

Pessoas idosas dependentes e sua saúde mental: estudo multicêntrico brasileiro

Dependent older adults and their mental health:
a Brazilian multicenter study

Personas mayores dependientes y su salud mental: un estudio multicéntrico brasileño

Giriliani Silva de Sousa ¹

Denise Machado Duran Gutierrez ²

Raimunda Magalhães da Silva ³

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo ⁴

Meiry Fernanda Pinto Okuno ¹

Maria Cecília de Souza Minayo ⁵

doi: 10.1590/0102-311XPT142424

Resumo

A dependência funcional de idosos e suas repercussões na saúde mental são desafios relevantes para as agendas de políticas públicas direcionadas para esse grupo no Brasil. Este estudo analisou as experiências relacionadas à saúde mental de idosos com dependência em cinco regiões brasileiras. Constitui investigação qualitativa, arrimada em referencial teórico-metodológico da hermenêutica-dialética, incluindo entrevistas semiestruturadas com 47 idosos em Belo Horizonte (Minas Gerais), Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Araranguá (Santa Catarina), Manaus (Amazonas), Brasília (Distrito Federal), Fortaleza (Ceará) e Teresina (Piauí), no período de agosto a dezembro de 2019. O exame dos indicadores seguiu os passos da análise de conteúdo, obtendo as temáticas: “Quando se perde a alegria de viver” e “Recursos para o enfrentamento da vida e demanda por significado”. Idosos expressaram sintomas de depressão e ansiedade, pensamentos de morte, sensação de ser um fardo e solidão. A violência potencializa os sintomas depressivos. A resiliência, o bem-estar espiritual, a socialização, os relacionamentos interpessoais com qualidade e a religiosidade são partes dos relatos dos idosos que vivenciam bem-estar psicológico. A experiência da saúde mental de idosos dependentes está relacionada à fragilidade física e emocional, mas eles alcançam fortalecer as vertentes espirituais e religiosas. São necessárias ações do Estado para promover o cuidado qualificado e integral, a criação de espaços de atividades sociais e assistência, bem como a participação de cuidadores formais e programas de apoio em domicílio.

Idoso Fragilizado; Saúde Mental; Resiliência; Depressão

Correspondência

G. S. Sousa

Rua Martinho Prado 153, São Paulo, SP 01306-040, Brasil.
giriliani.silva@unifesp.br

¹ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Faculdade de Educação, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil.

³ Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

⁵ Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

A garantia da dignidade de vida entre os idosos com incapacidades funcionais e doenças crônicas – passíveis de conduzir à dependência – constitui uma preocupação relevante para a saúde pública no Brasil que, momentaneamente em decorrência do incremento global da população acima de 80 anos, lida com elevadas taxas de sofrimento psíquico: a depressão, mais especificamente¹.

Essa realidade impõe desafios econômicos, que precisam ser compreendidos e gerenciados adequadamente para garantir a sustentabilidade e o desenvolvimento nacional. Em comparação aos brasileiros, denota-se que os idosos de nações da Europa Ocidental, Singapura, Japão, Israel e Coreia do Sul são mais saudáveis e possuem melhores indicadores de saúde².

O envelhecimento populacional constitui, sem dúvida, um fardo para a sociedade quando o Estado não logra suprir a necessidade de apoio às pessoas idosas com dependências². O choque econômico e o aumento das demandas por serviços de saúde são suscetíveis a serem maiores, ao considerar também a depressão, a ansiedade, os problemas de sono e outros transtornos mentais que acometem os dependentes sob exame. Neste estudo, o termo dependência compreende a necessidade de apoio parcial ou integral para executar as atividades básicas, instrumentais ou avançadas de vida diária¹.

Uma investigação encontrou associação entre a solidão e o isolamento social com maiores níveis de fragilidade entre os idosos³. Esses, nos Estados Unidos, por exemplo, com três ou mais limitações físicas, relataram mais sintomas depressivos em relação àqueles com nenhuma a duas limitações. Os idosos na faixa de 75 anos ou mais revelaram terem maiores índices de depressão⁴.

Estudos brasileiros demonstraram associações indiretas entre o maior número de morbidades, mais dependência e, consequente, menor participação em atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida, mediadas pela fragilidade e sintomatologia depressiva^{5,6}.

O otimismo é um recurso protetor que reduz os sintomas depressivos estudados, de sorte que se encontra condicionado ao nível de estresse vivenciado pela pessoa idosa⁴. Para estas, no entanto, as sérias limitações físicas são um fato impeditivo da capacidade de viver independentemente e de realizar as tarefas diárias necessárias⁴.

Este estudo, pois, questiona: Como está a saúde mental das pessoas idosas brasileiras com dependência de cuidados? Ainda são limitadas – bem incipientes – no Estado Brasileiro. Pesquisas de cunho qualitativo que concedem voz aos idosos, descrevem suas experiências e as influências negativas da dependência na sua saúde mental.

Esse estudo objetiva analisar as experiências sobre a saúde mental das pessoas idosas com dependências nas mencionadas cinco regiões brasileiras e tem o intento de conceder visibilidade para a saúde mental desse contingente, configurando relevante estratégia para lutar pela qualidade de vida.

