

ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNOS MENTAIS E AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE EM IDOSOS

ASSOCIATION BETWEEN MENTAL DISORDERS AND HEALTH SELF-ASSESSMENT IN THE ELDERLY

Resumo

Objetivos: Analisar fatores associados à autoavaliação de saúde em idosos com transtornos mentais.

Métodos: Estudo quantitativo, analítico transversal, realizado com 138 idosos portadores de transtornos mentais em um ambulatório de saúde mental. A variável de desfecho foi a autoavaliação de saúde. As variáveis de exposição foram demográficas (sexo, idade, escolaridade e estado conjugal), atividades básicas de vida diária (ABVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e características dos transtornos mentais (idade do primeiro diagnóstico, quantidade e categorias dos diagnósticos). Para a análise, foi utilizado o teste qui-quadrado.

Resultados: Ser analfabeto, ter ensino fundamental incompleto e dependência severa ou total no teste de ABVD tiveram associação com autoavaliação negativa de saúde. A análise estatística mostra significância entre características dos transtornos mentais e autoavaliação de saúde. Idosos que tem apenas um diagnóstico avaliaram sua saúde como positiva. Os diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais do grupo F20-F29 segundo a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) apresentaram associação com autoavaliação positiva de saúde. Já os do grupo F30-F39 tiveram uma autoavaliação negativa de saúde.

Conclusões: Há associação de fatores demográficos, do grau de dependência para ABVD e das características dos transtornos mentais com a autoavaliação de saúde dessa população. Esses dados mostram a necessidade de maior conhecimento das condições de saúde dos idosos com transtornos mentais, no sentido de implementar medidas que visam minimizar o impacto da doença mental no processo de envelhecimento.

Palavras-chave: Saúde mental, idosos, autoavaliação.

Abstract

Objectives: To analyze factors associated with health self-assessment in elderly with mental disorders.

Methods: A quantitative, cross-sectional study was carried out with 138 elderly people with mental disorders seen at a mental health outpatient clinic. The outcome variable was health self-assessment. The exposure variables were demographic characteristics (gender, age, schooling and marital status), basic activities of daily living (BADLs), instrumental activities of daily living (IADLs) and characteristics of mental disorders (age at first diagnosis, number and categories of diagnoses). The chi-square test was used for analysis.

Results: Being illiterate, having incomplete primary education, and severe or total dependence on the BADL test were associated with negative health self-assessment. The statistical analysis showed significance between mental disorder characteristics and health self-assessment. Elderly people who had only one diagnosis evaluated their health as positive. Diagnoses of mental and behavioral disorders in the F20-F29 group of the International Classification of Diseases, 10th edition (ICD-10) were associated with positive health self-assessment, whereas those in the F30-F39 group were associated with negative health self-assessment.

Conclusions: There are associations between health self-assessment and demographic factors, degree of dependence for BADLs and characteristics of mental disorders in this population. These data show the need for greater knowledge of health conditions among elderly with mental disorders, in order to implement measures that aim to minimize the impact of mental illness in the aging process.

Keywords: Mental health, elderly, self-assessment.



¹ Médica psiquiatra pela ABP. Mestre em Saúde e Envelhecimento, Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Marília, SP. ² Doutora em Enfermagem Fundamental. Docente, Curso de Enfermagem e Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde, Famema, Marília, SP. ³ Doutor em Farmacologia. Docente, Curso de Medicina e Programa de Mestrado Acadêmico Saúde e Envelhecimento, Famema, Marília, SP.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida e a mudança do perfil epidemiológico da população brasileira têm despertado cada vez mais o interesse dos pesquisadores acerca do envelhecimento. No período de 20 anos, a população idosa cresceu mais do que o dobro. No ano de 1991, eram 10,7 milhões no Brasil, e em 2011, somavam 23,5 milhões de pessoas com 60 anos ou mais¹.

Esses dados trouxeram a necessidade da utilização de indicadores que ampliassem a avaliação de saúde, além dos indicadores objetivos já empregados para o segmento da população idosa.

