

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AMANDA GONÇALVES TORRES

**SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS EM PESSOAS IDOSAS ASSISTIDAS
PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÁREA RURAL DE CAMPO
GRANDE/MS**

CAMPO GRANDE
2024

AMANDA GONÇALVES TORRES

**SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS EM PESSOAS IDOSAS ASSISTIDAS
PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÁREA RURAL DE CAMPO
GRANDE/MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Arthur de Almeida Medeiros.

Coorientador: Prof. Dr. Alberto Mesaque Martins

CAMPO GRANDE
2024



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO

Aos vinte e cinco dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e quatro, às oito horas (horário local), por Videoconferência, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Arthur de Almeida Medeiros (UFMS), Kenio Costa de Lima (UFRN) e Sonia Maria Oliveira de Andrade (UFMS), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: AMANDA GONÇALVES TORRES, CPF 06561711114, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS EM PESSOAS IDOSAS ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÁREA RURAL DE CAMPO GRANDE/MS" e orientação de Arthur de Almeida Medeiros e coorientação de Alberto Mesaque Martins. O presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, o presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR:

Dr. Arthur de Almeida Medeiros (Interno)
Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade (Interno)
Dr. Kenio Costa de Lima (Externo)
Dra. Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda (Interno) (Suplente)
Dra. Isabelle Ribeiro Barbosa (Externo) (Suplente)

RESULTADO FINAL:

Aprovação Reprovação

OBSERVAÇÕES:

A aluna realizou a apresentação no tempo estabelecido, respondeu satisfatoriamente as arguições da banca comprometendo-se a realizar os ajustes apontados.

Ata assinada eletronicamente de acordo com o Ofício Circular nº 1/2020 - CPG/PROPP/UFMS.

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por Arthur de Almeida Medeiros, Professor do Magisterio Superior, em 25/03/2024, às 10:20, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por Sonia Maria Oliveira de Andrade, Membro de Colegiado, em 01/04/2024, às 13:56, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por Kenio Costa de Lima, Usuário Externo, em 06/04/2024, às 09:12, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_organizacao=0, informando o código verificador 4747349 e o código CRC 968056E7.

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Av Costa e Silva, s/nº - Cidade Universitária

Fone:
CEP 79070-900 - Campo Grande - MS

À população idosa que fez parte
dessa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas estiveram presentes no meu processo formativo no mestrado. Houve dias muito difíceis, mas a maioria foram dias de muita satisfação por estar pesquisando sobre uma população que demanda considerável atenção à saúde física e mental. Inicialmente, quero me agradecer por todo o esforço, empenho, força e coragem para enfrentar o desafio de iniciar uma residência multiprofissional, também com enfoque na Estratégia Saúde da Família, em meio ao processo de coleta de dados, análise e finalização da dissertação do mestrado.

Gostaria de agradecer ao meu namorado, Rodrigo, que esteve presente desde o início do mestrado e, de certa forma, me viu caminhar desde o ensino médio rumo ao lugar em que ocupo atualmente. O seu apoio, suporte, acolhimento e segurança foram essenciais durante essa caminhada. Toda a ajuda oferecida, desde contribuir com os trajetos que precisei fazer para ir às áreas rurais, a me tranquilizar em momentos de angústia trazidos pelas dificuldades surgidas no meio do caminho, tiveram grande importância e impacto na construção da presente pesquisa. Acreditar tanto em mim me ajuda a enxergar a minha capacidade. Muito obrigada, eu amo você!

Agradeço imensamente ao meu orientador Arthur. Sinto-me honrada por estar aprendendo tanto com você, em relação aos conteúdos das disciplinas ministradas, por cada orientação e momento em que passamos juntos. Obrigada por toda a paciência, compreensão e apoio aos meus sonhos. Sua delicadeza e empenho tornaram tudo possível. Você contribuiu para o meu fortalecimento e depositou tanta confiança em mim que me ajudou a visualizar o quanto eu sou capaz. Agradeço, igualmente, ao meu coorientador Alberto, que vem me acompanhando antes mesmo do término da graduação, me incentivando, apoiando e me ensinando tanto! Meu amor pela área da saúde também veio do seu amor em compartilhar seus conhecimentos sobre o SUS e sobre o olhar da Psicologia. As contribuições de ambos foram essenciais para mim. Sempre me lembrarei de toda a ajuda e suporte que vocês me ofereceram até aqui.

Agradeço a Cristiélle, Mayara e Beatriz, acadêmicas de Fisioterapia, que estiveram presentes comigo na fase da coleta de dados da pesquisa. O empenho e esforço de vocês foram de grande ajuda para que eu conseguisse finalizar a minha pesquisa. Obrigada pela paciência e colaboração, vocês tiveram um papel muito importante nessa trajetória.

Sou imensamente grata a todas as idosas e idosos que aceitaram participar desta pesquisa, sem vocês, a realização da pesquisa e finalização da dissertação não seria possível. Fui muito bem recebida e acolhida por cada participante. Foi muito importante entrar em contato direto com a realidade em que eles vivem, vendo de muito perto a importância do trabalho da Atenção Primária à Saúde na vida desses sujeitos. Devo um agradecimento muito especial a todas e todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que nos acompanharam até as residências dos idosos para realizarmos a coleta de dados, sempre se mostrando muito dispostos a compartilhar conosco os seus conhecimentos e o seu amor pela atuação no SUS.

Sou grata pelos membros familiares que se fizeram presentes e me apoiaram durante esse processo, em especial ao meu sobrinho Gael, que com o seu sorriso e jeito doce me fortaleceu e tornou tudo mais leve. Durante o primeiro ano do mestrado, ser bolsista me possibilitou estar mais presente na vida e no crescimento dele, podendo contribuir com o seu desenvolvimento e possibilitando que eu recebesse e desse muito amor.

Agradeço a todas as minhas amigas e amigos que continuaram presentes em minha vida ao decorrer dessa fase tão importante, respeitando e entendendo a minha ausência devido à sobrecarga e falta de tempo. Às minhas amigas de infância e adolescência, Jaqueline, Carolina, Tania, Bruna e Tayná, obrigada pela força e apoio de sempre, a amizade de vocês me impulsionou a chegar onde estou hoje. Às minhas amigas e amigos da psicologia, Raísa, Eduardo, Luiza, Tamara, Natália, muito obrigada, todas as conversas que tivemos sobre o mestrado, as angústias e felicidades trazidas pela psicologia e sobre a vida me fortaleceram e contribuíram para a minha caminhada até aqui. Às minhas amigas da residência, em especial a Daniella, Ingrid e Luiza, sou muito sortuda por ter vocês para aliviar toda a sobrecarga que é fazer mestrado e residência ao mesmo tempo, vocês me fazem sorrir e me fortalecem todos os dias.

Agradeço aos professores e professoras do mestrado que tanto me ensinaram! A presente pesquisa foi realizada com o apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC-Brasil, que se tornou um espaço de muitas vivências e aprendizados, com financiamento da Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (Fundect), por meio da concessão de bolsa de estudo. Muito obrigada!

RESUMO

O envelhecimento envolve uma série de processos, incluindo mudanças em aspectos psicológicos e a vivência de lutos, decorrentes, em especial, da perda de condições de saúde que passam a mudar nessa fase da vida. Pessoas idosas que residem em áreas rurais lidam com processos naturais do envelhecer e algumas podem se encontrar em vulnerabilidade. Há pessoas idosas que possuem limitações relacionadas aos meios de transporte, acesso à saúde e demais recursos sociais, o que pode gerar grandes impactos em sua saúde mental. Devido à importância de estudos voltados à saúde mental da população idosa, o objetivo geral desta pesquisa é identificar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família em áreas rurais de Campo Grande/MS. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, voltada para o rastreamento de sintomas ansiosos e depressivos em pessoas idosas residentes na área rural e que são assistidas pela Estratégia Saúde da Família no município de Campo Grande/MS, através de aplicação de um questionário de caracterização da amostra e instrumentos breves de avaliação da multimorbidade, funcionalidade e que rastreiam sintomas ansiosos e depressivos em pessoas idosas, como o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Há, aproximadamente, 946 pessoas idosas que residem em áreas rurais e são assistidas pela ESF. Tendo tal número como parâmetro, considerando nível de confiança 95%, margem de erro de 5% e frequência de 22% de sintomas depressivos na população idosa residente em áreas rurais, o número da amostra mínima necessária foi de 207 sujeitos. Foi acrescido 20% para efeito de análises múltiplas, resultando em uma amostra de 239 pessoas. Foram realizadas análises descritivas e aplicou-se a regressão de Poisson com variância robusta para identificar os fatores associados aos sintomas depressivos e ansiosos na população idosa rural. Os resultados da pesquisa apontam que a prevalência de sintomas depressivos nas pessoas idosas do estudo foi de 23,29% (IC95% 18,42; 28,98) e de sintomas ansiosos foi de 22,09% (IC95% 17,33; 27,20). Os fatores idade, estado civil, prática de atividade física, autoavaliação do estado de saúde e uso de medicamento estiveram associados à presença de sintomas depressivos. Já os fatores sexo, estado civil, prática de atividade física, autoavaliação do estado de saúde e presença de multimorbidade, relacionaram-se aos sintomas ansiosos. Por meio dos fatores associados a tais sintomas, verificou-se que o adoecimento psíquico deriva-se

de vulnerabilidades sociais e condições de saúde física, envolvendo o contexto socioeconômico, falta de mecanismos para lidar com situações estressoras, sensação de solidão e perda da autonomia. Com isso, conclui-se que a população idosa em áreas rurais necessita de visibilidade e cuidados em saúde mental pela ESF, tendo a criação de políticas públicas voltadas a esse público, com foco em ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Esta pesquisa possui potencial para fortalecer a ESF no sentido do desenvolvimento de caminhos possíveis para o cuidado da saúde mental das pessoas idosas em áreas rurais, como a criação de políticas públicas, ações em saúde e qualificação dos profissionais da APS que atendem esse público.

Descritores: pessoa idosa; saúde mental; estratégia saúde da família; zona rural.

ABSTRACT

Aging involves a series of processes, including changes in psychological aspects and the experience of grief, resulting, in particular, from the loss of health conditions that begin to change at this stage of life. Elderly people who live in rural areas deal with the natural processes of aging and some may find themselves vulnerable. There are elderly people who have limitations related to means of transportation, access to healthcare and other social resources, which can have major impacts on mental health. Due to the importance of studies focused on the mental health of elderly people, the general objective of this research is to identify the prevalence of anxious and depressive symptoms in elderly people assisted by the Family Health Strategy in rural areas of Campo Grande/MS. This is a quantitative research, aimed at screening anxious and depressive symptoms in elderly people living in rural areas and who are assisted by the Family Health Strategy in the city of Campo Grande/MS, through the application of a questionnaire characterizing the condition. sample and brief instruments for assessing multimorbidity, functionality and that track anxious and depressive symptoms in elderly people, such as the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and the Geriatric Depression Scale (GDS). There are approximately 946 elderly people who live in rural areas and are assisted by the ESF. Taking this number as a parameter, considering a 95% confidence level, a 5% margin of error and a 22% frequency of depressive symptoms in elderly people living in rural areas, the minimum sample number required was 207 subjects. 20% was added for the purpose of multiple analyses, resulting in a sample of 239 people. Descriptive analyzes were performed and Poisson regression with robust variance was applied to identify factors associated with depressive and anxious symptoms in the rural elderly population. The research results indicate that the prevalence of depressive symptoms in the elderly people in the study was 23.29% (95%CI 18.42; 28.98) and of anxious symptoms was 22.09% (95%CI 17.33; 27,20). The factors age, marital status, physical activity, self-rated health status and medication use were associated with the presence of depressive symptoms. The factors gender, marital status, physical activity, self-assessment of health status and presence of multimorbidity were related to anxious symptoms. Through the factors associated with such symptoms, it was analyzed that psychological illness derives from social vulnerabilities and physical health conditions, involving the socioeconomic context, lack of mechanisms to deal with stressful

situations, feelings of loneliness and loss of autonomy. With this, it is concluded that the elderly population in rural areas needs visibility and mental health care by the ESF, with the creation of public policies aimed at this population, thinking about health promotion, prevention and rehabilitation actions. This research has the potential to strengthen the ESF for the development of possible paths for caring for the mental health of elderly people in rural areas, such as the creation of public policies, health actions and qualification of APS professionals who serve this population.

Descriptors: elderly person; mental health; family health strategy; rural areas.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	Envelhecimento populacional e individual	15
2.2	População idosa na zona rural	17
2.3	Saúde mental da população idosa	19
2.4	Cuidado à saúde mental da pessoa idosa pela Estratégia Saúde da Família (ESF)	24
3	OBJETIVOS	32
3.1	Objetivo geral	32
3.2	Objetivos específicos	32
4	METODOLOGIA	33
4.1	Delineamento da Pesquisa	33
4.1.1	<u>Tipo, local e período da pesquisa</u>	33
4.1.2	<u>Amostra e critérios de inclusão</u>	35
4.1.3	<u>Procedimentos de coleta de dados</u>	36
4.1.4	<u>Instrumentos de coleta de dados</u>	37
4.1.5	<u>Organização e análise dos dados</u>	39
4.1.6	<u>Aspectos éticos</u>	40
5	RESULTADOS	41
6	DISCUSSÃO	48
6.1	Reflexões acerca da prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em pessoas idosas que residem em áreas rurais e urbanas	48
6.2	Fatores associados a sintomatologia depressiva e ansiosa em pessoas idosas	50

7	CONCLUSÕES	62
8	RELEVÂNCIA, IMPACTOS E APLICABILIDADE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	64
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	76
	APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico, Clínico-Terapêutico e Relacionado ao Estilo de Vida e ao Acesso aos Serviços de Saúde.	79
	APÊNDICE C – Artigo	83
	ANEXO A – Escala de Depressão Geriátrica (GDS)	103
	ANEXO B – Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)	104
	ANEXO C – Avaliação da Multimorbidade	105
	ANEXO D – Escala de Atividades Básicas de Vida Diária – Katz (funcionalidade)	106

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento acompanha uma série de processos, incluindo os aspectos físicos, sociais e psicológicos, sendo estes últimos relacionados, por exemplo, à vivência de lutos, devido à perda de condições de vida já existentes, incluindo condições de saúde que passam a não ser mais as mesmas (ABRANTES *et al.*, 2019). Nesse período, é recorrente que a população idosa vivencie alterações fisiológicas, como a perda de massa muscular, perda da capacidade de reter líquidos, perda de equilíbrio, entre outras modificações, que podem afetar a qualidade de vida e gerar limitações em relação às atividades de vida diária. Para um envelhecimento ativo e saudável, faz-se importante que as pessoas idosas tenham acesso a cuidados em relação a sua saúde, física e mental, para não perderem autonomia, independência e funcionalidade (ABRANTES *et al.*, 2019; PEDRINELLI; GARCEZ-LEME; NOBRE, 2009; GARBACCIO *et al.*, 2018).

O ato de envelhecer ocorre de forma gradativa, contudo, existem aspectos que diferenciam tal processo no contexto urbano e rural. Além dos desafios já colocados, pessoas idosas da zona rural também podem se deparar com vulnerabilidades devido às dificuldades que possuem, típicas do espaço rural. É recorrente que existam limitações relacionadas aos meios de transporte, ao acesso à saúde e aos demais recursos sociais, entre outras dificuldades que podem existir em decorrência das formas possíveis de existência e subsistência nesses ambientes, o que pode gerar grandes impactos na saúde mental dessa população (GARBACCIO *et al.*, 2018; LIANO *et al.*, 2017).

Apesar das limitações expostas, as pessoas idosas das áreas rurais apresentam menos doenças e maior qualidade de vida do que aquelas da área urbana, pois conseguem apresentar mais autonomia, serem mais ativos, tendo relações sociais e com o meio ambiente que favorecem um envelhecimento mais saudável (LIANO *et al.*, 2017). Tais diferenças podem se dar, também, devido à poluição nas áreas urbanas, a falta de contato com a natureza, a distância de familiares – que pode levar ao enfraquecimento de vínculos, etc. (OLIVEIRA *et al.*, 2020a). Com isso, ao mesmo tempo em que viver em áreas rurais pode ser fator de risco para a saúde mental, podendo levar ao desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos, pode ser fator de proteção, visto que tais áreas possibilitam que esta

população se mantenha ativa, construindo lembranças e transformações (GARBACCIO *et al.*, 2018; LIANO *et al.*, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) está presente em ambientes urbanos e rurais, e possui um papel importante no acompanhamento das mudanças que ocorrem durante o processo do envelhecimento, especialmente em relação ao cuidado à saúde física e mental da população idosa residente nas áreas rurais, pois esta possui a responsabilidade de colocar em prática as políticas públicas direcionadas à população idosa, garantindo ações de promoção, prevenção, manutenção e reabilitação da saúde, contribuindo para um envelhecimento saudável e com qualidade de vida (CECCON *et al.*, 2020).

Na senescência, sintomas ansiosos e depressivos são comuns, como irritabilidade, alterações no corpo – taquicardia, sudorese, tremores –, tristeza, isolamento, mudança na alimentação e no sono, perda de interesse pela vida, entre outros (ABRANTES *et al.*, 2019; MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017; FARIAS *et al.*, 2022). Nacionalmente, em se tratando da população idosa que reside em áreas rurais, há alto índice de prevalência do diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, sendo apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE (2019), que há 1.678,436 pessoas idosas com essa condição de saúde mental. Se tratando de Campo Grande/MS, os dados do IBGE (2019) mostram que 11 mil pessoas idosas apresentam tal transtorno.

Em relação aos Transtornos de Ansiedade, os dados mundiais mostram que 28% das pessoas idosas apresentam tal diagnóstico, segundo Farias *et al.* (2022). O Brasil ocupa o primeiro lugar com maior prevalência de transtornos de ansiedade em todo o mundo, onde 9,3% da população apresentam tal diagnóstico, totalizando cerca de 18,6 milhões de pessoas, de todas as faixas etárias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Apesar da existência de estudos e pesquisas apontando dados direcionados ao diagnóstico e rastreio de sintomas de depressão e ansiedade, como comumente são nomeados, pouco se tem produzido a respeito da prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em pessoas idosas que residem em áreas rurais. A busca de referencial teórico acerca desta temática evidenciou que não há nenhum estudo realizado em Mato Grosso do Sul.

Levando em consideração tais aspectos, alguns questionamentos são necessários, como: qual a prevalência e os fatores associados a sintomas ansiosos e

depressivos em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família nas áreas rurais de Campo Grande/MS?

Com isso, o objetivo geral da presente pesquisa foi identificar a prevalência e os fatores associados aos sintomas ansiosos e depressivos em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família em áreas rurais de Campo Grande/MS. Esta pesquisa justifica-se pela importância da análise dos aspectos descritos anteriormente e pela necessidade da atenção às pessoas idosas que se encontram em situação de vulnerabilidade, para que sejam reconhecidas e possuam seus direitos garantidos, especialmente os direitos expostos em Políticas Públicas de Saúde existentes para oferecer o cuidado adequado a esta população. Com tais análises, o saber construído poderá subsidiar técnicos e gestores para a definição de estratégias eficazes de atenção para essa população.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura apresentará os referenciais acerca do envelhecimento populacional e individual, sendo enfatizadas as mudanças no processo histórico, sobretudo como se dão, quais as suas características permanentes e mutáveis. Além disso, será enfatizada, especificamente, sobre a saúde mental da população idosa na zona rural, incluindo dados a respeito dos sintomas ansiosos e depressivos. Essa reflexão é necessária, tendo em vista que os dados existentes sobre pessoas apresentando tais condições, nacionais e internacionais, são alarmantes. Aspectos sobre o cuidado à saúde mental da população idosa pela Estratégia Saúde da Família (ESF) também serão abordados. Os temas elencados levam em consideração os sujeitos de pesquisa desse estudo e a realidade vivenciada pelos mesmos.

2.1 Envelhecimento populacional e individual

No Brasil, considera-se pessoa idosa toda cidadã e cidadão que possui 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006). O envelhecimento populacional é considerado um processo natural que se dá gradualmente, ao longo da existência dos sujeitos, sendo este um direito personalíssimo e que deve ser protegido como um direito social (BRASIL, 2003). O envelhecimento possui como definição a mudança na faixa etária da população, produzindo o aumento de pessoas acima de determinada idade, até que passe, então, a ser considerado o início da velhice (BRASIL, 2006).

Nos últimos anos, houve um aumento significativo de pessoas idosas, especialmente de pessoas acima de 80 anos (OLIVEIRA *et al.*, 2020b). Logo, a população está envelhecendo e chegando a idades mais avançadas de vida, isto devido ao aumento de qualidade de vida e melhorias no âmbito da saúde (BRASIL, 2006; CARVALHO *et al.*, 2021; HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016). Segundo Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) e Franco *et al.* (2018), há uma questão notável de gênero voltada à população idosa, sendo evidenciado que mais da metade dessa população é composta por mulheres.

Faz-se importante ressaltar que o processo de industrialização e urbanização do país alteraram a posição que as pessoas idosas ocupam em sociedade e em suas próprias famílias (WHITAKER, 2010). Até meados de 1960, o Brasil era considerado um país agrário, onde a maior parte da população brasileira vivia no campo, ou seja,

em áreas rurais. Com as transformações derivadas da expansão das tecnologias, do crescimento das cidades, da estrutura dos empregos, do papel das mulheres que passaram a ocupar outros lugares em relação a família, sendo inseridas no mercado de trabalho, a população idosa passou a viver uma nova realidade (WHITAKER, 2010).

Com o aumento da população idosa e as mudanças sociais, faz-se necessário direcionar novos olhares para a realidade e os processos de envelhecimento que ocorrem na contemporaneidade, valorizando as pessoas idosas como seres integrais, que continuam lutando pela vida em busca da preservação de suas identidades. Ao envelhecer, a população idosa desenvolve outras perspectivas em relação a lugares e posições que ocupam, reformulando atitudes e buscando reparar os seus próprios erros (WHITAKER, 2010).

As pessoas vivem o processo de envelhecimento de diferentes formas e com um conjunto de mudanças fisiológicas, morfológicas, sociais e emocionais, que ocorre de forma progressiva e gradativa. Alguns sujeitos envelhecem com boa qualidade de vida e saudáveis, com poucas doenças, autocuidado preservado, bons níveis de controle emocional e de estresse e com satisfação com a vida. Já outros sujeitos experenciam a inatividade, com perdas motoras, sensoriais, de massa muscular, da capacidade de reter líquidos, o que gera comprometimento no desempenho físico, fraqueza, fadiga, saúde mental fragilizada e comorbidades que influenciam negativamente a qualidade de vida nessa fase. Tais modificações podem gerar limitações em relação às atividades de vida diária e contribuir para maior propensão ao desenvolvimento de doenças e agravos (ABRANTES *et al.*, 2019; PEDRINELLI; GARCEZ-LEME; NOBRE, 2009; GARBACCIO *et al.*, 2018).

Apesar do processo de envelhecimento poder acarretar problemas de saúde desafiadores para os serviços de saúde e de previdência social, envelhecer não é sinônimo de adoecimento, mas, ao contrário, está associado a um bom nível de saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Contudo, há sujeitos que acabam adoecendo devido ao estilo de vida adotado ao longo de sua existência ou por possuírem pré-disposições genéticas para o desenvolvimento de doenças, o que leva a uma série de necessidades de saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Com isso, há maior busca pelos serviços de saúde, tanto pelo aumento da população idosa, como pela conscientização por essa população a respeito de seus direitos e possibilidades de assistência à saúde (BRASIL, 2006).

O envelhecimento populacional cria a necessidade da produção de políticas públicas eficazes que produzam a assistência às demandas de saúde necessárias pela população, levando em consideração o aumento de doenças e condições que demandam cuidados, em relação à saúde física e mental. Além disso, constata-se a necessidade de pensar o cuidado como algo integral, longitudinal e resolutivo, para que os sujeitos possam envelhecer com saúde, autonomia e independência (BRASIL, 2006; FRANCO *et al.*, 2018).

Com o intuito de proporcionar um envelhecimento saudável para a população, o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (PIAE) foi construído com o objetivo de preconizar direcionamentos e condutas para esse fim. O PIAE, em relação à saúde mental da população idosa, estimula o desenvolvimento de estratégias que detectem precocemente a presença de sinais e sintomas que indiquem adoecimento psíquico nesse grupo, para que recebam o tratamento necessário, evitando piora nos quadros apresentados. Além disso, esse plano possui objetivo de desenvolver ações de educação e conscientização da sociedade a respeito do envelhecimento saudável, com o intuito de fortalecer a rede de cuidados e de apoio das pessoas idosas, com a implicação e envolvimento da família e comunidade geral (SOUZA *et al.*, 2022).

2.2 População idosa na zona rural

No Brasil, há a estimativa de que 15,7% da população idosa reside na zona rural, e que não há muitos estudos abordando tal contexto, o que indica pouca visibilidade e atenção voltada a esse grupo (GARBACCIO *et al.*, 2018; BUSCO *et al.*, 2020). Em décadas anteriores, o país possuía um perfil de população rural, contudo, com as mudanças que aconteceram naquele momento histórico, como o processo de industrialização, parte da população migrou para as cidades. Com isso, a população rural passou a ser excluída, entrando em um processo de pobreza, pouca modernização e abandono político; o que gerou, conseqüentemente, em dificuldades voltadas ao bem-estar, à saúde, à qualidade de vida e, a partir de então, houve alteração no perfil socioeconômico dessas pessoas (GARBACCIO *et al.*, 2018).