Os resultados serão suscetíveis ao apontamento de caminhos para efetivar a Política Nacional da Saúde para a Pessoa Idosa (PNSPI)⁷, por meio de implementação de ações nos serviços de saúde de atenção primária e especializados em geriatria e gerontologia – bem como implementar a transformação das atitudes dos profissionais para o atendimento integral, acolhedor e humanizado, com suporte à compreensão das crenças e dos mecanismos comportamentais da conjunção humana necessitada de apoio.

Método

Tipo de estudo

Estudo qualitativo multicêntrico, com referencial teórico da hermenêutica-dialética, visando investigar os sentidos que os sujeitos atribuem aos fenômenos e ao conjunto de linguagem, símbolos e cultura em que se inserem – o que inclui as próprias contradições^{8,9}. A pesquisa recorreu ao instrumento *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ; Critérios Consolidados para Relatórios de Pesquisa Qualitativa)¹⁰ para conferência das etapas do método.

Local de estudo

O ensaio multicêntrico relatado¹¹ realizou-se nas regiões Sudeste (Belo Horizonte/Minas Gerais), Sul (Porto Alegre/Rio Grande do Sul e Araranguá/Santa Catarina), Nordeste (Fortaleza/Ceará e Teresina/Piauí), Norte (Manaus/Amazonas) e Centro-oeste (Brasília/Distrito Federal). Essas localidades situam-se nas cinco regiões que constituem o Brasil e possuem características sociais convergentes em serviços de saúde – semelhantes para o atendimento ao idoso com dependências.

Critérios de inclusão

Os participantes incluídos caracterizam-se por serem brasileiros, com idade de 60 anos ou mais, com algum grau de dependência funcional devidamente comprovado nos prontuários – de, no mínimo, há seis meses –, e ter capacidade verbal e orientação para responder perguntas da entrevista. Excluíram-se os que residiam em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), ou que moravam sozinhos e que estivessem em investigação para o diagnóstico de doenças de Alzheimer ou outras demências.

Quarenta e sete pessoas idosas foram recrutadas como partícipes do experimento, tendo como suporte a estratégia de amostragem por conveniência. Nesse caso, os profissionais das unidades básicas de saúde (UBS) e dos ambulatórios especializados em geriatria as elegeram para compor o agrupamento com base nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Os serviços de saúde escolhidos nas cidades brasileiras possuem aproximações com os pesquisadores envolvidos no estudo por serem campos de práticas de ensino e extensão.

Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas no período de agosto a dezembro de 2019. Entre os entrevistados não ocorreram desistências. Inicialmente, os profissionais de saúde entregaram uma carta-convite às pessoas idosas, e, posteriormente, foi agendado o melhor dia para as entrevistas semiestruturadas, que ocorreram presencialmente em suas residências. No início, os entrevistadores mantiveram uma conversa informal, apresentaram a dupla que conduziria a entrevista, explicaram os objetivos da pesquisa e foram observados os critérios de inclusão. O tempo de entrevista variou entre 30 e 60 minutos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido integralmente e assinado em duas vias. Utilizou-se um roteiro semiestruturado de entrevista, elaborado pelos pesquisadores em uma oficina participativa presencial¹¹. As entrevistas foram conduzidas por uma dupla de pesquisadores-seniores idosos e jovens acadêmicos vinculados às instituições de Ensino Superior (IES) com experiência em pesquisas qualitativas. Todos os entrevistadores realizaram treinamento em dupla para se capacitarem sobre o uso do roteiro de entrevista semiestruturada, com vistas a que esses instrumentos ocorressem de modo respeitoso, acolhedor e sem julgamento. Essa investigação trouxe o recorte com a pergunta: “Como você se sente diante da sua dependência de cuidados em relação aos seus familiares?” e, com base nesta indagação, foram sendo elaboradas outras questões que possibilitaram ao entrevistado aprofundar a temática. Os áudios foram gravados e transcritos integralmente, com a permissão das pessoas entrevistadas.

Análise dos dados

Os indicadores foram categorizados de acordo com a análise temática¹²: transcrição dos depoimentos dos participantes na íntegra; leitura e releitura cuidadosa das entrevistas para compreensão dos sentidos atribuídos à saúde mental das pessoas idosas dependentes de cuidados; identificação de trechos que englobavam sentidos comuns das vivências e experiências dos participantes; e organização dos relatos em categorias temáticas que manifestassem o dito e o não dito das emoções. Recorreu-se ao emprego da triangulação de dados com a hermenêutica-dialética^{8,9}, da literatura científica e das interpretações dos pesquisadores para realizar uma análise comprehensível e cuja discussão dos resultados ressaltaram: “Quando se perde a alegria de viver” e “Recursos para o enfrentamento da vida e demanda por significado”.

Aspectos éticos

O estudo seguiu as diretrizes da *Resolução nº 466/2012* e da *Resolução nº 510/2016*, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (CAAE: 44615315.0.0000.5240, parecer nº 1.326.631). As narrativas estão expressas por meio das iniciais do nome do entrevistado, seguidas pela identificação de idade, sexo, orientação sexual, doença, nível de dependência e cidade.

