para o desenvolvimento de pesquisas científicas, devido as exigências dos órgãos de apoio aos docentes vinculados a departamentos de cursos de graduação e a programas de pós-graduação, fazendo com que eles publiquem com mais frequência que profissionais de outras áreas.

O autor supracitado ainda pontua que os profissionais da área assistencial, mesmo convivendo com problemas concretos do campo prático, não têm a mesma oportunidade e motivação para publicação de estudos. O que explica a diferença significativa de pesquisas produzidas pelos profissionais que atuam nestas duas áreas.

4.3 Dados referentes às categorias temáticas dos artigos

Na busca por compreender melhor a temática do adoecimento mental em idosos, considerou-se necessário realizar uma análise cautelosa do conteúdo das produções científicas selecionadas, iniciando primeiramente pela exposição dos objetivos de cada estudo, conforme apresentados no quadro 1.

Quadro 1 - Apresentação dos artigos segundo os objetivos.

TÍTULO	OBJETIVO
Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos residentes em município do Nordeste do Brasil	Descrever a prevalência de transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas e presença de doenças crônicas entre residentes idosos de áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia, Brasil.
Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil	Analisar o transtorno mental comum em idosos segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, de comportamentos relacionados à saúde e morbidades.
Sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família	Descrever o perfil social e analisar as respostas de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família aos itens da Escala de Depressão Geriátrica.
Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família	Avaliar as relações entre as dimensões da vida sociocultural, como rede social de apoio e religião, saúde mental e qualidade de vida em idosos de um Programa de Saúde da Família.
Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil	Analisar a influência de fatores sociodemográficos, de saúde física, capacidade funcional e função cognitiva sobre a sintomatologia depressiva de idosos do município de Santa Cruz, no Rio Grande do Norte.
Atividade física e estado de saúde mental de idosos	Avaliar a associação entre nível de atividade física e o estado de saúde mental de pessoas idosas.
Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil	Traçar o perfil epidemiológico, sócio-familiar, funcional e econômico dos idosos frequentadores de grupos de convivência de idosos na cidade de Belo Horizonte.
Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil	Identificar a prevalência e fatores associados ao déficit cognitivo em idosos residentes na área de abrangência dos serviços de atenção básica em saúde no município de Bagé, Rio Grande do Sul.
Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil	Analisar a associação entre atividade física no lazer e a prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos.
Depressão na população idosa: os médicos estão investigando?	Verificar se os médicos em geral estão investigando a depressão em idosos.
Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de	Identificar a presença de sintomas depressivos em idosos inscritos no Programa de controle de

hipertensão arterial e diabetes mellitus	hipertensão arterial e diabetes mellitus em um município do Noroeste do Paraná.
Sintomas depressivos e desempenho motor em idosos: estudo de base populacional	Analisar a associação entre sintomas depressivos e desempenho motor em idosos residentes na comunidade.
Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária	Conhecer as contribuições da Terapia Comunitária na vida dos idosos.
Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study	Investigar os fatores de risco modificáveis fixas e de aflição psicológica e qualidade de vida em uma coorte de australianos com 60 anos ou mais de vida em ambientes residenciais e comunitários.
Mental Health Status of Home Care Elderly in Michigan	Identificar subgrupos de idosos, por características sociodemográficas e clínicas, que são mais propensos a ter problemas de saúde mental.
Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study	Determinar a incidência e preditores de depressão de fim de vida.

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

A partir da análise dos objetivos de cada estudo selecionado, foi possível identificar os temas que obtiveram maior enfoque pelos autores, os quais serão agrupados e discutidos para proporcionar melhor visibilidade em relação à temática estudada.

Assim, a análise qualitativa das publicações foi baseada nas seguintes categorias temáticas: fatores de risco para o adoecimento mental nos idosos; prevalência de transtornos mentais nos idosos e ações da Atenção Básica no cuidado a saúde mental do idoso. Portanto, os artigos incluídos na revisão serão destacados em itálico, visando facilitar a compreensão dos resultados.

4.3.1 Fatores de risco para o adoecimento mental nos idosos

De acordo com Stewart et al. (2010) os fatores de risco para o adoecimento mental em idosos devem ser conhecidos, para que assim seja possível direcionar o cuidado e as políticas de saúde para essa população, tendo em vista que os transtornos mentais são prenunciadores importantes para incapacidades funcionais graves.

Nesse sentido, os fatores de risco para o adoecimento mental nos idosos, identificados em cada estudo, são apresentados no quadro 1.

As condições de risco investigadas pelos estudos podem ser agrupadas em: fatores sociodemográficos (sexo feminino, idade avançada, situação conjugal, baixa escolaridade, baixa renda e desemprego); condições clínicas (acometimento por doenças crônicas, incapacidade funcional e dor); estado nutricional (obesidade e desnutrição); estilo de vida (sedentarismo) e ambiente (quedas).

Quadro 2. Distribuição dos artigos de acordo com os fatores de risco de adoecimento mental.