Vale ressaltar que a população idosa que reside em áreas rurais demonstra possuir um estilo de vida mais saudável e que possui aspectos culturais, sociais e étnicos específicos. Por residirem em espaços rurais, há maior frequência de comportamentos ativos, voltados ao cuidado com animais, jardinagem, pesca e

caminhadas. Tal população pode apresentar alimentação mais saudável, devido ao alto consumo de frutas e legumes, muitas vezes, derivados de cultivos próprios; contudo, há maior consumo de gorduras e doces, o que pode gerar danos à saúde (LIANO *et al.*, 2017).

A vida em áreas rurais envolve concepções de senso comum e a construção de um imaginário social que gera uma imagem distorcida e estigmatizada dessa população (GARBACCIO *et al.*, 2018). Em decorrência da invisibilidade que tais concepções causam, as pessoas idosas que residem nessas regiões possuem dificuldades voltadas para questões de saúde e assistência aos serviços existentes. Esse grupo pode se deparar com empecilhos relacionados ao acesso, como o transporte insuficiente para locomover tais pessoas aos locais necessários, as condições ruins das estradas ou a inexistência destas, as residências distantes, a falta de renda básica para que seja possível chegar às instituições e ao hábito que foi criado por essa população em buscar por assistência curativa/terapêutica e não preventiva (GARBACCIO *et al.*, 2018; LIANO *et al.*, 2017). Com isso, as condições de saúde dessa população podem se agravar e impactar diretamente em sua qualidade de vida (GARBACCIO *et al.*, 2018).

De acordo com Ferreira *et al.* (2020), pessoas idosas que residem em áreas rurais enfrentam dificuldades para receber a atenção à saúde que necessitam, sendo evidenciado que a utilização de serviços da atenção primária à saúde pela população idosa das áreas rurais é menor e com pior qualidade do que em comparação à área urbana. A falta de variedade e/ou qualidade dos serviços disponibilizados nas áreas rurais pode ocasionar demora na busca de atendimento em saúde ou até mesmo na busca por cuidado em locais mais distantes, o que pode acarretar maior desgaste emocional, físico e financeiro. Soares *et al.* (2020), igualmente, pontuam que quando há tal comparação, observa-se que a situação de saúde de pessoas que residem em áreas rurais é mais precária, tendo baixa cobertura de saneamento básico e grande parte da população consumindo água sem tratamento adequado ou com condições insalubres, o que gera doenças, parasitoses e diarreia.

Com isso, evidencia-se a importância e a necessidade da garantia dos determinantes sociais de saúde, como alimentação e nutrição, infraestrutura, condições financeiras e de subsistência, entre outros, sendo responsabilidade dos gestores das esferas políticas municipais, estaduais e federais, oferecerem a atenção e cuidado que esta população demanda. A população que habita esses ambientes

tem sofrido pela ausência da efetivação de políticas públicas de saúde em seu cotidiano, principalmente no que diz respeito aos cuidados que devem ser oferecidos pela atenção primária e pela atenção voltada à saúde mental (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013).

Segundo Soares *et al.* (2020, p. 2), a população rural avalia de forma ruim a própria saúde, comparada à população urbana, mas esta busca menos pelos serviços de saúde existentes, o que pode estar relacionado “a uma menor oferta de serviços nas proximidades rurais, exigindo dos usuários gastos financeiros para deslocamentos”. Há realidades semelhantes nos Estados Unidos, onde é evidenciado que barreiras geográficas desempenham um grande papel na falta de acesso a determinados cuidados de saúde necessários pela população (BHAT *et al.*, 2020).

2.3 Saúde mental da população idosa

Na senescência, uma série de mudanças acontece na vida desses sujeitos, havendo, em alguns casos, a perda da independência e a fragilidade advinda de condições de saúde, relações sociais, abandono, limitações etc. Esse processo pode levar a prejuízos na saúde mental e a dificuldade do encontro de significados para a sua existência nessas condições (CARVALHO *et al.*, 2021; VELLO; PEREIRA; POPIM, 2014).

Apesar de existirem muitas pessoas idosas que vivenciam a perda da independência nessa fase da vida, por outro lado, existe uma parcela desse grupo que continua inserida no mercado de trabalho, mesmo que de forma informal. Segundo Pazos e Bonfatti (2020), a inserção ou permanência de pessoas idosas no mercado de trabalho tem impactado a economia. No ano de 2018, foi evidenciado que, aproximadamente 7,2% dos trabalhadores brasileiros são pessoas idosas, equivalente ao quantitativo de cerca de 7,5 milhões de pessoas idosas.

As justificativas para a continuidade da população idosa no mercado de trabalho estão associadas, segundo um estudo realizado com pessoas idosas, ao interesse em aumentar a renda familiar, para complementar o valor recebido da aposentadoria, ter maior autonomia, e, especialmente, para continuarem se mantendo ativos, independentes e sociáveis através da atuação profissional (PAZOS; BONFATTI, 2020).

Mesmo pessoas idosas que não estão inseridas diretamente no mercado de trabalho, podem estar implicadas com outras responsabilidades que demandam esforço físico e psicológico. Exemplo disso são os cuidados que os mesmos podem assumir com os netos, seja definitivamente ou em momentos específicos, podendo gerar atribuições excessivas e sobrecarga de afazeres (CARNEIRO, 2012).

Levando em consideração que os ciclos esperados da vida se encaminham pelo nascimento, vivência, envelhecimento e, enfim, a morte, sendo estes ciclos subjetivos, vivenciados de diferentes formas por cada um dos sujeitos, havendo influências culturais, temporais e sociais; tais ciclos podem gerar preocupações, especialmente na população idosa (GATO *et al.*, 2018). Com o envelhecimento, questionamentos passam a serem feitos, como, por exemplo, a forma como o processo de morte ocorrerá, o que gera, para muitos, o medo do desconhecido, causando impacto nos aspectos emocionais, além das preocupações relacionadas às questões já citadas (GATO *et al.*, 2018).

Algumas pessoas idosas podem apresentar quadros psiquiátricos que são considerados comuns nessa faixa etária, como a demência, os transtornos mentais comuns ou quadros psicóticos que podem se iniciar tardiamente. Além disso, também pode haver a presença de transtornos que tiveram o início durante a juventude e prevaleceram nas demais fases da vida, como a esquizofrenia, o transtorno afetivo bipolar, entre outros (VELLO; PEREIRA; POPIM, 2014).

Sintomas ansiosos e depressivos apresentam-se muito comumente entre a pessoas na senescência, podendo estar associados às suas vulnerabilidades e a um suporte social negativo ou que apresenta insuficiências, o que evidencia a importância das redes sociais e de apoio das pessoas idosas, pois gera diminuição dos prejuízos na saúde mental dessa população que se sente sozinha devido às mudanças e perdas ao longo do envelhecimento (GATO *et al.*, 2018).

O transtorno depressivo e o transtorno de ansiedade são alguns dos mais comuns, sendo, mundialmente, umas das principais causas de incapacidades no mundo. Cerca de 4,4% da população geral, ou seja, aproximadamente 320 milhões de pessoas, se encontram em um estado depressivo, e cerca de 260 milhões de pessoas apresentam sintomas ansiosos mais graves (MINAYO; MIRANDA; TELHADO, 2021). A prevalência de transtornos mentais tem aumentado, especialmente, em países subdesenvolvidos, havendo alto índice de sujeitos que possuem sintomas depressivos associados a sintomas ansiosos (MINAYO;

MIRANDA; TELHADO, 2021). Cerca de 47% da população idosa que possui diagnóstico de transtorno depressivo possui o diagnóstico de transtorno de ansiedade (FARIAS *et al.*, 2022).

A Organização Mundial de Saúde – OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017), destaca que a depressão teve um aumento significativo nos últimos anos, crescendo em 18,4% de 2005 a 2015. Assim, é mais comum em mulheres do que em homens e as taxas de prevalência de sintomas depressivos variam de acordo com cada faixa etária, havendo um pico de tais sintomas na população idosa.

Em pessoas idosas que residem em comunidade, a prevalência dessa psicopatologia é de 14,6%, chegando a 22% na população idosa que se encontra institucionalizada ou hospitalizada (MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017). Segundo Oliveira *et al.* 2019, atualmente, houve um aumento na incidência de transtornos mentais em pessoas idosas, sendo estimado que um a cada dez destas, sofrem por apresentarem sintomas depressivos (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Atualmente, o transtorno depressivo é considerado um problema de saúde pública mundial (MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017).

Um estudo realizado pela OMS identificou que o Brasil está em quinto lugar mundialmente em relação à prevalência de pessoas com diagnóstico de depressão, havendo 5,8% da população brasileira nessa condição de saúde mental, correspondendo a cerca de 11,5 milhões de pessoas. Além disso, o Brasil ocupa o primeiro lugar em relação a prevalência de transtornos de ansiedade, onde 9,3% da população – aproximadamente 18,6 milhões de pessoas – apresentam esse diagnóstico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2019), Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul (MS), está entre as capitais com mais pessoas que apresentam diagnóstico, emitido por profissionais de saúde mental, de transtorno depressivo, ocupando a 11ª posição nacional, com aproximadamente 84 mil sujeitos acima de 18 anos com essa condição de saúde mental. Referente à população rural, os dados nacionais do IBGE apontam que, em 2019 o número de pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo foi de 1.678.436, havendo aumento significativo desde o ano de 2013, no qual foi evidenciado que 1.127.565 receberam tal diagnóstico (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Os dados nacionais sobre a população idosa, mais especificamente, que reside em área urbana, apontam que esta população se encontra entre as faixas etárias mais acometidas pelo transtorno depressivo, sendo cerca de dois milhões de pessoas idosas diagnosticados. Em se tratando das pessoas idosas residentes em área rural, o número chega a, aproximadamente, 223 mil. Em Campo Grande (MS), os dados gerais mostram que cerca de 11 mil idosos apresentam transtorno depressivo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

Os sintomas depressivos podem ser caracterizados por sentimento de tristeza, desânimo, perda de interesse em afazeres que anteriormente causavam prazer, baixa autoestima, prejuízo no sono ou na alimentação, aumento ou diminuição de peso, sentimento de culpa, ausência de satisfação, perda de interesse pela vida, desesperança, entre outros. Tais sintomas acarretam em danos sociais e psicológicos, além de poderem afetar e gerar agravo em condições crônicas já existentes no sujeito (ABRANTES *et al.*, 2019).

Já os sintomas ansiosos podem ser caracterizados como excesso de preocupação com acontecimentos do dia a dia, irritabilidade, insônia, taquicardia, cefaleia, inquietação, dificuldade na concentração, fadiga, desconforto gastrointestinal, respiratório e tensões musculares (MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017; FARIAS *et al.*, 2022). A ansiedade é considerada como um importante fator de risco para o desenvolvimento do estado depressivo. Entre os transtornos de ansiedade, o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é o mais comum entre a população idosa (MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017). Aproximadamente 28% das pessoas idosas, mundialmente, possuem transtornos de ansiedade, sendo 11% diagnosticados com o TAG (FARIAS *et al.*, 2022).

Além disso, ambos os sintomas podem estar associados ou serem fatores de risco para abuso de substâncias lícitas ou ilícitas, risco de doenças cardíacas e outras condições danosas (MINAYO; MIRANDA; TELHADO, 2021). No caso de pacientes que apresentam sintomas depressivos, os tratamentos medicamentosos possuem uma resposta menos efetiva, podendo trazer como consequência dessa condição de saúde mental, as ideações suicidas, tentativas de suicídio e o ato concreto de tirar a própria vida (MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017).

Os sintomas ansiosos e depressivos são considerados como um conjunto de perturbações que variam de acordo com a duração, a frequência e a intensidade, e interferem gravemente na qualidade de vida das pessoas idosas. Ademais, ocasionam

maior busca destes por serviços de saúde, descaso com o autocuidado, baixa adesão aos tratamentos para questões específicas de saúde, maior propensão ao suicídio, além de dificultar um envelhecimento saudável, devido ao sofrimento psíquico (CASEMIRO; FERREIRA, 2020; GATO *et al.*, 2018).

Outras consequências e impactos dos sintomas ansiosos e depressivos estão relacionados à diminuição da produtividade, do desempenho no trabalho e demais atividades do dia a dia. Ademais, com a pandemia de COVID-19, houve o aumento de pessoas com a saúde mental afetada e a intensificação dos sintomas que alguns sujeitos já apresentavam, devido ao impacto que contaminação mundial da doença causou nos aspectos financeiros, sociais e afetivos (FREITAS *et al.*, 2021).

A saúde mental pode ser colocada como um dos muitos preditores de satisfação com relação à vida de pessoas idosas, contudo, há a percepção de que essa relação não tem recebido a atenção necessária (WANG *et al.*, 2022). Logo, a identificação do estado de saúde mental da população idosa e os seus fatores associados faz-se necessária para a promoção do cuidado que esse grupo demanda, para a melhora na satisfação e qualidade de vida, e para o planejamento de políticas de atenção que busquem promover o envelhecimento saudável e com menos adoecimento psíquico (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016).

Existem diferentes instrumentos que avaliam a saúde mental da população, especialmente de rastreio de sintomas ansiosos e depressivos. Segundo Guerra *et al.* (2018) há cerca de 49 escalas que rastreiam sintomas depressivos. Outra pesquisa, realizada por DeSousa *et al.* (2013), encontrou, aproximadamente, 55 instrumentos adaptados para uso, no Brasil, de rastreio de sintomas ansiosos e outros construtos.

Alguns dos instrumentos mais utilizados são o *Self-Reporting Questionnaire-20 itens* (SRQ-20), o *Common Mental Disorders Questionnaire* (CMDQ), o *Mental Health Component scale-12* (MCS-12), o Inventário de Depressão de Beck (BDI – *Beck Depression Inventory*), a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D – *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*), a Escala de Avaliação de Depressão Hamilton (HAM-D), a Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Inventário de Ansiedade Traço-Estado, a Escala de Ansiedade de Hamilton, o Inventário de Ansiedade Beck, o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), entre outros (BOLSONI; ZUARDI, 2015; DESOUSA *et al.*, 2013; GUERRA *et al.*, 2018; SALLE *et al.*, 2012).

O instrumento escolhido para a presente pesquisa, com enfoque na população idosa e que possibilitou o rastreio de sintomas ansiosos, foi o *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI), traduzido em português para Inventário de Ansiedade Geriátrica, foi desenvolvido e validado por Pachana e colaboradores (PACHANA *et al.*, 2007), como um instrumento curto destinado à avaliação de sintomas ansiosos na população idosa, possuindo 20 questões dicotômicas (MARTINY *et al.*, 2011). Segundo Pachana *et al.* (2007), O GAI foi construído devido à alta prevalência de sintomas ansiosos e transtornos de ansiedade na população idosa, havendo poucos instrumentos validados voltados a esse público e a tais sintomas. No Brasil, a validação do instrumento para aplicação em território nacional foi realizada em 2014 (MASSENA *et al.*, 2014).

Para o rastreio de sintomas depressivos, o instrumento utilizado, direcionado às pessoas idosas, foi a *Geriatric Depression Scale* (GDS), traduzida em português para Escala de Depressão Geriátrica, foi desenvolvida e validada por Yesavage e Brink, em 1983 (YESAVAGE; BRINK, 1983). Tais autores apontam que a necessidade da GDS surgiu em decorrência de milhões de americanos apresentando sintomas depressivos, incluindo as pessoas idosas que, segundo os mesmos, apresentam sintomas singulares, que se diferem da apresentação de sintomas por pessoas mais novas; justificando, assim, a criação do GDS, focado no rastreio destes sintomas especificamente na população idosa. A validação da GDS-15 (versão reduzida) para o Brasil foi realizada por Almeida e Almeida (1999).

2.4 Cuidado à saúde mental da pessoa idosa pela Estratégia Saúde da Família (ESF)

O modelo de atenção à saúde mental pautado nos manicômios, enquanto instituições que praticavam torturas, havendo a destituição dos direitos da população que possuía alguma necessidade específica em relação à saúde mental, onde tais sujeitos foram segregados e isolados da sociedade, fez-se presente até, aproximadamente, os anos 2000 (AMARAL; RIETH, 2015). Contudo, a lógica manicomial do cuidado se tornou cultural, caminhando para além da institucionalização, como pontuam Nunes, Torrenté e Carvalho (2022, p. 1), “o circuito manicomial de cuidado opera a céu aberto, por intermédio de um conjunto de discursos, práticas e tecnologias que trabalham de modo interdependente com o manicômio”.

A Reforma Psiquiátrica surgiu com o intuito de restabelecer os direitos dos usuários, regulamentar as práticas em rede destinadas à saúde mental, estabelecendo modos efetivos e saudáveis de cuidado nos serviços que atendem tais demandas, abrangendo atenção integral (AMARAL; RIETH, 2015). No Brasil, a mesma vem gerando mudanças importantes no cenário da saúde, havendo avanços nas políticas públicas no contexto social e no SUS (DIAS *et al.*, 2020).

Por meio da reforma, luta-se pela transformação do olhar direcionado às pessoas com demandas de saúde mental. Para isso, é necessário que a atenção à saúde seja repensada, ainda que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) já tenha surgido para substituir os hospitais psiquiátricos e a lógica de trabalho que estes carregavam, pois, diversas mudanças precisam continuar acontecendo (DIAS *et al.*, 2020).

Segundo Dias *et al.* (2020), a RAPS trabalha sob a lógica da atenção em rede, enxergando os sujeitos como seres de direitos, de autonomia e que devem receber a assistência que necessitam em liberdade, convivendo em sociedade e no território em que reside. A identidade do sujeito habita nos territórios em que residem e são nesses espaços onde deve haver construção de saúde, envolvendo as casas, as ruas, as escolas, as instâncias religiosas, o centro comunitário e demais mecanismos sociais, incluindo as unidades de saúde da família.

Com o intuito de garantir os direitos da população que demanda tratamento de saúde mental, criou-se a Lei Nº 10.216, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Tal legislação aponta que a população com transtornos mentais deve obter acesso a tratamentos de qualidade no sistema de saúde, suprimindo as necessidades e demandas apresentadas, sendo tratadas com respeito, com interesse em melhorar a saúde e contribuindo para inserção social.

Além disso, pessoas que demandam assistência à saúde mental devem receber proteção contra formas de abuso e exploração, ter a garantia do sigilo profissional com relação às informações prestadas pelos sujeitos e familiares, e ter direito ao atendimento médico em momentos de hospitalização involuntária (BRASIL, 2001). Diante o tratamento, esses sujeitos não podem ter restrições ao acesso aos meios de comunicação, onde a lei enfatiza que os mesmos devem ter liberdade de acesso, receber informações a respeito da condição de saúde mental apresentada e do andamento do tratamento. É direito do usuário do serviço receber intervenções

menos invasivas possíveis e receber atenção em saúde por serviços comunitários voltados ao atendimento em saúde mental (BRASIL, 2001).

A RAPS é uma rede de cuidados composta por diferentes dispositivos de saúde que visam a promoção do cuidado integral nos níveis de atenção, primária, secundária e terciária (PIRES; XIMENES; NEPOMUCENO, 2013). Entre serviços que compõem a rede, está a Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) atuando com a promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos (PIRES; XIMENES; NEPOMUCENO, 2013).

Faz-se necessário colocar que com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria N^o 2.528, em 2006, a saúde passou a ser vista como um direito universal e integral que foi conquistado e garantido socialmente com a instituição da Constituição de 1988, e que foi reafirmado com a criação do SUS. Logo, a população idosa possui direito ao acesso igualitário a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, independente da realidade em que se encontra. Para tanto, o sistema de saúde precisa direcionar atenção especial às especificidades do processo de envelhecimento, pois este está relacionado à perda da capacidade funcional, gerando baixa autonomia da pessoa idosa e, conseqüentemente, diminuição de qualidade de vida (BRASIL, 2003, 2006; FRANCO *et al.*, 2018).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o Estatuto do Idoso e outros instrumentos legais direcionados a essa população, surgiram com a finalidade de garantir tais direitos, possibilitando que as pessoas idosas recuperem, mantenham e que tenham a sua independência promovida, sendo direcionadas medidas coletivas e individuais de saúde para que isso seja possível. É atribuído ao Estado, e a sociedade como um todo, a obrigação de assegurar à população idosa direitos básicos, como a liberdade, o respeito e a dignidade, sendo tratadas como pessoas com direitos civis, políticos, individuais e sociais (BRASIL, 2003, 2006).

Para a efetivação dos cuidados necessários e direitos que as pessoas idosas possuem, há a Atenção Primária à Saúde (APS) e a ESF. A APS é um modelo de atenção que possui atributos que são suficientes para sanarem, de forma integral, a maioria das necessidades e problemas de saúde das pessoas idosas, contribuindo para a redução de intervenções desnecessárias e aumento de adesão aos serviços de saúde. Já a ESF foi instituída como modelo nacional para a efetivação da APS, sendo focada para o cuidado da população idosa e de toda a sua família, além da

comunidade adstrita nos territórios. A ESF promove ações coletivas e individuais, voltadas para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, diagnóstico, tratamento, redução de danos, entre outros (CECCON *et al.*, 2020).

Entre as diferentes funções da APS, destacam-se a resolutividade, comunicação e responsabilização. A resolutividade diz respeito a atuação resolutiva e capacitada, tanto cognitivamente pelos profissionais atuantes em saúde, quanto tecnologicamente, para atender mais de 90% das demandas e condições de saúde apresentadas pela população. A comunicação está relacionada ao exercício da APS enquanto o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a capacidade de ordenar as referências e contrarreferências, e estar implicada com os diferentes componentes das redes. A responsabilização implica conhecimento dos microterritórios sanitários, das condições de saúde apresentadas, da população adstrita, entre outros (MENDES *et al.*, 2019).

A APS pode ser considerada como o nível primário do sistema de atenção à saúde, sendo uma das principais portas de entrada para a assistência em saúde das pessoas idosas (MENDES *et al.*, 2019). Estes buscam as Unidades de Saúde da Família (USF) para receberem os cuidados necessários em relação às condições de saúde que apresentam. Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), as políticas de saúde voltadas às pessoas idosas ganharam mais força e há maior busca de efetivação dessas políticas independentemente do local onde a pessoa idosa reside, sendo o acompanhamento em saúde um direito que deve ser garantido a todas e todos (GARBACCIO *et al.*, 2018).

A ESF teve seu planejamento com um dos objetivos de promover a reorientação da atenção à saúde da população nacional, propiciando melhor qualidade de vida. Esse contexto inclui ações que contribuam para a promoção de um envelhecimento saudável, para que seja garantido que a população idosa receba a assistência necessária nessa fase da vida, visto que há uma escassez de interesse em relação a atuação em gerontologia e geriatria, além da desvalorização social da velhice (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

Na APS, há equipes básicas da ESF e profissionais que atuam nas Equipes Multiprofissionais (eMulti) formando profissionais que atuam com as diferentes demandas da população, incluindo as demandas de saúde mental, visando qualificar e tornar a atuação na Atenção Básica mais eficaz e resolutiva (BROCARDI *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2022).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que fazem parte da RAPS e surgiram como serviço substitutivo dos hospitais psiquiátricos, possuem sua atuação voltada à atenção de pessoas com sofrimento psicológico grave e/ou persistente, são serviços referentes em saúde mental que atuam oferecendo apoio matricial às equipes da ESF (SOUZA *et al.*, 2022; PIRES; XIMENES; NEPOMUCENO, 2013).

Alguns dos diferentes recursos apresentados como forma de tratamento, promoção e prevenção da saúde mental de pessoas idosas utilizados pelas USF e CAPS, são as atividades coletivas e comunitárias, os atendimentos individuais e domiciliares, oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, atividades produtivas que geram trabalho e renda, centros de convivência de pessoas idosas, atendimento à família e acompanhamento terapêutico (PIRES; XIMENES; NEPOMUCENO, 2013; ANDRADE *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2022).

Todas essas ações em saúde promovem um espaço de fortalecimento de sujeitos em sofrimento psíquico, sendo lugares onde há oportunidade de fala e acolhimento, havendo formação de vínculos, expressões de sentimentos, estimulação da autonomia e independência; sendo todas essas ações focadas na superação do modelo biomédico e na promoção de atuações voltadas à clínica ampliada, escuta sensível e eficaz (ANDRADE *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2022; PIRES; XIMENES; NEPOMUCENO, 2013).

O estudo de Souza *et al.* (2022) demonstrou que os grupos terapêuticos direcionados à população idosa são espaços potentes que proporcionam atividades de lazer, envolvendo brincadeiras, danças, passeios, atividades manuais, tendo como resultado a promoção da saúde, envelhecimento ativo, satisfação dos participantes, criação de vínculos, troca de afetos, socialização, promoção de autonomia, mostrando às pessoas idosas que as mesmas continuam sendo as protagonistas de suas próprias vidas e histórias. Além disso, grupos terapêuticos, ações educativas e demais atendimentos existentes são considerados intervenções psicossociais que geram benefícios à população idosa, sendo focadas na prevenção e promoção da saúde mental, e reduzindo a estigmatização existente em sociedade em relação ao adoecimento psíquico.

Pautadas nos pressupostos da APS e da ESF, há Unidades da Saúde da Família nas áreas rurais para atenderem às demandas de saúde da população idosa que residem nessas regiões. Devido às condições dessas pessoas idosas, em que muitos não conseguem se locomover aos serviços de saúde por motivos já

mencionados, os profissionais precisam se locomover até essas áreas para prestarem o atendimento (CAMARGO *et al.*, 2012).

Em uma pesquisa realizada com profissionais de saúde de uma USF localizada em área rural, revelou-se que algumas equipes rurais se sentem isoladas com relação ao cuidado à saúde, enfatizando que há empecilhos que dificultam o fluxo de cuidados (OLIVEIRA *et al.*, 2020a). Além disso, os profissionais pontuam que a equipe de enfermagem e demais profissões de saúde encontram dificuldades devido à ausência de apoio matricial direcionado a essas USF, especialmente da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), visto que os territórios apresentam necessidades de saúde que demandam de intervenções de mais profissionais especializados, para contribuir para melhora na qualidade de vida da população da área rural.