Resultados

Em sua maioria, os idosos participantes estavam na faixa dos 80 anos ou mais – um grupo composto majoritariamente por viúvas, acometidas por acidente vascular cerebral e com necessidade de cuidados há mais de três anos. As condições sociodemográficas dos participantes estão descritas no Quadro 1.

Quando se perde a alegria de viver

Nessa temática, foram englobadas diversas experiências que expressaram o esgotamento da vitalidade física e psíquica, a angústia de se sentir inútil e os pensamentos de morte, isolamento e solidão dos entrevistados.

A tristeza assume múltiplos sentidos para os idosos, ancorada na falta de autonomia para executar as atividades rotineiras e na vergonha das alterações no corpo que levam à limitação funcional e à solidão.

“...do nada eu começo a chorar porque é ruim ficar parada, eu gosto de ver gente... No começo foi muito ruim, eu sentia vergonha, comecei a não aceitar a bengala, a última vez que esses meninos [profissionais de saúde da atenção primária] estiveram aqui, eles falaram que eu tenho que andar de cadeira de rodas, eu falei nem de cadeira e nem de roda” (C.S.S., 75 anos, mulher, cis heterossexual, branca, viúva, dependente parcial, dor crônica, artrose e diarreia crônica há dois anos, Belo Horizonte).

A sensação de inutilidade aparece com relevância e a percepção de perdas entre um tempo anterior de controle sobre a vida e autossuficiência, e a velhice que exprime a dificuldade de pedir ajuda para seus familiares, são sentidos entrelaçados – demarcados por tristeza, nervosismo e ansiedade. A irritabilidade foi verbalizada pelos idosos, tanto homens quanto mulheres, em todas as regiões.

“...eu nunca dependi de ninguém, com 15 anos meu pai morreu e eu virei chefe da família, cuidei dos meus irmãos e eu comandei o espetáculo e agora com essa doença (...) tem horas que do nada vem o choro, tu fica deprimido, pensativo e quando vê os olhos já estão molhados, eu não sei se isso é fraquejar, eu nunca quis chorar, sempre tentei ser um cara forte, mas eu tô vendo que eu não sou essa fortaleza, sinto uma angústia por dentro muito grande, eu não quero sofrer, eu já tive ataques de pânico e é uma coisa horrível, pior do que a dor” (F.S.D., 70 anos, casado, homem, pardo, heterossexual, atrofia e diabetes há um ano, Porto Alegre).

O adoecimento com dor se torna um martírio, constituindo um sofrimento capaz de ser pior do que morrer. Os pensamentos negativos e a frustração culminam na sensação de ser um fardo – e com isso, o desejo da morte.

“...penso em suicídio, não aceito minha situação, eu fico nervoso por não poder ajudar em casa, por exemplo, arrumar uma torneira vazando, me sinto incapaz, não tem o que fazer, as pernas não aguentam andar, me sinto inseguro em sair de casa, é muito ruim perder o controle dos meus movimentos” (R.R., 75 anos, homem, cis heterossexual, casado, pardo, com diagnóstico de doença de Parkinson há cinco anos, Brasília).

A baixa autoestima, juntamente com a tristeza, estão no relato dos circunstâncias examinados, que tiveram outros adoecimentos no decurso da vida. A violência psicológica e o abandono potencializaram os sintomas depressivos.

“...eu já fui muito discriminada no passado quando tive hanseníase, as pessoas mudavam de calçada. Hoje, me sinto triste, os outros me humilhando” (C.M., 76 anos, mulher, cis heterossexual, branca, casada, fratura na coluna, dependência total há cinco anos, Manaus).

A solidão aparece como um apagamento de si dentro da sociedade. Os dias são longos e solitários em um encontro com a própria identidade, soterrando esperanças e fazendo com que os idosos se

Quadro 1

Caracterização sociodemográfica de idosos dependentes de cuidados. Brasil, 2024.

