

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
NÚCLEO DE ENFERMAGEM**

LUCAS EMANUEL SANTOS DA SILVA

**SOFRIMENTO MENTAL, TRANSTORNO MENTAL COMUM E RISCO DE
SUICÍDIO EM IDOSOS ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.**

Vitória de Santo Antão-PE

2018

LUCAS EMANUEL SANTOS DA SILVA

**SOFRIMENTO MENTAL, TRANSTORNO MENTAL COMUM E RISCO DE
SUICÍDIO EM IDOSOS ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de bacharelado em enfermagem, da Universidade federal de Pernambuco, como requisito parcial à obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jaqueline Galdino
Albuquerque Perrelli

Vitória de Santo Antão – PE

2018

LUCAS EMANUEL SANTOS DA SILVA

**SOFRIMENTO MENTAL, TRANSTORNO MENTAL COMUM E RISCO DE
SUICÍDIO EM IDOSOS ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de bacharelado em enfermagem, da Universidade federal de Pernambuco, como requisito parcial à obtenção do título de enfermeiro.

Aprovado em 27/11/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Cristiane Macedo Vieira (Examinador)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Laryssa Grazielle Feitosa Lopes (Examinador)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Sarana Heren Pereira Ribeiro (Examinador)

Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Identificar sofrimento mental, Transtorno Mental Comum (TMC) e risco de suicídio em idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa realizado em três UBS localizadas na zona urbana do município da Vitória de Santo Antão – PE. A população foi composta por 71 idosos acompanhados nas respectivas UBS. Para a caracterização sociodemográfica e verificação da presença de sofrimento mental e TMC, utilizaram-se três instrumentos: 1. questionário contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, anos de estudo, renda e ocupação; 2. Self Report Questionnaire (SRQ-20); e 3. Escala Breve de Sofrimento de Kessler (K-10). Com relação aos resultados do SRQ, a média foi de 6,94 pontos e 71,83% (n=51) apresentou pontuação sugestiva de TMC. Sobre a avaliação do estresse psicológico, a partir da escala K-10, 57,74% (n=41) apresentou quadro sugestivo de sofrimento mental, a média de pontos foi de 16,14. Quanto ao risco de suicídio, 15,5% referiram que já pensaram em tirar a própria vida. Os dados mostraram elevado percentual de idosos com sofrimento mental no âmbito da atenção básica, o que demonstra a necessidade premente de estratégias de intersetoriais de promoção da saúde mental, prevenção do sofrimento mental e do suicídio a fim de melhorar a qualidade de vida dos idosos, identificar precocemente esses quadros e prevenir que os mesmos se agravem.

Palavras-chave: Sofrimento mental. Suicídio. Saúde mental. Idoso.

ABSTRACT

To identify mental, Common Mental Disorder (CMD) and risk of suicide in the elderly attended at Basic Health Units (UBS). This is a cross-sectional study on the quantitative measures performed in three UBS in the city of Vitória de Santo Antão - PE. The city was made by 71 elderly people accompanied in the UBS. The sociodemographic characterization and the verification of the prevalence of CMD, using three instruments: 1. the present variables: sex, age, years of study, income and occupation; 2. Self-report questionnaire (SRQ-20); and 3. Kessler's Brief Scale of Suffering (K-10). Regarding SRQ results, the mean was 6.94 points and 71.83% (n = 51) related to the CTM proposal. On the evaluation of the K-10 scale, 57.74% (n = 41) presented a mental evaluation frame, an average score of 16.14. As for the risk of suicide, 15.5% said they have already thought about taking their own lives. The data were geared towards the elderly with the mentality at the time of primary care, which demonstrates the need for intersectoral strategies to promote mental health, prevention of mental suffering and suicide to improve the quality of life elderly, identify and prevent them from getting worse.