As diferenças de infraestrutura entre a zona rural e a urbana, assim como as características específicas que a população idosa apresenta, pode comprometer a saúde desta por falta de atendimentos adequados, sendo necessária a atuação da ESF direcionada à assistência das necessidades apresentadas pelas pessoas idosas em todos os ambientes em que residem (GARBACCIO *et al.*, 2018).

Segundo Peters *et al.* (2021), há uma carência de políticas públicas de saúde voltadas à população das áreas rurais. As práticas de cuidado em saúde direcionadas ao processo saúde-doença-cuidado da população idosa das áreas rurais necessitam de fortalecimento do SUS, com a reorganização dos serviços existentes, gerando um modelo de cuidado pensado nos aspectos culturais e locais dessa população. Contribuindo, dessa forma, para a construção de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e de agravos entre esse grupo.

Um dos desafios encontrados para a gestão municipal e equipes de profissionais da APS, se tratando da organização do cuidado em saúde das pessoas idosas de áreas rurais, é a localização das USF, pois, apesar da existência de unidades de saúde e outros pontos de atendimentos nessas áreas, as mesmas não são acessíveis para todos os usuários do serviço (FERREIRA *et al.*, 2020; SOARES *et al.*, 2020). Com isso, faz-se importante a construção de mais pontos de apoio que sejam próximos a algumas comunidades, especialmente em locais onde a população rural reside dispersamente em diferentes extensões territoriais, para que todos possam acesso aos serviços de saúde, com atendimentos que garantam a privacidade, qualidade e integralidade do cuidado (SOARES *et al.*, 2020).

O cuidado em saúde direcionado às pessoas idosas das áreas rurais estão presentes nas práticas dos atendimentos domiciliares que são realizados com o objetivo de ampliar o olhar dos profissionais diante das condições em que os sujeitos vivem, atendimentos individuais nas unidades de saúde ou pontos de atendimento estabelecidos para facilitar o acesso dos usuários aos serviços, e atividades grupais, como atendimentos de grupos focais (SOARES *et al.*, 2020).

Uma pesquisa realizada por Soares *et al.* (2020), relatou que apesar da dificuldade do deslocamento às comunidades rurais, existem equipes do NASF-AB disponíveis para o atendimento desse público, onde são realizados os atendimentos pelos profissionais, como psicólogo, nutricionista, assistente social, entre outros. Porém, esta não é uma realidade observada em todos os municípios e estados do país, visto que na cidade da realização da presente pesquisa, não há equipes de NASF-AB, gerando uma sobrecarga para os profissionais das unidades de saúde e a desassistência aos usuários que necessitam de atenção especializada, inclusive direcionadas à atenção à saúde mental.

A área da saúde mental é vista como um desafio para os profissionais da APS, em decorrência da complexidade das demandas (GAMA *et al.*, 2021). Considera-se que as queixas relacionadas à saúde mental, especialmente sobre sintomas ansiosos e depressivos, vêm aumentando, tendo um alto número de usuários em uso de medicamentos psicotrópicos. A alta demanda de pacientes apresentando adoecimento psíquico e o número reduzido de profissionais para dar suporte e oferecer atendimentos em saúde mental favorece o aumento da medicalização, para que estes sujeitos possuam uma melhora momentânea dos sintomas, mas sem lidar com os fatores associados a causa dos mesmos (GAMA *et al.*, 2021).

De acordo com Gama *et al.* (2021) e Santos *et al.* (2023), há profissionais que atuam na ESF e possuem dificuldade em lidar com temas que envolvem a saúde mental, incluindo narrativas de sofrimento que envolvam o suicídio, violências, maus-tratos, adoecimento psíquico entre a população idosa, sexualidade etc., impossibilitando que os usuários do serviço recebam uma escuta qualificada, construa vínculos e que haja o estabelecimento de um plano de tratamento em saúde, para além do uso de medicamentos controlados.

A APS é um dos serviços responsáveis pelo cuidado em saúde mental, contudo, muitas ações propostas no dia a dia da atuação profissional são centradas no corpo, na sintomatologia e no individual, demonstrando, assim, a necessidade da

escuta da subjetividade do sujeito, analisando o seu contexto social e as intervenções, coletivas e individuais, que podem ser feitas diante daquela demanda (GAMA *et al.*, 2021).

Para promover saúde para as pessoas idosas residentes em áreas rurais, deve-se considerar que o cuidado não deve manter um foco direcionado apenas para as doenças e agravos, sendo necessário que haja uma mobilização de recursos individuais, coletivos e institucionais para a transformação do modelo biomédico que continua se fazendo presente nas práticas de profissionais da APS. O modelo biomédico possui o enfoque nos fatores biológicos, não levando em consideração que os fatores sociais e culturais possuem grande influência no processo de saúde-doença-cuidado da população idosa residente nas zonas rurais (PETERS *et al.*, 2021).

O cuidado em saúde pautado no modelo curativista e medicocentrado gera danos à qualidade dos atendimentos e diminui a resolutividade das demandas apresentadas pelos usuários do serviço (PETERS *et al.*, 2021). Com isso, considera-se urgente a necessidade de um novo planejamento para o funcionamento dos serviços de saúde, pensando nos dados epidemiológicos, nos aspectos sociais e culturais, sem deixar de considerar os determinantes sociais da saúde e os impactos que estes possuem na saúde mental das pessoas idosas (PETERS *et al.*, 2021; DAMACENO; CHIRELLI, 2019).

Há a necessidade da reformulação do cuidado em saúde, considerando a realidade em que os sujeitos vivem, como as pessoas idosas residentes em áreas rurais. As concepções de saúde, doença e cuidado estão relacionadas com os fatores sociais e culturais dos ambientes nos quais os sujeitos estão inseridos, sendo importante compreender as necessidades e expectativas apresentadas pelos usuários da ESF, visando a melhoria de práticas de cuidado. Possuir um olhar amplo, tanto pelos gestores, como pelos profissionais de saúde, possibilita uma visão para além de dados epidemiológicos voltados a fatores biológicos (PETERS *et al.*, 2021).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar a prevalência e os fatores associados aos sintomas ansiosos e depressivos em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família em áreas rurais de Campo Grande/MS.

3.2 Objetivos específicos

- 1 Caracterizar as pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família em áreas rurais considerando: características sociodemográficas, condição de saúde, estilo de vida e perfil étnico-terapêutico;
- 2 Identificar a presença de sintomas depressivos e ansiosos nos participantes;
- 3 Identificar problemas de saúde autorreferidos (multimorbidade); e
- 4 Avaliar a capacidade funcional para as atividades básicas da vida diária.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento da pesquisa

Esta pesquisa direcionou-se ao rastreamento de sintomas ansiosos e depressivos em pessoas idosas residentes na área rural e que são assistidas pela Estratégia Saúde da Família.

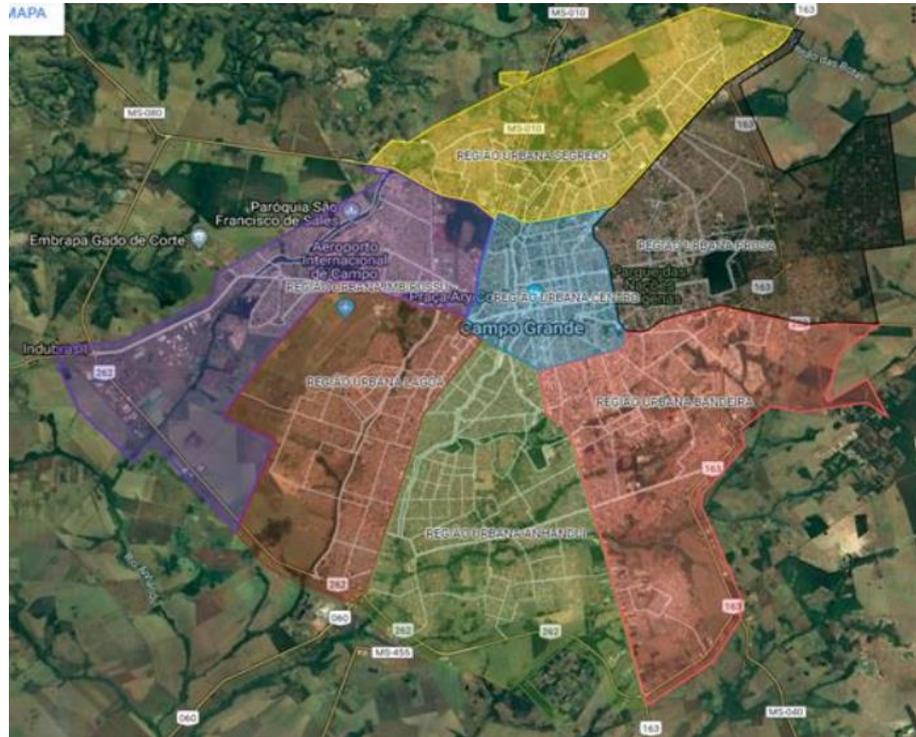
4.1.1 Tipo, local e período da pesquisa

Trata-se de pesquisa transversal realizada com as pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família residentes na área rural de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, realizada no período de janeiro/2023 a julho/2023.

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), há, no estado de Mato Grosso do Sul, cerca de 351.786 pessoas residentes em áreas rurais, e na capital do estado, Campo Grande, há 10.555. Não se encontrou dados mais atualizados sobre a população que reside nessas regiões.

Os dados do IBGE (2022), apontam que Campo Grande/MS possui aproximadamente 898.100 habitantes e, segundo a Secretaria Municipal de Saúde (2019), este município está organizado em sete distritos sanitários, sendo eles: Anhanduizinho (verde), Bandeira (rosa), Centro (azul), Imbirussu (roxo), Lagoa (vermelho), Prosa (marrom) e Segredo (amarelo), distribuídos conforme a figura abaixo:

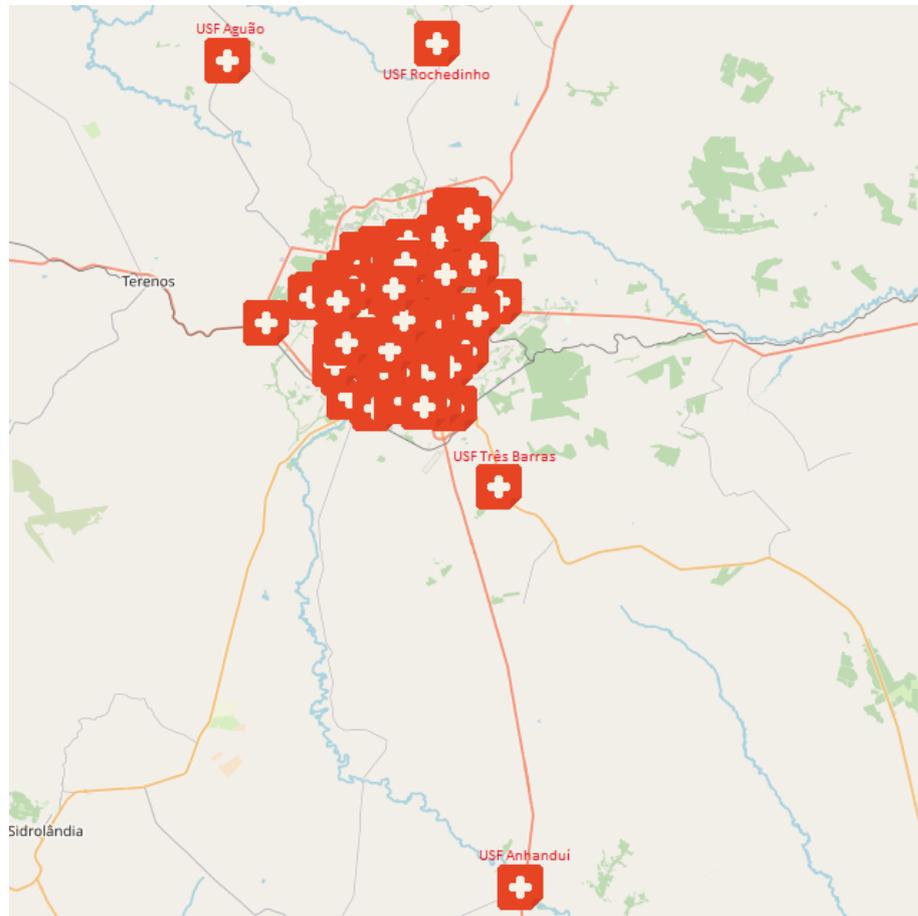
Figura 1 – Distritos Sanitários de Campo Grande/MS



Fonte: SISGRAN/SEMADUR, 2019.

Dentro dos sete distritos mencionados, há 53 Unidades de Saúde da Família, incluindo as quatro USF localizadas em áreas rurais, sendo elas: USF Dr. Roger A. Buainain (Rochedinho), USF Dr. Bento Assis Machado (Anhanduí), USF Manoel Cordeiro (Aguão) e USF Dra. Maria José de Pauli (Três Barras). As USF das áreas rurais localizam-se em locais distantes das demais unidades de saúde, como exposto na figura a seguir:

Figura 2 – Unidades de Saúde da Família de Campo Grande/MS



Fonte: SISGRAN/SEMADUR, 2023.

4.1.2 Amostra e critérios de inclusão

Foram incluídos neste estudo as pessoas idosas residentes em áreas rurais de Campo Grande/MS, que são assistidas pela Estratégia Saúde da Família, sendo estes homens e mulheres a partir de 60 anos, sem comprometimento nos níveis cognitivos que dificultasse responder ao questionário e escalas utilizadas na pesquisa.

O cálculo amostral foi realizado por meio da plataforma OpenEpi, considerando a equação $n = [EDFF * Np(1 - p)] / [(d^2/Z^2_{1 - \alpha/2} * (N - 1) + p * (1 - p))]$, no qual *EDFF* refere-se ao efeito do desenho, *N* é o total da população, *p* é a frequência hipotética do fator do resultado na população, *d* é a margem de erro, e α o nível de confiança.

Para o total da população (*N*) considerou-se os dados fornecidos pelas USF incluídas na pesquisa que informaram que o total de pessoas idosas residentes na

área rural, e registrada na sua respectiva USF, era de 946 pessoas. Para margem de erro (d) adotou-se 5%, para a frequência hipotética do desfecho (p) considerou-se 22%, com base no estudo de Ferreira e Tavares (2013), o nível de confiança (α) foi de 95%, e o efeito do desenho ($EDFF$) foi 1.

O resultado indicou uma amostra mínima necessária de 207 pessoas, e para possibilitar análise com múltiplas associações foi acrescido 20% resultando em uma amostra final de 249 pessoas.

Procedeu-se uma amostragem probabilística aleatória simples estratificada proporcional, considerando-se as quatro unidades de Saúde da Família (USF) localizadas em áreas rurais de Campo Grande/MS. Foram incluídas 13 pessoas (5,22%) da USF Dr. Roger A. Buainain (Rochedinho), 32 pessoas (12,85%) da USF Manoel Cordeiro (Aguão), 44 pessoas (17,67%) da USF Dra. Maria José de Pauli (Três Barras) e 160 pessoas (64,26%) da USF Dr. Bento Assis Machado (Anhanduí).

Com base nos registros fornecidos pelas unidades de saúde, foi realizado o sorteio de maneira aleatória por meio de software SPSS 25.0. Nos casos em que a pessoa sorteada não consentiu com sua participação ou não estava em seu domicílio, a próxima pessoa idosa da lista foi elencada, o que não gerou perdas na amostra final.

4.1.3 Procedimentos de coleta de dados

O resultado do sorteio dos participantes foi apresentado à equipe de cada USF de modo que cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) pudesse identificar as pessoas sorteadas em sua área e assim fosse possível realizar as visitas aos domicílios. No momento da visita domiciliar, o ACS apresentou a equipe de pesquisadores a pessoa sorteada, e então os participantes foram informados sobre a pesquisa, os objetivos, os procedimentos e sobre os instrumentos a serem utilizados.

Foi informado que as questões propostas envolviam a reflexão sobre a saúde mental e aspectos psicológicos dos mesmos, o que poderia acarretar impactos emocionais; caso isso acontecesse, foi solicitado que eles informassem aos pesquisadores para que a pesquisa fosse interrompida, e pudessem ser realizados os devidos encaminhamentos para atendimentos das queixas apontadas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foi apresentado para leitura, conhecimento e recolhimento das assinaturas dos

envolvidos. Nos casos de pessoas idosas que não eram alfabetizadas ou possuíam dificuldades para a leitura, ele foi lido e explicado pela pesquisadora.

Após o recebimento da autorização mediante assinatura do TCLE ou coleta da impressão digital, no caso das pessoas que não conseguiam ou não sabiam assinar, foi dado seguimento à pesquisa, sendo iniciada a aplicação dos instrumentos.

4.1.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a caracterização sociodemográfica, da condição de saúde e estilo de vida dos participantes foi utilizado instrumento elaborado pelos pesquisadores (Apêndice B), e as variáveis incluídas, bem como as estratégias de categorização utilizadas, estão descritas no quadro 1.

Quadro 1 – Descrição das variáveis do estudo e estratégias de categorização do modelo de análise. Campo Grande/MS (2023).

Variáveis	Categorização Inicial	Recategorização¹
Idade (em anos)	60 – 69 anos 70 – 79 anos 80 anos ou mais	60 – 79 anos 80 anos ou mais
Sexo	Masculino Feminino	-
Raça/Cor da pele**	Branca Pardos Amarelo Pretos Indígena	Branco Negros (Pardos e Pretos)
Estado Civil	Solteiro Casado Divorciado Viúvo União estável Separado	Solteiro Casado ou União Estável Divorciado ou Separado Viúvo
Renda individual (em salários-mínimos - SM)	Sem Renda Até 1 SM 1 SM 2 SM 3 SM ou mais	Sem Renda Até 1 SM 1 SM 2 SM ou mais
Prática de alguma religião	Sim Não	-
Realização de alguma atividade de lazer	Sim Não	-

Realização de alguma atividade física ou esportiva	Sim Não	-
Tabagismo	Sim Não	-
Uso de bebida alcoólica	Sim Não	-
Autoavaliação do estado de saúde	Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim	Muito bom ou Bom Regular Ruim ou Muito ruim
Uso de algum medicamento	Sim Não	-
Dor crônica	Sim Não	-

¹ Para viabilizar a análise inferencial algumas variáveis foram recategorizadas.

Os demais instrumentos já são validados para a população brasileira, sendo considerados instrumentos breves de avaliação da multimorbidade, funcionalidade e de rastreamento da presença de sintomas ansiosos e depressivos. São eles: Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale - GDS*) (Anexo A), o Inventário de Ansiedade Geriátrica (*Geriatric Anxiety Inventory - GAI*) (Anexo B), a relação de Problemas de Saúde Autorreferidos Grupo Brasileiro de Estudos sobre Multimorbidade (GBEM) (Anexo C) e Escala de Atividades Básicas de Vida Diária – Índice de Katz (Anexo D).

A análise dos dados obtidos através do Inventário de Ansiedade Geriátrico (GAI) e da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) foi realizada levando em consideração os pontos de corte estabelecidos pelos pesquisadores que validaram a aplicação de tais instrumentos no Brasil.

O GAI é composto por 20 questões dicotômicas, onde as respostas “sim” são pontuadas com um ponto (MARTINY *et al.*, 2011). Massena *et al.* (2014) estabeleceram que o ponto de corte para identificar sintomas ansiosos nas pessoas idosas é igual ou maior que 13.

O GDS possui 15 questões dicotômicas, onde as questões 1, 5, 7, 11 e 13 pontuam um se forem respondidas com “não” e as questões 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 e 15 pontuam um se forem respondidas com “sim”. O ponto de corte para identificar sintomas depressivos na população idosa é igual ou maior que 6 pontos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

A Escala de Atividades Básicas de Vida Diária, na qual avalia os aspectos relacionadas às atividades básicas de vida diária, foi construída por Katz *et al.* (1963) e possui seis atividades, sendo elas: banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, transferir-se, controle esfinteriano e alimentar-se. A pontuação final classifica a pessoa em independente quando não precisa de ajuda em nenhuma atividade (escore 0), dependente leve/moderado quando precisa de ajuda em alguma atividade (escore entre 1 e 3) e dependente quando tem necessidade de maior ajuda para realizar suas atividades (escore entre 4 e 6). Para realização de análise estatística inferencial a variável foi categorizada em independente (escore 0) e dependência (escore entre 1 e 6).

O formulário semiestruturado sobre Problemas de Saúde Autorreferidos, que foi construído a partir da 1ª e 2ª fase da pesquisa online para construção da Lista Brasileira de Multimorbidade, utilizando-se da técnica Delphi, realizada pelo Grupo Brasileiro de Estudos sobre Multimorbidade (GBEM), inclui diferentes variáveis (GRUPO BRASILEIRO DE ESTUDOS SOBRE MULTIMORBIDADE, 2019, 2021). Para avaliação dos resultados, considerou-se que o sujeito apresenta multimorbidade quando possui duas ou mais condições crônicas de saúde (GUSMÃO *et al.*, 2022). Considerando que os desfechos principais do presente estudo são os sintomas depressivos e ansiosos, e para evitar colinearidade, não foram consideradas depressão e problemas do humor para identificação de multimorbidade. A variável foi categorizada em sim/não.

Todos os instrumentos foram aplicados pela equipe de pesquisadores, previamente treinados para a aplicação, havendo a leitura e marcação de resposta de acordo com o que o sujeito informou verbalmente. A aplicação geral dos instrumentos teve uma duração média de 20 minutos.

4.1.5 Organização e análise dos dados

Os dados coletados na presente pesquisa foram organizados e tabulados no software SPSS 25.0 para posterior processamento. Foi utilizada a estatística descritiva e os resultados das variáveis categóricas foram apresentados em valores absolutos e relativos. Para apresentação da prevalência de sintomas ansiosos e depressivos também foi calculado o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%)

Para a identificação dos fatores associados aos sintomas depressivos e ansiosos aplicou-se uma Regressão de Poisson com variância robusta. Foi realizada análise bivariada para estimar a razão de prevalência (RP), o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) e o nível de significância. Na sequência foi conduzida análise multivariada, pelo método Forward, na qual foram inseridas as variáveis que apresentaram $p < 0,200$.

Para cada desfecho foram calculados dois modelos finais, um considerando apenas os preditores com nível de significância de 5%, e outro ajustado pela idade, sexo e renda.

O modelo final utilizado foi aquele com melhor ajuste considerando os parâmetros Deviance, Akaike Information Criterion (AIC), Bayesian Information Criterion (BIC) e a área sob a Curva ROC.

4.1.6 Aspectos éticos

Levando em consideração as implicações éticas, a coleta de dados foi iniciada somente a partir do recebimento de um parecer de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), conforme dispõe a Resolução CONEP/CNS nº 466/2012. O número do parecer favorável à pesquisa é: 5.722.052.

Reitera-se que foi apresentado aos participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que a aplicação dos instrumentos foi realizada somente após o seu consentimento e até o momento em que os participantes permitiram e/ou quiseram.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 249 pessoas das quatro unidades de saúde incluídas na pesquisa, sendo a maior proporção de pessoas na faixa etária de 60 a 69 anos, do sexo feminino, autodeclaradas pardas e casadas. A média de idade dos participantes foi de $71,46 \pm 7,52$ anos. As demais características sociodemográficas e epidemiológicas dos participantes do estudo estão descritas na tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e epidemiológicas das pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família na área rural de Campo Grande/MS. Campo Grande/MS (2023)

Variáveis	n (%)
Idade	
60 – 69 anos	113 (45,38)
70 – 79 anos	97 (38,96)
80 anos ou mais	39 (15,66)
Sexo	
Masculino	107 (42,97)
Feminino	142 (57,03)
Raça/Cor da pele	
Branca	89 (35,74)
Pardos	127 (51,00)
Amarelo	2 (0,80)
Pretos	30 (12,05)
Indígena	1 (0,40)
Estado Civil	
Solteiro	14 (5,62)
Casado	154 (61,85)
Divorciado	19 (7,63)
Viúvo	47 (18,88)
União estável	13 (5,22)
Separado	2 (0,80)
Escolaridade	
Nenhuma	59 (23,69)
De 1 a 3 anos	73 (29,32)
De 4 a 7 anos	82 (32,93)
8 anos ou mais	35 (14,06)
Renda individual	
Sem Renda	29 (11,65)
Até 1 salário-mínimo	7 (2,81)
1 salário-mínimo	181 (72,69)
2 salários-mínimos	22 (8,84)
3 salários-mínimos ou mais	10 (4,02)
Prática alguma religião	
Sim	191 (76,71)
Não	58 (23,29)
Realiza alguma atividade de lazer	
Sim	37 (14,86)
Não	212 (85,14)
Realizada alguma atividade física ou esportiva	

Sim	81 (32,53)
Não	168 (67,47)
<hr/>	
É fumante	
Sim	23 (9,24)
Não	226 (90,76)
<hr/>	
Faz uso de bebida alcóolica	
Sim	55 (22,18)
Não	193 (77,82)
<hr/>	
Autoavaliação do estado de saúde	
Muito bom	25 (10,08)
Bom	96 (38,71)
Regular	90 (36,29)
Ruim	25 (10,08)
Muito ruim	12 (4,84)
<hr/>	
Faz uso de algum medicamento	
Sim	201 (81,05)
Não	47 (18,95)
<hr/>	
Tem dor crônica	
Sim	129 (51,81)
Não	120 (48,19)
<hr/>	
Presença de multimorbidade	
Sim	123 (49,40)
Não	126 (50,60)
<hr/>	
Nível de Funcionalidade	
Independente	170 (68,27)
Dependência parcial	77 (30,92)
Dependência total	2 (0,80)

A prevalência de sintomas depressivos na população do estudo foi de 23,29% (IC95% 18,42 - 28,98) e de sintomas ansiosos de 22,09% (IC95% 17,33 - 27,20).