| IDADE (ANOS) | SEXO | ESTADO CIVIL | CIDADE | DOENÇA | TEMPO DE DEPENDÊNCIA |
|--------------|-----------|--------------|----------------|---|----------------------|
| 87 | Feminino | Viúva | Araranguá | Câncer de mama | 1 ano |
| 84 | Feminino | Viúva | Araranguá | Acidente vascular cerebral e queda | 3 anos |
| 80 | Feminino | Viúva | Araranguá | Parkinson | 9 anos |
| 75 | Feminino | Viúva | Araranguá | Acidente vascular cerebral e queda | 7 anos |
| 88 | Feminino | Viúva | Araranguá | Acidente vascular cerebral | 10 anos |
| 88 | Feminino | Viúva | Araranguá | Acidente vascular cerebral | 1 ano |
| 90 | Masculino | Viúvo | Araranguá | Artrite | 8 anos |
| 99 | Masculino | Viúvo | Araranguá | Artrite | 3 anos |
| 72 | Masculino | Casado | Araranguá | Acidente vascular cerebral e câncer de próstata | 6 meses |
| 89 | Masculino | Viúvo | Araranguá | Acidente vascular cerebral | 5 anos |
| 80 | Masculino | Viúvo | Araranguá | Glaucoma seguido de cegueira | 10 anos |
| 84 | Masculino | Casado | Araranguá | Acidente vascular cerebral | 5 anos |
| 79 | Feminino | Divorciada | Belo Horizonte | Acidente vascular cerebral | 6 anos |
| 75 | Feminino | Viúva | Belo Horizonte | Dor crônica, artrose e diarreia crônica | 2 anos |
| 81 | Feminino | Viúva | Belo Horizonte | Acidente vascular cerebral | 3 anos |
| 66 | Feminino | Viúva | Belo Horizonte | Fratura na coluna | 4 anos |
| 83 | Feminino | Casada | Belo Horizonte | Câncer de pulmão e artrite | 2 anos |
| 69 | Masculino | Divorciado | Belo Horizonte | Doença de Parkinson | 3 anos |
| 65 | Masculino | Casado | Brasília | Acidente de carro e perda de movimentos | 30 anos |
| 81 | Feminino | Casada | Brasília | Acidente vascular cerebral | 21 anos |
| 69 | Feminino | Viúva | Brasília | Acidente vascular cerebral | 3 anos |
| 67 | Masculino | Casado | Brasília | Fratura no joelho | 10 anos |
| 67 | Masculino | Casado | Brasília | Doença de Parkinson | 15 anos |
| 72 | Masculino | Casado | Brasília | Acidente vascular cerebral | 9 anos |
| 70 | Feminino | Viúva | Fortaleza | Acidente vascular cerebral | 6 anos |
| 89 | Feminino | Viúva | Fortaleza | Pé diabético | 5 anos |
| 77 | Feminino | Viúva | Fortaleza | Artrose e diabetes | 8 anos |
| 85 | Masculino | Casado | Fortaleza | Fratura no quadril | 1 ano |
| 76 | Feminino | Casada | Fortaleza | Demência | 3 anos |
| 93 | Feminino | Viúva | Manaus | Fratura no quadril | 5 anos |
| 83 | Feminino | Viúva | Manaus | Glaucoma seguido de cegueira | 7 anos |
| 79 | Feminino | Viúva | Manaus | Hanseníase e problemas de locomoção | 5 anos |
| 96 | Feminino | Viúva | Manaus | Glaucoma seguido de cegueira | 3 anos |
| 70 | Masculino | Casado | Porto Alegre | Atrofia e diabetes | 1 ano |
| 74 | Feminino | Casada | Porto Alegre | Câncer na medula | 3 anos |
| 67 | Feminino | Viúva | Porto Alegre | Fratura no joelho | 2 anos |
| 80 | Masculino | Casado | Porto Alegre | Neuropatia e diabetes | 10 anos |
| 75 | Masculino | Casado | Porto Alegre | Insuficiência renal e artrose | 3 anos |
| 82 | Feminino | Viúva | Porto Alegre | Câncer no cérebro | 6 meses |
| 89 | Feminino | Viúva | Porto Alegre | Problema vascular na perna | 3 anos |
| 75 | Feminino | Viúva | Porto Alegre | Câncer no estômago | 3 anos |
| 72 | Feminino | Viúva | Porto Alegre | Artrite e diabetes | 1 ano |
| 64 | Feminino | Divorciada | Porto Alegre | Insuficiência renal | 6 meses |
| 60 | Masculino | Casado | Teresina | Acidente vascular cerebral | 6 meses |
| 83 | Feminino | Viúva | Teresina | Artrite e câncer no estômago | 3 anos |
| 87 | Feminino | Viúva | Teresina | Artrose | 3 anos |
| 86 | Feminino | Viúva | Teresina | Insuficiência cardíaca e vasculite | 6 anos |

sintam frágeis. Possivelmente, a maior frustração não seja a dependência, mas a sensação de não ter com quem compartilhar ideias e pensamentos.

"Só fico aqui na rede deitado, porque depois da queda, ficou difícil de andar, eu fico isolado aqui porque não tenho ninguém para conversar. O que eu sinto vontade é de ir para a rua, passear, mas não tem quem me leve" (A.L.S., 85 anos, homem cis heterossexual, pardo, casado, dependente físico há dois anos após queda, Fortaleza).

Os sintomas depressivos expressos pela dor psicológica estão numa quantidade significativa de participes, os quais manifestam dependência física acompanhada de dor crônica.

"...é uma tristeza que dói lá dentro, já passou tanto tempo que a gente até se acostuma, eu acho a vida sem graça, os outros ficam empurrando a gente em um carrinho, não é preconceito, é que eu gosto de tá me movimentando, mas agora eu sinto dor, ela vem de repente, como é que uma pessoa que não dá conta de caminhar e sente dor vai ter alegria?" (J.S.R., mulher, 75 anos, viúva, cis heterossexual, branca, câncer no pulmão e dificuldade de locomoção, dependente há oito anos, Belo Horizonte).

Recursos para o enfrentamento da vida e demanda por significado

Nessa temática, exploram-se os modos de os idosos desenvolverem estratégias para o enfrentamento da vida, como experiências espirituais, resiliência e relacionamentos.

Homens e mulheres idosas demandaram por outras maneiras de se sentirem úteis, com flexibilidade cognitiva para criar uma rotina diferente. A resiliência e a resignação foram estratégias para lidar com a dependência e o adoecimento. O apoio emocional e instrumental, por via da ação comunicativa e mediante a preservação da autonomia fez com que os sujeitos tivessem o senso de pertencimento e utilidade para a família.