Key words: Mental suffering. Suicide. Mental health. Old man

SUMÁRIO

ARTIGO	6
INTRODUÇÃO	6
MÉTODO.....	8
RESULTADOS.....	10
DISCUSSÃO	11
CONCLUSÃO	13
REFERÊNCIAS.....	14
ANEXO A - NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA	17

ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA **REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

Sofrimento mental, Transtornos Mental Comum e Risco de Suicídio em idosos
atendidos em Unidades Básicas de Saúde.

Sofrimento mental, Transtorno Mental Comum e Risco de Suicídio em idosos.

Mental suffering, Common Mental Disorders and Suicide Risk in the elderly attended
at Basics Health Units.

Mental suffering, Common Mental Disorders and Suicide Risk in the elderly.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2011, a estimativa da população idosa do mundo foi de 800 milhões de pessoas, ou seja, 11% da população mundial. Segundo estimativas, em 2050 esse valor alcançará 2 bilhões de idosos, uma porcentagem de 22% da população total, devido ao grande aumento da população idosa.¹

O processo de envelhecimento pode ser compreendido de diversas maneiras, de modo que essa heterogeneidade perpassa visões mais negativas em que se incluem a diminuição da capacidade de realizar atividades instrumentais, aumento da vulnerabilidade e da dependência familiar; e percepções mais positivas de que a velhice é o momento ápice da sabedoria, bom senso e serenidade.²

Ademais, nessa fase, há uma perda funcional e progressiva do organismo, assim como outras alterações orgânicas que se caracterizam principalmente por diminuição do equilíbrio, da mobilidade e alterações psicológicas propiciando uma

maior fragilidade para o desenvolvimento de alguns transtornos mentais, tais como a depressão e o aumento do risco de suicídio.^{2,3}

Nesse sentido, no âmbito da atenção básica, é comum o relato de insônia, cansaço, fadiga, estresse, queixas somáticas, dentre outros. Esses sintomas caracterizam a ocorrência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC), que são definidos como “transtornos que são comumente encontrados nos espaços comunitários, cuja presença assinala uma alteração em relação ao funcionamento normal”.⁴ Os TMC caracterizam-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas.⁵

Estudos ressaltam que a dependência de outras pessoas, a perda de autonomia e o isolamento social conduzem, por vezes, a opção de morte como alternativa. Somam-se a isso as perdas financeiras e afetivas frequentes e as mudanças negativas que resultam em uma morte social e subjetiva, o que potencializa mais ainda o risco e o ato.^{3,6}

Em virtude de sua magnitude, o suicídio é considerado um problema de saúde pública, estando entre as dez principais causas de morte de todas as faixas etárias. Em todo o mundo a taxa de suicídio é mais alta entre indivíduos de idade avançada. Essa realidade vem aumentando desde os anos 90. No período de 1980 a 2000, houve aumento de 21% de casos de suicídio, estando os homens e os idosos entre os grupos predominantes. Esse panorama é preocupante, haja vista que essa faixa etária é a que mais cresce no Brasil.⁷⁻¹⁰

Pesquisa na Austrália evidenciou que 85,5% dos idosos se consultaram com o clínico geral nos três meses que antecederam o ato autodestrutivo.¹¹ Reconhece-se que essa busca pode ser interpretada como acompanhamento para tratamento e monitoramento das doenças crônico-degenerativas, mas também como um pedido de ajuda, uma forma de sinalizar o sofrimento silenciado. Mesmo com a real diferença entre a realidade de vida e do âmbito da saúde entre Brasil e Austrália, esse dado deve ser valorizado, e servir para a atenção básica, que sendo a porta de entrada do usuário do SUS pode fazer com que os profissionais de saúde da

atenção básica tenham essas informações e conseqüentemente estejam atentos para detectar precocemente o risco de suicídio em idosos.

Desse modo, o suicídio de idosos pode ser prevenido se houver rastreio precoce dos TMC, principalmente, os sintomas depressivos, dada a sua estreita relação com o suicídio. A identificação do sofrimento mental possibilita o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a possibilidade de recuperação da dignidade da vida e a construção de novos projetos de vida nos indivíduos idosos.