Em relação à presença de sintomas depressivos, a análise bivariada demonstrou que a prevalência é 71% maior entre as pessoas com 80 anos ou mais, 299% maior entre aqueles que tem entre 1 e 3 anos de escolaridade, 242% maior entre as pessoas que não tem renda, 84% maior entre as pessoas que não realizam atividade física, 133% maior entre os que avaliam sua condição de saúde como regular e 279% maior entre os que avaliam como ruim ou muito ruim, 328% maior entre os que utilizam algum medicamento, 90% maior entre os que tem dor por um período igual ou superior a três meses, 147% maior entre as pessoas que tem duas ou mais condições crônicas de saúde, e 87% maior entre as pessoas que tem algum nível dependência funcional. Na análise multivariada, o modelo final com os melhores parâmetros foi aquele ajustado pela idade, sexo e renda, o qual evidenciou que a maior prevalência de sintomas depressivos esteve associada com a idade, o estado civil, a prática de alguma atividade física, a autoavaliação do estado de saúde e o uso

de algum medicamento. A tabela 2 apresenta os resultados das análises realizadas para o desfecho presença de sintomas depressivos.

Tabela 2 – Fatores associados à presença de sintomas depressivos em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família na área rural em Campo Grande/MS. Campo Grande/MS (2023)

Variável	Sintomas Depressivos		Análise Bivariada		Análise Multivariada	
	Sim n (%)	Não n (%)	P	RP	p	RPaj
Idade						
60 – 79 anos	44 (20,95)	166 (79,05)		1		1
80 anos ou mais	14 (35,90)	25 (64,10)	0,033	1,71 (1,04 – 2,81)	0,043	1,63 (1,01 – 2,62)
Sexo						
Masculino	19 (17,76)	88 (82,24)		1		1
Feminino	39 (27,46)	103 (72,54)	0,080	1,54 (0,94 - 2,52)	0,145	1,44 (0,88 – 2,31)
Raça/Cor da pele						
Negros	35 (22,29)	122 (77,71)		1		
Branca	22 (24,72)	67 (75,28)	0,664	1,10 (0,69 – 1,76)		
Estado Civil						
Solteiro	6 (42,86)	8 (57,14)	0,062	2,23 (0,96 – 5,20)	0,001	4,04 (1,82 – 8,98)
Casado ou União estável	38 (22,75)	129 (77,25)	0,604	1,18 (0,61 – 2,28)	0,237	1,41 (0,79 – 2,49)
Divorciado ou Separado	5 (23,81)	16 (76,19)	0,659	1,24 (0,47 – 3,26)	0,218	1,71 (0,72 – 4,06)
Viúvo	9 (19,15)	38 (80,85)		1		1
Escolaridade						
Nenhuma	15 (25,42)	44 (74,58)	0,068	2,96 (0,92 – 9,54)		
De 1 a 3 anos	25 (34,25)	48 (65,75)	0,016	3,99 (1,29 – 12,36)		
De 4 a 7 anos	15 (18,29)	67 (81,71)	0,207	2,13 (0,65 – 6,92)		
8 anos ou mais	3 (8,57)	32 (91,43)		1		
Renda individual						
Sem Renda	11 (37,93)	18 (62,07)	0,035	3,03 (1,07 – 8,50)	0,150	1,99 (0,77 – 5,09)
Até 1 salário-mínimo	3 (42,86)	4 (57,14)	0,055	3,42 (0,97 – 12,04)	0,083	2,78 (0,87 – 8,85)
1 salário-mínimo	40 (22,10)	141 (77,90)	0,244	1,76 (0,67 – 4,61)	0,764	1,13 (0,49 – 2,60)
2 salários-mínimos ou mais	4 (12,50)	28 (87,50)		1		1
Prática alguma religião						
Não	12 (20,69)	46 (79,31)		1		
Sim	46 (24,08)	145 (75,92)	0,598	1,16 (0,66; 2,04)		
Realiza alguma atividade de lazer						
Não	48 (22,64)	164 (77,36)		1		
Sim	10 (27,03)	27 (72,97)	0,554	1,19 (0,66 – 2,14)		
Realizada alguma atividade física ou esportiva						
Não	46 (27,38)	122 (72,62)	0,037	1,84 (1,03 – 3,29)	0,025	1,89 (1,08 – 3,30)
Sim	12 (14,81)	69 (85,19)		1		1
É fumante						
Não	52 (23,01)	174 (76,99)		1		
Sim	6 (26,09)	17 (73,91)	0,736	1,13 (0,54 – 2,35)		
Faz uso de bebida alcóolica						
Não	48 (24,87)	145 (75,13)	0,317	1,36 (0,74 – 2,52)		
Sim	10 (18,18)	45 (81,82)		1		
Autoavaliação do estado de saúde						
Muito bom ou bom	15 (12,40)	106 (87,60)		1		1
Regular	26 (28,89)	64 (71,11)	0,004	2,33 (1,31 – 4,14)	0,037	1,92 (1,03 – 3,57)
Ruim ou muito ruim	17 (45,95)	20 (54,05)	<0,001	3,70 (2,05 – 6,68)	0,001	3,12 (1,64 – 5,95)
Faz uso de algum medicamento						
Não	3 (6,38)	44 (93,62)		1		
Sim	55 (27,36)	146 (72,64)	0,011	4,28 (1,39 – 13,13)	0,029	3,22 (1,12 – 9,24)
Tem dor crônica						
Não	19 (15,83)	101 (84,17)		1		
Sim	39 (30,23)	90 (69,77)	0,010	1,90 (1,17 – 3,11)		
Presença de multimorbidade						
Não	17 (13,49)	109 (86,51)		1		
Sim	41 (33,33)	82 (66,67)	<0,001	2,47 (1,48 – 4,10)		
Nível de Funcionalidade						

Independente	31 (18,24)	139 (81,76)		1
Dependência	27 (34,17)	52 (65,83)	0,005	1,87 (1,20 – 2,91)

Deviance Goodness of fit = 131.8263; p = 1.000.

RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; RPa: Razão de Prevalência ajustada pela idade, sexo e renda.

No que se refere à presença de sintomas ansiosos, por meio da regressão de Poisson bivariada foi possível observar que a prevalência foi 170% maior entre as mulheres, 71% maior entre as pessoas viúvas, 116% maior entre as pessoas que não realizam atividade física, 79% maior entre aqueles que avaliaram sua condição de saúde como regular e 136% maior entre os que avaliaram como ruim ou muito ruim, 91% maior entre as pessoas que tem dor crônica, 128% maior entre as pessoas que tem multimorbidade, e 79% maior entre as pessoas que apresentam algum nível de dependência para realizar suas atividades básicas de vida diária. Considerando os parâmetros para análise dos modelos, na análise multivariada, quanto a presença de sintomas ansiosos, o modelo final não foi ajustado pela idade, sexo e renda, e indicou que a maior prevalência esteve associada ao sexo, ao estado civil, a prática de atividade física, a autoavaliação do estado de saúde e presença de multimorbidade (Tabela 3).

Tabela 3 – Fatores associados à presença de sintomas ansiosos em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família na área rural em Campo Grande/MS. Campo Grande/MS (2023)

Variável	Sintomas Ansiosos		Análise Bivariada		Análise Multivariada	
	Sim n (%)	Não n (%)	P	RP	p	RP
Idade						
60 – 79 anos	46 (21,90)	164 (78,10)				
80 anos ou mais	9 (23,08)	30 (76,92)	0,871	1,05 (0,56 – 1,97)		
Sexo						
Masculino	12 (11,21)	95 (88,79)		1		1
Feminino	43 (30,28)	99 (69,72)	0,001	2,70 (1,49 – 4,87)	0,005	2,25 (1,27 – 3,98)
Raça/Cor da pele						
Negros	34 (21,66)	123 (78,34)		1		
Branca	21 (23,60)	68 (76,40)	0,725	1,08 (0,67 – 1,75)		
Estado Civil						
Casado ou União estável	31 (18,56)	136 (81,44)		1		1
Solteiro	4 (28,57)	10 (71,43)	0,342	1,53 (0,63 – 3,74)	0,032	2,62 (1,08 – 6,33)
Divorciado ou Separado	5 (23,81)	16 (76,19)	0,557	1,28 (0,55 – 2,94)	0,349	1,46 (0,66 – 3,24)
Viúvo	15 (31,91)	32 (68,09)	0,043	1,71 (1,01 – 2,90)	0,126	1,48 (0,89 – 2,46)
Escolaridade						
Nenhuma	17 (28,81)	42 (71,19)	0,222	1,68 (0,73 – 3,86)		
De 1 a 3 anos	17 (23,29)	56 (76,71)	0,475	1,35 (0,58 – 3,14)		
De 4 a 7 anos	15 (18,29)	67 (81,71)	0,883	1,06 (0,45 – 2,52)		
8 anos ou mais	6 (17,14)	29 (82,86)		1		
Renda individual						
Sem Renda	6 (20,89)	23 (79,31)	0,849	1,10 (0,39 – 3,04)		
Até 1 salário-mínimo	4 (57,14)	3 (42,86)	0,024	3,04 (1,15 – 8,01)		
1 salário-mínimo	39 (21,55)	142 (78,45)	0,725	1,14 (0,52 – 2,49)		
2 salários-mínimos ou mais	6 (18,75)	26 (81,25)		1		
Prática alguma religião						
Não	12 (20,69)	46 (79,31)		1		
Sim	43 (22,51)	148 (77,49)	0,771	1,08 (0,61 – 1,92)		
Realiza alguma atividade de lazer						
Não	46 (21,70)	166 (78,30)		1		
Sim	9 (24,32)	28 (75,68)	0,720	1,12 (0,60 – 2,09)		
Realizada alguma atividade física ou esportiva						
Não	45 (26,79)	123 (73,21)	0,016	2,16 (1,15 – 4,08)	0,009	2,22 (1,22 – 4,04)
Sim	10 (12,35)	71 (87,65)		1		1
É fumante						
Não	52 (23,01)	174 (76,99)	0,305	1,76 (0,59 – 5,21)		
Sim	3 (13,04)	20 (86,96)		1		
Faz uso de bebida alcóolica						
Não	43 (22,28)	150 (77,72)	0,942	1,02 (0,57 – 1,79)		
Sim	12 (21,82)	43 (78,18)		1		
Autoavaliação do estado de saúde						
Muito bom ou bom	18 (14,88)	103 (85,12)		1		1
Regular	24 (26,67)	66 (73,33)	0,037	1,79 (1,03 – 3,10)	0,035	1,81 (1,04 – 3,15)
Ruim ou muito ruim	13 (35,14)	24 (64,86)	0,006	2,36 (1,28 – 4,35)	0,066	1,72 (0,96 – 3,09)
Faz uso de algum medicamento						
Não	5 (10,64)	42 (89,36)		1		
Sim	50 (24,88)	151 (75,12)	0,054	2,33 (0,98 – 5,55)		
Tem dor crônica						
Não	18 (15,00)	102 (85,00)		1		
Sim	37 (28,66)	92 (71,32)	0,012	1,91 (1,15 – 3,17)		
Presença de multimorbidade						
Não	17 (13,49)	109 (86,51)		1		
Sim	38 (30,89)	85 (69,11)	0,002	2,28 (1,36 – 3,83)	0,046	1,69 (1,00 – 2,86)
Nível de Funcionalidade						

Independente	30 (17,65)	140 (82,35)		1
Dependência	25 (31,65)	54 (68,35)	0,013	1,79 (1,13 – 2,83)

Deviance Goodness of fit = 137.8821; p = 1.000.

RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%;

6 DISCUSSÃO

Será apresentada no presente capítulo a discussão da pesquisa, envolvendo os resultados encontrados por meio das análises dos dados, tendo como referência a produção científica atinente ao tema. O capítulo será dividido em tópicos a respeito das reflexões sobre a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em pessoas idosas que residem tanto em áreas rurais, quanto em áreas urbanas, para análise das diferenças encontrados, e sobre os fatores associados à sintomatologia depressiva e ansiosa, identificados na análise bivariada e multivariada dos resultados da pesquisa.

6.1 Reflexões acerca da prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pessoas idosas que residem em áreas rurais e urbanas

Devido à desigualdade social e a falta de preparo da sociedade quando deparada com a realidade vivenciada pelas pessoas idosas, especialmente em relação ao contexto de vulnerabilidade social, biológica e psicológica, essa população possui em seu cotidiano uma série de situações que impactam a saúde mental, como a desvalorização das aposentadorias e pensões, a falta de investimentos públicos direcionados a esse grupo, a inexistência do suporte às necessidades e mudanças que ocorrem nessa fase, entre outras questões que permeiam o processo de envelhecimento (SILVA; MARIN; RODRIGUES, 2015).

A presente pesquisa evidenciou que a prevalência de sintomas depressivos em pessoas idosas que residem em áreas rurais foi de 23,29% e de sintomas ansiosos de 22,09%. Poucas pesquisas brasileiras realizadas com a população idosa residente em áreas rurais foram encontradas. Contudo, um estudo realizado em Rio Grande – RS, com 994 pessoas idosas da área rural, constatou, através da aplicação do GDS, a prevalência de 8,1% de sintomas depressivos (CORRÊA *et al.*, 2020). Já um estudo realizado em Uberaba – MG, com uma amostra de 850 pessoas idosas residentes em área rural, evidenciou, com o uso do GDS, que a prevalência de sintomas depressivos foi de 22%, se assemelhando aos resultados encontrados na presente pesquisa (FERREIRA; TAVARES, 2013).

Uma pesquisa comparativa foi realizada por Silva *et al.* (2013) em um outro município do Rio Grande do Sul, com uma amostra de 229 pessoas idosas, incluindo residentes da área urbana e da área rural. Nesta, os autores identificaram, através do

autorrelato dos entrevistados, que a população idosa de áreas urbanas apresenta maiores níveis de ansiedade (32,1%) e depressão (26,7%), em comparação com a população idosa da zona rural, onde 9,2% declararam apresentar ansiedade e 7,1% depressão.

A população idosa que vive em regiões urbanas está exposta a fatores que podem influenciar o desenvolvimento de determinadas condições de saúde, tendo menos horas disponíveis para o sono e pior qualidade de vida. As pessoas idosas que residem em regiões rurais, vivem em ambientes naturais que reduzem o estresse, possuindo um dia a dia mais ativo, com alimentação e hábitos mais saudáveis, melhorando, conseqüentemente, a qualidade de vida (LIANO *et al.*, 2017; CORRÊA *et al.*, 2020).

Outro estudo comparativo foi realizado em Maceió – AL, onde Maximiano-Barreto *et al.* (2019) tiveram como amostra pessoas idosas assistidas por rede pública e privada, não sendo especificado se estas eram da área urbana ou rural. Os resultados apresentaram que pessoas idosas que utilizam o serviço público apresentaram 48,84% de prevalência de sintomas depressivos e 47,67% de sintomas ansiosos. Enquanto a população idosa assistida pelo serviço privado apresentou a prevalência de 16,47% de sintomas depressivos e 20% de sintomas ansiosos.

Os dados encontrados no estudo citado demonstraram, segundo os autores, que pessoas com poder aquisitivo mais elevado e que, conseqüentemente, buscam os serviços privados, possuem menor prevalência de sintomas ansiosos e depressivos. Os autores identificaram que possuir renda igual ou maior que três salários mínimos promove melhor qualidade de vida às pessoas idosas (MAXIMIANO-BARRETO *et al.*, 2019).

Estudos conduzidos com pessoas idosas em áreas urbanas identificaram que prevalência de sintomas depressivos variou entre 9,6% e 74,5% e de sintomas ansiosos entre 33,91% e 48,84% (ABRANTES *et al.*, 2019; COSTA *et al.*, 2023; FARIAS *et al.*, 2022; HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016; MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017; ROCHA; BEZERRA; MONTEIRO, 2021). Destaca-se que tais pesquisas utilizaram os instrumentos GDS e GAI para realizar o rastreio destes sintomas.

A alta prevalência de sintomas depressivos observada em alguns estudos pode ser justificada como consequência da realidade de extrema vulnerabilidade socioeconômica e de saúde vivenciada pela população idosa, tendo municípios e

estados que apresentam grandes desigualdades quando comparados a outras regiões do país (ROCHA; BEZERRA; MONTEIRO, 2021).

Logo, apesar de todas as pesquisas mencionadas terem sido direcionadas à população idosa, com a utilização dos mesmos instrumentos, sendo o GDS e o GAI, observa-se a divergência entre os resultados encontrados. Esta pode ser dar por diferenças econômicas, culturais e regionais, levando em consideração que cada local possui seus próprios costumes, necessidades e identidades culturais, inclusive os centros urbanos e rurais (CORRÊA *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2022).

6.2 Fatores associados a sintomatologia depressiva e ansiosa em pessoas idosas

A presente pesquisa evidenciou que as mulheres idosas apresentam maior prevalência de sintomas ansiosos do que os homens. Segundo Costa *et al.* (2023), sintomas ansiosos apresentados em mulheres idosas podem estar relacionados com questões subjacentes que surgiram ao longo da vida, como a vivência de diferentes formas de violência - sexual, física, patrimonial, entre outras -, transtorno de estresse pós-traumático e demais situações que geraram traumas e/ou sentimentos negativos. Ser mulher é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas ansiosos, sendo três vezes mais propensas a apresentarem transtornos de ansiedade (COSTA *et al.*, 2023).

Considera-se que as mulheres apresentam maior vulnerabilidade social, pois é comum que estas vivenciem situações de desigualdades de gênero e machismo; que apresentem menores níveis de escolaridade e de renda salarial, tendo um maior número de doenças, limitações físicas e funcionais, além de viverem mais sozinhas, o que pode gerar, por consequência, menor suporte social e emocional (MENDES-CHILOFF *et al.*, 2018). Além disso, existem diferentes estudos que evidenciam que as mulheres idosas apresentam sintomatologias depressivas de forma mais prevalente do que os homens, tanto leve, quanto severas (SOUZA *et al.*, 2022; CORRÊA *et al.*, 2020; ROCHA; BEZERRA; MONTEIRO, 2021; MENDES-CHILOFF *et al.*, 2018).

A diferenciação entre os gêneros pode se dar em decorrência de fatores que são historicamente ligados ao gênero feminino, onde as mulheres tiveram por longo período de tempo a negação do acesso à educação, menores possibilidades de

trabalho formal, níveis socioeconômicos mais baixos, pressão social, divisão de papéis de gênero que limitavam a liberdade feminina, a sobrecarga em relação aos afazeres domésticos e cuidados com os filhos, entre outros fatores que favorecem maior vulnerabilidade, menos segurança e bem-estar na longevidade (COSTA *et al.*, 2023; HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016).

A saúde mental das mulheres pode ser mais afetada, de acordo com Souza *et al.* (2022), por estas terem maior longevidade, o que aumenta a exposição a situações e eventos estressores, havendo maior probabilidade de as mulheres internalizarem sentimentos negativos. Ademais, há a tipificação de gênero, onde socialmente as mulheres são mais estimuladas a se expressarem e se permitirem vivenciar as sintomatologias ligadas à saúde mental. Há a sobrecarga de trabalho, desigualdades de gênero e outros fatores que ocorrem durante a vida de figuras femininas, que geram implicações negativas e adoecimento psíquico (SOUZA *et al.*, 2022).

De acordo com Ferreira e Tavares (2013), Hellwig, Munhoz e Tomasi, (2016) e Rocha, Bezerra e Monteiro (2021), existem outros fatores que podem afetar a saúde mental das mulheres, como as mudanças hormonais, incluindo o processo de menopausa que gera a diminuição da produção de estrogênio e pode causar baixa autoestima, nervosismo, diminuição da memória, concentração e libido. Além disso, a aposentadoria, a saída dos filhos de casa, se mudando para áreas urbanas em busca novas oportunidades e maior qualidade de vida; o desgaste do relacionamento com o parceiro e as mudanças que ocorrem no corpo da mulher, havendo a perda da juventude e o processo de luto pelas demais perdas que passam a existir ao decorrer do envelhecimento, são fatores que também podem causar danos à saúde mental (FERREIRA; TAVARES, 2013).

Como o processo de envelhecimento gera mudanças fisiológicas e patológicas, pode haver, conseqüentemente, um aumento do nível de dependência, dificuldades em relação a capacidade física, cognitiva e psicológica, e um comprometimento funcional entre a população idosa. Pessoas que possuíam total autonomia durante a vida adulta e passam a apresentar dificuldades que geram dependência, acabam vivenciando a troca de papéis, desenvolvendo sintomas ansiosos e/ou depressivos, ou sendo diagnosticados com transtornos mentais comuns (COSTA *et al.*, 2023).

Evidenciou-se na presente pesquisa, que o nível de dependência funcional foi um dos fatores relacionados a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, assim como na pesquisa de Ferreira e Tavares (2013), Hellwig, Munhoz e Tomasi (2016) e

Costa *et al.* (2023), em que os autores pontuam que pessoas idosas que apresentam sintomas ansiosos e depressivos possuem maior comprometimento no desempenho das atividades de vida diária, baixa interação social, maior vulnerabilidade clínico-funcional e vivenciam processos de incapacidade.

Não ter os mesmos hábitos adquiridos ao longo da vida, inclusive com as mudanças de rotina de trabalho da população idosa, ocasiona em desconforto, sensação de incapacidade e adoecimento psicológico, visto que as pessoas idosas passaram por um longo período de tempo cuidando de si e de outras pessoas, exercendo suas atividades laborais, e, a partir de determinado momento, se deparam com uma nova realidade que os limita, em algumas situações (OLIVEIRA *et al.*, 2020b).

Oliveira *et al.* (2020b), por meio de uma pesquisa realizada com pessoas idosas, sem especificação sobre estas serem de áreas urbanas ou rurais, analisou que aquelas que possuem alguma atividade laboral, que se mantêm ativas e com autonomia, apresentam menores índices de sintomas depressivos. Isto se justifica, pois, a população idosa que consegue sentir que se mantêm ativa, se sente mais independente, executando algumas atividades no dia a dia, de forma que controlam o próprio ambiente.

O trabalho é considerado um organizador social, emocional e financeiro, independentemente da etapa da vida em que o sujeito se encontra, contribuindo para a atribuição de sentido. Logo, a aposentadoria ou recebimento de algum benefício social na vida idosa pode causar sentimentos de desvalia, sendo a inatividade, falta de autonomia e a dependência funcional alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos (OLIVEIRA *et al.*, 2020b).

A autonomia tem grande importância na vida das pessoas, inclusive na da população idosa, sendo necessária para as funções cognitivas, levando em consideração que ter autonomia contribui para que as pessoas possam criar a própria rotina, ter atividades de vida diárias e tomar as próprias decisões, gerando a construção de um bem-estar psicológico. As transformações que ocorrem nos corpos e na saúde dos indivíduos durante o envelhecimento atingem de forma direta a autoestima, impactando a autonomia, cognição, participação social, liberdade e individualização, afetando, assim, que pessoas idosas tenha controle sobre a própria vida (OLIVEIRA *et al.*, 2020b).

A dependência funcional pode ser ocasionada pela multimorbidade, que é a presença de duas ou mais condições crônicas de saúde pelo mesmo sujeito. A análise dos dados demonstrou que pessoas idosas que possuem multimorbidade apresentam maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos quando comparados aqueles que não possuem mais de uma doença crônica. Ferreira e Tavares (2013) e Corrêa *et al.* (2020), encontraram informações semelhantes, onde colocam que a população idosa com duas condições crônicas ou mais apresenta duas vezes mais chances para o desenvolvimento de um quadro depressivo, particularmente aquela de áreas rurais.

Segundo Corrêa *et al.* (2020), a relação entre sintomas depressivos e multimorbidade pode ser considerada bidirecional, levando em consideração que as dores crônicas podem levar os sujeitos a uma predisposição ao desenvolvimento de um quadro depressivo, pois estão relacionados com algumas consequências negativas de condições específicas de saúde, como no caso de doenças cardíacas e/ou osteomusculares.

A análise dos dados deste estudo mostrou que pessoas idosas que possuem dores crônicas apresentam maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos, semelhante ao estudo de Terassi *et al.*, (2020) e Silva *et al.*, (2018), que pontuam que sujeitos que possuem dores crônicas estão mais propensos a apresentarem sintomatologia depressiva e ansiosa. Sentimentos negativos podem ser desencadeados em pessoas idosas que possuem tais dores, como medo, ansiedade, raiva, agressividade, bem como mudanças consideráveis no dia a dia (TERASSI *et al.*, 2020).

A associação entre dores crônicas e sintomas depressivos em pessoas idosas é justificada pela “deficiência de neurotransmissores, as alterações nos receptores e o transtorno dos ritmos biológicos” (TERASSI *et al.*, 2020, p. 5), pois tanto a sintomatologia depressiva, quanto as dores crônicas, envolvem mecanismos bioquímicos que se assemelham e podem gerar a redução de disponibilidade de neurotransmissores no sistema nervoso central.

Segundo Silva *et al.*, (2018), a população idosa que apresenta sintomas depressivos e dores crônicas, especialmente as mulheres, possuem as dores intensificadas, sendo mais frequente em diferentes locais do corpo e mais dolorosas, havendo um agravamento no estado de saúde físico e mental devido a estas duas condições que se prejudicam entre si. Um sujeito com sintomas depressivos, pode ser menos ativo, tendo pouca interação e contato social, o que pode levar a potencialização do

quadro de dores, levando, conseqüentemente, a piora dos sintomas depressivos, se tornando um ciclo (SILVA *et al.*, 2018; TERASSI *et al.*, 2020).