Nº	AUTORES	FATORES DE RISCO PARA ADOECIMENTO MENTAL
1	ROCHA, S. V. et al.	Sexo feminino; baixa escolaridade e baixa renda.
2	BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A; BOTEGA, N. J.	Sexo feminino; idade avançada; baixa escolaridade; baixa renda; desemprego e acometimento por doenças crônicas.
3	AVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. ; FACCENDA, O	Baixa renda.
4	FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO , P.	Incapacidade funcional e morar sozinho ou com apenas uma pessoa.
5	MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O.	Idade avançada; baixa escolaridade; incapacidade funcional.
6	BENEDETTI, et al.	Sedentarismo.
7	BORGES, P. L. C. et al.	Quedas.
8	HOLZ, A. W. et al.	Incapacidade funcional.
9	ROCHA, S. V. et al.	Sedentarismo.
10	GAZALLE, F. K . HALLAL, C. P.; LIMA, M. S.	Sexo feminino.
11	SASS, A. et al.	Situação conjugal; idade avançada; estado nutricional inadequado.
12	SANTOS, K. T. et al.	Incapacidade funcional.
13	ANDRADE, F. B. et al.	_____
14	ATKINS, J. et al.	Incapacidade funcional.
15	CONWELL, Y.; LI, L. W.	Incapacidade funcional, acometimento por doenças crônicas, dor.
16	WEYERER, S. et al.	Idade avançada, sexo feminino, incapacidade funcional.

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

Entre os fatores de risco sociodemográficos investigados, os estudos realizados por Rocha et al. (2012), Borim; Barros e Botega (2013), Gazalle; Hallal e Lima (2004) e Weyerer et al. (2012) apontam associação significativa entre gênero e adoecimento mental, indicando

que pessoas do sexo feminino são as mais susceptíveis, pois apresentam maior prevalência de transtornos mentais.

De acordo com Moreno (2012) esta associação de risco pode estar relacionada às desvantagens sociais, como: baixos salários, excesso de trabalho, violência doméstica, além da multiplicidade de papéis assumidos e desempenhados (mãe, esposa, educadora, profissional).

Além disso, os aspectos sociais relacionados, como a saída dos filhos de casa, o que pode provocar repercussões psicológicas como a síndrome do ninho vazio, também podem favorecer o adoecimento mental (GIOIA-MATINS; MEDEIROS; HAMZEH, 2009) .

Valle et al. (2009), ressalta que a maior prevalência de transtornos mentais entre as mulheres, pode ser decorrente da alta sobrecarga doméstica, que leva à divisão desigual do trabalho, principalmente entre aquelas que não recebem auxílio para realização de tais atividades, refletindo diretamente na qualidade de vida e especialmente na saúde psíquica das mulheres.

Contudo, Foroni e Santos (2012) afirmam que a hipótese mais consistente é de que o risco aumentado para transtornos mentais entre as mulheres está relacionado com o declínio nos níveis hormonais após a menopausa.

A idade avançada foi evidenciada por *Borim; Barros e Botega (2013), Maciel e Guerra (2006), Sass et al. (2012) e Weyerer et al. (2012)*.

Borim, Barros e Botega (2013) em sua pesquisa, constataram que idosos de 80 anos ou mais, apresentam uma prevalência 2,86 vezes maior que os de 60-69 anos.

Para Maragno et al. (2006) diversos fatores, que são intrínsecos à essa fase da vida, podem ser responsáveis por essa maior suscetibilidade, podendo-se destacar: crescimento do número de morbididades e incapacidades, eventos estressantes de vida, isolamento social e baixa renda.

Assim, nessa revisão, a baixa renda foi apontada por *Rocha et al. (2012), Borim; Barros e Botega (2013) e Alvarenga (2010)*, como importante fator de vulnerabilidade para transtornos mentais em idosos.

Nesse sentido, Rodrigues-Neto (2008) afirma que a maior suscetibilidade para transtorno mental em pessoas com baixo nível econômico pode estar relacionada à pior qualidade de moradia e transporte, à condições inadequadas de vida, à maior dificuldade de acesso a cuidados médicos e à maior prevalência de morbididades.

Para Ludermir (2008) essa associação pode ser explicada pelo fato de a baixa renda estar associada, constantemente, à eventos de vida estressantes e ao desempenho insatisfatório de papéis sociais, resultantes do menor acesso a oportunidades sociais ao longo da vida, que acarretariam baixa autoestima, ocasionando assim, maior suscetibilidade aos transtornos mentais.

Nesse contexto, destaca-se ainda o desemprego, encontrado como fator de risco no estudo realizado por *Borim; Barros e Botega (2013)*, que em sua pesquisa, evidenciaram que os idosos que não trabalhavam apresentaram maior prevalência de transtornos mentais. Isso ocorre, porque o trabalho atua como fator de proteção para saúde mental, pois abrange a aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar determinado fim, além de exigir a realização de atividades físicas e intelectuais, que são necessárias em qualquer tarefa, serviço ou empreendimento.

Outro aspecto relevante a ser considerado é a baixa escolaridade, destacada por *Rocha et al. (2012); Maciel e Guerra (2006) e Borim; Barros e Botega (2013)*.

A relação entre o nível educacional baixo e os transtornos mentais pode ser explicada por alguns fatores como a desnutrição na infância, fator que retarda o desenvolvimento intelectual e conduz a um baixo desempenho educacional e psicossocial no futuro. As consequências do baixo nível de instrução revelam a falta de oportunidade no contexto social e tem sido apontado como um importante fator de risco para o adoecimento mental (SANTOS, et al., 2010).

Mas, se por um lado o baixo nível educacional pode ser responsável pelo adoecimento mental nos idosos, por outro lado uma boa escolaridade aumenta a possibilidade de escolhas na vida e torna mais fácil a inserção no mercado de trabalho, o que, por sua vez, pode também motivar a adoção de comportamentos mais saudáveis (VALLE et al., 2009).

Ainda com relação aos fatores de risco sociodemográficos, a situação conjugal foi evidenciada no estudo de *Sass et al. (2012)*. Embora, em sua pesquisa, tenham constatado maior prevalência de transtorno mental em idosos que nunca casaram, divorciados e viúvos, na literatura não há consenso quanto à associação de transtornos mentais e estado civil.