Nesse sentido, considerou-se a autoavaliação de saúde, que é um critério subjetivo, tido como principal indicador de qualidade de vida percebida¹ e que vem sendo mundialmente utilizado. Fundamentada basicamente na pergunta: “Como o(a) senhor(a) considera sua saúde?”, é de fácil aplicabilidade e aparece em estudos com forte associação com mortalidade^{2,3}.

Já é sabido que, entre idosos, mecanismos compensatórios de natureza afetiva podem proteger a autoestima e o bem-estar subjetivo, mas existem limites para esses mecanismos, que falham na evolução de doenças crônicas³ e na presença de sintomas depressivos⁴, entre outros fatores.

Um estudo realizado em Campinas com idosos encontrou respostas da autoavaliação ruim e muito ruim em indivíduos que referiam menor sentimento de felicidade e vitalidade⁵. Outro estudo, realizado em três cidades do interior das regiões Nordeste, Sul e Sudeste do Brasil, com 909 adultos de 60 a 91 anos, observou associação de autoavaliação negativa e sintomatologia depressiva⁴. Essas considerações chamam a atenção para os transtornos mentais, pois, entre os estudos, ainda que apareçam a ausência de felicidade e os sintomas depressivos associados com autoavaliação negativa, é raro encontrar informações mais esclarecedoras sobre os portadores de transtornos mentais e sua avaliação de saúde, já que os encontrados avaliam o impacto de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes melito e outras doenças prevalentes nesse ciclo da vida.

A população de idosos com transtornos mentais apresenta-se com dupla necessidade em saúde, pois agrega à necessidade de atenção em saúde mental essas outras doenças prevalentes nessa faixa etária e incapacidades

que podem influenciar a percepção de saúde associada ao envelhecimento saudável e à mortalidade.

Já é sabido que o envelhecimento contribui para desencadear ou agravar a presença de transtornos mentais, tais como esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, delirante, de ansiedade, somatoforme, entre outros⁶.

Um estudo europeu estimou que um em cada dois idosos havia experimentado um transtorno mental durante a vida e um em cada quatro apresentava-se afetado por doença mental no momento da entrevista. Esses autores reafirmam a necessidade do fornecimento de serviços em saúde mental de boa qualidade para essa faixa etária⁷.

Sobre a qualidade dos serviços ambulatoriais produzidos após o movimento de reforma psiquiátrica, um estudo do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo apontou falhas no funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como falta de retaguarda para internações psiquiátricas e emergências, falta de profissionais médicos, entre outras, que prejudicam o atendimento em saúde mental⁸.

Sobre os ambulatórios especializados em saúde mental das instituições de ensino, faltam estudos mais esclarecedores, o que tornou o cenário do presente estudo pertinente para a coleta de dados.

Diante do cenário acima, do conhecimento da importância da autoavaliação como indicador de saúde e da falta de estudos com idosos portadores de transtornos mentais, este estudo tem como objetivo analisar a associação entre autoavaliação em saúde desse idoso que já se encontra em tratamento especializado ambulatorial e os fatores associados com percepção positiva e negativa de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico transversal, que se baseou na coleta de dados realizados com idosos (60 anos ou mais) portadores de transtornos mentais, em um ambulatório de saúde mental, de instituição de ensino superior do interior paulista, que conta com cursos de graduação em medicina e enfermagem e uma estrutura hospitalar e ambulatorial de referência para municípios da região. Os dados foram obtidos por meio de entrevista, com questionário estruturado.

A frequência média de atendimentos médicos psiquiátricos mensais de pacientes com 60 anos ou mais foi de 208 pessoas em 2014, dado fornecido pelo Núcleo de Tecnologia e Informação da instituição.