Assim, faz-se necessário identificar a ocorrência dos TMC, sofrimento mental e o risco de suicídio entre os idosos atendidos em UBS.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é identificar sofrimento mental, Transtorno Mental Comum (TMC) e risco de suicídio em idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa realizado em três UBS localizadas na zona urbana do município da Vitória de Santo Antão – PE.

A população foi composta por idosos acompanhados nas respectivas UBS. A estimativa amostral foi calculada considerando os seguintes parâmetros: população infinita; prevalência do fenômeno = 29,7% (0,297)¹² e erro amostral de 10,0% (0,01). Dessa forma, a amostra foi estimada em 71 usuários.

Os participantes foram selecionados de forma consecutiva, à medida que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: homens e mulheres com idade maior ou igual a 60 anos, alfabetizados e acompanhados pelas equipes de saúde das respectivas UBS. Apresentar algum desconforto físico ou alteração do estado mental que impossibilitasse ou dificultasse o preenchimento dos instrumentos foi o único critério de exclusão adotado. Além disso, foram excluídos os instrumentos com preenchimento incompleto.

Para a caracterização sociodemográfica e identificação do sofrimento mental e do TMC, utilizaram-se os seguintes instrumentos: 1. questionário contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, anos de estudo, renda e ocupação; 2. Self Report Questionnaire (SRQ-20)¹³; e 3. Escala Breve de Sofrimento de Kessler (K-10).¹⁴

Quanto à identificação dos TMC, foi aplicado o SRQ-20. Esse instrumento é indicado pela OMS para estudos na atenção primária à saúde em virtude de sua fácil aplicação e do custo reduzido.¹³ Trata-se de um questionário elaborado por Harding et al. (1980)¹⁵, composto por 20 itens cujas respostas são dicotômicas (sim/não). Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório desses valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não psicótico (sintomas depressivos, ansiosos e somáticos), variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). Para que seja identificada a presença de TMC, em idosos, sugere-se pontuação maior ou igual a 5 pontos.¹²

O sofrimento psíquico foi avaliado por meio da Escala K-10.¹⁴ Trata-se de um questionário composto por 10 itens destinado a fornecer uma medida de angústia baseada em questões sobre ansiedade e sintomas depressivos que uma pessoa experimentou no período mais recente de quatro semanas. Cada item é pontuado em uma escala cinco pontos (5: O tempo todo; 4: A maior parte do tempo; 3: Parte do tempo; 2: Um pouco; 1: Nunca). Os valores possíveis variam de 10 até 50. Para o cálculo dos escores totais, deve-se, inicialmente, inverter a escala de cinco pontos e, posteriormente, efetuar o somatório das respostas. O ponto de corte sugestivo de sofrimento psíquico, na população idosa, é maior ou igual a 15 pontos.¹⁴

A coleta de dados ocorreu no período de março de 2017 a junho de 2018, por meio de entrevista, em um espaço reservado da UBS. Os participantes foram devidamente orientados sobre as ferramentas de medida e as pesquisadoras estiveram disponíveis, a todo momento, para esclarecimentos.

Após a coleta, os dados foram organizados em uma planilha do software excel e analisados com o auxílio do SPSS versão 21.0. A análise ocorreu por meio de

frequências absolutas e relativas, e estatísticas descritivas (média e desvio-padrão). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), por meio do número CAE: 55160016.7.0000.5208.

RESULTADOS

Entre os participantes, houve predomínio de mulheres (78,87%), aposentados (70,42%), que viviam com companheiro (52,11%). A idade variou de 60 a 76 anos (média = 66,14 anos; desvio padrão = $\pm 4,30$). Quanto à renda familiar, a mediana foi de R\$ 954,00 (um salário mínimo). Quanto ao nível de escolaridade, a mediana dos anos de estudo foi igual a 4,0, o que denota que metade dos participantes apresentou até 4 anos de estudos. O mesmo percentual mostrou mais de 4 anos de estudos. Com relação aos resultados do SRQ, a média foi de 6,94 pontos (desvio padrão = $\pm 3,90$) e 71,83% (n=51) apresentou pontuação sugestiva de TMC. Quanto ao risco de suicídio, 15,5% referiram que já pensaram em tirar a própria vida. Outras informações estão contidas na tabela 1.