"...eu continuo sendo a matriarca, no final das contas, quem é que dá as ordens, quem organiza a casa e quem diz como as coisas devem ser sou eu, meus filhos me procuram 'mãe, isso é assim?' então eu acho que ainda sirvo para orientar alguma coisa. (...) a gente não pode ter tudo o que quer, tem que se conformar com o que Deus conseguiu para a gente e dar paciência para conseguir andar naquele ritmo, eu não tenho mais aquela disposição para andar, passear, fazer exercício, viajar, eu não tenho coragem de andar sozinha e de viajar, tenho medo de ter uma queda, um escorregão, a gente anda mais devagar. O que me deixa feliz é eu ter minha bodega [comércio], todo mundo me conhece, um vem, conversa" (Z.L.D., 77 anos, mulher, cis heterossexual, parda, viúva, artrose e diabetes há oito anos, dependente parcial, Fortaleza).

No ensaio sob comentários, foram encontrados seres resilientes, resignados e alegres, apesar das limitações funcionais. Homens e mulheres idosos(as), cegos(as) e acamados(as), discorreram a respeito da sua subjetividade e existência corporal com muito bom humor, de sorte que, em suas conversas, o corpo envelhecido não se transformou em um elemento de incômodo, mas compôs uma nova experiência de si.

"...eu me sinto muito bem, fiquei cego faz muito tempo e agora estou acamado, mas procurei ver o que eu consigo fazer, quando o tempo está bom, vou pegar sol e converso com os vizinhos na calçada, quando chove, sempre aparece alguém para conversar aqui" (O.M.T., 80 anos, homem, cis heterossexual, casado, branco, neuropatia e diabetes há 10 anos, Porto Alegre).

A busca de realização de atividades do cotidiano e a religiosidade apareceram como circunstâncias que potencializaram o bem-estar e a resiliência dos idosos/dependentes.

"Venho me sentindo bem, sou uma velhinha conservada, eu pego alguma coisa para costurar, para me distrair, eu não posso viver parada, o juízo da gente é muito importante. Eu rezo tanto para Nossa Senhora conservar a minha cabeça boa" (M.G.L.S., 87 anos, mulher, branca, cis heterossexual, viúva, artrose nas pernas e na coluna, dependente física, Teresina).

"No começo me dava uma tristeza, mas tem que se acostumar porque a gente é assim tem tempo que pode trabalhar tem tempo que não pode e eu digo: Senhor se eu fiquei assim me dá força e coragem para eu viver minha vida até o dia que ele quiser, o amor de Deus é o que fortalece dentro de nós" (R.M.S., 83 anos, mulher, parda, cis heterossexual, viúva, cega há três anos, dependente total, Manaus).

A preservação da autonomia mostra-se como uma certeza da potencialidade: aceitar com resiliência o que parece ser o destino é um ato entendido como indicativo de coragem. O prazer de ter um projeto individual – envolvendo atividades como cuidar da casa, passear, viajar – foi substituído pela satisfação de contribuir para um projeto coletivo da família.

“Ela cuida de mim com carinho, deixa eu fazer o que eu consigo sozinho, me leva no banco para eu pegar meu dinheirinho (...) As pernas são bambas, não são mais pernas de pessoa jovem. Me sinto muito bem, minha família me ajuda. Quando tem sol, eu vou para a calçada, eu tenho um amigo aqui, eles vêm aqui, a gente bate papo” (C.P., 99 anos, homem, branco, viúvo, cis heterossexual, artrose nos joelhos, anda de cadeira de rodas há dez anos, Araranguá).

Discussão

Os grupamentos ora examinados constituem agentes sociais que, desde a infância, possuíam responsabilidades e viam os mais velhos com vitalidade, autonomia e funcionalidade. O adoecimento e a dependência rompem a perspectiva simbólica de que a velhice se constitui de saúde e disposição, comparável à juventude¹³.

As experiências vividas por esses idosos correspondem a verdadeiras estruturas de identidade^{8,9}. Nesse sentido, veem as limitações como um luto, não apenas do corpo, mas de sua personalidade^{13,14,15}. É a pessoa idosa que se destituiu da existência laboral e de alguns prazeres, como tocar violão ou sanfona e fazer viagens com a família, para uma vida de renúncias e de anulação de possibilidades: do bem-estar corporal para o estado permanente de marcas oriundas de lesões e/ou doenças.

As perdas afloram, não apenas do ponto de vista físico, mas também da disposição mental e emocional. A tristeza foi manifestada através do choro, do mau humor, da resistência à mudança – em razão do desânimo –, conduzida por falta de energia e de interesse, mediante alterações no padrão de sono, perda de apetite e sentimento de desesperança^{13,16}. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo relacionado aos chineses, cujas limitações funcionais estão negativamente associadas à infelicidade, e quanto esse fato prejudica a qualidade do relacionamento com os filhos adultos – por aumentar a carga de cuidados¹⁷ e haver o consequente prejuízo na privacidade e autonomia dos idosos.