Todavia, os autores supracitados destacam que esse achado é preocupante, tendo em vista que idosos pertencentes a este grupo tem maior probabilidade de morarem sozinhos.

Destarte, Silva e Nardi (2011) ressaltam que pessoas viúvas apresentam maior incidência de transtornos mentais, pois, após a morte do cônjuge, sofrem grande pressão social para retornarem às suas rotinas, tendo seus recursos internos fortemente mobilizados

para conseguirem lidar com a tristeza e, simultaneamente, retomarem sua funcionalidade normal.

Floriano e Dalgalarondo (2007) constataram que idosos que moram sozinhos ou com apenas outra pessoa, apresentam maior prevalência de transtornos mentais quando comparados com os que moram com mais de uma pessoa. Assim, pode-se inferir que a presença de familiares na condição de parceiros sociais significativos, emocionalmente ligados, parece ser importante fator na manutenção da saúde mental dos idosos.

No que se refere à influência das condições clínicas, *Borim, Barros e Botega (2007)* e *Conwell e Li (2007)* evidenciaram associação de risco entre doenças crônicas e transtorno mental nos idosos.

Borim, Barros e Botega (2007) observaram que a prevalência de transtornos mentais é cerca de quatro vezes maior em idosos que possuíam 4 a 5 morbidades em comparação aqueles que não apresentavam doenças crônicas.

Corroboram Duarte e Rego (2007) quando pontuam que as doenças crônicas, são problemas de saúde frequentemente encontradas em idosos, estando associadas à incapacidade funcional, ao aumento da vulnerabilidade e da dependência, que, por sua vez, contribui para o isolamento social e que pode, por conseguinte, aumentar a presença de sintomas depressivos e ansiosos, somáticos, assim como, alterações funcionais.

Nesse sentido, Forte-Burgos et al. (2009) defendem que o acometimento de doenças incapacitantes, é responsável por provocar um dos maiores temores apresentados pelos idosos com o avançar da idade: a perda da autonomia e da independência para realizar as atividades da vida diária. Compreende-se, então, que eventos que remetem a um possível quadro de enfermidade, dependência e falta de controle, podem gerar alto nível de estresse, contribuindo para o adoecimento mental dos idosos.

Assim, a incapacidade funcional, como fator de risco para transtornos mentais, foi evidenciada nos estudos de *Floriano e Dalgalarondo (2007)*; *Maciel e Guerra (2006)*; *Holz (2013)*; *Santos (2012)*; *Atkins et al. (2013)*; *Conwell e Li (2007)* e *Weyerer et al. (2012)*.

No estudo realizado por *Floriano e Dalgalarondo (2007)* foi observado que os idosos com incapacidade funcional têm um risco 4,3 vezes maior, para a ocorrência de transtorno mental, quando comparados com aqueles sem incapacidade.

Santos et al. (2012) destacam, que a limitação funcional apresenta significativa associação com transtorno mental, independente das características sociodemográficas dos idosos.

Ainda no que se refere às condições clínicas, a dor foi evidenciada como fator de risco por *Conwell e Li (2007)*. Existem diversas teorias que tentam explicar esta associação, entre elas destaca-se a do modelo cognitivo comportamental, a qual considera que os quadros álgicos provocam diminuição das atividades laborativas, sociais e de lazer, gerando sentimentos de perda de prestígio social, isolamento, entre outras, ocasionando assim, o adoecimento mental (*SARDÁ JUNIOR et al., 2012*).

Com relação ao estado nutricional, *Sass et al. (2012)* destacam que tanto a obesidade quanto o baixo peso, predispõem à ocorrência de transtorno mental na terceira idade. Isso ocorre em virtude da autoimagem corporal negativa.

No que se refere ao estilo de vida, o sedentarismo apresentou associação com transtornos mentais nos estudos de *Rocha et al. (2011)* e *Benedetti (2008)*. Esse último ressalta que os idosos não sedentários apresentam menos indicativos de adoecimento mental, o que pode ser explicado pela maior participação nas mais diversas atividades, quer sejam domésticas, lazer, transporte ou trabalho.

A atividade física atua como fator de proteção para o desenvolvimento de transtornos mentais, pois promove a distração e interação social, além de aumentar a transmissão sináptica das monoaminas, que supostamente funcionariam como drogas antidepressivas (*PELUSO; ANDRADE, 2005*).

A atividade física, sobretudo quando praticada em grupo, eleva a autoestima, contribui para a implementação das relações psicossociais e para o reequilíbrio emocional, colaborando para a manutenção da saúde mental dos idosos (*ROCHA, et al., 2011*).

Porém, vale ressaltar que muitos idosos que apresentam transtornos mentais acabam perdendo o interesse pelo engajamento em atividades físicas, o que muitas vezes, os tornam mais sedentários, agravando, significativamente, seu estado mental (*BENEDETTI et al., 2008*).

Com relação aos fatores de risco relacionados ao ambiente, apenas *Borges et al. (2008)* evidenciaram associação significativa de quedas com transtornos mentais.

Estudos realizados com idosos que caíram, mas não tiveram traumas físicos, apontam que 11% deixaram de visitar os amigos, 7% não visitaram mais os filhos, 5% passaram a sair menos de casa e 4% dos idosos deixaram de praticar atividades de lazer após a queda (*FABRÍCIO; RODRIGUEZ, 2006*).