Tabela 1: Descrição das respostas aos itens componentes do *Self Report Questionnaire*. Vitória de Santo Antão, 2017

Self Report Questionnaire	Sim/Não	n	%
1. Você tem dores de cabeça?	S	23	32,4
	N	48	67,6
2. Tem falta de apetite?	S	36	50,7
	N	35	49,3
3. Dorme mal?	S	45	63,4
	N	26	36,6
4. Assusta-se com facilidade?	S	33	43,5
	N	38	56,5
5. Tem tremores nas mãos?	S	17	23,9
	N	54	76,1
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	S	49	69,0
	N	21	31,0
7. Tem má digestão?	S	32	45,1
	N	39	54,9
8. Tem dificuldades de pensar com clareza?	S	21	29,6
	N	50	70,4
9. Tem se sentido triste ultimamente?	S	19	26,8
	N	52	73,2

10. Tem chorado mais do que de costume?	S	19	26,8
	N	52	73,2
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	S	18	25,3
	N	53	74,7
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	S	33	46,5
	N	38	53,5
13. Tem dificuldade no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	S	12	16,9
	N	59	83,1
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	S	12	16,9
	N	59	83,1
15. Tem perdido interesse pelas coisas?	S	12	16,9
	N	59	83,1
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	S	2	2,8
	N	69	97,2
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	S	11	15,5
	N	60	84,5
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	S	16	22,5
	N	55	77,5
19. Você se cansa com facilidade?	S	42	59,1
	N	29	40,9
20. Tem sensações desagradáveis no estômago?	S	41	57,7
	N	30	42,3

Fonte: dados da pesquisa

Legenda: S: Sim; N: Não.

Sobre a avaliação do sofrimento psicológico, a partir da escala K-10, 57,74% (n=41) apresentou quadro sugestivo de sofrimento mental, a média de pontos foi de 16,14 (desvio padrão = $\pm 5,16$).

DISCUSSÃO

A ocorrência de TMC em idosos foi mais elevada nesta pesquisa do que em outros estudos semelhantes.^{12,16,17} No cenário internacional, foi verificada a ocorrência de 32,4% de TMC entre idosos na Etiópia¹⁸ e 51,85% na Dinamarca.¹⁹

Alguns autores encontraram um percentual de 32,1% de idosos com sintomas sugestivos de TMC, na Bahia. Ademais, foi evidenciada maior associação desses transtornos com doenças crônico-degenerativas, menor nível de escolaridade e menor renda.¹²

Nesta pesquisa, observou-se que metade dos idosos possuem baixa escolaridade, com tempo de estudo inferior ou igual a 4 anos. Dado que quanto comparado a informações contidas em outros artigos, não divergem ao mostrar que indivíduos mais escolarizados possuem menos probabilidade de apresentar transtorno mental comum.^{20,21}

Sobre os sintomas dos TMC, neste estudo, observou-se que acima da metade da amostra apresentou alterações no sono e no apetite; sintomas de ansiedade (preocupação e nervosismo); cansaço e alterações gastrointestinais. Porém, em outros estudos, quando se trata dos sintomas de TMC, os mais relatados foram relacionados à dimensão humor depressivo e ansiedade (nervosismo, tensão e preocupação).^{21,22}

Quanto ao risco de suicídio, 15,5% referiram que já pensaram em tirar a própria vida. Há fatores sociais intrinsecamente relacionados com o suicídio entre idosos. Dentre eles: morte de uma pessoa querida (sobretudo do cônjuge); doença terminal com dores incontroláveis; medo do prolongamento da vida sem dignidade, trazendo prejuízos econômicos e emocionais aos familiares; isolamento social; mudanças nos papéis sociais que lhes conferiam reconhecimento; ou situações de dependência física ou mental diante das quais o idoso se sente humilhado.²³