Evidenciou-se, através dos dados desta pesquisa, que as pessoas idosas que fazem uso de medicamentos apresentam maior prevalência de sintomas depressivos, tal como a pesquisa realizada por Corrêa *et al.* (2020). A população idosa que faz uso de medicamentos contínuos possui maior probabilidade de desenvolver sintomas depressivos, pois os remédios consumidos na senescência são para diversas doenças que coexistem nos sujeitos, podendo gerar efeitos colaterais, perspectiva negativa em relação a condição de saúde, além de ocasionar em diminuição do metabolismo pelas substâncias farmacêuticas existentes nos organismos das pessoas idosas (CORRÊA *et al.*, 2020).

A polifarmácia, que é o uso de diferentes medicamentos de uso contínuo pelo mesmo sujeito, é comum entre a população idosa e pode acarretar em conseqüências negativas, visto que os medicamentos de composições distintas podem gerar alterações farmacológicas e farmacodinâmicas em pessoas da terceira idade (CORRÊA *et al.*, 2020). Além disso, a polifarmácia gera um gasto para o serviço público e, principalmente, para os sujeitos, levando em consideração que nem sempre os medicamentos que devem ser utilizados estão disponíveis todos os meses pelo SUS, o que pode ocasionar em adoecimento psicológico devido a falta de recursos financeiros para adquirir todos os medicamentos necessários (CORRÊA *et al.*, 2020).

Entre a população idosa, os sujeitos que possuem multimorbidade, fazem uso de muitos medicamentos e possuem dores crônicas tendem a avaliar de forma negativa o seu estado de saúde atual (CORRÊA *et al.*, 2020). A presente pesquisa evidenciou que pessoas idosas que classificam seu estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim apresentam maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos. Diferentes pesquisas encontraram o mesmo dado, como Rocha, Bezerra e Monteiro (2021) e Corrêa *et al.* (2020), onde os últimos autores pontuam que tais sujeitos apresentam vinte vezes mais chances de desenvolverem sintomas depressivos.

A autopercepção em relação ao estado de saúde é subjetiva, mas traz respostas que tendem a dizer a respeito da saúde como um todo, levando em consideração as dimensões biológicas, psíquicas e sociais. Os sintomas depressivos podem ser observados através da autoavaliação de saúde, pois o processo de envelhecimento traz mudanças na vida dos sujeitos, incluindo a perda de funções

cognitivas, sexuais e sentimentos de invalidez, influenciando em uma visão negativa sobre a saúde, o que pode levar ao surgimento de sintomas depressivos (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016).

Apresentar as condições de saúde mencionadas anteriormente, em conjunto com a diminuição do trabalho, de autonomia, com a menor interação entre outros sujeitos, o sentimento de incapacidade, a dependência funcional, entre outros fatores, leva a pior percepção de saúde e diminuição de qualidade de vida, ocasionando, como consequência, prejuízos na saúde mental da população idosa (CORRÊA *et al.*, 2020).

Corroborando o presente estudo, as pesquisas de Ferreira e Tavares (2013) e de Rocha, Bezerra e Monteiro (2021), encontraram dados que evidenciam que a população idosa com 80 anos ou mais é indicativa para sintomas depressivos, demonstrando que mesmo sendo pesquisas realizadas em anos distantes, ainda assim é possível identificar resultados semelhantes quanto a faixa etária das pessoas idosas mais afetadas pelo adoecimento psicológico. O envelhecimento até idades mais avançadas expõe a população idosa a mais vivências de perdas, lutos e à probabilidade de desenvolverem doenças crônicas, o que pode comprometer a saúde mental dos mesmos (ROCHA; BEZERRA; MONTEIRO, 2021).

Os dados demonstram que o contexto socioeconômico, como o nível de escolaridade, possui influência em relação a sintomas ansiosos e depressivos, assim como evidenciado em outros estudos realizados por Oliveira *et al.* (2020b), Souza *et al.* (2022), Rocha, Bezerra e Monteiro (2021) e Farias *et al.* (2022). Pessoas idosas com escolaridade de um a três anos apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos quando comparadas à aquelas que possuem maiores níveis de escolaridade (OLIVEIRA *et al.*, 2020b).

Alto grau de escolaridade pode ser considerado fator protetivo em relação ao desenvolvimento de sintomas depressivos, pois possibilita que os sujeitos possuam melhores condições socioeconômicas, o que influencia de forma direta às práticas de autocuidado, a busca por promoção e prevenção de saúde entre a população idosa, gerando, por consequência, um envelhecimento mais saudável e com maior qualidade de vida (FARIAS *et al.*, 2022; MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017; SOUZA *et al.*, 2022).

Pode-se considerar que a alfabetização que os sujeitos possuem está relacionada de forma direta aos recursos de adaptação para lidar e enfrentar situações adversas, e para controlar o ambiente (OLIVEIRA *et al.*, 2020b; ROCHA; BEZERRA;

MONTEIRO, 2021). Ademais, Oliveira *et al.* (2020b) enfatiza, com base em seu estudo, que quanto maior a escolaridade da pessoa idosa, menor será a prevalência de sintomas depressivos e maior será o bem-estar psicológico.

Ter baixa escolaridade ou ser analfabeto pode gerar uma série de prejuízos na qualidade de vida e bem-estar dos sujeitos, pois pode implicar na manutenção da saúde, como no manuseio de medicamentos que devem ser consumidos diariamente, no desconhecimento sobre os cuidados necessários e as consequências de doenças que foram adquiridas durante o processo de envelhecimento. Na Região Nordeste do país há uma maior concentração de pessoas idosas analfabetas e de baixa escolaridade, além de pessoas idosas com baixa renda e renda insuficiente para suprir as necessidades básicas de subsistência (MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017).

O resultado deste estudo demonstrou que pessoas idosas que não possuem renda ou que têm renda de até um salário mínimo apresentam maior prevalência de sintomas depressivos, assim como no estudo de Rocha, Bezerra e Monteiro (2021). Não ter renda ou ter baixa renda salarial impacta o bem-estar da população idosa, gerando vulnerabilidade e fatores adversos à saúde física e mental (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016; MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017).

Não ter renda ou receber baixa renda salarial pode ser consequência do não recebimento da aposentadoria, de outros benefícios sociais ou da ausência de atividade laboral, visto que há uma desvalorização da população idosa frente ao mercado de trabalho, devido a estigmatização social de que a mesma é improdutiva e que não cumpre as competências para o desenvolvimento das atividades do trabalho (ROCHA; BEZERRA; MONTEIRO, 2021).

A falta de renda pode gerar diferentes impactos na vida das pessoas idosas, inclusive na alimentação, podendo ocasionar em insegurança alimentar (SANTOS *et al.*, 2021). Um estudo realizado por Santos *et al.* (2021), encontrou dados que evidenciam a relação entre sintomas depressivos graves e risco nutricional, pois pessoas idosas com desnutrição são mais propensas ao surgimento da sintomatologia depressiva, levando em consideração que a desnutrição pode causar fragilidade e maior dependência funcional. Os sintomas depressivos estão, de forma frequente, relacionados ao estado nutricional, devido ao impacto no centro de controle neural, que tem influência sobre a fome, ansiedade e compulsões alimentares, contribuindo para o ganho ou perda de peso (SANTOS *et al.*, 2021).

Possuir dificuldades financeiras, além de gerar sintomas depressivos, pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas ansiosos, em decorrência das preocupações que a baixa renda causa (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016). Outro impacto que estar em condição de vulnerabilidade financeira pode causar está relacionado ao acesso das pessoas idosas aos serviços de saúde, inclusive voltados aos atendimentos para a saúde mental (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016).

Considerando a população idosa das áreas rurais, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental pode aumentar, pois há USF localizadas em zonas rurais que não possuem profissionais especializados em saúde mental ou apoio matricial (OLIVEIRA *et al.*, 2020b), o que demandaria pessoas idosas que necessitem de suporte profissional para lidar com sintomas ansiosos e depressivos mais graves tenham que se deslocar aos centros das cidades para conseguir tal assistência pela rede pública ou privada.

Levando em consideração o estado civil da população que participou desta pesquisa, foi evidenciado que as pessoas idosas solteiras possuem maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos, assim como as pessoas idosas viúvas possuem maior prevalência de sintomas ansiosos. Dessa forma, aquelas que se encontram mais solitárias, tanto por serem viúvas, quanto por serem solteiras, necessitam de maior apoio social e familiar, pois a solidão, o sentimento negativo e as emoções negativas que não possuir companheiros pode causar contribui para a presença destes sintomas (FARIAS *et al.*, 2022; LIMA *et al.*, 2023; SANTOS *et al.*, 2020).

Conforme colocado por Maximiano-Barreto e Fermoseli (2017), pessoas idosas que residem sozinhas podem apresentar declínio em relação aos cuidados de saúde, se tornando dificultosa a percepção das necessidades de maneira geral. Segundo Carneiro *et al.* (2017), pessoas idosas que apresentam fragilidades, demandam auxílio em relação às atividades básicas e instrumentais de vida diária, logo, a população idosa que se encontra solteira pode encontrar dificuldades com relação ao próprio cuidado e à manutenção de sua saúde mental.

Ademais, os autores encontraram como resultado de sua pesquisa que a população idosa que não realiza atividade física e de lazer apresenta um aumento de sintomas ansiosos e depressivos, corroborando o presente estudo que evidenciou que aquelas que não realizam nenhuma atividade física ou praticam algum esporte possuem maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos.

Ter uma prática regular de atividades físicas contribui, não apenas para a saúde física, como para a melhora da saúde mental, inclusive da população idosa, pois promove interação e convívio social, autonomia, melhora no humor, diminuição do estresse, aumento da autoestima, melhora no funcionamento dos aspectos cognitivos, na qualidade do sono e na qualidade de vida (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016).

Fato importante que deve ser considerado em relação aos sintomas ansiosos e depressivos apresentados pela população idosa, é o impacto da pandemia pela COVID-19. A COVID-19 contribuiu para o surgimento e agravamento de quadros psicoemocionais nas pessoas idosas, pois gerou medo de contrair a doença, tristeza ao acompanhar as notícias mundiais, luto por familiares e amigos que contraíram o vírus e vieram a óbito, o isolamento social durante o período pandêmico que trouxe o sentimento de solidão, as tensões econômicas e incertezas sobre o que iria acontecer no futuro (COSTA *et al.*, 2023).

Estima-se que a pandemia ocasionou um aumento de até 20% de sintomas de ansiedade na população idosa (COSTA *et al.*, 2023) e que, durante o isolamento social, esta população apresentou maior escore para sintomas depressivos, sendo consequência do momento pandêmico (KITAMURA *et al.*, 2022). Além da situação crítica e preocupante gerada pela disseminação do vírus mundialmente, os idosos desenvolveram ou tiveram sintomas ansiosos e depressivos intensificados devido a exposição repetida de notícias sobre a COVID-19, que nem sempre eram fidedignas (KITAMURA *et al.*, 2022).

Levando em consideração os fatores associados aos sintomas depressivos e a contextualização teórica realizada, percebe-se que as pessoas idosas que se encontram em estado mais vulnerável para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva são aqueles que apresentam fatores que possuem relação direta entre si.

Possuir 80 anos ou mais traz como consequência uma série de mudanças orgânicas que afetam a saúde mental e física, podendo gerar a multimorbidade e a necessidade do uso de medicamentos para tratamento em saúde, inclusive para amenizar as dores crônicas que podem ser decorrentes das condições apresentadas.

Por consequência, as pessoas idosas longevas podem desenvolver a dependência funcional, dificuldade em realizar alguma atividade física ou praticar algum esporte e, também, uma avaliação negativa sobre o estado de saúde, como avaliá-la como regular, ruim ou muito ruim. Além disso, a população idosa que possui escolaridade de um a três anos e que não possui renda ou possui renda de até um

salário mínimo - que pode ser consequência da falta de estudos e junção dos demais fatores mencionados - apresenta maior prevalência de sintomas depressivos em comparação aos demais.

Em relação aos fatores associados aos sintomas ansiosos, a mesma relação entre as variáveis foi encontrada. Ser uma mulher idosa remete a uma série de vulnerabilidades, inclusive físicas, onde a partir de determinada idade, esta fica mais propensa ao desenvolvimento da multimorbidade e limitações de saúde. Possuir multimorbidade resulta na necessidade em fazer uso de medicamentos para as condições de saúde e dores crônicas apresentadas, podendo ocasionar em dependência funcional em decorrência da realidade vivenciada, que por consequência pode resultar em uma avaliação negativa de seu estado de saúde, como regular, ruim ou muito ruim.

Tais fatores podem impossibilitar ou atrapalhar que as pessoas idosas consigam realizar atividades físicas ou praticar esportes. Além disso, pessoas idosas que são solteiras ou viúvas, ou seja, que podem vir a ter um sentimento de solidão e de que não possuem suporte em relação aos cuidados de saúde, apresentam maior prevalência da sintomatologia ansiosa.

Observa-se que os fatores associados aos sintomas depressivos se assemelham aos associados aos sintomas ansiosos, especialmente os fatores ligados a condição de saúde que as pessoas idosas se encontram, como ter multimorbidade, utilizar medicamentos, ter dores crônicas, dependência funcional, não realizar nenhuma atividade física ou praticar esportes e avaliar o estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim. Demonstrando, assim, que as pessoas idosas que se encontram em uma situação adoecedora fisicamente podem apresentar adoecimento psicológico; e que há a possibilidade de os mesmos pacientes apresentarem ambos os sintomas, depressivos e ansiosos, apesar de suas manifestações serem de maneiras distintas, o que pode justificar a porcentagem semelhante da prevalência dos dois sintomas.

Existem variáveis que são apontadas por Mendes-Chiloff *et al.* (2018) como variáveis de proteção, ou seja, aquelas que não foram associadas a sintomas depressivos em seu estudo, sendo elas: ser do sexo masculino, ter maior nível de escolaridade, possuir maior renda salarial, considerar a renda como suficiente para arcar com as despesas mensais, ter menos doenças autorreferidas e fazer menos uso de medicamentos contínuos.

Considerando os resultados deste estudo, as variáveis que podem ser consideradas como de proteção para os sintomas depressivos, que não foram associadas a essa sintomatologia, são: ter entre 60-79 anos, ter mais de 1 a 3 anos de escolaridade, possuir mais de um salário mínimo, praticar atividade física ou esporte, possuir boa avaliação sobre o estado de saúde, não ser solteiro, não fazer uso de medicamentos, não ter dor crônica, não apresentar multimorbidade e não ter dependência funcional.

Já os fatores de proteção para os sintomas ansiosos são: ser do sexo masculino, não ser viúvo ou solteiro, praticar alguma atividade física ou esporte, possuir boa avaliação sobre o estado de saúde, não fazer uso de medicamentos, não ter dor crônica, não apresentar multimorbidade e não ter dependência funcional. Logo, os dados evidenciam que as pessoas idosas que não se encontram em situação de vulnerabilidade social possuem maiores chances de não apresentarem sintomas ansiosos e/ou depressivos.

Pessoas idosas que possuem melhores condições de vida, mais mecanismos psíquicos para lidar com situações adversas, interação e suporte social, menor prejuízo para o desenvolvimento de atividades instrumentais de vida diária, melhores condições de saúde, autocuidado, adesão à atividades físicas, entre outros, possuem maior qualidade de vida, o que contribui para o envelhecimento saudável e a proteção da saúde mental dessa população (GARBACCIO *et al.*, 2018; GATO *et al.*, 2018).

Com isso, os apontamentos da pesquisa mostram que se deve investigar e conhecer o contexto no qual as pessoas idosas vivem, quais seus comportamentos promotores de saúde ou facilitadores de doenças, quais os estilos de vida e o perfil dessa população, para que sejam elaboradas estratégias de promoção de saúde, além da prevenção e reabilitação. Assim, será possível construir um cuidado voltado para a integralidade da saúde da população idosa (ABRANTES *et al.*, 2019).

Ações em saúde direcionadas às pessoas idosas que envolvam atividades físicas, incentivo a um estilo de vida saudável, grupos terapêuticos, serviços voluntários, espaços de convivência e de interação social, contribuem para a melhora da saúde mental, havendo a diminuição de estresse e de sintomas ansiosos e depressivos. Além disso, promove a formação de vínculos e redes de apoio entre as pessoas idosas, aumento da autoestima, relações positivas com os demais membros das atividades propostas, troca de afetos e melhorias na qualidade de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2020a; SOUZA *et al.*, 2022).

As limitações deste estudo estão relacionadas à amostra da pesquisa ser apenas do município de Campo Grande/MS, e por se tratar de pesquisa realizada no âmbito da APS, é preciso apontar que o município não possui cobertura total deste tipo de serviço, portanto, é possível que uma parcela considerável da população não tenha sido incluída na pesquisa. Além disso, esta pesquisa trata-se de um estudo transversal, onde os dados encontrados mostram apenas um recorte da realidade investigada, e existe uma escassez notável de estudos científicos direcionados à população idosa residente em áreas rurais, limitando a possibilidade de realizar comparações e aprofundamento teórico. Levando em consideração que os instrumentos aplicados possuem questões que consideram como as pessoas idosas estão se sentindo no momento da aplicação dos instrumentos, isto impossibilita a estimativa da incidência de sintomas ansiosos e depressivos entre a população idosa.

Ademais, novos estudos devem ser realizados em áreas rurais em outras regiões do país, com a população idosa, devido à escassez de pesquisas direcionadas a esse público. Novas pesquisas devem ser desenvolvidas, igualmente, sobre sintomas ansiosos em pessoas idosas, visto que a maioria das pesquisas existentes são voltadas aos sintomas depressivos.

7 CONCLUSÕES

A presente pesquisa evidenciou que a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família em áreas rurais de Campo Grande/MS foi de 22,09% (IC95% 17,33 - 27,20) e 23,29% (IC95% 18,42 - 28,98), respectivamente.

Foi possível conhecer as características sociais, demográficas, clínicas e epidemiológicas das pessoas idosas residentes na área rural, sendo a amostra composta, em sua maioria, por pessoas entre 60 a 69 anos, do sexo feminino, que se autodeclararam pardos, casados, que praticam religião, que possuem entre quatro a sete anos de estudo, com renda de um salário mínimo, que não praticam atividade física ou esporte, não sendo fumantes, sem consumo de bebidas alcólicas, que avaliam o estado de saúde como bom, que fazem uso de medicamentos, possuem dores crônicas e que são independentes.

Além disso, os resultados da pesquisa demonstram que os fatores associados aos sintomas depressivos ocorrem pessoas de 80 anos ou mais, solteiros, com escolaridade de um a três anos, sem renda ou com renda de até um salário mínimo, que não realiza nenhuma atividade física ou pratica algum esporte, que avalia o estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim, que faz uso de medicamento, tem dor crônica, possui multimorbidade e tem dependência funcional.

Já os fatores associados aos sintomas ansiosos são pessoas do sexo feminino, solteiros, viúvos, que não realizam nenhuma atividade física, que avalia o estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim, que faz uso de medicamento, tem dor crônica, possuem multimorbidade e dependência funcional.

Ademais, foi possível identificar os problemas de saúde autorreferidos (multimorbidade) das pessoas idosas da amostra e avaliar a capacidade funcional para as atividades básicas da vida diárias, associando aos sintomas ansiosos e depressivos, sendo evidenciado que os participantes que possuem multimorbidade apresentam maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos, assim como os participantes que apresentam algum nível de dependência funcional.

Os dados demonstraram que as pessoas idosas considerados mais propensos ao adoecimento psicológico são aqueles que vivem em contexto de vulnerabilidade social, que apresentam enfermidades e que possuem menos acesso a fatores que

podem ser considerados como de proteção, como ter maior renda salarial, maior nível de escolaridade, menos uso de medicamentos, menos doenças autorreferidas, entre outros.

A APS e, mais especificamente, a ESF, possuem a responsabilidade pela identificação do estado de saúde mental da população idosa residente em áreas rurais, para a implementação de ações que visem o cuidado e a manutenção da saúde. Os achados expostos neste estudo evidenciam a necessidade do planejamento e da implementação de políticas públicas direcionadas as pessoas idosas de áreas rurais, devido à baixa cobertura em saúde e o baixo número de profissionais, incluindo profissionais especialistas em saúde mental. Além disso, o mapeamento de sintomas ansiosos e depressivos realizado, facilita o conhecimento das Unidades de Saúde da Família sobre as necessidades de cuidado a saúde mental desse público e gera conscientização para a população sobre a importância da saúde mental.

Faz-se imprescindível que os profissionais de referência das pessoas idosas realizem avaliações a respeito de aspectos biopsicossociais, para conhecimento dos aspectos da saúde física e mental destes pacientes, assim como a realidade vivenciada pelos mesmos. Além disso, é necessário que os profissionais de saúde recebam educação permanente direcionada ao cuidado em saúde que deve ser ofertado às pessoas idosas e uma formação acadêmica comprometida a ter enfoque nos na saúde da população idosa em ambientes urbanos e rurais, incluindo cuidados em saúde mental.

Os sintomas ansiosos e depressivos devem ser rastreados pelos profissionais das USF nas áreas rurais, para que sejam construídas linhas de cuidado, estratégias e intervenções direcionadas a estas demandas específicas, incluindo intervenções precoces que contribuam para o não desenvolvimento de sintomas mais graves e transtornos mentais. Faz-se necessária a criação de espaços onde estas pessoas idosas possam se sentir acolhidas para expor os seus sentimentos e sofrimentos psíquicos, como grupos terapêuticos, assim como o desenvolvimento de grupos de convivência e de outras atividades que envolvam a participação ativa da população idosa, para garantir melhoria na qualidade de vida e, conseqüentemente, na saúde mental.

8 RELEVÂNCIA, IMPACTOS E APLICABILIDADE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A presente pesquisa apresentou resultados relevantes para a Estratégia Saúde da Família, como a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em pessoas idosas que residem em áreas rurais, assim como os fatores associados a tais sintomatologias, o que irá gerar impactos na ESF, pois as unidades de saúde de referência dessa população terá conhecimento em relação aos cuidados em saúde mental que esse público necessita, levando em consideração que os resultados do estudo são alarmantes.

Este estudo traz resultados inéditos, visto que não há pesquisa publicada e disponível nos bancos de dados voltada à saúde mental de pessoas idosas residentes em áreas rurais de Campo Grande/MS e há um número escasso de publicações sobre a temática em território nacional, o que contribui para maior visibilidade à população idosa de áreas rurais, que pode ser considerada uma população vulnerável e invisibilizada.

As USF de todas as regiões do país podem ser impactadas pelos dados gerados neste estudo, demonstrando que as pessoas idosas necessitam de assistência, suporte e apoio em saúde mental. Independentemente de suas idades, os mesmos possuem o direito de poderem falar sobre suas dores e seus adoecimentos psicológicos, sejam eles decorrentes de questões que perpassam toda uma história de vida ou decorrentes do processo de envelhecimento.

A partir desta pesquisa, a ESF poderá propor intervenções, estratégias e estabelecer um planejamento quanto aos cuidados que devem ser fornecidos às pessoas idosas, levando em consideração a necessidade de pensar em ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde mental, tanto individualmente, quanto de maneira coletiva, analisando as particularidades de cada caso e demanda.

Esta pesquisa levantou informações importantes, como sobre as USF das áreas rurais de Campo Grande/MS e de outras localidades não possuírem e-Multi (Equipe Multiprofissional), antigo NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica). Ter uma e-Multi dentro da ESF, como profissionais da psicologia, educação física, nutrição, fisioterapia, entre outros, possibilita maior atenção às condições e necessidades de saúde apresentada pela população, incluindo as pessoas idosas.

Com isso, esta pesquisa possui potencial para fortalecer a ESF para o desenvolvimento de caminhos possíveis para o fortalecimento da saúde mental das pessoas idosas residentes em áreas rurais. Além disso, a mesma demonstra a necessidade da criação de novas políticas públicas de saúde e qualificação dos profissionais que atendem a população idosa, demonstrando a importância do rastreamento, identificação, diagnóstico, assistência e condutas terapêuticas para o tratamento dos sintomas ansiosos e depressivos apresentados em pessoas idosas.

Além dos impactos mencionados, esta pesquisa possui impactos sociais, econômicos e de saúde, pois através dos resultados encontrados, novas políticas podem ser instituídas, assim como ações e intervenções voltadas ao manejo dos sintomas ansiosos e depressivos apresentados pelas pessoas idosas e a prevenção para que tais sintomas não sejam frequentes ou agravados, o que pode gerar a redução de gastos públicos em saúde com medicamentos e tratamentos. Ademais, pode gerar, com os possíveis desdobramentos desta pesquisa, uma sociedade com menos pessoas idosas adoecidas emocionalmente, com maior qualidade de vida e estilos de vida mais saudáveis.