O tamanho de amostra foi calculado utilizando-se os seguintes parâmetros estatísticos: população idosa que frequenta o ambulatório de saúde mental, em média, mensalmente = 208, erro amostral de 5%, nível de confiança de 95% e percentual máximo de 50%, necessitando-se de 138 indivíduos, que foram entrevistados de agosto a dezembro de 2015.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário estruturado pautado no projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE)⁹. A variável de desfecho foi a autoavaliação de saúde de cada indivíduo (positiva ou negativa), e as variáveis de exposição foram: sociodemográficas (idade, sexo, estado conjugal e escolaridade), atividades básicas da vida diária (ABVD), atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e as características dos transtornos mentais (idade do primeiro diagnóstico, número de diagnósticos e categorias de diagnósticos de transtornos mentais).

A autoavaliação de saúde foi realizada por meio da pergunta: "Como o(a) senhor(a) considera sua saúde?", pergunta de caráter valorativo, global, que se caracteriza por julgamento pessoal, com critérios individuais (dimensões da autoavaliação de saúde de idosos)². Neste estudo, a autoavaliação permitiu a avaliação do indivíduo em uma escala que variou entre ótima, boa, regular, ruim ou péssima. Foram agrupadas, para análise estatística, como autoavaliação positiva, as respostas regular, boa e ótima. Como autoavaliação negativa, foram agrupadas as respostas ruim e péssima¹⁰.

Os dados por idade foram agrupados em faixas etárias de 60-69 anos, 70-79 e 80 anos ou mais. As informações sobre escolaridade foram separadas em dois grupos: até a 4ª série do ensino fundamental e 5ª série ou mais.

O índice de Barthel foi o instrumento utilizado para avaliar as ABVD: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, banho, capacidade de vestir-se e despir-se, controle de esfíncter, mobilidade, transferência da cama para a cadeira, subir e descer escadas. Apresenta pontuação de 0 a 100, com escore acima de 60 indicando idosos independentes apenas para cuidados essenciais, como comer, asseio pessoal e controle de esfíncter. A

independência com mínimas necessidades de assistência tem pontuação igual ou acima de 85, mantendo 60 como a viragem entre a independência e a dependência^{11,12}.

A Escala de Lawton & Brody, também utilizada neste estudo, refere-se às AIVD. Composta por nove itens, com pontuação de 1 a 3 para cada item, permite classificar os idosos em três categorias: dependência total (somatória de até 9 pontos), dependência parcial (de 10 a 18 pontos) e independência (de 19 a 27 pontos) em atividades como usar telefone, transporte, preparar refeições, arrumar a casa, trabalhos domésticos, lavar e passar roupas, tomar remédios e cuidar de suas finanças^{11,13}.

Os diagnósticos de transtornos mentais foram agrupados por categorias segundo a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), estruturada pela Organização Mundial de Saúde e que é seguida amplamente em suas diretrizes pelos profissionais da área da saúde mental no Brasil¹⁴.

A associação entre a autoavaliação de saúde e as variáveis de exposição sexo, idade, escolaridade, estado conjugal, ABVD e AIVD, idade do 1º diagnóstico, quantidade de diagnósticos e categorias de diagnósticos foi verificada pelo teste qui-quadrado de Pearson. O nível de significância adotado foi de 5%. Para todas as análises, utilizou-se o pacote estatístico SPSS versão 17.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da instituição, conforme recomendações da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado sob Parecer nº 1.050.605 de 06/05/2015. Os participantes foram informados, pelo entrevistador, sobre a natureza do estudo, seus objetivos, métodos e benefícios previstos, potenciais riscos e possíveis incômodos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual manifestaram a participação voluntária na pesquisa.

RESULTADOS

Foi avaliada a associação entre autoavaliação de saúde e características demográficas, atividades de vida diária e transtornos mentais. Não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre as variáveis de exposição sexo, idade, estado conjugal, AIVD e idade do primeiro diagnóstico e a autoavaliação de saúde ($p > 0,05$).



¹ Médica psiquiatra pela ABP. Mestre em Saúde e Envelhecimento, Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Marília, SP. ² Doutora em Enfermagem Fundamental. Docente, Curso de Enfermagem e Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde, Famema, Marília, SP. ³ Doutor em Farmacologia. Docente, Curso de Medicina e Programa de Mestrado Acadêmico Saúde e Envelhecimento, Famema, Marília, SP.