De acordo com *Prata et al. (2011)*, as quedas em que ocorrem traumas físicos podem levar à incapacidade, perda da função ou resultar em síndrome de imobilidade, levando à diminuição da autonomia e independência.

Destaca-se que a associação de transtornos mentais e quedas pode ser explicada pelo fato dessas promoverem o isolamento social, sedentarismo e incapacidade funcional, ou seja, predisõem o surgimento de outros fatores de risco de adoecimento mental nos idosos.

4.3.2 Ações da Atenção Básica no cuidado a saúde mental do idoso

Mediante a diversidade de fatores risco para o adoecimento mental nos idosos, Correia, Barros e Colvero (2011) destacam a importância da Atenção Básica para a prevenção e promoção da saúde mental de seus usuários, assim como para a atenção daqueles que são portadores de transtornos mentais e de seus familiares.

Para tanto, existem diversas ações que podem ser desenvolvidas para o cuidado a saúde mental dos idosos, tais como: redes de apoio sociais; estímulo para a prática de atividades físicas e da participação em programas comunitários, aconselhamento para grupos de risco; apoio à inserção no mercado de trabalho (JUCÁ, NUNES, BARRETO, 2009; SILVEIRA, 2009).

Nesse sentido, Guimarães et al. (2012) asseveram que, na Atenção Básica, as ações a serem desenvolvidas na atenção à pessoa idosa devem contribuir para que, apesar das progressivas limitações e perdas (aposentadoria, mudanças e perdas de papéis, redução de renda, mudança na autoimagem, limitações físicas, mortes de amigos e familiares e uso abusivo de fármacos, dentre outros) que possam ocorrer nesta fase da vida do indivíduo, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível.

O quadro 2 apresenta a distribuição dos artigos segundo a abordagem de ações da Atenção Básica para o cuidado a saúde mental dos idosos.

Quadro 3 – Distribuição dos artigos de acordo com a abordagem de ações na atenção básica para o cuidado a saúde mental do idoso.

AUTORES	LOCAL	AÇÕES DESENVOLVIDAS ATENÇÃO BÁSICA
ROCHA, S. V. et al.	Bahia, Brasil	_____
BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A; BOTEGA, N. J.	São Paulo, Brasil	_____
AVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; FACCENDA, O	Mato Grosso do Sul, Brasil	_____
FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P.	São Paulo, Brasil	_____

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O.	Rio Grande do Norte, Brasil	_____
BENEDETTI, T. R. B. et al.	Santa Catarina, Brasil	_____
BORGES, P. L. C. et al.	Minas Gerais, Brasil	_____
HOLZ, A. W. et al.	Rio Grande do Sul, Brasil	_____
ROCHA, S. V. et al.	Bahia, Brasil	_____
GAZALLE, F. K. HALLAL, C. P.; LIMA, M. S.	Rio Grande do Sul, Brasil	_____
SASS, A.	Paraná, Brasil	_____
SANTOS, K. T. et al.	Bahia, Brasil	_____
ANDRADE, F. B. et al.	Rio Grande do Norte, Brasil	Desenvolvimento de encontros de Terapia Comunitária Integrativa.
ATKINS, J. et al.	Nova Gales do Sul, Austrália	_____
CONWELL, Y.; LI, L. W.	Michigan, Estados Unidos	_____
WEYERER, S. et al.	Saxónia, Alemanha	_____

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

A maior parte dos estudos incluídos nesta revisão não evidenciou nenhuma ação desenvolvida na Atenção Básica para o cuidado a saúde mental do idoso. Apenas o estudo realizado por *Andrade et al. (2010)* evidenciou a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como instrumento para promoção da saúde mental e prevenção de transtornos mentais nos idosos.

A Terapia Comunitária Integrativa é uma ferramenta de cuidado nos programas de inserção e apoio à saúde mental da população (ROCHA, 2009). Sendo criada em 1987, sob a coordenação do teólogo e antropólogo Adalberto de Paula Barreto, a TCI caracteriza-se como um espaço de acolhimento do sofrimento, onde as pessoas se dispõem sentadas lado a lado, para compartilhar inquietações, dificuldades ou histórias de superação (BARRETO; LAZARTE; 2013).

Os autores ainda condizem ser a TCI considerada uma prática integrativa e complementar na atenção à saúde mental porque valoriza a diversidade de culturas, do saber, e das habilidades individuais e coletivas, na tentativa de combater o isolamento, a fragmentação e a exclusão. Tal intervenção psicossocial permite resgatar a auto-estima, fortalece o poder de resiliência e o empoderamento, visto que potencializa recursos individuais e coletivos.

Mais que isso, *Andrade et al. (2010)* destacam a Terapia Comunitária Integrativa como valorativa das vivências de cada idoso na construção de saberes, desenvolvendo ações

terapêuticas que proporcionam o equilíbrio tanto mental quanto físico dos idosos, fortalecendo assim sua identidade e cidadania.

Destaca-se, portanto, que a terapia comunitária é uma ferramenta que tem proporcionado resultados satisfatórios aos seus participantes, devendo ser, amplamente, utilizada pelos profissionais da atenção básica em suas ações para o cuidado a saúde mental dos idosos, no sentido de construir e fortalecer vínculos solidários, levando os usuários a um processo de (re)construção e (re) conhecimento da sua identidade, imagem e memória coletiva (ANDRADE, *et al.* 2010; BARRETO; LAZARTE; 2013).

4.3.3 Prevalência de transtornos mentais nos idosos

A prevalência de transtornos mentais nos idosos, identificados em cada artigo, são apresentados no quadro 4.