Espera-se que os gestores das USF das áreas rurais, assim como os da SESAU, levem em consideração os dados apresentados neste estudo para a construção de um novo olhar sobre o cuidado voltado à população idosa; e que os profissionais de saúde de referência repensem em sua atuação profissional, incluindo a necessidade da atenção à saúde mental das pessoas idosas, buscando criar espaços acolhedores para estreitamento e formação de vínculos. Além disso, espera-se que esta pesquisa consiga alcançar outros profissionais e a sociedade em geral, demonstrando a importância de considerar os sentimentos e vivências que as pessoas idosas possuem.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, G. G.; SOUZA, G. G.; CUNHA, N. M.; ROCHA, H. N. B.; SILVA, A. O.; VASCONCELOS, S. C. Sintomas depressivos em idosos na atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 4, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/jGTkbvphWvmgVQsLQRJQDqg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2023.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 57, n. 2, p. 421-426, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/Bdpjn6hWZz45CbmLQTt95pw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 ago. 2023.
- AMARAL, R. A.; RIETH, C. E. Sigilo e integralidade no cuidado em saúde mental: desafios à atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde. **Aletheia**, v. 47-48, p. 64-78, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-03942015000200006. Acesso em: 10 ago. 2023.
- ANDRADE, F. B.; FERREIRA FILHA, M. O.; DIAS, M. D.; SILVA, A. O.; COSTA, I. C. C. C.; LIMA, E. A. R.; MENDES, C. K. T. T. Promoção da saúde mental do idoso na Atenção Básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto & Contexto – Enfermagem** (on-line), v. 19, n. 1, p. 129-136, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/q7HbWFNKMC7QtCPx5wJmMJc/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 11 ago. 2023.
- BHAT, D.; HEIMAN, A. J.; TALWAR, A. A.; DUNNE, M.; AMANJEE, K.; RICCI J. A. Access to breast cancer treatment and reconstruction in rural populations: do women have a choice? **Journal Surgical Research**, v. 254, p. 223-231, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32474195/>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- BOLSONI, L. M.; ZUARDI, A. W. Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 1, p. 63-69, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/pdG7K8GRfMmcZHtZDqdg5gJ/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10 ago. 2023.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 1-2, 6 abr. 2001.
- BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 1-12, 19 out. 2006.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 1-25, 1º out. 2003.

BROCARD, D.; ANDRADE, C. L. T.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, S. M. L. Núcleo do Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 130-144, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JTpnpn9rLv7QyLYwTsc8pDQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 ago. 2023.

BUSCO, A. L. Z.; VIANA, D. A.; ALVES, L. M. S.; DIAS, F. A.; OLIVEIRA, D. V.; ANTUNES, M. D.; RODRIGUES, L. R.; TAVARES, D. M. S. Fatores associados à qualidade de vida dos idosos octogenários da zona rural de Uberaba/MG. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 231-240, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/H4FKKcZ6bGQHFSYDzgD3Qrz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2023.

CAMARGO, C. C.; PINTSCHER, A. B.; ARAKAKI, S. H.; SPIRI, W. C. Perfil do idoso assistido pela Estratégia Saúde da Família no Município de Botucatu – SP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 6, n. 4, p. 322-331, 2012. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v6n4a04.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

CARNEIRO, A. M. A família e o idoso: desafios da contemporaneidade. **Avaliação Psicológica**, v. 11, n. 2, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200017. Acesso em: 11 ago. 2023.

CARNEIRO, J. A.; CARDOSO, R. R.; DURÃES, M. S.; GUEDES, M. C. A.; SANTOS, F. L.; COSTA, F. M. CALDEIRA, A. P. Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 747-752, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CzMWCZNtkPWL6Psm9xqXQ4M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 19 abr. 2024.

CARVALHO, L. M.; COSTA, G. P.; FEITOSA, L. G. G. C.; RIBEIRO, I. P.; CARVALHO, C. M. S.; MACÊDO, V. S.; RODRIGUES, A. M. E.; NASCIMENTO, L. O. Idosos e suas estratégias de enfrentamento em saúde mental. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/15103/13524/196125>. Acesso em: 28 abr. 2022.

CASEMIRO, N. V.; FERREIRA, H. G. Indicadores de saúde mental em idosos frequentadores de grupos de convivência. **Revista da SPAGESP**, v. 21, n. 2, p. 83-96, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v21n2/v21n2a07.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2022.

CECCON, R. F., SOARES, K. G.; VIEIRA, L. J. E. S.; JÚNIOR, C. A. S. G.; MATOS, C. C. S. A.; PASCOAL, M. D. H. A. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 99-108, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Jh377DRYXCQwKQnTVjxvVPp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 maio 2022.

CORRÊA, M. L.; CARPENA, M. X.; MEUCCI, R. D.; NEIVA-SILVA, L. Depressão em idosos de uma região do Sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2083-2092, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/bBD6tYJXZPPhGYkhfvf4Dbh/#>. Acesso em: 04 jan. 2024.

COSTA, P. A.; BARBOSA, M. P. R.; BURITI, E. L.; ANDRADE, L. L.; CARVALHO, M. A. P.; NOGUEIRA, M. F. Associações entre ansiedade e incapacidade funcional em pessoas idosas: estudo transversal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, p. 1-11, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/7RvZVRtFVSzRm9wvtSc49Ts/#>. Acesso em: 03 jan. 2024.

DAMACENO, M. J. C. F.; CHIRELLI, M. Q. Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 24, v. 5, p. 1637-1646, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/vhfPWnBm7WQZXFYBdDnHqgD/>. Acesso em: 29 jan. 2024.

DESOUSA, D. A.; MORENO, A. L.; GAUER, G.; MANFRO, G. G.; KOLLER, S. H. Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. **Avaliação Psicológica**, v. 12, n. 3, p. 397-410, 2013. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v12n3/v12n3a15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2023.

DIAS, B. J. M. C.; RESENDE, F. M. O.; REGNE, G. R. S.; REINALDO, A. M. S.; PEREIRA, M. O.; TAVARES, M. L. O. Cuidado em saúde mental e atenção primária em saúde como campo formador para a enfermagem. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 16, n. 2, p. 49-56, 2020. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v16n2/v16n2a07.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2023.

FARIAS, W. M.; AGUIAR, I. M.; MARTINS, K. C.; SANTOS, J. B.; BARRETO, M. A. M.; FERMOSELI, A. F. O. Sintomas ansiosos e depressivos em idosos na atenção primária à saúde em Maceió – AL. **Revista de Medicina**, n. 101, v. 1, p. 1-8, 2022. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/188307/180031>. Acesso em: 30 abr. 2023.

FERREIRA, P. C. S.; TAVARES, D. M. S. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 401-407, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/b8MKbpN997hH66JpwwpRRBF/>. Acesso em: 05 jan. 2024.

FERREIRA, L. S.; MOREIRA, L. R.; PALUDO, S. S.; MEUCCI, D. Acesso à Atenção Primária à Saúde por idosos residentes em zona rural no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 149, p. 1-11, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/5WcjwBGhP5CS4ZFF46WfWkJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 abr. 2023.

FRANCO, M. T.; WYPYSZYNSKI, R. M.; BISOGNIN, E.; SCHALY, R.; MARTINS, R. B.; IANISKI, V. B. Capacidade funcional de idosos adscritos em uma estratégia saúde da família do meio rural. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano – RBCEH**, Passo Fundo, v. 15, n. 1, p. 62-75, 2018. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/download/7781/114114469/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

FREITAS, R. F.; RAMOS, D. S.; FREITAS, T. F.; SOUZA, G. R.; PEREIRA, E. J.; LESSA, A. C. Prevalência e fatores associados aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse em professores universitários durante a pandemia da COVID-19. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 70, n. 4, p. 283-292, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/8DKtKHH8xFrMjSjTr7X93Lt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 ago. 2023.

GARBACCIO, J. L.; TONACO, L. A. B.; ESTÊVÃO, W. G.; BARCELOS, B. J. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 776-784, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/pC3sjdGyJnPbyC9PXygQRrF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 mar. 2022.

GAMA, C. A. P.; LOURENÇO, R. F.; COELHO, V. A. A.; CAMPOS, C. G.; GUIMARÃES, D. A. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. *Interface*, n. 25, p. 1-16, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1286857>. Acesso em: 29 jan. 2024.

GATO, J. M.; ZENEVICZ, L. T.; MADUREIRA, V. S. G.; SAILVA, T. G.; CELICH, K. L. S.; SOUZA, S. S.; LÉO, M. M. F. Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. **Avances em Enfermería**, v. 36, n. 3, p. 302-310, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n3/0121-4500-aven-36-03-302.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2022.

GRUPO BRASILEIRO DE ESTUDOS SOBRE MULTIMORBIDADE. **1ª fase da pesquisa online para construção da Lista Brasileira de Multimorbidade utilizando a técnica Delphi**. São Paulo, SP: GBEM; 2019. Disponível em: https://wp.ufpel.edu.br/gbem/files/2020/08/Relat%C3%B3rio-da-1%C2%AArodada-do-question%C3%A1rio_parao-site_.pdf. Acesso em: 27 abr. 2022.

GRUPO BRASILEIRO DE ESTUDOS SOBRE MULTIMORBIDADE. **2ª fase da pesquisa online para construção da Lista Brasileira de Multimorbidade utilizando a técnica Delphi**. São Paulo, SP: GBEM; 2021. Disponível em: https://wp.ufpel.edu.br/gbem/files/2021/02/Relatorio-da-2a-rodadadoquestionario_para-o-site_.pdf. Acesso em: 27 abr. 2022.

GUERRA, T.; VENANCIO, I. C. D.; PINHEIRO, D. M. M.; MENDLOWICZ, M. V.; CAVALCANTI, A. C. D.; MESQUITA, E. T. Métodos de rastreamento da depressão em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 31, n. 4, p. 414-421, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ijcs/a/zSLzJXGZLk5pZFZzfwsvRQq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2023.

GUSMÃO, M. S. F.; CUNHA, P. O.; SANTOS, B. G.; COSTA, F. M.; CALDEIRA, A. P.; CARNEIRO, J. A. Multimorbidade em idosos comunitários: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, n. 25, v. 1, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/XvWpGV35MqHNG7sbKd8BVGG/?lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2022.

HELLWIG, N.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3575-3583, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jQQnjJgn4Nm39XkDRYvMdsm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde**. 2013. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4699>. Acesso em: 09 ago. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde**. 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4699>. Acesso em: 09 ago. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022 - Identificação étnico-racial da população, por sexo e idade**. 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3105/cd_2022_etnico_racial.pdf. Acesso em: 19 jan. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022 – Cidades e Estados**. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms/campo-grande.html>. Acesso em: 19 abr. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico de 2010**. 2010. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/acervo#/S/CD/A/52/T/Q>. Acesso em: 18 abr. 2024.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-9, 1963. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14044222/>. Acesso em: 20 ago. 2023.

KITAMURA, E. S.; FARIA, L. R.; CAVALCANTE, R. B.; LEITE, I. C. G. Depressão e transtorno de ansiedade generalizada em idosos pela infodemia de COVID-19. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/TFtD6wHNTcGZCvfKLLGSdWK/#>. Acesso em 04 jan. 2024.

LIANO, P. M. P.; LANGE, C.; NUNES, D. P.; PASTORE, C. A.; PINTO, A. H.; CASAGRANDA, L. P. Fragilidade em idosos da zona rural: proposta de algoritmo de cuidados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 5, p. 520-530, 2017. Disponível

em:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/S3Vg79cjqcCYxB5DnRgr6RM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2023.

LIMA, J. R. M. J. Fatores associados à ansiedade e depressão em idosos: Uma revisão integrativa. **Revista Nursing**, v. 26, n. 298, p. 9495-9501, 2023. Disponível em:

<https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3071/3677>. Acesso em 19 abr. 2024.

MARTINS, E. R. C.; MEDEIROS, A. S.; OLIVEIRA, K. L.; FASSARELLA, L. G.; MORAES, P. C.; SPINDOLA, T. Vulnerabilidade de homens jovens e suas necessidades de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 1, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/B3QR9yjcYdzNyNDMK9rssXN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2024.

MARTINY, C.; SILVA, A. C. O.; NARDI, A. E.; PACHANA N. A. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 1, p. 1-5, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/9BfK8vxwK4drL7RnCKNGvzg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 ago. 2023.

MASSENA, P. N.; NARAHYANA B A.; PACHANA, N.; LAKS, J.; PÁDUA, A. C. Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory – GAI-BR. **International Psychogeriatrics**, v. 27, n. 7, p. 1113-1119, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24946782/>. Acesso em: 06 ago. 2023.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; FERMOSELI, A. F. O. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/AL. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 3, p. 801-813, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36254714014.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2023.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; AGUIAR, I. M.; MARTINS, K. C.; BUARQUE, D. C.; FERMOSELI, A. F. O. Ansiedade e depressão e a relação com a desigualdade social entre idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, n. 1, p. 209-219, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15309/19psd200117>. Acesso em: 03 jan. 2024.

MENDES-CHILOFF C. L.; LIMA, M. C. P.; TORRES, A. R.; SANTOS, J. L. F.; DUARTE, Y. O.; LEBRÃO, M. L.; CERQUEIRA, A. T. A. R. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. Suppl 02, P. 1-16, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/W9vWsPMnD5n7BDSq3BFRR5t/?lang=pt#>. Acesso em: 03 jan. 2024.

MENDES, E. V.; MATOS, M. A. B.; EVANGELISTA, M. J. O.; BARRA, R. P. **A construção social da atenção primária à saúde**. 2. ed. Brasília: CONASS, 2019.

MINAYO, M. S.; MIRANDA, I.; TELHADO, R. S. Revisão sistemática sobre os efeitos dos probióticos na depressão e ansiedade: terapêutica alternativa? **Ciência e Saúde**

Coletiva, v. 26, n. 9, p. 4087-4099 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dKmhqRf3P5d9gGfHgVnPjYR/#>. Acesso em: 06 ago. 2023.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. D. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/MT7nmJPPRt9W8vndq8dpzDP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 mar. 2022.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 779-786, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FgYgFJ6JYSgF6HZMBgpgdZh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 maio 2022.

NUNES, M. O.; TERRENTÉ, M.; CARVALHO, P. A. L. O circuito manicomial de atenção: patologização, psicofarmacologização e estigma em retroalimentação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, p. e241846, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/Mn6V3NmQVWdKTjrfGzBfZMs/#>. Acesso em: 19 ago. 2023.

OLIVEIRA, A. R.; SOUSA, Y. G.; SILVA, D. M.; ALVES, J. P.; DINIZ, I. V. A.; MEDEIROS, S. M.; MARTINIANO, C. S.; ALVES, M. A Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 21, p. 1-8, 2020a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SjnTdGKKdDnLsh8CzNVB8nM/?lang=pt#>. Acesso em: 11 ago. 2023.

OLIVEIRA, D. S.; LIMA, M. P.; RATTO, C. G.; ROSSI, T.; BAPTISTA, R. B.; IRIGARAY, T. Q. Avaliação de bem-estar psicológico e sintomas depressivos em idosos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 187-204, 2020b. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v20n1/v20n1a10.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2024.

OLIVEIRA, J. A. D.; RIBEIRO, J. M.; EMMERICK, I. C. M.; LUIZA, V. L. Longevidade e custo da assistência: o desafio de um plano de saúde de autogestão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 4045-4054, 2020c. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n10/4045-4054/>. Acesso em: 27 jan. 2024.

OLIVEIRA, L. S. S. C. B.; SOUZA, E. C.; RODRIGUES, R. A. S.; FETT, C. A.; PIVA, A. B. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 41, n. 1, p. 36-42, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/trends/a/3MXbNC4DY3y3M54PrjB4gGS/?lang=en#>. Acesso em: 07 ago. 2023.

PACHANA, N. A.; BYRNE, G. J.; SIDDLE, H.; KOLOSKI, N.; HARLEY, E.; ARNOLD, E. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. **International Psychogeriatrics**, v. 19, n. 1, p. 103-114, 2007.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16805925/>. Acesso em: 06 ago. 2023.

PAZOS, P. F. B.; BONFATTI, R. J. Velhice, trabalho e saúde do trabalhador no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 6, p. 1-9, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/XZLGwJDsSJ9rGCyrvdGt3rL/>. Acesso em: 11 ago. 2023.

PEDRINELLI, A.; GARCEZ-LEME, L. E.; NOBRE, R. S. A. O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 44, n. 2, p. 96-101, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbort/a/V5syBGdrJYm8YypNphgWqcx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 ago. 2023.

PETERS, C. W.; LANGE, C.; LEMÕES, M. A. M.; ZILLMER, J. G. V.; SCHWARTZ, E.; LIANO, P. M. P. L. Processo saúde-doença-cuidado do idosos residente em área rural: perspectiva de um cuidado culturalmente congruente. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 30, p. 1-15, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/S8dqPJbqkZ5xfsrGymTyJKq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 jan. 2024.

PIRES, R. R.; XIMENES, V. M.; NEPOMUCENO, B. B. Práticas de cuidado em saúde mental no Brasil: análise a partir do conceito de cidadania. **Avances em Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)**, v. 31, n. 3, p. 507-521, 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n3/v31n3a05.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2023.

ROCHA, B. L.; BEZERRA, P. C. L.; MONTEIRO, G. T. R. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos de Unidades de Atenção Primária à Saúde em Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 3, p. 1-12, 2021. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1341127>. Acesso em: 09 jan. 2024.

SALLE, E.; ROCHA, N. S.; ROCHA, T. S.; NUNES, C.; CHAVES, M. L. F. Escalas psicométricas como instrumentos de rastreamento para depressão em estudantes do ensino médio. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 39, n. 1, p. 23-27, 2012.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rpc/a/7fmXPfMts9LzQdJq4DbfBZc/?lang=pt#>. Acesso em: 10 ago. 2023.

SANTOS, A. J.; SILVA, D; F.; GATTI, A. L.; LIMA, A. M. S.; AQUINO, R. C. Sintomas de depressão, risco nutricional e capacidade funcional em idosos longevos. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 12, n. 3, p. 03-21, 2021. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1358319>. Acesso em: 09 jan. 2024.

SANTOS, J. C. G.; CAVALCANTE, D. S.; VIEIRA, C. A. L.; QUINDERÉ, P. H. D. Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. 1-21, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/D7jSK6Vsnfhrkc47GjQv9x/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 29 jan. 2024.

SANTOS, R. C.; SOUTO, R. Q.; ALMEIDA, A. M.; ARAÚJO G. K. N.; SOUSA, R. C. R.; SANTOS, R. C. Fatores associados a sintomas depressivos e cognição em idosos(as) vítimas de violência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. 1-7, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/5Q8QfRpfHJ8VzfpMKF7BrLR/abstract/?lang=pt>.

Acesso em 19 abr. 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE. **Coordenadoria da Rede de Atenção Básica – CRAB**. 2019. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Experiencia_municipal_Campo_Grande.pdf. Acesso em: 01 nov. 2023.

SILVA, V. H. F.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental**, Barbacena, v. 10, n. 19, p. 267-285, 2013. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272012000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 mar. 2022.

SILVA, S. P. Z.; MARIN, M. J. S.; RODRIGUES, M. R. Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 3, p. 42-48, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/t3sQS8kNVnxWZVwFhRxkyXn/?lang=pt#>. Acesso em: 03 jan. 2024.

SILVA, M. R.; FERRETTI, F.; PINTO, S. S.; FILHO, O. F. T. Sintomas depressivos em idosos e sua relação com dor crônica, doenças crônicas, qualidade do sono e nível de atividade física. **Brazilian Journal of Pain**, v. 1, n. 4, p. 293-298, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/brjp/a/xGQqPtyb3k7qjTrbWVhX44K/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 05 jan. 2024.

SILVA, E. F.; PANIZ, V. M. V.; LASTE, G.; TORRES, I. L. S. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 18, v. 4, p. 1029-1040, 2013. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-674776>. Acesso em: 18 jan. 2024.

SOARES, A. N.; SILVA, T. L.; FRANCO, A. A. A.; MAIA, T. F. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde.

Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 30, n. 03, p. 1-19, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/HmLCdCPxhqRMT4RX3kwf6Xt/?lang=pt#>. Acesso em 20 jun. 2020.

SOUZA, A. P.; REZENDE, K. T. A.; MARIN, M. J. S.; TONHOM, S. F. R.; DAMACENO, D. G. Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na

atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1741-1752, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WjyQnccwSNKPd9CsMgPCV7q/>. Acesso em: 11 ago. 2023.

SOUZA, E. V. J.; CRUZ, D. P.; SILVA, C. S.; ROSA, R. S.; PELOSO-CARVALHO, B. M.; SAWADA, N. O. Implicações da depressão na qualidade de vida do idoso: estudo seccional. **Enfermaria Global**, v. 21, n. 65, p. 447-459, 2022. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v21n65/pt_1695-6141-eg-21-65-433.pdf. Acesso em: 05 jan. 2024.

TERASSI, M.; ROSSETTI, E. S.; LUCHESI, B. M.; GRAMANI-SAY, K.; HORTENSE, P.; PAVARINI, S. C. I. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos cuidadores com dor crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/N9ThpRPW5qspRVtQnK8Vn9G/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2024.

VELLO, L. S.; PEREIRA, M. A. O.; POPIM, R. C.. Saúde mental do Idoso: percepções relacionadas ao envelhecimento. **Investigación y Educación em Enfermería**, Medellín, v. 32, n. 1, p. 60-68, 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 mar. 2022.

WANG, X.; WANG, P.; WANG, P.; CAO, M.; XU, X. Relationships among mental health, social capital and life satisfaction in rural senior older adults: a structural equation model. **BMC Geriatrics**, v. 22, n. 73, 2022. Disponível em: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-02761-w>. Acesso em: 20 jun. 2022.

WHITAKER, D. C. A. O idoso na contemporaneidade: a necessidade de se educar a sociedade para as exigências desse "novo" ator social, titular de direitos. **Cadernos CEDES**, v. 30, n. 81, p. 179-188, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccedes/a/7nkZXCjVPmMkGZRWCbq9GFM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>. Acesso em: 06 ago. 2023.

YESAVAGE, J. A.; BRINK, T. L. Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022395682900334?via%3Dihub>. Acesso em: 06 ago. 2023.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Fase 1)

Prezado(a) participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**SAÚDE MENTAL DE PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NA ÁREA RURAL: ESTUDO POPULACIONAL BASEADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**”, desenvolvida pela pesquisadora Amanda Gonçalves Torres.

O objetivo central do estudo é conhecer a condição de saúde mental das pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família em áreas rurais de Campo Grande/MS.

O convite para a sua participação se deve ao fato de você ser uma pessoa idosa, acima de 60 anos, que é assistida por uma das Unidades da Saúde da Família que atuam em áreas rurais da cidade.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não terá prejuízo algum caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação nessa pesquisa consistirá em responder perguntas de alguns questionários à pesquisadora do projeto. O tempo de duração da entrevista e das respostas é de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas os pesquisadores.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, sob guarda e responsabilidade do pesquisador responsável, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS nº 466/2012.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é que esta promoverá o conhecimento a respeito da saúde mental de vocês, idosos que moram em áreas

rurais, para que estratégias eficazes sejam construídas para o cuidado e a atenção à saúde mental pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Caso seja identificado que você apresentou sintomas ansiosos e/ou depressivos com os resultados dos instrumentos, a Unidade da Saúde da Família mais próxima será informada e será realizado um encaminhamento para que você receba atendimento voltado a essas demandas.

Devido ao conteúdo dos instrumentos, que envolvem aspectos psicológicos, caso haja impactos emocionais e o desejo da interrupção do processo, tais sujeitos receberão os encaminhamentos necessários à equipes de saúde mental. Diante de eventos danosos não previstos, a presente pesquisa será suspensa, sendo informado às instituições e participantes envolvidos, e ao Comitê de Ética de Pesquisa, para análise e devidos encaminhamentos de condutas posteriores necessárias.