Por outro lado, associação significativa foi observada entre autoavaliação de saúde e escolaridade, ABVD, quantidade de diagnósticos e categorias de diagnósticos.

A Tabela 1 mostra que ser analfabeto e/ou ter ensino fundamental incompleto teve associação significativa com autoavaliação negativa de saúde ($p = 0,001$). Dependência severa ou total na ABVD apresentou associação com autoavaliação negativa de saúde, e idosos independentes

demonstraram autoavaliação de saúde positiva ($p < 0,01$) (Tabela 2). A Tabela 3 mostra que idosos que têm apenas um diagnóstico avaliaram sua saúde como positiva ($p = 0,04$). Os diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais do grupo F20-F29, segundo a CID-10, apresentaram associação com autoavaliação positiva de saúde. Já os do grupo F30-F39 tiveram uma autoavaliação negativa de saúde ($p = 0,01$).

Tabela 1 - Associação entre autoavaliação do estado de saúde em idosos com transtorno mental, segundo fatores sociodemográficos – Marília (SP), 2016

Variáveis	Avaliação positiva n (%)	Avaliação negativa n (%)	p
Sexo			0,76
Masculino	37 (35,2)	10 (30,3)	
Feminino	68 (64,8)	23 (69,7)	
Idade (anos)			0,68
60-69	71 (67,6)	20 (60,6)	
70-79	26 (24,8)	9 (27,2)	
80 ou mais	8 (7,6)	4 (12,1)	
Escolaridade			0,001*
Analfabeto/Fundamental 1 incompleto	11 (10,5)	13 (39,4)	
Fundamental 1 completo até superior completo	94 (89,5)	20 (60,6)	
Estado conjugal			0,07
Vive só	59 (56,2)	12 (36,4)	
Vive acompanhado	46 (43,8)	21 (63,6)	

*Teste qui-quadrado $\leq 0,05$.

Tabela 2 - Indicadores de saúde associados à autoavaliação do estado de saúde em idosos com transtorno mental – Marília (SP), 2016

Variáveis	Avaliação positiva n (%)	Avaliação negativa n (%)	p
ABVD			0,01*
Dependência severa ou total	7 (6,7)	9 (27,3)	
Dependência moderada	17 (16,2)	6 (18,2)	
Dependência leve	38 (36,2)	12 (36,4)	
Independente	43 (41,0)	6 (18,2)	
AIVD			0,29
Dependência total	16 (15,2)	9 (27,3)	
Dependência parcial	29 (27,6)	8 (24,2)	
Independência	60 (57,1)	16 (48,5)	

*Teste qui-quadrado $\leq 0,05$.

ABVD = atividades básicas da vida diária; AIVD = atividades instrumentais da vida diária.

Discussão

Esse estudo contribui para o esclarecimento de aspectos que podem influenciar a autoavaliação de saúde de idosos, indicador que contempla aspectos físicos, cognitivos e emocionais na população geral e parece estar associado à predição de mortalidade e declínio funcional^{15,16}. Nosso estudo identificou variáveis associadas à percepção positiva e negativa de saúde em portadores de transtornos mentais com 60 anos ou mais.

Fatores sociodemográficos

Baixa escolaridade foi um fator sociodemográfico que apresentou associação estatisticamente significativa com percepção de saúde, sendo que idosos analfabetos ou com escolaridade até fundamental 1 incompleto tiveram uma percepção negativa de saúde. Um estudo realizado no estado de São Paulo refere associação da baixa escolaridade com percepção negativa da saúde⁵. Outro estudo encontrou que a autoavaliação melhora conforme o aumento da escolaridade e que pessoas com mais estudos poderiam estar mais informadas e capacitadas para promover mudanças de estilo de vida¹⁶. Supõe-se que a população hoje idosa e com transtorno mental teve maiores dificuldades, seja pelo menor acesso aos estudos na década de 1950, quando somente 26,15% da população era alfabetizada, seja pelo desafio para pedagogos e médicos na inclusão de

pessoas ditas “anormais”¹⁷ para aqueles com transtornos mentais iniciados na infância e adolescência.