Quadro 4. Distribuição dos artigos de acordo com a prevalência de transtornos mentais nos idosos.

AUTORES	LOCAL	PREVALÊNCIA
ROCHA, S. V. et al.	Bahia, Brasil	A prevalência de transtornos mentais foi de 32,1 %.
BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A; BOTEGA, N. J.	São Paulo, Brasil	A prevalência de transtornos mentais foi de 29,7 %.
AVARENGA; OLIVEIRA, M. A. C.; FACCENDA, O.	Mato Grosso do Sul, Brasil	A prevalência de transtornos mentais foi de 34,4%.
FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P.	São Paulo, Brasil	A prevalência de transtornos mentais foi de 28,2 %.
MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O.	Rio Grande do Norte, Brasil	A prevalência de transtornos mentais foi de 25,5%.
BENEDETTI, T. R. B. et al.	Santa Catarina, Brasil	A prevalência de demência foi de 13,8% e a de depressão foi de 19,7%.
BORGES, P. L. C. et al.	Minas Gerais, Brasil	A prevalência de transtornos mentais foi de 24,4%.
HOLZ, A. W. et al.	Rio Grande do Sul, Brasil	A prevalência de transtornos mentais foi de 14,9%.
ROCHA, S. V. et al.	Bahia, Brasil	A prevalência de transtornos mentais foi de 32,1 %.
GAZALLE, F. K. HALLAL, C. P.; LIMA, M. S.	Rio Grande do Sul, Brasil	A prevalência de transtornos mentais foi de 23,4%.
SASS, A.	Paraná, Brasil	A prevalência de transtornos mentais foi de 30%.
SANTOS, K. T. et al.	Bahia, Brasil	A prevalência de transtornos mentais foi de 20%.

ANDRADE, F. B. et al.	Rio Grande do Norte, Brasil	_____
ATKINS, J. et al.	Nova Gales do Sul, Austrália	A prevalência de transtornos mentais foi de 11%.
CONWELL, Y.; LI, L. W.	Michigan, Estados Unidos	A prevalência de transtornos mentais foi de 40,5%.
WEYERER, S. et al.	Saxónia, Alemanha	A prevalência de transtornos mentais foi de 4,7%.

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

Considerando os diferentes contextos e características da amostra analisada em cada estudo, observa-se uma elevada prevalência de transtornos mentais entre os idosos, onde variou de 4,7% a 40,5%.

A elevada prevalência de transtorno mental é um dado preocupante, principalmente quando comparado à estimativa da Organização Mundial de Saúde, que menciona uma prevalência média em populações urbanas de 25 % (MORENO, 2012).

Nesse sentido, é importante destacar que a maior parte dos estudos desta revisão evidenciou uma prevalência de transtornos mentais acima da média estimada pela OMS.

Essa alta prevalência evidenciada nos estudos analisados pode ser explicada pela deficiência de ações da atenção básica para a promoção da saúde mental dos idosos, conforme evidenciou-se no quadro 3.

O presente estudo possibilitou a caracterização da produção científica nacional e internacional acerca do adoecimento mental em idosos no período de 2004 a 2014. Compuseram a amostra 16 artigos, identificados após cruzamentos, leituras e intensa análise nas bases de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE.

Os resultados apontaram que os artigos incluídos na amostra estavam, predominantemente, disponibilizados na LILACS. Com relação ao ano, 2012 destacou-se como o de maior número de estudos publicados sobre a temática investigada. Quanto à metodologia empregada, verificou-se um predomínio de pesquisas com delineamento quantitativo. Entre os instrumentos utilizados nos estudos a Escala de Depressão Geriátrica foi a mais prevalente.

No que concerne à formação profissional e titulação dos pesquisadores, verificou-se que os enfermeiros, especialistas e doutores, constituem a maioria. Quanto à área de atuação destes pesquisadores, foi evidenciada uma maior prevalência de docentes, com uma pequena contribuição de profissionais da área assistencial.

A análise qualitativa das publicações foi baseada em três categorias temáticas: fatores de risco para o adoecimento mental nos idosos; prevalência de transtornos mentais nos idosos e ações da Atenção Básica no cuidado a saúde mental do idoso.

Assim os resultados obtidos nesta pesquisa permitem concluir que idosos do sexo feminino, com idade avançada, baixa escolaridade, baixa renda, desempregados, acometidos por doenças crônicas, com incapacidade funcional, dor, obesos, desnutridos, sedentários e que sofreram quedas são os mais vulneráveis para o acometimento de transtornos mentais.

Além disso, a análise dos estudos incluídos nesta revisão permitiu observar um incipiente número de ações na atenção básica destinadas ao cuidado à saúde mental dos idosos, assim como uma ascendente prevalência de transtornos mentais na terceira idade.

Esses resultados, reforçam a iminente necessidade da implementação e efetivação de tais ações, com a articulação de medidas eficazes como formação de grupos de idosos, com atividades de lazer, atividades físicas, Terapia Comunitária Integrativa, entre outras. Ações, estas, direcionadas para promoção da saúde mental e da assistência integral aos idosos, contribuindo, portanto, para uma melhor qualidade de vida.

A análise das publicações proporcionou um melhor conhecimento sobre os diversos aspectos que envolvem o adoecimento mental da população idosa. Porém, este estudo limita-se pelo fato de terem sido utilizados apenas descritores DeCS para busca dos artigos nas bases de dados, visto que foi verificada uma discordância entre estes termos e as palavras-chave

utilizadas em pesquisas relevantes, que poderiam ter contribuído para construção dessa revisão.