Em caso de gastos decorrentes de sua participação na pesquisa, você (e seu acompanhante, se houver) será ressarcido. Em caso de eventuais danos decorrentes de sua participação na pesquisa, você será indenizado.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para as(os) entrevistadas(os), artigos científicos e no formato de dissertação/tese.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma da(o) participante da pesquisa e outra da pesquisadora. Em caso de dúvidas quanto à sua participação, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável através do email amandagt2010@hotmail.com, do telefone (67)99101-2415, ou por meio do endereço amanda.torres@ufms.br.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: cepconeppropp@ufms.br; telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não

maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Nome e assinatura da pesquisadora

_____, ____ de ____ de ____
Local e data

Nome e assinatura da(o) participante da pesquisa

_____, ____ de ____ de ____
Local e data

APÊNDICE B – Questionário de Caracterização sociodemográfico, de condição de saúde e estilo de vida

Código do questionário:	
USF:	<input type="checkbox"/> Aguão <input type="checkbox"/> Anhaduizinho <input type="checkbox"/> Rochedinho <input type="checkbox"/> Três Barras
Nome:	
Telefones:	
Data da entrevista:	

INFORMAÇÕES PESSOAIS		
A1	Data de nascimento: ____/____/_____ Idade: _____	<i>AIDADE:</i> __
A2	Sexo (1) Masculino (2) Feminino	<i>ASEXO:</i> __
A3	Qual a sua raça/cor da pele? (1) Branca (2) Parda (3) Amarelo (4) Preto (5) Indígena	<i>ACOR:</i> __
A4	Qual seu estado civil? (1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Divorciado(a)/Desquitado(a) (4) Separado(a) (5) Viúvo(a) (6) União estável	<i>AESTCIV:</i> _____
A5	Com quem o (a) Sr. (a) mora? (1) Sozinho (2) Somente com o companheiro (3) Cônjuge e filho(s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o(s) filho(s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (8) Somente com os netos (sem filhos) (9) Não familiares (10) Outros (especifique): _____ (99) NS/NR	<i>AMORA:</i> _____

A6	Qual sua religião? (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Candomblé (6) Ateu (7) Agnóstico (5) Umbanda (8) Outro/Qual:	<i>ARELIG:</i> _____
A7	O(a) Sr.(a) pratica a sua religião? / O(a) Sr.(a) tem frequentado? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>ARELIGPRA:</i> _____
PERFIL SOCIAL		
B1	O (A) Sr. (a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR Qual Qual seu nível de escolaridade? (1) nenhuma (2) de 1 a 3 anos (3) de 4 a 7 anos (4) 8 anos ou mais (99) NS/NR	<i>BLERES:</i> _____ <i>BESCOL:</i> _____
B2	Qual é a sua renda individual em reais? Renda: _____ (99) NS/NR (1) Até 1 SM (2) 1 SM (3) 2 SM (4) 3 SM (5) 4 SM (6) 5 SM (7) 6 ou mais SM	<i>BRENI:</i> _____ _____ <i>BRENI_CAT:</i> _____
B3	Qual é a renda familiar em reais? (Incluindo o idoso) Renda: _____ (99) NS/NR (1) Até 1 SM (2) 1 SM (3) 2 SM (4) 3 SM (5) 4 SM (6) 5 SM (7) 6 ou mais SM	<i>BRENF:</i> _____ <i>BRENF_CAT:</i> _____
ESTILO DE VIDA		
C1	O (A) Sr. (a) participa de atividades de lazer ou sociais organizadas (clubes, grupos comunitários ou religiosos, centros de convivência do idoso etc.)? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>CLAZER:</i> _____
C2	O (A) Sr. (a) praticou alguma atividade física ou esporte (caminhada, natação, dança, ginástica, etc) nos últimos três meses?	<i>CATIV:</i> _____

	<p>(1) UBS Popular (4) Casa da Saúde. (7) Outro. Qual?</p> <p>(2) CEM (5) Pax.</p> <p>(3) Farmácia (6) Particular</p> <p>Se sim, tem algum medicamento que o(a) Sr.(a) precisa, mas não tem acesso? (1) Sim (2) Não Por quê?</p>	<p><i>DMEDICO NDE:</i> _____</p> <p><i>DMEDICAC ESSO:</i> _____</p>
D3	<p>O (A) Sr. (a) tem alguma dor com duração igual ou superior a 3 meses? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR</p>	<p><i>DDOR:</i> _____</p>

APÊNDICE C – Artigo

Trata-se do artigo sob o título “Sintomas ansiosos e depressivos em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família em áreas rurais de Campo Grande/MS” submetido a apreciação da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Título em português: Sintomas ansiosos e depressivos em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família em áreas rurais de Campo Grande/MS

Título em inglês: Anxious and depressive symptoms in elderly people assisted by the Family Health Strategy in rural areas of Campo Grande/MS

Título curto em português: Sintomas ansiosos e depressivos em idosos de áreas rurais de Campo Grande/MS

Título curto em inglês: Anxious and depressive symptoms in elderly people from rural areas of Campo Grande/MS

Resumo

Objetivo: Identificar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos, e seus fatores associados, em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família em áreas rurais de Campo Grande/MS. *Método:* Trata-se de uma pesquisa transversal, com amostragem probabilística aleatória simples estratificada proporcional, na qual foram aplicados instrumentos de caracterização da amostra, de avaliação da multimorbidade e da funcionalidade, além do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) e da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) para o rastreamento de sintomas depressivos e ansiosos. A razão de prevalência (RP), e o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%), foi estimada por meio da Regressão de Poisson com variância robusta. *Resultados:* Participaram do estudo 249 pessoas idosas e a prevalência de sintomas depressivos foi de 23,29% (IC95% 18,42 - 28,98) e de sintomas ansiosos foi de 22,09% (IC95% 17,33 - 27,20). A presença de sintomas depressivos esteve associada a idade, estado civil, prática de atividade física, autoavaliação do estado de saúde e uso de medicamento. Quanto a presença de sintomas ansiosos esteve associada ao sexo, estado civil, prática de atividade física, autoavaliação do estado de saúde e presença de multimorbidade. *Conclusão:* O adoecimento psíquico deriva-se de vulnerabilidades sociais e condições de saúde física em que os idosos estão imersos. A população idosa de áreas rurais necessita de visibilidade e cuidados em saúde mental pela Estratégia Saúde da Família, sendo a elaboração de políticas públicas para esta população, com foco na promoção, prevenção e reabilitação da saúde, uma ação necessária.

Palavras-chave: Pessoa Idosa, Saúde Mental, Estratégia Saúde da Família, Área Rural.

Abstract

Objective: To identify the prevalence of anxious and depressive symptoms, and their associated factors, in elderly people assisted by the Family Health Strategy in rural areas of Campo Grande/MS. **Method:** This is a cross-sectional research, with proportional stratified simple random probabilistic sampling, in which instruments were applied to characterize the sample, and assess multimorbidity and functionality, in addition to the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and the Depression Scale Geriatric (GDS) for screening depressive and anxious symptoms. The prevalence ratio (PR), and the respective 95% confidence interval (95%CI), were estimated using Poisson Regression with robust variance. **Results:** 249 elderly people participated in the study and the prevalence of depressive symptoms was 23.29% (95%CI 18.42 - 28.98) and anxiety symptoms was 22.09% (95%CI 17.33 - 27.20). The presence of depressive symptoms was associated with age, marital status, physical activity, self-rated health status, and medication use. The presence of anxious symptoms was associated with gender, marital status, physical activity, self-assessment of health status, and the presence of multimorbidity. **Conclusion:** Psychic illness derives from social vulnerabilities and physical health conditions in which the elderly are immersed. The elderly population in rural areas needs visibility and mental health care through the Family Health Strategy, and the development of public policies for this population, focusing on health promotion, prevention, and rehabilitation, is a necessary action.

Keywords: Aged, Mental Health, Family Health Strategy, National Health Strategies, Rural Area.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecer ocorre de forma gradativa em pessoas que moram em áreas urbanas e rurais, contudo, existem aspectos que diferenciam tal processo, em ambos os contextos¹. Os idosos da zona rural podem se deparar com vulnerabilidades devido às dificuldades que possuem, típicas do espaço rural. É recorrente que existam limitações relacionadas aos meios de transporte, ao acesso à saúde e aos demais recursos sociais, entre outras dificuldades que podem existir em decorrência das formas possíveis de existência e subsistência nesses ambientes, o que pode gerar grandes impactos na saúde mental dessa população²⁻³.

Apesar das limitações expostas, a população idosa que reside em áreas rurais apresenta menos patologias e maior qualidade de vida em relação aos idosos que vivem em regiões urbanas, pois conseguem ter rotinas mais ativas, apresentar mais autonomia, maior contato com a natureza, menos exposição à poluição existente em áreas urbanas, tendo relações sociais e com o meio ambiente que favorecem um envelhecimento mais saudável⁴. Com isso, ao mesmo tempo em que viver em áreas rurais pode ser fator de risco para a saúde mental, devido as dificuldades existentes,

como a baixa renda, distância dos serviços de saúde e das regiões centrais do município, pode ser fator de proteção, visto que tais áreas possibilitam que esta população se mantenha ativa, construindo lembranças e transformações²⁻³.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se faz presente nas áreas urbanas e rurais, e possui papel importante no acompanhamento das mudanças que ocorrem durante a senescência, especialmente em relação ao cuidado à saúde física e mental das pessoas idosas residentes nas áreas rurais, pois esta possui a responsabilidade praticar e aplicar as políticas públicas direcionadas a população idosa, garantindo ações de promoção, prevenção, manutenção e reabilitação da saúde, contribuindo para um envelhecimento saudável e com qualidade de vida².

Entre a população idosa, sintomas ansiosos e depressivos são comuns, como mudanças no corpo – taquicardia, sudorese, tremores –, tristeza, irritabilidade, isolamento social, mudança no apetite e no sono, perda de interesse pela vida, entre outros^{1,5}. No Brasil, se tratando da população idosa que reside em áreas rurais, há alto índice de prevalência do diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, sendo apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística – IBGE⁶, que há 1.678,436 idosos com essa condição de saúde mental. Em Campo Grande/MS, os dados do IBGE⁶ mostram que 11 mil idosos apresentam tal transtorno.

Em relação aos Transtornos de Ansiedade, os dados mundiais mostram que 28% dos idosos apresentam tal diagnóstico, segundo Farias et al.⁵. Se tratando do Brasil, o país ocupa o primeiro lugar com maior prevalência de transtornos de ansiedade em todo o mundo, onde 9,3% da população apresentam tal diagnóstico, totalizando cerca de 18,6 milhões de pessoas, de todas as faixas etárias⁷.

Apesar da existência de estudos e pesquisas apontando dados direcionados ao rastreio de sintomas ansiosos e depressivos, pouco se tem produzido cientificamente a respeito da prevalência de tais sintomatologias em pessoas idosas residentes em áreas rurais. E ao buscar caracterizar a realizada em Mato Grosso do Sul, identificou-se que não existem estudos desta temática.

Esta pesquisa justifica-se pela importância da análise dos aspectos descritos anteriormente e pela necessidade da atenção às pessoas idosas que se encontram em situação de vulnerabilidade, para que sejam reconhecidas e que possam ter seus direitos garantidos, especialmente os direitos expostos em Políticas Públicas de Saúde existentes para oferecer o cuidado adequado a esta população. O saber

construído poderá subsidiar técnicos e gestores para a definição de estratégias eficazes, eficientes e resolutivas para atenção à saúde dessa população.

Com isso, o objetivo geral da presente pesquisa é identificar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos, e seus fatores associados, em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família em áreas rurais de Campo Grande/MS.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa transversal realizada no período de janeiro a junho de 2023, com as pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família residentes na área rural de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, direcionada ao rastreamento de sintomas ansiosos e depressivos.

Foram incluídas neste estudo as pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes em áreas rurais de Campo Grande/MS e que não apresentassem comprometimento que dificultasse responder aos instrumentos utilizados,

A amostra foi calculada considerando o total pessoas idosas residentes na área rural e registrada na sua respectiva USF (946 pessoas), margem de erro de 5%, frequência de 22% - referente a prevalência de sintomas depressivos na população idosa rural, conforme apresentado no estudo de Ferreira e Tavares⁸, e nível de confiança de 95%.

O resultado indicou uma amostra mínima necessária de 207 pessoas, e para possibilitar análise com múltiplas associações foi acrescido 20% resultando em uma amostra final de 249 pessoas.

Procedeu-se uma amostragem probabilística aleatória simples estratificada proporcional, considerando as quatro unidades de Saúde da Família (USF) localizadas em áreas rurais de Campo Grande/MS. Foram incluídas 13 pessoas (5,22%) da USF Dr. Roger A. Buainain (Rochedinho), 32 pessoas (12,85%) da USF Manoel Cordeiro (Aguão), 44 pessoas (17,67%) da USF Dra. Maria José de Pauli (Três Barras) e 160 pessoas (64,26%) da USF Dr. Bento Assis Machado (Anhanduí).

Com base nos registros fornecidos pelas unidades de saúde, foi realizado o sorteio de maneira aleatória por meio de software estatístico. Nos casos em que a pessoa sorteada não consentiu com sua participação, um novo sorteio foi realizado para que pudesse ser realizada a substituição.

O resultado do sorteio dos participantes foi apresentado a equipe de cada USF de modo que cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) pudesse identificar as pessoas sorteadas em sua área e assim fosse possível realizar as visitas aos domicílios.

No momento da visita domiciliar o ACS apresentou a equipe de pesquisadores a pessoa sorteada, e então foi explicado acerca da pesquisa e seus objetivos. As pessoas que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e na sequência foi dado seguimento à pesquisa, sendo iniciada a aplicação dos instrumentos.

Foi aplicado instrumento para caracterização sociodemográfica e epidemiológica dos participantes, e as variáveis incluídas, bem como as estratégias de categorização utilizadas, estão descritas no quadro 1. Para viabilizar a análise inferencial algumas variáveis foram recategorizadas.

Quadro 1 – Descrição das variáveis do estudo e estratégias de adaptação do modelo de análise. Campo Grande/MS (2023).

Variáveis	Categorização Inicial	recategorização
Idade (em anos)	60 – 69 anos 70 – 79 anos 80 anos ou mais	60 – 79 anos 80 anos ou mais
Sexo	Masculino Feminino	-
Raça/Cor da pele	Branca Pardos Amarelo Pretos Indígena	Branca Negros (Pardos e Pretos)
Estado Civil	Solteiro Casado Divorciado Viúvo União estável Separado	Solteiro Casado ou União Estável Divorciado ou Separado Viúvo
Renda individual (em salários-mínimos - SM)	Sem Renda Até 1 SM 1 SM 2 SM 3 SM ou mais	Sem Renda Até 1 SM 1 SM 2 SM ou mais
Pratica alguma religião	Sim Não	-
Realiza alguma atividade de lazer	Sim Não	-

Realizada alguma atividade física ou esportiva	Sim Não	-
É fumante	Sim Não	-
Faz uso de bebida alcóolica	Sim Não	-
Autoavaliação do estado de saúde	Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim	Muito bom ou Bom Regular Ruim ou Muito ruim
Faz uso de algum medicamento	Sim Não	-
Tem dor crônica	Sim Não	-

Multimorbidade é entendida como a presença de duas ou mais condições crônicas de saúde, e para a identificação desta condição na população analisada utilizou-se formulário semiestruturado sobre Problemas de Saúde Autorreferidos, elaborado a partir dos resultados apontados pelo Grupo Brasileiro de Estudos sobre Multimorbidade – GBEM⁹. Considerando que os desfechos principais do presente estudo são os sintomas depressivos e ansiosos, e para evitar colinearidade, não foram consideradas depressão e problemas do humor para identificação de multimorbidade. A variável foi categorizada em sim/não.

Para avaliação do nível de funcionalidade aplicou o Índice de Katz, o qual avalia os aspectos relacionadas as atividades básicas de vida diária (ABVD) da pessoa por meio de seis atividades¹⁰. A pontuação final classifica a pessoa em independente quando não precisa de ajuda em nenhuma atividade (escore 0), dependente leve/moderado quando precisa de ajuda em alguma atividade (escore entre 1 e 3) e dependente quando tem necessidade de maior ajuda para realizar suas atividades (escore entre 4 e 6). Para realização de análise estatística inferencial a variável foi categorizada em independente (escore 0) e dependência (escore entre 1 e 6).

O rastreio da presença de sintomas ansiosos e depressivos foi realizado a partir da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale - GDS*) e do Inventário de Ansiedade Geriátrica (*Geriatric Anxiety Inventory - GAI*).

Nesta pesquisa foi utilizado o GDS com 15 questões dicotômicas, onde as questões 1, 5, 7, 11 e 13 pontuam um se forem respondidas com “não” e as questões 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 e 15 pontuam um se forem respondidas com “sim”. O ponto

de corte para identificar sintomas depressivos na população idosa é igual ou maior que 6 pontos¹¹.

O GAI é composto por 20 questões dicotômicas, onde as respostas “sim” são pontuadas com um ponto e estabeleceu-se como ponto de corte para identificar sintomas ansiosos nas pessoas idosas a pontuação igual ou superior a 13 pontos¹²⁻¹³.

Os dados foram compilados, e procedeu-se análise estatística descritiva com apresentação dos resultados pelos valores absolutos e relativos. Para apresentação da prevalência de sintomas ansiosos e depressivos também foi calculado o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%)

Para a identificação dos fatores associados aos sintomas depressivos e ansiosos aplicou-se Regressão de Poisson com variância robusta. Foi realizada análise bivariada para estimar a razão de prevalência (RP), o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) e o nível de significância, e na sequência foi conduzida análise multivariada, pelo método Forward, na qual foram inseridas as variáveis que apresentaram $p < 0,200$.

Para cada desfecho foram calculados dois modelos finais, um considerando apenas os preditores com nível de significância de 5%, e outro ajustado pela idade, sexo e renda.

O modelo final utilizado foi aquele com melhor ajuste considerando os parâmetros Deviance, Akaike Information Criterion (AIC), Bayesian Information Criterion (BIC) e a área sob a Curva ROC.

Diante das implicações éticas relacionadas a pesquisa com seres humanos, a coleta de dados foi iniciada somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS), conforme parecer nº 5.722.052, de acordo com o que dispõe a Resolução CONEP/CNS nº 466/2012.

RESULTADOS

Participaram do estudo 249 pessoas das quatro unidades de saúde incluídas na pesquisa, sendo a maior proporção de pessoas na faixa etária de 60 a 69 anos, do sexo feminino, autodeclaradas pardas e casadas. A média de idade dos participantes foi de $71,46 \pm 7,52$ anos. As demais características sociodemográficas e epidemiológicas dos participantes do estudo estão descritas na tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e epidemiológicas das pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família na área rural de Campo Grande/MS. Campo Grande/MS (2023).

Variáveis	n (%)
Idade	
60 – 69 anos	113 (45,38)
70 – 79 anos	97 (38,96)
80 anos ou mais	39 (15,66)
Sexo	
Masculino	107 (42,97)
Feminino	142 (57,03)
Raça/Cor da pele	
Branca	89 (35,74)
Pardos	127 (51,00)
Amarelo	2 (0,80)
Pretos	30 (12,05)
Indígena	1 (0,40)
Estado Civil	
Solteiro	14 (5,62)
Casado	154 (61,85)
Divorciado	19 (7,63)
Viúvo	47 (18,88)
União estável	13 (5,22)
Separado	2 (0,80)
Escolaridade	
Nenhuma	59 (23,69)
De 1 a 3 anos	73 (29,32)
De 4 a 7 anos	82 (32,93)
8 anos ou mais	35 (14,06)
Renda individual	
Sem Renda	29 (11,65)
Até 1 salário-mínimo	7 (2,81)
1 salário-mínimo	181 (72,69)
2 salários-mínimos	22 (8,84)
3 salários-mínimos ou mais	10 (4,02)
Prática alguma religião	
Sim	191 (76,71)
Não	58 (23,29)
Realiza alguma atividade de lazer	
Sim	37 (14,86)
Não	212 (85,14)
Realizada alguma atividade física ou esportiva	
Sim	81 (32,53)
Não	168 (67,47)
É fumante	
Sim	23 (9,24)
Não	226 (90,76)
Faz uso de bebida alcóolica	
Sim	55 (22,18)
Não	193 (77,82)
Autoavaliação do estado de saúde	
Muito bom	25 (10,08)

Bom	96 (38,71)
Regular	90 (36,29)
Ruim	25 (10,08)
Muito ruim	12 (4,84)
<hr/>	
Faz uso de algum medicamento	
Sim	201 (81,05)
Não	47 (18,95)
<hr/>	
Tem dor crônica	
Sim	129 (51,81)
Não	120 (48,19)
<hr/>	
Presença de multimorbidade	
Sim	123 (49,40)
Não	126 (50,60)
<hr/>	
Nível de Funcionalidade	
Independente	170 (68,27)
Dependência parcial	77 (30,92)
Dependência total	2 (0,80)

A prevalência de sintomas depressivos na população do estudo foi de 23,29% (IC95% 18,42 - 28,98) e de sintomas ansiosos de 22,09% (IC95% 17,33 - 27,20).

Em relação a presença de sintomas depressivos, a análise bivariada demonstrou que a prevalência é 71% maior entre as pessoas com 80 anos ou mais, 299% maior entre aqueles que tem entre 1 e 3 anos de escolaridade, 242% maior entre as pessoas que não tem renda, 84% maior entre as pessoas que não realizam atividade física, 133% maior entre os que avaliam sua condição de saúde como regular e 279% maior entre os que avaliam como ruim ou muito ruim, 328% maior entre os que utilizam algum medicamento, 90% maior entre os que tem dor por um período igual ou superior a três meses, 147% maior entre as pessoas que tem duas ou mais condições crônicas de saúde, e 87% maior entre as pessoas que tem algum nível dependência funcional. Na análise multivariada, o modelo final com os melhores parâmetros foi aquele ajustado pela idade, sexo e renda, o qual evidenciou que a maior prevalência de sintomas depressivos esteve associada com a idade, o estado civil, a prática de alguma atividade física, a autoavaliação do estado de saúde e o uso de algum medicamento. A tabela 2 apresenta os resultados das análises realizadas para o desfecho presença de sintomas depressivos.

Tabela 2 – Fatores associados a presença de sintomas depressivos em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família na área rural em Campo Grande/MS. Campo Grande/MS (2023)

Variável	Sintomas Depressivos		Análise Bivariada		Análise Multivariada	
	Sim n (%)	Não n (%)	P	RP	p	RPaj
Idade						
60 – 79 anos	44 (20,95)	166 (79,05)		1		1
80 anos ou mais	14 (35,90)	25 (64,10)	0,033	1,71 (1,04 – 2,81)	0,043	1,63 (1,01 – 2,62)
Sexo						
Masculino	19 (17,76)	88 (82,24)		1		1
Feminino	39 (27,46)	103 (72,54)	0,080	1,54 (0,94 - 2,52)	0,145	1,44 (0,88 – 2,31)
Raça/Cor da pele						
Negros	35 (22,29)	122 (77,71)		1		
Branca	22 (24,72)	67 (75,28)	0,664	1,10 (0,69 – 1,76)		
Estado Civil						
Solteiro	6 (42,86)	8 (57,14)	0,062	2,23 (0,96 – 5,20)	0,001	4,04 (1,82 – 8,98)
Casado ou União estável	38 (22,75)	129 (77,25)	0,604	1,18 (0,61 – 2,28)	0,237	1,41 (0,79 – 2,49)
Divorciado ou Separado	5 (23,81)	16 (76,19)	0,659	1,24 (0,47 – 3,26)	0,218	1,71 (0,72 – 4,06)
Viúvo	9 (19,15)	38 (80,85)		1		1
Escolaridade						
Nenhuma	15 (25,42)	44 (74,58)	0,068	2,96 (0,92 – 9,54)		
De 1 a 3 anos	25 (34,25)	48 (65,75)	0,016	3,99 (1,29 – 12,36)		
De 4 a 7 anos	15 (18,29)	67 (81,71)	0,207	2,13 (0,65 – 6,92)		
8 anos ou mais	3 (8,57)	32 (91,43)		1		
Renda individual						
Sem Renda	11 (37,93)	18 (62,07)	0,035	3,03 (1,07 – 8,50)	0,150	1,99 (0,77 – 5,09)
Até 1 salário-mínimo	3 (42,86)	4 (57,14)	0,055	3,42 (0,97 – 12,04)	0,083	2,78 (0,87 – 8,85)
1 salário-mínimo	40 (22,10)	141 (77,90)	0,244	1,76 (0,67 – 4,61)	0,764	1,13 (0,49 – 2,60)
2 salários-mínimos ou mais	4 (12,50)	28 (87,50)		1		1
Prática alguma religião						
Não	12 (20,69)	46 (79,31)		1		
Sim	46 (24,08)	145 (75,92)	0,598	1,16 (0,66; 2,04)		
Realiza alguma atividade de lazer						
Não	48 (22,64)	164 (77,36)		1		
Sim	10 (27,03)	27 (72,97)	0,554	1,19 (0,66 – 2,14)		
Realizada alguma atividade física ou esportiva						
Não	46 (27,38)	122 (72,62)	0,037	1,84 (1,03 – 3,29)	0,025	1,89 (1,08 – 3,30)
Sim	12 (14,81)	69 (85,19)		1		1
É fumante						
Não	52 (23,01)	174 (76,99)		1		
Sim	6 (26,09)	17 (73,91)	0,736	1,13 (0,54 – 2,35)		
Faz uso de bebida alcóolica						
Não	48 (24,87)	145 (75,13)	0,317	1,36 (0,74 – 2,52)		
Sim	10 (18,18)	45 (81,82)		1		
Autoavaliação do estado de saúde						
Muito bom ou bom	15 (12,40)	106 (87,60)		1		1
Regular	26 (28,89)	64 (71,11)	0,004	2,33 (1,31 – 4,14)	0,037	1,92 (1,03 – 3,57)
Ruim ou muito ruim	17 (45,95)	20 (54,05)	<0,001	3,70 (2,05 – 6,68)	0,001	3,12 (1,64 – 5,95)
Faz uso de algum medicamento						
Não	3 (6,38)	44 (93,62)		1		
Sim	55 (27,36)	146 (72,64)	0,011	4,28 (1,39 – 13,13)	0,029	3,22 (1,12 – 9,24)
Tem dor crônica						
Não	19 (15,83)	101 (84,17)		1		
Sim	39 (30,23)	90 (69,77)	0,010	1,90 (1,17 – 3,11)		

Presença de multimorbidade

Não	17 (13,49)	109 (86,51)		1
Sim	41 (33,33)	82 (66,67)	<0,001	2,47 (1,48 – 4,10)

Nível de Funcionalidade

Independente	31 (18,24)	139 (81,76)		1
Dependência	27 (34,17)	52 (65,83)	0,005	1,87 (1,20 – 2,91)

Deviance Goodness of fit = 131.8263; p = 1.000.

RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; RPa: Razão de Prevalência ajustada pela idade, sexo e renda.

No que se refere a presença de sintomas ansiosos, por meio da regressão de Poisson bivariada foi possível observar que a prevalência foi 170% maior entre as mulheres, 71% maior entre as pessoas viúvas, 116% maior entre as pessoas que não realizam atividade física, 79% maior entre aqueles que avaliaram sua condição de saúde como regular e 136% maior entre os que avaliaram como ruim ou muito ruim, 91% maior entre as pessoas que tem dor crônica, 128% maior entre as pessoas que tem multimorbidade, e 79% maior entre as pessoas que apresentam algum nível de dependência para realizar suas atividades básicas de vida diária. Considerando os parâmetros para análise dos modelos, na análise multivariada, quanto a presença de sintomas ansiosos, o modelo final não foi ajustado pela idade, sexo e renda, e indicou que a maior prevalência esteve associada ao sexo, ao estado civil, a prática de atividade física, a autoavaliação do estado de saúde e presença de multimorbidade (Tabela 3).