Um estudo realizado na Coreia do Sul mostrou que, nos últimos anos, aumentou a taxa de ideação e a prática do suicídio em idosos, além de identificar que 68,2% dos suicídios no país são praticados por pessoas do sexo masculino, dados que se assemelham a estudos realizados em Creta, na Grécia, onde mostra que 80,9% da taxa de suicídio foi praticada por homens, sendo a maioria cometido por homens com idade superior a 64 anos.^{24,25} Estudo realizado no Brasil identifica que em 68,5% dos casos a depressão é o fator psicológico responsável por causar risco ou a tentativa de suicídio em idosos, tratando-se de fatores de riscos físicos, as doenças crônico-degenerativas são identificadas como as principais responsáveis pelo risco de suicídio, representado uma estimativa de 61,2% dos casos.²⁶

Uma revisão integrativa recente evidenciou escassez de pesquisas na América Latina, especificamente no contexto brasileiro, relacionadas com a identificação do

risco de suicídio.²⁶ Esse fato dificultou a comparação dos achados deste estudo, quanto ao percentual de risco de suicídio, com outras investigações, sobretudo na atenção primária.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa revelou um elevado percentual de quadros sugestivos de TMC, sofrimento mental e risco de suicídio entre os idosos atendidos nas UBS lócus da pesquisa. É premente a necessidade de modificar o modelo dos serviços de saúde para a comunidade, sobretudo quanto ao acolhimento das demandas em saúde mental. É importante que o enfermeiro e os demais profissionais de saúde que atuam na atenção básica possam identificar os quadros de TMC ainda nas unidades, e a partir daí implementar estratégias para prevenir a progressão e agudização dos casos. Assim, são evitados encaminhamentos desnecessários e o problema pode ser solucionado de forma mais rápida e mais eficaz. Ademais, a população idosa possui peculiaridades que devem ser contempladas no plano de cuidados, sobretudo quando se trata da prevenção do suicídio. O acolhimento das necessidades, por meio da escuta qualificada, é uma ferramenta potente no cuidado de Enfermagem e deve ser explorada rotineiramente nas ações de saúde no âmbito da atenção básica.

A pesquisa apresenta limitações descritas a seguir. A natureza do estudo (transversal) retrata somente a realidade do momento em que a coleta de dados foi realizada. Buscou-se a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das UBS lócus desta pesquisa para que os mesmos acompanhassem a equipe de pesquisa ao domicílio dos participantes. Entretanto, os ACS apresentaram dificuldades para acompanhar os pesquisadores. Além disso, é importante informar que o território de abrangência das unidades possui locais com elevada periculosidade, inviabilizando, assim, a coleta de dados por meio de visita domiciliar desacompanhada. Outrossim, os homens, geralmente, não buscam esses serviços para prevenção ou promoção da saúde. Isso justifica o baixo número de homens idosos na pesquisa. Dado preocupante, já que os estudos apontam que os homens se suicidam com maior frequência.

É de grande importância a implementação de cuidados ao idoso, em busca de melhoras na sua saúde mental, o que pode ser feito através de estratégias de educação em saúde que possam estimular a adoção de comportamentos saudáveis, socialização com outros idosos, participação em grupos na comunidade, dentre outros.

Uma das grandes contribuições do estudo, além dos resultados, que podem ser úteis na monitorização do quantitativo de idosos com histórico de sofrimento mental ou transtorno mental não psicótico, é o uso dos instrumentos SRQ e K-10, no âmbito da atenção básica, por serem de fácil utilização e baixo custo, o que pode ser um fator importante em pesquisas capazes de dar continuidade ao estudo.