Diante do exposto, percebeu-se que a investigação de fatores que interferem na saúde mental dos idosos constitui um passo fundamental para o planejamento das ações que busquem a redução da prevalência e dos efeitos dos transtornos mentais na qualidade de vida dessa população.

Destarte, espera-se que os resultados obtidos possam contribuir para a construção de conhecimento acerca dessa relevante temática e tragam subsídios para o desenvolvimento de programas e ações direcionadas para o cuidado à saúde mental dos idosos.

ALMEIDA, G. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos residentes em município do Nordeste do Brasil. **Rev. Salud Pública**. v. 14, n. 4, p. 620-629, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n4/v14n4a07.pdf>. Acesso em 15 mai 2014.

ANDRADE, B. D. et al. Saúde mental na Atenção Básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. **Rev Bras Enferm**, v. 5, n 62, p. 675- 680, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/04.pdf>. Acesso em 08 nov 2014.

ANDRADE, F. B., et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n 1, p. 129-136, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a15.pdf>. Acesso em 29 dez 2013.

ARAÚJO, M. A. S.; BRITO, C.; BARBOSA, M. A. Atenção básica à saúde do idoso no Brasil: limitações e desafios. **Geriatrics & Gerontology**. v. 3, n.2, p. 122-125, 2008. Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume2-numero3/artigo06.pdf>. Acesso em 05 mai 2013.

ATKINS, J. et al. Psychological distress and quality of life in older persons: relative contributions of fixed and modifiable risk factors. **BMC Psychiatry**, v. 13, n. 249, 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-13-249.pdf>. Acesso em 26 dez 2014.

BARRETO, P. B., LAZARTE, R. Uma introdução à terapia comunitária integrativa: conceitos, bases teóricas e métodos. In: FERREIRA FILHA, M. O.; LAZARTE, R.; DIAS, M. D. **Terapia comunitária integrativa: uma construção coletiva do conhecimento**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2013.

BORIM, F. A.; BARROS, M. B. A.; BOTEAGA, N. J. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n.7, p. 1415-1426, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n7/15.pdf>. Acesso em 15 mai 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Circular Conjunta n. 01/03, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família Secretaria**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em 08 mai 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família– NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em 29 dez 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família. Equipes de Saúde Bucal: projetos, programas e relatórios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao basica.php>. Acesso em 29 dez 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf. Acesso em 29 dez de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em 07 mai 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DIRETRIZES DO NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em 07 mai 2014.

CALDAS, C. P., Introdução à Gerontologia. 2006. In: VERAS, R; LOURENÇO, R. **Formação Humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Doc, 2010.

CAMARA, V. D.; LOPES, M. T. F.; LOPES, R. F.; Entendendo a Solidão no Idoso. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 373-381, 2009. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/362>. Acesso em 14 fev 2014.

CAMPOS, R. G. **Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11052005-112045/pt-br.php>. Acesso em 10 set 2014.

CARVALHO, E. M. R. et al.. O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** vol.13, n.1, p. 7-16. 2010. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v13n1/v13n1a02.pdf>. Acesso em 10 set 2014.

CASTRO, L. L. **Avaliação psicogeriatrica na quarta idade**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Católica Portuguesa, 2012.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. 2 ed. Belo Horizonte: NECON UFMG, 2013.

CHELONI, C. F. P. et al; Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica (Yesavage). **Revista Expressão**; v. 34, n.2, p.61-73; 2003. Disponível em: http://www.uern.br/pdf/RevistaExpressao/RevistaExpressao_2003_5.pdf. Acesso em 15 fev 2014.

COELHO, C.F., BURINI, R.C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev Nutr**. v. 22, n. 6, p. 937-941, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n6/v22n6a15.pdf>. Acesso em 23 mai 2014.

CONWELL, Y.; LI, L. W. Mental Health Status of Home Care Elderly in Michigan. **Gerontologist**, v. 47, n. 4, p. 528–534, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2855310/pdf/nihms191365.pdf>. Acesso em 26 dez 2014.

CORREIA, V. R., BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**; v. 45, n.6, p. 1501-1506, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>. Acesso em 15 fev 2014.

COSTA, A. S. S. M. O Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária. In: SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. **Enfermagem em Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

DUARTE, M. B., REGO M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 3 p. 691-700, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/27.pdf>. Acesso em 10 set 2014.

FABRÍCIO, S. C. C., RODRIGUES, R. A. P. Percepção de idosos sobre alterações das atividades da vida diária após acidentes por queda. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 14, n. 4, p. 531-537, 2006. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a07.pdf>. Acesso em 10 set 2014.

FERNANDES, H. J.; **Solidão em Idosos do Meio Rural do Concelho de Bragança**. Dissertação. Mestrado em Psicologia do Idoso. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação; Porto, 2007.

FIGUEIREDO, D. **Cuidados familiares ao idoso dependente**. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>. Acesso em 15 fev 2014.

FONSECA, A. M.. **O envelhecimento: uma abordagem psicológica**. 2 ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2006.

FORONI, P. M.; SANTOS, P. L. Fatores de risco e proteção associados ao Declínio cognitivo no envelhecimento – Revisão sistemática de literatura. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 25, n. 3, p. 364-373, 2012. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/File/2267/2494>. Acesso em 19 fev 2014.