Tabela 3 – Fatores associados a presença de sintomas ansiosos em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família na área rural em Campo Grande/MS. Campo Grande/MS (2023)

Variável	Sintomas Ansiosos		Análise Bivariada		Análise Multivariada	
	Sim n (%)	Não n (%)	P	RP	p	RP
Idade						
60 – 79 anos	46 (21,90)	164 (78,10)				
80 anos ou mais	9 (23,08)	30 (76,92)	0,871	1,05 (0,56 – 1,97)		
Sexo						
Masculino	12 (11,21)	95 (88,79)		1		1
Feminino	43 (30,28)	99 (69,72)	0,001	2,70 (1,49 – 4,87)	0,005	2,25 (1,27 – 3,98)
Raça/Cor da pele						
Negros	34 (21,66)	123 (78,34)		1		
Branca	21 (23,60)	68 (76,40)	0,725	1,08 (0,67 – 1,75)		
Estado Civil						
Casado ou União estável	31 (18,56)	136 (81,44)		1		1
Solteiro	4 (28,57)	10 (71,43)	0,342	1,53 (0,63 – 3,74)	0,032	2,62 (1,08 – 6,33)
Divorciado ou Separado	5 (23,81)	16 (76,19)	0,557	1,28 (0,55 – 2,94)	0,349	1,46 (0,66 – 3,24)
Viúvo	15 (31,91)	32 (68,09)	0,043	1,71 (1,01 – 2,90)	0,126	1,48 (0,89 – 2,46)
Escolaridade						
Nenhuma	17 (28,81)	42 (71,19)	0,222	1,68 (0,73 – 3,86)		
De 1 a 3 anos	17 (23,29)	56 (76,71)	0,475	1,35 (0,58 – 3,14)		
De 4 a 7 anos	15 (18,29)	67 (81,71)	0,883	1,06 (0,45 – 2,52)		
8 anos ou mais	6 (17,14)	29 (82,86)		1		
Renda individual						
Sem Renda	6 (20,89)	23 (79,31)	0,849	1,10 (0,39 – 3,04)		
Até 1 salário-mínimo	4 (57,14)	3 (42,86)	0,024	3,04 (1,15 – 8,01)		
1 salário-mínimo	39 (21,55)	142 (78,45)	0,725	1,14 (0,52 – 2,49)		
2 salários-mínimos ou mais	6 (18,75)	26 (81,25)		1		
Prática alguma religião						
Não	12 (20,69)	46 (79,31)		1		
Sim	43 (22,51)	148 (77,49)	0,771	1,08 (0,61 – 1,92)		
Realiza alguma atividade de lazer						
Não	46 (21,70)	166 (78,30)		1		
Sim	9 (24,32)	28 (75,68)	0,720	1,12 (0,60 – 2,09)		
Realizada alguma atividade física ou esportiva						
Não	45 (26,79)	123 (73,21)	0,016	2,16 (1,15 – 4,08)	0,009	2,22 (1,22 – 4,04)
Sim	10 (12,35)	71 (87,65)		1		1
É fumante						
Não	52 (23,01)	174 (76,99)	0,305	1,76 (0,59 – 5,21)		
Sim	3 (13,04)	20 (86,96)		1		
Faz uso de bebida alcóolica						
Não	43 (22,28)	150 (77,72)	0,942	1,02 (0,57 – 1,79)		
Sim	12 (21,82)	43 (78,18)		1		
Autoavaliação do estado de saúde						
Muito bom ou bom	18 (14,88)	103 (85,12)		1		1
Regular	24 (26,67)	66 (73,33)	0,037	1,79 (1,03 – 3,10)	0,035	1,81 (1,04 – 3,15)
Ruim ou muito ruim	13 (35,14)	24 (64,86)	0,006	2,36 (1,28 – 4,35)	0,066	1,72 (0,96 – 3,09)
Faz uso de algum medicamento						
Não	5 (10,64)	42 (89,36)		1		
Sim	50 (24,88)	151 (75,12)	0,054	2,33 (0,98 – 5,55)		
Tem dor crônica						
Não	18 (15,00)	102 (85,00)		1		
Sim	37 (28,66)	92 (71,32)	0,012	1,91 (1,15 – 3,17)		

Presença de multimorbidade							
Não	17 (13,49)	109 (86,51)			1		
Sim	38 (30,89)	85 (69,11)	0,002	2,28 (1,36 – 3,83)	0,046	1,69 (1,00 – 2,86)	
Nível de Funcionalidade							
Independente	30 (17,65)	140 (82,35)			1		
Dependência	25 (31,65)	54 (68,35)	0,013	1,79 (1,13 – 2,83)			

Deviance Goodness of fit = 137.8821; p = 1.000.

RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%;

DISCUSSÃO

A presente pesquisa evidenciou que a prevalência de sintomas depressivos em idosos que residem em áreas rurais foi de 23,29% e de sintomas ansiosos de 22,09%. Existem poucas pesquisas brasileiras realizadas com a população idosa residente em áreas rurais e as que foram encontradas evidenciaram que a prevalência de sintomas depressivos variou entre 7,1% e 22%, e o único estudo identificado acerca de sintomas ansiosos evidenciou prevalência de 9,2%^{8,14-15}.

Já os estudos conduzidos com pessoas idosas em áreas urbanas identificaram que a prevalência de sintomas depressivos variou entre 9,6% e 74,5% e de sintomas ansiosos entre 33,91% e 48,84%^{1,16-20}. Logo, observa-se maior prevalência desses sintomas na área urbana, visto que essa população está mais exposta a fatores que podem influenciar negativamente a saúde física e mental¹⁴.

Levando em consideração os fatores associados aos sintomas depressivos, percebe-se que os idosos que se encontram em estado mais vulnerável para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva são aqueles que apresentam fatores que possuem relação direta entre si. Possuir 80 anos ou mais traz como consequência uma série de mudanças orgânicas e no contexto social que podem comprometer a saúde mental e física dos idosos²⁰, podendo gerar a multimorbidade e a necessidade do uso de medicamentos para tratamento em saúde, inclusive para amenizar as dores crônicas que podem ser decorrentes das condições apresentadas.

Corroborando com o presente estudo, as pesquisas de Ferreira e Tavares⁷ e de Rocha, Bezerra e Monteiro²⁰, encontraram dados que evidenciam que a população idosa com 80 anos ou mais é susceptível para sintomas depressivos. O envelhecimento até idades mais avançadas expõe os idosos a mais vivências de perdas, lutos e à probabilidade de desenvolverem condições crônicas de saúde²⁰.

O processo de envelhecimento é marcado por uma série de transformações fisiológicas que, de alguma maneira, podem impactar a capacidade física, cognitiva e psicológica destas pessoas, e tal situação pode gerar um quadro de comprometimento

funcional que, a depender do nível, pode levar a uma situação de dependência. Trata-se de uma situação complexa e interrelacionada visto que nos casos em que há redução da funcionalidade, observa-se, conseqüentemente, a redução, ou impossibilidade, de realização de alguma atividade física ou esportiva, impactando sobremaneira na saúde física e mental desta pessoa e, dessa maneira, contribuindo para avaliação negativa acerca do seu estado de saúde¹⁸.

Além disso, idosos que possuem escolaridade de um a três anos e que não possuem renda ou possuem renda de até um salário-mínimo - que pode ser consequência da falta de estudos e associação dos demais fatores mencionados - apresentam maior prevalência de sintomas depressivos em comparação aos demais idosos. A alfabetização que os sujeitos possuem está relacionada de forma direta aos recursos de adaptação para lidar e enfrentar situações adversas, e para controlar o ambiente^{4,20}.

Ter baixa escolaridade ou ser analfabeto pode gerar uma série de prejuízos na qualidade de vida e bem-estar das pessoas, pois pode implicar na manutenção da sua condição de saúde, como no manuseio de medicamentos que devem ser consumidos diariamente, no desconhecimento sobre os cuidados necessários e as consequências de doenças que foram adquiridas durante o processo de envelhecimento¹⁷.

Possuir dificuldades financeiras, além de gerar sintomas depressivos, pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas ansiosos, em decorrência das preocupações que a baixa renda causa¹⁹. Ademais, estar em condição de vulnerabilidade financeira prejudica o acesso dos idosos aos serviços de saúde, inclusive voltados aos atendimentos para a saúde mental¹⁹.

Em relação aos fatores associados aos sintomas ansiosos, a mesma relação entre as variáveis foi encontrada. Ser uma mulher idosa remete a uma série de vulnerabilidades, inclusive físicas, onde a partir de determinada idade, esta fica mais propensa ao desenvolvimento da multimorbidade e limitações de saúde. Considera-se que as mulheres apresentam maior vulnerabilidade social, pois é comum que estas vivenciem situações de desigualdades de gênero e machismo; que apresentem sobrecarga de trabalho, menores níveis de escolaridade e de renda salarial, tendo um maior número de doenças, limitações físicas e funcionais, além de viverem mais sozinhas, o que pode gerar, por consequência, menor suporte social e emocional²¹⁻²².

Possuir multimorbidade resulta na necessidade em fazer uso de medicamentos para as condições de saúde e dores crônicas apresentadas, podendo ocasionar

dependência funcional em decorrência da realidade vivenciada, que por consequência pode resultar em uma avaliação negativa de seu estado de saúde. A autopercepção em relação ao estado de saúde é subjetiva, mas traz respostas que tendem a dizer a respeito da saúde como um todo, levando em consideração as dimensões biológicas, psíquicas e sociais¹⁹.

Entre a população idosa, as pessoas que possuem multimorbidade, fazem uso de muitos medicamentos, frequentemente apresentam dores crônicas, e tendem a avaliar de forma negativa o seu estado de saúde atual¹⁴. Segundo Terassi et al²³, idosos que apresentam dores crônicas estão mais propensos ao desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos, visto que sentimentos negativos como medo, raiva, ansiedade e agressividade podem ser desencadeados devido as dores.

Tais fatores podem impossibilitar ou atrapalhar que os idosos consigam realizar atividades físicas ou praticar esportes, o que pode gerar em um aumento da sintomatologia ansiosa e depressiva, visto que a prática de exercícios físicos contribui para a melhora do humor, diminuição do estresse, autonomia, aumento de convívio social, entre outros^{17,19}. Além disso, idosos que são solteiros ou viúvos, ou seja, que podem vir a ter um sentimento de solidão e de que não possuem suporte em relação aos cuidados de saúde, apresentam maior prevalência da sintomatologia ansiosa e depressiva¹⁶.

Observa-se que os fatores associados aos sintomas depressivos se assemelham aos associados aos sintomas ansiosos, especialmente os fatores ligados a condição de saúde que os idosos se encontram, como ter multimorbidade, utilizar medicamentos, ter dores crônicas, dependência funcional, não realizar nenhuma atividade física ou esportiva e avaliar negativamente o estado de saúde. Tal situação indica que as pessoas idosas que se encontram em uma situação adoecedora fisicamente podem apresentar adoecimento psicológico; e que há a possibilidade de os mesmos pacientes apresentarem ambos os sintomas, depressivos e ansiosos, apesar de suas manifestações serem de maneiras distintas, o que pode justificar a porcentagem semelhante da prevalência dos dois sintomas nesta pesquisa.

Levando em consideração que a atuação de profissionais na ESF, na grande parte das situações ainda é voltada ao modelo biomédico e curativista, há a necessidade da reformulação do cuidado em saúde, considerando a realidade em que os sujeitos vivem, como o das pessoas idosas residentes em áreas rurais²⁴. As concepções de saúde, doença e cuidado estão relacionadas com os fatores sociais e

culturais dos ambientes nos quais os sujeitos estão inseridos, sendo importante compreender as necessidades e expectativas apresentadas pelos usuários da ESF, visando a melhoria de práticas de cuidado. Possuir um olhar ampliado, tanto pelos gestores, como pelos profissionais de saúde, possibilita uma visão para além de dados epidemiológicos voltados a fatores biológicos¹⁸.

As limitações deste estudo estão relacionadas à amostra da pesquisa ser apenas do município de Campo Grande/MS, e por se tratar de pesquisa realizada no âmbito da APS, é preciso apontar que o município não possui cobertura total deste tipo de serviço, portanto, é possível que uma parcela considerável da população não tenha sido incluída na pesquisa. Além disso, esta pesquisa trata-se de um estudo transversal, onde os dados encontrados mostram apenas um recorte da realidade investigada, e existe uma escassez notável de estudos científicos direcionados a idosos residentes em áreas rurais, limitando a possibilidade de realizar comparações e aprofundamento teórico.

CONCLUSÃO

Com esta pesquisa foi possível identificar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família em áreas rurais de Campo Grande/MS, sendo de 22,09% e 23,29%.

As características sociais, demográficas e epidemiológicas dos idosos residentes na área rural foram identificadas, sendo a maioria da amostra composta por idosos entre 60 a 69 anos, do sexo feminino, que se autodeclararam pardos, casados, que praticam religião, que possuem entre quatro a sete anos de escolaridade, com renda de um salário mínimo, que não praticam atividade física ou esporte, não sendo fumantes, sem consumo de bebidas alcólicas, que avaliam o estado de saúde como bom, que fazem uso de medicamentos, possuem dores crônicas e que são independentes.

Os resultados deste estudo evidenciaram que os fatores associados aos sintomas ansiosos são pessoas do sexo feminino, solteiros, viúvos, que não realizam nenhuma atividade física ou esportiva, que avaliam o estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim, que fazem uso de medicamento, tem dor crônica, possuem multimorbidade e apresenta dependência funcional. Com relação aos fatores associados aos sintomas depressivos, são estes: pessoas de 80 anos ou mais, solteiros, com escolaridade de um a três anos, sem renda ou com renda de até um

salário-mínimo, que não realiza nenhuma atividade física ou esportiva, que avalia o estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim, que faz uso de medicamento, tem dor crônica, possui multimorbidade e apresenta algum nível de dependência funcional.

Segundo os dados, as pessoas idosas que se encontram em situação de risco para o desenvolvimento do adoecimento psicológico são aquelas que vivem em contexto de vulnerabilidade social, que apresentam doenças crônicas e demais enfermidades, e que estão mais distantes dos fatores que podem ser considerados como de proteção, como ter maior renda salarial, maior nível de escolaridade, menos uso de medicamentos, menos doenças autorreferidas, etc.

A Estratégia Saúde da Família possui um papel importante no cuidado em saúde mental, pois entre os serviços de saúde, esta é a mais próxima da população, e possui como uma de suas responsabilidades identificar o estado emocional da população idosa que reside em áreas rurais, para a implementação de ações que visem o cuidado, tratamento e a manutenção da saúde. Os dados encontrados nesta pesquisa demonstram a necessidade e emergência do planejamento e implementação de políticas públicas direcionadas à população idosa de áreas rurais, visto que há baixa cobertura em saúde e um número insuficiente de profissionais, incluindo profissionais especialistas em saúde mental.

A sintomatologia ansiosa e depressiva deve ser rastreada pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família nas áreas rurais, visando a construção de linhas de cuidado, estratégias e intervenções direcionadas a estas demandas, incluindo intervenções precoces que contribuam para a prevenção do desenvolvimento de sintomas mais graves e transtornos mentais.

A criação de espaços que forneçam escuta especializada e acolhedora é necessária para que estes idosos possam se sentir confortáveis para expor os seus sentimentos e sofrimentos psíquicos, como grupos terapêuticos, assim como o desenvolvimento de grupos de convivência e de outras atividades que envolvam a participação dos idosos, para garantir a socialização, a troca de experiências, a melhoria na qualidade de vida e, conseqüentemente, na saúde mental.

Ademais, novos estudos devem ser realizados em áreas rurais em outras regiões do país, com a população idosa e sobre a saúde mental, especialmente sobre sintomas ansiosos e depressivos, devido à escassez de pesquisas direcionadas a esse público e temáticas.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Beatriz Martins Steluti, Cristiéle Pinto Martins e Mayara Santos de Souza, pela importante contribuição no desenvolvimento desta pesquisa e a Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul pela concessão da bolsa de mestrado. Este trabalho teve apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC – Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Abrantes GG, Souza GG, Cunha NM, Rocha HNB, Silva AO, Vasconcelos SC. Sintomas depressivos em idosos na atenção básica à saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2019;22(4):1-7.
2. Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estêvão WG, Barcelos, BJ. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. *Rev Bras Enferm* 2018;71(2):776-84.
3. Liano PMP, Lange C, Nunes DP, Pastore CA, Pinto AH, Casagrande LP. Fragilidade em idosos da zona rural: proposta de algoritmo de cuidados. *Acta Paul Enferm* 2017;30(5):520-30.
4. Oliveira DS, Lima MP, Ratto CG, Rossi T, Baptista RB, Irigaray TQ. Avaliação de bem-estar psicológico e sintomas depressivos em idosos. *Estud Pesq Psicol* 2020;20(1):187-04.
5. Farias WM, Aguiar IM, Martins KC, Santos JB, Barreto MAM, Fermoseli AFO. Sintomas ansiosos e depressivos em idosos na atenção primária à saúde em Maceió – AL. *Rev Med* 2022;101(1):1-8.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4699>.
7. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
- 7/8. Ferreira PCS, Tavares DMS. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(2):401-7.
9. Gusmão MSF, Cunha PO, Santos BG, Costa FM, Caldeira AP, Carneiro JA. Multimorbidade em idosos comunitários: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2022;25(1):1-14.
10. Lino VTS, Pereira SMP, Camacho LAB et al. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). *Cad. Saúde Pública*

2008;24:103-12.

11. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999;57(2):421-26, 1999.
12. Martiny C, Silva ACO, Nardi AE, Pachana NA. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). *Rev Psiquiatr* 2011;38(1):1-5.
13. Massena PN, Narahyana BA, Pachana N, Laks J, Pádua AC. Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory – GAI- BR. *Int Psychogeriatr* 2014;27(7):1113-19, 2014.
14. Corrêa ML, Carpena MX, Meucci RD, Neiva-Silva L. Depressão em idosos de uma região do Sul do Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2020;25(6):2083-92.
15. Silva VHF, Dimenstein M, Leite JF. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental* 2013;10(19):267-85.
16. Farias WM, Aguiar IM, Martins KC, Santos JB, Barreto MAM, Fermoseli AF. Sintomas ansiosos e depressivos em idosos na atenção primária à saúde em Maceió – AL. *Rev Med* 2022;101(1):1-8.
17. Maximiano-Barreto MA, Fermoseli AFO. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/AL. *Psic Saúde Doen* 2017;18(3):801-13.
18. Costa PA, Barbosa MPR, Buriti EL, Andrade LL, Carvalho MAP, Nogueira MF. Associações entre ansiedade e incapacidade funcional em pessoas idosas: estudo transversal. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2023;26:1-11.
19. Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciênc Saúde Colet* 2016;21(11):3575-83.
20. Rocha BL, Bezerra PCL, Monteiro GTR. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos de Unidades de Atenção Primária à Saúde em Rio Branco, Acre. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2021;24(3):1-12.
21. Mendes-Chiloff CL, Lima MCP, Torres AR, SANTOS JLF, DUARTE, YO, LEBRÃO ML, et al. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). *Rev Bras Epidemiol* 2018;21(2):1-16.
22. Júnior EVS, Cruz DP, Silva CS, Rosa RS, Peloso-Carvalho BM, Sawada NO. Implicações da depressão na qualidade de vida do idoso: estudo seccional. *Enferm Glob* 2022;21(65):447-59.
23. Terassi M, Rossetti ES, Luchesi BM, Gramani-Say K, Hortense P, Pavarini SCI. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos cuidadores com dor

crônica. Rev Bras Enferm 2020;73(1):1-8.

24. Peters CW, Lange C, Lemões MAM, Zillmer JGV, Schwartz E, Liano PMPL. Processo saúde-doença-cuidado do idosos residente em área rural: perspectiva de um cuidado culturalmente congruente. Texto Contexto Enferm 2021; 30:1-15.

ANEXO A – Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS*)

		SIM	NÃO
1.	De maneira geral, o(a) senhor(a) está satisfeito com a vida?	(0)	(1)
2.	O(A) senhor(a) abandonou muitas das coisas que fazia ou gostava de fazer?	(1)	(0)
3.	O(A) senhor(a) acha sua vida sem sentido atualmente?	(1)	(0)
4.	O(A) senhor(a) está geralmente aborrecido?	(1)	(0)
5.	O(A) senhor(a) está de bom humor a maior parte do tempo?	(0)	(1)
6.	O(A) senhor(a) se sente inseguro achando que alguma coisa de ruim vai lhe acontecer?	(1)	(0)
7.	De maneira geral, o(a) senhor(a) costuma se sentir feliz?	(0)	(1)
8.	O(A) senhor costuma se sentir desamparado?	(1)	(0)
9.	O(A) senhor(a) prefere ficar em casa em vez de sair e fazer alguma outra coisa?	(1)	(0)
10.	O(A) senhor tem mais dificuldade para se lembrar das coisas do que a maioria das pessoas?	(1)	(0)
11.	O(A) senhor(a) acha que vale a pena estar vivo hoje?	(0)	(1)
12.	O(A) senhor(a) costuma se sentir menos útil com a idade que tem hoje?	(1)	(0)
13.	O(A) senhor(a) se sente bem-disposto?	(0)	(1)
14.	O(A) senhor(a) acha que sua situação não pode ser melhorada?	(1)	(0)
15.	O(A) senhor(a) acha que a maioria das pessoas está em melhores condições que o(a) senhor(a)?	(1)	(0)

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.
1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.
Total > 5 = suspeita de depressão

ANEXO B – Inventário de Ansiedade Geriátrica (*Geriatric Anxiety Inventory – GAI*)

Por favor, responda às seguintes questões de acordo com o modo como se tem sentido durante a última semana.

	Concordo	Discordo
1. Ando preocupado(a) a maior parte do tempo	(1)	(0)
2. Tenho dificuldades em tomar decisões	(1)	(0)
3. Sinto-me inquieto(a) muitas vezes	(1)	(0)
4. Tenho dificuldade em relaxar	(1)	(0)
5. Muitas vezes não consigo apreciar as coisas por causa das minhas preocupações	(1)	(0)
6. Coisas sem importância preocupam-me bastante	(1)	(0)
7. Sinto muitas vezes um aperto no estômago	(1)	(0)
8. Vejo-me como uma pessoa preocupada	(1)	(0)
9. Não consigo evitar preocupar-me, mesmo com coisas menores	(1)	(0)
10. Sinto-me muitas vezes nervoso (a)	(1)	(0)
11. Muitas vezes os meus próprios pensamentos põem-me ansioso(a)	(1)	(0)
12. Fico com o estômago às voltas devido à minha preocupação constante	(1)	(0)
13. Vejo-me como uma pessoa nervosa	(1)	(0)
14. Estou sempre à espera que aconteça o pior	(1)	(0)
15. Muitas vezes sinto-me agitado(a) interiormente	(1)	(0)
16. Acho que as minhas preocupações interferem com a minha vida	(1)	(0)
17. Muitas vezes sou dominado(a) pelas minhas preocupações	(1)	(0)
18. Por vezes sinto um nó grande no estômago	(1)	(0)
19. Deixo de me envolver nas coisas por me preocupar demasiado	(1)	(0)
20. Muitas vezes sinto-me aflito(a)	(1)	(0)

Avaliação:

Somatória - Igual ou >13 é indicativo de presença de sintomas ansiosos.

ANEXO C – Avaliação da Multimorbidade

PROBLEMAS DE SAÚDE AUTORREFERIDOS			
		<i>PROBS: _____</i>	
O(a) senhor(a) tem algum problema de saúde? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR			
	CONDIÇÃO/DOENÇA	SIM	NÃO
01	Diabetes	1	0
02	Doença Cardíaca Isquêmica	1	0
03	Doença Renal Crônica	1	0
04	Depressão e problemas do humor	1	0
05	Doença Cerebrovasculares	1	0
06	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Enfisema, Bronquite Crônica	1	0
07	Hipertensão	1	0
08	Asma	1	0
09	Doença de Parkinson	1	0
10	Insuficiência Cardíaca	1	0
11	Neoplasia sólidas	1	0
12	Osteoartrite e outras doenças articulares degenerativas	1	0
13	Osteoporose	1	0
14	Neoplasias hematológicas	1	0
15	Disfunção na Tireoide	1	0
16	Dislipidemias / Alteração do colesterol	1	0
17	Demência	1	0
18	Outras doenças cardiovasculares	1	0
19	Doenças Autoimunes (Lupus)	1	0
20	Outras doenças musculoesqueléticas e da articulação (tendinites, bursites, etc)	1	0
21	Artropatias inflamatórias (artrite reumatoide, espondiloartrites (espondilite) e artrite psoriásica)	1	0
22	Doenças crônicas do fígado (Hepatite, cirrose, etc)	1	0
23	Esclerose múltipla	1	0
24	Obesidade	1	0
25	Incontinência urinária	1	0
26	Doenças infecciosas crônicas (HIV, HTLV, etc)	1	0
27	Doença vascular periférica	1	0
28	Doenças inflamatórias intestinais (diverticulite, Crohn, etc)	1	0
29	Arritmia cardíaca	1	0
30	Doenças das válvulas cardíacas	1	0
31	Enxaqueca e dores faciais crônicas	1	0
32	Esquizofrenia e doenças delirantes	1	0

ANEXO D – Escala de Atividades Básicas de Vida Diária – Índice de Katz

Atividade	Independente	Sim	Não
<i>Banho</i>	Não recebe assistência ou somente recebe em uma parte do corpo	(0)	(1)
<i>Vestir-se</i>	Escolhe as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para calçar sapatos	(0)	(1)
<i>Higiene pessoal</i>	Vai o banheiro usa-o, veste-se e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio e usar comadre/urinol à noite)	(0)	(1)
<i>Transferência</i>	Consegue deitar-se e levantar de uma cama ou sentar e levantar e de uma cadeira sem ajuda (pode usar bengala ou andador)	(0)	(1)
<i>Continência</i>	Tem autocontrole do intestino e da bexiga (“sem acidentes ocasionais”)	(0)	(1)
<i>Alimentação</i>	Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	(0)	(1)