Sugere-se a realização de outras investigações voltadas para a identificação de TMC, sofrimento mental e risco de suicídio, na atenção básica, com amostras probabilísticas a fim de disponibilizar dados com menos vieses que possam embasar o cuidado na promoção da saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Prospects: The 2012 Revision. New York; 2013. Disponível em: <https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2012_HIGHLIGHTS.pdf>.
Acesso em: 20 nov 2018.
2. Fechini BRA, Trompiere N. O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Rev. Científica Internacional. 2012; (7):106-194.
3. Minayo MCS, Cavalcante FG. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). Ciênc Saúde Colet.2015;20(6): 1751-62.
4. Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders – A biosocial model. London: Routledge; 1992.
5. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Rev. Saúde Pública. 2002; 36(2): 213-221.

6. Souza GS et al. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Rev. Interface*. 2014; 18(49): 389-402.
7. Souza ER, Minayo MC, Malaquias JV. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(3): 673-83.
8. Melo SC, Bertolote JM, Wang Y. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(2): 131-4.
9. Souza VS et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2011; 60(4): 294-300.
10. Minayo MCS et al. Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 - 2006. *Rev. Saude Publica*. 2012; 46(2): 300-309.
11. De Leo D et al. Suicides in older adults: A case-control psychological autopsy study in Australia. *Journal of Psychiatric Research*. 2013; (7): 980-988.
12. Borim FSA, Barros MBA, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(7): 1415-1426.
13. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinsk F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública*. 2008 Feb; 24(2): 380-390.
14. Anderson TM et al. The 10-item Kessler psychological distress scale (K10) as a screening instrument in older individuals. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013; 21(7): 596-606. .
15. Harding TW et al. Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychol Med* 1980; 10(2):231-241.
16. Vasconcelos-Rocha et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos residentes em município do Nordeste do Brasil. *Rev. salud pública*. 2012; 14(4): 620-629.
17. Silva PA et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(2): 639-646.
18. Yimam K, Kebede Y, Azale T. Prevalence of Common Mental Disorders and Associated Factors among Adults in Kombolcha Town, Northeast Ethiopia. *J Depress Anxiety*. 2014; 1(7): 1-6.

19. Soegaard HJ, Pedersen P. Prevalence of Common Mental Disorders among Incident Individuals on Long-Term Sickness Absence When Compensating for Non-Participation. *Psychology*. 2012; 3(9A): 818-824.
20. Biasoli TR, Moretto MC, Guariento ME. Baixa escolaridade e doenças mentais em idosos: possíveis correlações. *Rev. Ciênc. Méd.* 2016 abr; 25(1):1-10.
21. Silva PAS, Rocha SV, Barreto LS, Alves CS, Amorim CR et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(2):639-646.
22. Ishikawa H et al. Prevalence, treatment, and the correlates of common mental disorders in the mid 2010's in Japan: The results of the world mental health Japan 2nd survey. *J Affect Disord*. 2018; 241:554-562.
23. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicide in elderly people: a literature review. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(4): 750-757.
24. Lee SU et al. Changing trends in suicide rates in South Korea from 1993 to 2016: a descriptive study. *BMJ Open*. 2018;8(9):1-9.
25. Basta M, Vgontzas A, Kastanaki A, Michalodimitrakis M, Kanati K. 'Suicide rates in Crete, Greece during the economic crisis: the effect of age, gender, unemployment and mental health service provision'. *BMC Psychiatry*. 2018; 18: 356.
26. Souza GS, Perrelli JGA, Sougey EB. Diagnóstico de enfermagem Risco de Suicídio em idosos: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39: e2017-0120, 2018.

ANEXO A - NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

Categorias de manuscritos

Todos os artigos, independente da sua respectiva categoria deverão ser elaborados de acordo com a orientação da RBGG, observando o desenho de estudo do artigo (indicado no Checklist do site da Revista – www.rbgg.com.br).

Artigos originais: são relatos de trabalho original, destinados à divulgação de resultados de pesquisas inéditas de temas relevantes para a área pesquisada, apresentados com estrutura constituída de Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos.

Máximo de 4.000 palavras, excluindo resumo, referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo de 35 referências e de 5 tabelas e/ou figuras.

Para aceitação de artigo original abrangendo ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos, será solicitado o número de identificação de registro dos ensaios.