A tristeza assume dimensões multifatoriais em consequência do acúmulo de anos com doenças crônicas, dor arraigada, perda da autonomia e, em alguns casos, por maus-tratos recebidos e dependência física. O fato de não poder andar aniquila as possibilidades de ter esperança em um futuro melhor e isola o idoso do mundo – seja pela falta de convites, ou por uma solidão decorrente da dificuldade de aceitar a nova condição e de compartilhar isso com familiares, amigos e profissionais de saúde^{13,14,15,18,19,20}. Em outras narrações, a solidão aparece como um sinal de abandono, tanto pelas relações não terem qualidade quanto pela condição da família, na qual a organização do cuidado recai sobre um membro familiar, resultando na “infantilização” do idoso – que passa a ser considerado como destituído de intentos, vontades e sente que seus direitos foram violados^{16,19}.

A depressão, por exemplo, está associada à solidão entre pessoas idosas holandesas¹⁴. O estado depressivo tem efeito negativo nos pensamentos e sentimentos e, portanto, é provável que a solidão coexista mais facilmente¹⁴. Isso enseja explicar o fato de que, apesar de algumas pessoas idosas com sintomas depressivos estarem medicadas, expressarem melhorias no sono e serem acompanhadas por cuidadores familiares, os sintomas depressivos não denotam melhorias.

A solidão, muitas vezes, aumenta a perda do senso de pertencimento e impõe maior ideia de frustração^{16,20}. O isolamento é descrito como responsável pelo aumento da impressão de aprisionamento e precursor de ideações suicidas²⁰. Atualmente, há um padrão piramidal de vulnerabilidade à solidão que ajuda a orientar políticas e intervenções²¹. Esse modelo descreve três níveis de vulnerabilidade: (i) primária, em que a pessoa está em risco de isolamento; (ii) secundária, quando começa a se desconectar e se isolar; e (iii) terciária, onde ela se torna altamente isolada²¹.

Ao considerar as diretrizes da PNSPI⁷, o cuidado oferecido à saúde do idoso não deve se iniciar apenas na idade cronológica de 60 anos ou mais – mas sim, valorizar a formulação dos projetos de vida entre jovens adultos na atenção primária para a continuidade do cuidado no envelhecimento e socialização. Tal conjunção de atos exige a educação permanente aos profissionais por intermédio de uma ação comunicativa^{8,9} que escute as demandas psicossociais do grupo etário neste exame.

Também, a doença física crônica esteve associada à depressão em pessoas idosas²². É possível que, ao se sentirem deprimidas, experimentem mudanças na cognição social e, por isso, passem a se retrair socialmente¹⁸, o que é capaz de justificar o “ficar quieto” das pessoas idosas. As que

mais precisam de interação quando se sentem solitárias possuem menos oportunidades de conexão ou de regulação emocional interpessoal eficaz, por ser difícil compartilhar a própria experiência de solidão¹⁸.

Pensamentos de morte e ideias suicidas foram identificados nos idosos deprimidos. A investigação identificou, entre os idosos, a sensação de ser um fardo, principalmente, para os cuidadores familiares mais jovens, pois são vistos como sobrecarregados^{15,23}. O fracasso é conducente a sentimentos de infelicidade ou incompetência, acarretando mais sofrimento psicológico²⁴.

A ansiedade e o estado de saúde estão associados intensamente ao medo de ser um fardo, comparativamente à depressão^{25,26}. Uma possível explicação, está nos sintomas gerais de ansiedade – como apreensão e nervosismo –, que são mais difusos e estão relacionados com preocupações orientadas para o futuro^{25,26}.

É relevante compreender que não deve ser considerado normal o fato de pessoas idosas com limitações funcionais demonstrarem desesperança¹⁶, quietude e solidão, pois esse comportamento é habilitado a aumentar o risco autolesivo. Uma revisão sistemática encontrou a prevalência de 25,8% de ideação suicida em pessoas que sofrem com dores crônicas²⁷. Percepção de piora na saúde física, depressão e transtorno de estresse pós-traumático²⁷ estão associados à necessidade de se mover ou agir de modo diferente, em consequência da dor e, com isso, são criadas lacunas de identidade¹⁵. O distanciamento dos idosos em relação aos ambientes sociais e à socialização contribui para que se vejam longe do senso de pertencimento, em que perdem o poder de afetar seu ambiente^{15,20}. É possível que a dificuldade de aceitar as limitações funcionais e pedir ajuda esteja associada às razões que incluem a incapacidade de os componentes familiares e amigos compreenderem a extensão dos desafios impostos à saúde, como resultante da incapacidade física. Foi comum a este estudo, identificar a falta de flexibilidade dos ambientes em serem inclusivos e adequados às atividades que as pessoas idosas costumavam fazer ou apreciar.

Evidencia-se, então, a necessidade de promover espaços inclusivos para que a pessoa idosa, copartícipe da comunidade, tenha voz reconhecida e necessidades amplificadas para mudar o processo de trabalho dos serviços de saúde, ainda centrados nas ações curativas. Impende transformar a própria realidade de exclusão em ações de promoção da saúde intersetoriais⁷.