FORTES-BURGOS, A. C. G., NERI, A. L., CUPERTINO, A. P. F. B. Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. **Estud. psicol.** v. 14, n.1, p. 69-75, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n1/a09v14n1>. Acesso em 10 set 2014.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOIA-MARTINS, D. F.; MEDEIROS, P. C. S.; HAMZEH, S. A. Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermaria de hospital geral. **Psicol. teor. prat.** v.11, n.1, pp. 128-141, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v11n1/v11n1a11.pdf>. Acesso em 15 dez 2014.

GONÇALVEZ, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.2, p. 380-390, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/16.pdf>. Acesso em 10 mai 2014.

GUIMARÃES, M. L. et al. O cuidado ao idoso em Saúde Coletiva- Um desafio e um Novo Cenário de Prática. In: SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. **Enfermagem em Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Índice de envelhecimento**. 2010. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?lang=pt&node=A.15>. Acesso em 19 fev 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Índice de envelhecimento da população residente**. 2008 Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=CD88&sv=&t=indice-de-envelhecimento-da-populacao-residente>. Acesso em 19 fev 2014.

JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 14, p. 173-182, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a23v14n1.pdf>. Acesso em 08 nov 2014.

KOGA M., FUREGATO, A. R. F. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 69-63, 2002. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5656/3596>. Acesso em 19 fev 2014.

LUDERMIR, A. B. Desigualdade de classe e de gênero e saúde mental nas cidades. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 451-67. 2008. <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a05.pdf>. Acesso em 10 set 2014.

MARAGNO, L. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, p. 1639-1648, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/12.pdf>. Acesso em 10 set 2014.

MATSUDO, S. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **R. Min. Educ. Fís.**, Viçosa, v. 10, n. 1, p. 193-207, 2002. Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar_url?hl=pt-BR&q=http://files.adrianobelem.webnode.com.br/200000198-01b5c02afc/envelhecimento-atividade-fisica-e-saude.pdf&sa=X&scisig=AAGBfm2NwVkyfHAE4gIxu3Dp_xgvXWayZw&oi=scholar&ei=kOxIVOb9B5aONtXUGaAI&ved=0CB4QgAMoATAA. Acesso em 19 fev 2014.

MENDES, D. S. M; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**. v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em 10 set 2014.

MESQUITA, P; PORTELA, M. R. A gestão do cuidado do idoso em residenciais e asilos: uma construção solitária fortalecida nas vivências do dia-a-dia. In: PASQUALOTTI, A.; BETTINELLI, L. A. **Envelhecimento humano: desafios e perspectivas**. Passo Fundo: UPF, Grupo de Pesquisa Vivencer, 2004.

MORAIS, E. P.; RODRIGUEZ, R. A. P.; GERHARDT, E. T. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 374-383, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/21.pdf>. Acesso em 27 dez 2013.

MOREIRA, J. K. P. **Transtornos mentais comuns na população atendida pelo Programa Saúde da Família**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de São João del Rei, Departamento de Psicologia, 2010.

MOTA, M. M. P. E.; BANHATO, E. F. C.; SILVA, K. C. A.; CUPERTINO, A. P. F. B. Triagem cognitiva: comparações entre o mini-mental e o teste de trilhas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 353-359, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n3/a04v25n3.pdf>. Acesso em 27 dez 2013.

NOGUEIRA, M. F. **Produção científica em bioética no campo da enfermagem: revisão integrativa da literatura**. Dissertação (Mestrado)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa- PB, 2009.

OLIVEIRA, C. M. S. **Perfis Psicogerítricos dos idosos com apoio institucional no concelho de Pombal**. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Instituto Superior Bissaya Barreto da Fundação Bissaya Barreto, 2011.

OLIVEIRA, G. N. M. et al. Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) em pacientes com epilepsia. **J. bras. psiquiatr.** v.60, n. 2, p. 131-134, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n2/08.pdf>. Acesso em 26 dez 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Organización Panamericana de la Salud. **Salud de las personas de edad: envejecimiento y salud: un cambio de paradigma.** Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; 1998. Disponível em: <http://www1.paho.org/spanish/gov/csp/csp2512.pdf>. Acesso em 10 mar 2013.

PEDERSOLI, C. E. **O uso da máscara laríngea pelo enfermeiro na ressuscitação cardiopulmonar: revisão integrativa da literatura.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

PEDROZO, S. K.; PORTELLA, M. R. Solidão na Velhice: Algumas reflexões a partir de um grupo de idosos. **Boletim da saúde;** Porto Alegre; v. 17; n. 2; 2003. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_19solidaoVelhice.pdf. Acesso em 29 dez 2013.

PEIXOTO, H. G. **Estado Nutricional e seus fatores interferentes em pacientes com transtorno depressivos.** Dissertação (mestrado). Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; Brasília:2006.

PELUSO, M. A. M., ANDRADE, L. H. S. G. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. **Clinics.** v. 60, p. 61- 70, 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15838583>. Acesso em 10 set 2014.

POLIT, D. F., BECK, C. T. **Using research in evidence-based nursing practice.** In: Polit DF, Beck CT, editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization.* Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006.

ROCHA, I. A., et al.; A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília; v. 62; n.5, p. 687-694, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/06.pdf>. Acesso em: 29 dez 2013.

RODRIGUES-NETO, J. F. et al. Transtornos mentais comuns e uso de práticas de medicina complementar e alternativa – estudo de base populacional. **J Bras Psiquiatr,** v. 57, p. 233-239, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n4/a02v57n4.pdf>. Acesso em 10 set 2014.

RÚDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** 34ª ed .Petrópolis: Vozes, 2007.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, K. O. B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: Estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública.** v.34, n.3, p. 544-560, 2010. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/54/54>. Acesso em 10 mar 2014.