Atividades de vida diária

No presente estudo, houve associação positiva entre as variáveis auto percepção de saúde e o índice de Barthel (ABVD), sendo que os idosos com dependência total ou severa para as ABVD referiram auto percepção negativa de saúde. Assim como nesta pesquisa, resultados encontrados entre idosos com plano de saúde no Rio Grande do Sul² e idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família na Paraíba¹⁸ verificaram associações significativas entre auto percepção de saúde e dependência para atividades da vida diária.

Na avaliação ampliada do idoso, há necessidade de se considerar a interação multidimensional entre aspectos como a independência para as ABVD, saúde física e mental. Observa-se que eventos estressantes, agravamento de doenças, bem como hospitalizações, aparecem em estudos como fatores que podem levar ao declínio da capacidade funcional¹⁹. A independência e autonomia podem, portanto, alterar consideravelmente a vida do indivíduo, o que pode levar a uma mudança em sua autoavaliação. A idade biológica não é um indicador preciso das alterações associadas ao envelhecimento, porém a probabilidade de experimentar graves incapacidades físicas aumenta significativamente nas idades mais avançadas^{12,20}.

Tabela 3 - Diagnósticos de transtorno mental associados à autoavaliação do estado de saúde em idosos com transtorno mental – Marília (SP), 2016

Variáveis	Avaliação positiva n (%)	Avaliação negativa n (%)	p
Idade do 1º diagnóstico			0,95
Até 59 anos	60 (57,1)	18 (54,5)	
60 anos ou mais	45 (42,9)	15 (45,5)	
Quantidade de diagnósticos			0,04*
Um	89 (84,8)	22 (66,7)	
Dois ou mais	16 (15,2)	11 (33,3)	
Diagnóstico			0,01*
F20 a F29	29 (27,6)	1 (3,0)	
F30 a F39	32 (30,5)	17 (51,5)	
Demais diagnósticos	44 (41,9)	15 (45,5)	

*Teste qui-quadrado ≤ 0,05.



¹ Médica psiquiatra pela ABP. Mestre em Saúde e Envelhecimento, Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Marília, SP. ² Doutora em Enfermagem Fundamental. Docente, Curso de Enfermagem e Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde, Famema, Marília, SP. ³ Doutor em Farmacologia. Docente, Curso de Medicina e Programa de Mestrado Acadêmico Saúde e Envelhecimento, Famema, Marília, SP.

Características dos transtornos mentais

Sobre as características dos transtornos mentais dos idosos atendidos em ambulatório especializado, alguns aspectos se evidenciaram.

Observamos associação estatisticamente significativa entre autoavaliação de saúde e um diagnóstico apenas ($p = 0,04$). No presente estudo, idosos que têm apenas um diagnóstico psiquiátrico avaliam sua saúde como positiva. Um estudo com 253 pacientes do Hospital da Universidade Federal de Alagoas mostrou importante presença de comorbidade em pacientes com diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada. A mais prevalente foi depressão maior (53,7%), seguida de distímia (21,4%) e depressão recorrente (14,6%), além de maior risco de suicídio²¹. O transtorno de estresse pós-traumático aparece associado a transtornos de humor, transtorno obsessivo-compulsivo, esquizofrenia e outros²². Um estudo recente aponta que os pacientes com mais comprometimento psicopatológico apresentaram maiores valores de autoavaliação da saúde geral como regular ou ruim²³.

Ao considerar os grandes grupos de diagnósticos em saúde mental, observou-se diferença significativa entre idosos com diagnósticos entre F20-F29 e autoavaliação de saúde. Segundo a CID-10¹⁴, a esquizofrenia é o transtorno mais comum e mais importante desse grupo e busca menos assistência que o resto da população²⁴. Visto que a doença influencia todos os aspectos da vida do doente, ter atendimento especializado em ambulatório de saúde mental objetiva planejamento para reduzir ou eliminar sintomas, melhorar a qualidade de vida e o funcionamento adaptativo, além de promover e manter a recuperação dos efeitos debilitantes da doença por mais tempo²⁵. Essas condições permitem uma redução da mortalidade, além de prevenir as incapacidades em idosos.