Chama-se a atenção para a questão da desigualdade social no Brasil. A vulnerabilidade social pode ser representada, entre tantas características, pelas casas construídas em morros com escadas íngremes – que dificultam o acesso às ruas – e passagens inviáveis às cadeiras de rodas, por exemplo. Ambos representam, simbolicamente, as limitações que o mundo ocidental impõe às pessoas idosas e/ou com limitações físicas: tais conjunturas perpassam a vida delas e as restringem às suas casas, cadeiras e/ou camas, corroborando para o sentimento de impotência, perda da autonomia e de vergonha. Em expressas circunstâncias, sair de casa se torna muito difícil, pois requer ajuda de outrem, que tenham compleição física para assegurar que o dependente transite por espaços não projetados a ele – como em ruas inadequadas para locomoção de cadeira de rodas/andadores, escadas, transporte público limitado etc. –, fazendo com que dependam da solidariedade de indivíduos para um deslocamento em veículos particulares – melhor via para a mobilidade do idoso e seu cuidador.

No estudo foram encontradas apenas idosas que sofriam algum tipo de violência – como negligência, abandono e maus-tratos. A falta de apoio social pela qual passam, aumentam essas violências, tanto na questão dos abusos psicológicos e físicos quanto nas negligências^{28,29}. Idosos bem longevos, com doenças crônicas e sintomas depressivos, são mais propensos à violência psicológica²⁸. O maior risco de ultrajes físicos está intimamente relacionado à atmosfera emocional entre os membros da família^{28,29}.

Nessa investigação, foram entrevistados idosos resilientes e com bem-estar psicológico que se acreditam capazes de solucionar problemas, lidar com desafios, sentindo-se habilitados a reconhecer e celebrar as conquistas, malgrado as dificuldades e limitações que possuem, decorrentes da dependência^{30,31}. Esses indicadores corroboram as hipóteses propostas em investigação estadunidense, em que a resiliência é propícia a ser uma elaboração multidimensional para a redução de sintomas e gravidade da depressão e diminuição das ideias de suicídio entre idosos³².

Investigação nos Estados Unidos identificou que idosos mais resistentes são favoráveis a exibir características resilientes relacionadas a conflitos sociais e dificuldades pessoais³¹. A resiliência teve

associação positiva com a preservação da função cognitiva³³. Os profissionais de saúde estão propícios a implementar intervenções para promover a resiliência desse grupo etário.

O senso de pertencimento aufera outros contornos quando os componentes familiares valorizam a experiência dos mais velhos. Na oportunidade em que o cuidado não é imperativo e o idoso consegue – e lhe é permitido – compartilhar atividades, ele interpreta suas limitações funcionais de maneira mais positiva por via do aceite de sua condição de fragilidade. O esteio intergeracional^{30,31}, especialmente a dimensão do apoio emocional^{30,31}, esteve associado à redução dos sintomas depressivos entre idosos americanos³¹. O suporte emocional entre gerações tem curso em países onde as famílias são responsáveis pelos cuidados de seus compares familiares e, desse modo, corresponde às expectativas culturais tradicionais de respeito e obediência^{30,31}.

Os dados fazem com que se veja o envelhecimento com felicidade, não obstante as limitações funcionais, pois se constitui no cotidiano como uma transformação permanente de tornar-se outro, desde uma metamorfose que exige a perspectiva pessoal e coletiva – a fim de o idoso ter o suporte necessário para se reconhecer na qualidade de sujeito, dentro de suas possibilidades e limitações –, até o vislumbre do que ainda é possível de se realizar. Os comportamentos instrumentais de apoio por parte dos filhos, como fazer as tarefas domésticas e aceitar que os idosos ajudem a cozinhar, mostraram-se particularmente importantes para que eles não se achem meramente objetos de preocupação, cuidado e exclusão, mas, contrariamente, se considerem incluídos, valorizados e respeitados³⁰.

Por conseguinte, ter com quem conversar foi algo expresso como efetivo para o bem-estar dos idosos com dependência. A qualidade e a dedicação às relações sociais foram fundamentais para que eles desfrutassem e se sentissem em boa companhia e amados em seus corpos adoecidos. Esses resultados são corroborados por pesquisa com afro-americanas e sul-coreanas, em que a qualidade do relacionamento familiar, caracterizado por afeto e confiabilidade, confirma um dos fatores protetores fundamentais para a não ocorrência, piora e persistência da dor crônica à proporção do tempo^{31,32,33}.

Nessa perspectiva, a convivência com crianças, o fato de residirem na casa da família e a visita de grupos religiosos, bem como a mobilização de familiares na socialização das pessoas idosas, são aspectos importantes a fim de elas estabeleçam para si um novo modo de existência e cuidado. A participação social, o vínculo emocional e a solidariedade intergeracional possuem influxo protetor significativo sobre o bem-estar subjetivo, e são efeitos positivos na saúde dessas pessoas, segundo estudos da Índia³². O Estado brasileiro tem caminhos promissores que podem oferecer uma implementação de políticas que motivem os longevos a participarem de várias atividades sociais formais e informais, com o adjutório dos profissionais de saúde em uma perspectiva interprofissional⁷. De fato, isto beneficiaria a promoção do bem-estar subjetivo entre os idosos com laços fracos ou até ausentes relacionados à família, ou os que estão em vulnerabilidade social – e seria um suporte aos cuidadores familiares que, sozinhos, desempenham este trabalho. Não foram encontradas especificidades na maneira de lidar com a dependência entre as variadas regiões brasileiras, o que é explicado pelo fato de todos os entrevistados serem usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com similaridade de situação econômica, residência e configuração familiar.