SANTOS, S. S. C. A gerontologia à luz da complexidade de Edgar Morin. **Rev Eletrônica Mestr Educ Ambient.** 2004. . Disponível em: <http://www.seer.furg.br/remea/article/view/2858/1618>. Acesso em 29 de dezembro de 2013.

SARDÁ JÚNIOR, J. J. et al. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. **Rev Dor**, v. 13, n. 2, p.111-118, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n2/03.pdf>. Acesso em 26 dez 2014.

SILVA, J. C. **Velhos ou idosos? A Terceira Idade**, São Paulo, v. 14, n. 26, p. 94-111, jan. 2003.

SILVEIRA, C. S. **Pesquisa em enfermagem oncológica no Brasil: uma revisão integrativa**. Dissertação (mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SILVEIRA, R. M. **A saúde mental na Atenção Básica: um diálogo necessário**. Tese (doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SOUZA, M. T., SILVA, M. D., CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n.1, p. 102-106, 2010.

STEWART RC, et al. Common mental disorder and associated factors amongst women with young infants in rural Malawi. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 2010 v. 45, n.5, p. 551-559. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19609476>. Acesso em 10 set 2014.

STUMP, E. S.; MAHAN, L. K. **Krause: alimentos nutrição e dietoterapia**. 11.ed., São Paulo: Roca, 2005.

TAVARES, D. M. S. et al. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de minas gerais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 32-39, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a04v16n1.pdf>. Acesso em 14 fev 2014.

TEIXEIRA. L. M. F.; **Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção**. Dissertação (mestrado integrado em Psicologia). Universidade de Lisboa- Faculdade de Psicologia, 2010.

TERENCE, A. C. F.; FILHO, E. E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. **XXVI ENEGEP**, Fortaleza, 2006. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf. Acesso em 10 set 2014.

TOLEDO, M. M. **Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: Revisão Integrativa**. Dissertação (mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-07072008-093333/pt-br.php>. Acesso em 10 set 2014.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; Ribeirão Preto 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php>. Acesso em 10 set 2014.

VALLE, E. A., et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.4, p. 918-926, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n4/23.pdf>. Acesso em 10 set 2014.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice – Aspectos Biopsicossociais**. São Paulo: Artmed Editora, 2000.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS		
Dados referentes aos autores		
Nome:		
Profissão:		
() Enfermeiro () Médico () Psicólogo () Outros: _____		
Titulação:		
() Graduado () Especialista () Mestre () Doutor () Outros: _____		
Área de atuação:		
() Assistência () Docência () Estudante () Outros _____		
Dados referentes à publicação		
Título:		
Periódico:	Ano:	Idioma:
Volume:	Nº:	Páginas:
Local:		
Base de dados:		
() LILACS () SCIELO () MEDLINE		
Tipo de publicação:		
() Artigo () Monografia () Dissertação () Tese () Outros: _____		
Tipo de pesquisa:		
() Qualitativo () Quantitativo () Outros: _____		
Instrumento utilizado:		
Dados qualitativos		
Objetivos:		
Abordagem de ações de saúde mental na atenção primária:		
() Sim () Não		
Quais? _____		
Fatores de risco para adoecimento mental:		
Prevalência de transtornos mentais:		
Conclusão:		

APÊNDICE B

ARTIGOS INCLÚIDOS NA AMOSTRA DA REVISÃO

Nº	ARTIGO
1	ROCHA, S. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos residentes em município do Nordeste do Brasil. Rev Saúde Pública , v. 14, n. 4, p. 620-629, 2012.
2	BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A; BOTEAGA, N. J. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública , v. 29, n. 7, p. 1415- 1426, 2013.
3	AVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; FACCENDA, O. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Acta Paul Enferm , v. 25, n. 4., p. 497- 503, 2012.
4	FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. J Bras Psiquiatr , v. 56, n. 3, p. 162-170, 2007.
5	MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. J Bras Psiquiatr , v. 55, n. 1, 2006.
6	BENEDETTI, T. R. B. ET AL. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. Rev Saúde Pública , v. 42, n. 2, p. 302-307, 2008.
7	BORGES, P. L. C. et al. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública , v. 24, n. 12, p. 2798-2808, 2008.
8	HOLZ, A. W. et al. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Bras Epidemiol , v. 16, n. 4. p. 880-888, 2013.
9	ROCHA, S. V. et al. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. J Bras Psiquiatr , v. 60, n. 2, p. 80-85, 2011.
10	GAZALLE, F. K . et al. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? Rev Bras de Psiquiatr , v. 26, n. 3, p. 145-149, 2004.
11	SASS, A. et al. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Acta Paul Enferm , v. 25, n. 1, p. 80-85, 2012.
12	SANTOS, K. T. et al. Sintomas depressivos e desempenho motor em idosos: estudo de base populacional. Rev Bras Fisioter , v. 16, n. 4, p. 295-300, 2012.
13	ANDRADE, F. B. et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. Texto Contexto Enferm , v. 19, n. 1, p. 129-136, 2010.
14	ATKINS, J. et al. Psychological distress and quality of life in older persons: relative contributions of fixed and modifiable risk factors. BMC Psychiatry , v. 13, n. 249, 2013.
15	CONWELL, Y.; LI, L. W. Mental Health Status of Home Care Elderly in Michigan. Gerontologist , v. 47, n. 4, p. 528-534, 2007.
16	WEYERER, S. et al. Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study. Oxford Journals , v. 42, n. 2, p. 173-180, 2012.