Revisões:

a) Revisão sistemática - é uma revisão planejada para responder a pergunta específica, objeto da revisão. É feita por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, e descreve o processo de busca dos estudos, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos.

b) Revisão integrativa - método de revisão amplo, que permite incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão devem ser analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos.

Máximo de 4.000 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 50 referências e de 5 tabelas e/ou figuras.

Relatos de caso: Relatos inéditos, de descrição bem documentada, relacionados ao campo temático da revista. Esta categoria tem por função anunciar novas variações de processos de doença, tratamento ou resultados inusitados etc.), enquanto ainda não houve tempo de uma análise com maior número de casos para submeter como "artigo original". Os autores devem informar, na argumentação do texto, os aspectos relevantes e sua relação aos casos publicados anteriormente na literatura da área. Devem apresentar Introdução, Método, Resultados (relatando a experiência inédita), Discussão e Conclusão.

Máximo de 3.000 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 25 referências e de 3 tabelas e/ou figuras.

Atualizações: trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou potencialmente investigativo.

Máximo de 3.000 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 25 referências e de 3 tabelas e/ou figuras.

Comunicações breves: Relatos breves, de resultados preliminares de pesquisa com estudos em andamento ou que tenham sido concluídos recentemente antecipando resultados inovadores. Necessitam ser publicados com urgência por demonstrar fortes indícios de relações entre variáveis que possam levar a riscos à saúde pública, ainda que nem todas as hipóteses alternativas ou nem todos os efeitos tenham sido compreendidos totalmente.

Máximo de 1.500 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de 10 referências e uma tabela/figura.

Carta ao editor: Trata-se a manifestação de opinião de uma pessoa sobre determinado artigo.

Máximo de 600 palavras, excluindo resumo, referências. Máximo de referências: 08.

Mais informações em: www.rbgg.com.br

Preparação de manuscritos

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês.

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

As páginas não devem ser numeradas.

Página de título:

a) Deve conter o Título completo e título curto do artigo, em português ou espanhol e em inglês.

Resumo:

Os artigos deverão ser acompanhados de resumo com um mínimo de 150 e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos, resultados e conclusões mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave:

Indicar, no campo específico, de três e a seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo:

A quantidade de palavras no artigo é de até 4 mil, englobando Introdução; Método; Resultado; Discussão; Conclusão e Agradecimento (este último não é obrigatório).

Introdução:

Deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Método: deve informar a procedência da amostra, o processo de amostragem, dados do instrumento de investigação e estratégia de análise utilizada. Nos estudos envolvendo seres humanos, deve haver referência à existência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido.

Resultado: devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem autoexplicativas, informando a significância estatística, quando couber. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é 5 (cinco).

Discussão: deve explorar os resultados, apresentar a interpretação / reflexão do autor fundamentada em observações registradas na literatura atual e as implicações/desdobramentos para o conhecimento sobre o tema. As dificuldades e limitações do estudo podem ser registradas neste item.

Conclusão: apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo .

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Referências: devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por

número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Solicitamos que 50% das referências devam ser publicações datadas dos últimos 5 anos.

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Notas de rodapé: deverão ser restritas ao necessário; não incluir nota de fim.

Imagens, figuras, tabelas, quadros ou desenhos devem ser encaminhados e produzidos no formato Excel ou Word porém de forma editável, em tons de cinza ou preto.

Gráficos devem ter fonte: 11, centralizados, com informação do local do evento/coleta e Ano do evento.

Trabalhos feitos em outros softwares de estatística (como SPSS, BioStat, Stata, Statistica, R, Mplus etc.), serão aceitos, porém, deverão ser editados posteriormente de acordo com as solicitações do parecer final e, traduzidos para o inglês.

Pesquisas envolvendo seres humanos: deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Na parte “Metodologia”, constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Ensaio clínico: a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de

informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS, ICMJE e WHO - <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/> , cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE - <http://www.icmje.org/> . O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.