Os idosos portadores de diagnósticos da categoria F20-F29, que tem a esquizofrenia como o mais comum e mais importante transtorno do grupo¹⁴, tratados no ambulatório de saúde mental, referiram uma autoavaliação positiva da própria saúde. Um estudo aponta o tratamento medicamentoso como essencial para uma evolução satisfatória e melhor prognóstico da doença²⁶. Sendo uma doença de curso crônico, a esquizofrenia incide na população jovem e, segundo a

OMS, mais de 50% dos indivíduos não recebe atenção apropriada²⁴. Outro estudo demonstra que, de um total de 32 idosos com esquizofrenia, 31 relataram diminuição do impacto pessoal dos sintomas psicóticos quando atingiram a terceira idade. Embora os sintomas continuassem presentes, eles estariam mais engajados em estratégias que minimizariam o impacto da psicose²⁷. Nesse sentido, a autoavaliação positiva de saúde encontrada no presente estudo pode estar associada ao fato de serem indivíduos que chegaram a esse ciclo da vida recebendo tratamento ambulatorial especializado.

Idosos com diagnósticos entre F30-F39 referiram autoavaliação negativa da saúde, dado esse semelhante ao encontrado na literatura^{28,29}. Esse grupo de doenças, que se refere aos transtornos de humor, inclui o transtorno depressivo com alta prevalência entre a população idosa que, apesar de iniciar-se normalmente na adolescência ou idade adulta, tende a estender-se de maneira variada até a velhice (4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV³⁰). A depressão, inclusive no idoso, compromete a percepção de si mesmo e também a forma como vê o mundo ao seu redor³¹. Além disso, os transtornos bipolares, também pertencentes às categorias F30-F39, podem incidir em todos os ciclos da vida, causando episódios depressivos ou maníacos, com sofrimento psíquico e perdas durante a vida que comprometem a autoavaliação de saúde³⁰. Sendo assim, tanto as mudanças de percepção quanto o sofrimento psíquico podem justificar a autoavaliação negativa de saúde expressa pelos idosos no presente trabalho, uma vez que os mesmos recebem, no ambulatório estudado, apenas acompanhamento clínico com medicamentos. Nenhum deles submeteu-se a qualquer tratamento psicoterápico. Dados consistentes da literatura mostram que associar tratamento medicamentoso com psicoterapia melhora o prognóstico e a evolução dos transtornos de humor³².

CONCLUSÕES

Idosos portadores de transtorno mental, acompanhados em ambulatório de saúde mental, possuem características singulares, assim como o próprio envelhecimento. A autoavaliação de saúde dessas pessoas mostrou aspectos tanto positivos quanto negativos. Esses dados mostram a necessidade

MARIA CASSIA MAZZI FREIRE
MARIA JOSÉ SANCHES MARIN
CARLOS ALBERTO LAZARINI

de maior conhecimento das necessidades dos idosos com transtornos mentais, com medidas assistenciais e políticas voltadas ao tratamento precoce e ampliado desses indivíduos, no sentido de minimizar o impacto da doença mental no processo de envelhecimento. O acesso a tratamento especializado em saúde mental nos diversos ciclos da vida torna-se, nesse cenário, essencial para preservar condições adequadas de saúde.

Artigo submetido em 13/12/2016, aceito em 15/03/2017. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Carlos Alberto Lazarini, Disciplina de Farmacologia, Faculdade de Medicina de Marília – Famema, Av. Monte Carmelo, 800, Bairro Fragata, CEP 17519-030, Marília, SP. E-mail: carlos.lazarini@gmail.com

Referências

1. Brasil, Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos. Dados sobre o envelhecimento no Brasil [Internet]. [cited 2016 Nov 09]. www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoonoBrasil.pdf
2. Melo DM, Falsarella GR, Neri AL. Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17:471-84.
3. Hartmann ACVC. Fatores associados a autoavaliação de saúde em idosos de Porto Alegre [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
4. Silva RJ, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso JS Jr. [Prevalence and factors associated with negative health perception by the Brazilian elderly]. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15:49-62.
5. Borim FSA, Neri AL, Francisco PMSB, Barros MBA. Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. *Rev Saude Publica.* 2014;48:714-22.
6. Tavares SMG. A saúde mental do idoso brasileiro e sua autonomia. *BIS Bol Inst Saude.* 2009;47:87-9.
7. Andreas S, Schulz H, Volkert J, Dehoust M, Sehner S, Suling A, et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *Br J Psychiatry.* 2017;210:125-31.
8. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo. Coordenação Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2010.
9. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8:127-41.
10. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d'Orsi E. Auto percepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2015;31:1049-60.
11. Apóstolo JLA. Instrumentos para avaliação em geriatria (geriatric instruments) [dissertação]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2011.
12. Araujo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev Port de Saude Publica.* 2007;25:59-66.
13. Pereira EEB, Biene A, Carneiro SR, Sarges ESNF. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17:165-76.
14. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed; 1993.
15. Alves LC, Rodrigues RN. [Determinants of self-rated health among elderly persons in São Paulo, Brazil]. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17:333-41.
16. Pagotto V, Nakatani AY, Silveira EA. [Factors associated with poor self-rated health in elderly users of the Brazilian Unified National Health System]. *Cad Saude Publica.* 2011;27:1593-602.
17. Andrade LD. Concepções sobre educação inclusiva em uma escola regular da rede federal em Minas Gerais [monografia]. Cuiabá: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso; 2009.
18. Belém PLO, Melo RLP, Pedraza DF, Menezes TN. Autoavaliação do estado de saúde e fatores



¹ Médica psiquiatra pela ABP. Mestre em Saúde e Envelhecimento, Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Marília, SP. ² Doutora em Enfermagem Fundamental. Docente, Curso de Enfermagem e Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde, Famema, Marília, SP. ³ Doutor em Farmacologia. Docente, Curso de Medicina e Programa de Mestrado Acadêmico Saúde e Envelhecimento, Famema, Marília, SP.

- associados em idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Campina Grande, Paraíba. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016;19:265-76.
19. Lourenço TM, Lenardt MH, Kletemberg DF, Seima MD, Carneiro NHK. Independência funcional em idosos longevos na admissão hospitalar. Texto Contexto Enferm. 2014;23:673-9.
 20. Cardoso JH, Costa JSD. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. Cienc Saude Coletiva. 2010;15:2871-8.
 21. Vasconcelos JRO, Lobo APS, Melo Neto VLde. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. J Bras Psiquiatr. 2015;64:259-65.
 22. Mello AF, Prado EBA. Trauma e transtornos do humor: comorbidade com o transtorno de estresse pós-traumático ou sobreposição de sintomas? Rev Debates Psiquiatr. 2016;5:38-42.
 23. Villano LAB. Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não-psiquiátricos: o ambulatório de clínica geral [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.
 24. Organização Mundial da Saúde (OMS). Nota descritiva 397 [Internet]. 2016 Apr [cited 2017 Dec 07]. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/
 25. Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Möller HJ. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. Rev Psiquiatr Clin. 2006;33:7-64.
 26. Cordioli AV. Psicofármacos nos transtornos mentais [Internet]. [cited 2017 Mar 02]. www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Caballo%206_8.pdf
 27. Shepherd S, Depp CA, Harris G, Halpain M, Palinkas LA, Jeste DV. Perspectives on schizophrenia over the lifespan: a qualitative study. Schizophr Bull. 2012;38:295-303.
 28. Theme Filha MM, Souza Junior PRBde, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2015;18:83-96.
 29. Barroso SM, Melo AP, Guimarães MD. [Depression in former slave communities in Brazil: screening and associated factors]. Rev Panam Salud Publica. 2014;35:256-63.
 30. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição revisada (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
 31. Calha A, Arriaga M, Cordeiro R. Prevalência da solidão e depressão na população idosa residente na zona histórica da cidade de Portalegre. Rev Port Enf Saude Ment. 2014;1:9-14.
 32. Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.