A religiosidade também aparece como uma bússola que os direciona a uma vida definida por acolhimento de si mesmo e suas condições. Essa vivência está em sintonia com pesquisa da psicologia positiva, no âmbito da qual ter práticas religiosas e ser religioso têm uma relação positiva de satisfação com a vida, com o emprego frequente de pontos fortes e a percepção de se sentir realizado³⁴. O bem-estar espiritual concede oportunidade a uma adaptação melhor às reais limitações funcionais e fortalece o idoso para entender que a vida se rearranja para compensar perdas. Uma investigação na Alemanha descobriu que o envolvimento em práticas religiosas foi associado a pontos fortes de caráter: gratidão, bondade e perdão³⁵. Assim, na cultura brasileira, o contato com grupos religiosos e momentos de práticas da espiritualidade constituem estratégias para a manutenção do possível bem-estar do idoso.

Considerações finais

É oportuno evidenciar que esta investigação exprime limitações. A experiência de adoecimento e as repercuções psicossociais, temporalmente, não lograram ser compreendidas e tampouco foi elucidada a influência da cultura, da religião e do gênero de cada região do Brasil. Pesquisas, doravante, são propícias a investigar as constantes transformações e a evolução no prognóstico de variadas doenças e a saúde mental de pessoas idosas que necessitam de cuidados.

As experiências desses compartes da sociedade, necessitados de atenção na questão de saúde mental, indicam os caminhos para a efetivação das diretrizes da PNSPI⁷, e os resultados encontrados apontam para a necessidade da promoção de relações interpessoais por parte de profissionais de saúde da atenção primária e especializada, ao valorizarem as vozes dos idosos que ecoam para compreender – com solidariedade, empatia e compaixão – a existência de sintomas depressivos, a dificuldade de aceitar as limitações funcionais, o constrangimento ao pedir ajuda e a sensação de ser um fardo em um caminho para alcançar a atenção integral à saúde da pessoa idosa.

Os idosos valorizam a dimensão afetiva das relações interpessoais com amigos, vizinhos e familiares. A funcionalidade corporal ocupa pouco espaço na cultura local, quando se divisa que a socialização e a habilidade comunicativa anunciam a potência da pessoa idosa – revelando que a condição de incapacidade funcional não as define. Aquelas que se sentem bem e esperançosas, não com uma melhora e retorno ao controle do corpo, mas com esperança de viver conscientemente – e tomadas da sensação de bem-estar e felicidade – procuram se sentir úteis com tarefas que lhes são possíveis e razoáveis. O bem-estar espiritual, a socialização com vizinhos e grupos religiosos, bem como a própria religiosidade, constituem fundamentos do bem-estar físico, emocional, espiritual, e, ainda, do bem viver da população nacional longeva. Os gestores e profissionais de saúde devem promover ações intersetoriais para fomentar a participação dos idosos nos grupos operativos e nos grupamentos de convivência, considerando as limitações funcionais e a apostila na troca de experiências nesse contingente etário para a promoção do envelhecimento saudável.

Colaboradores

G. S. Sousa contribuiu com a concepção do estudo, análise dos dados, redação e revisão crítica; e aprovou a versão final. D. M. D. Gutierrez contribuiu com a concepção do estudo, análise dos dados, redação e revisão crítica; e aprovou a versão final. R. M. Silva contribuiu com a concepção do estudo, análise dos dados, redação e revisão crítica; e aprovou a versão final. A. M. S. Reinaldo contribuiu com a revisão crítica; e aprovou a versão final. M. F. P. Okuno contribuiu com a revisão crítica; e aprovou a versão final. M. C. S. Minayo contribuiu com a concepção do estudo e revisão crítica; e aprovou a versão final.

Informações adicionais

ORCID: Girliani Silva de Sousa (0000-0002-0988-5744); Denise Machado Duran Gutierrez (0000-0002-0031-3045); Raimunda Magalhães da Silva (0000-0001-5353-7520); Amanda Márcia dos Santos Reinaldo (0000-0003-0283-2313); Meiry Fernanda Pinto Okuno (0000-0003-4200-1186); Maria Cecília de Souza Minayo (0000-0001-6187-9301).

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq; processo nº 405835/2016-7) pelo apoio financeiro.

Referências

1. Silva CSO, Barbosa MMS, Pinho L, Figueiredo MFM, Amaral C, Alves ECS, et al. Family health strategy: relevance to the functional capacity of older people. *Rev Bras Enferm* 2018; 71 Suppl 2:740-6.
2. Skirbekk V, Dieleman JL, Stonawski M, Fejkiel K, Tyrovolas S, Chang AY. The health-adjusted dependency ratio as a new global measure of the burden of ageing: a population-based study. *Lancet Healthy Longev* 2022; 3:e332-8.
3. Davies K, Maharani A, Chandola T, Todd C, Pendleton N. The longitudinal relationship between loneliness, social isolation, and frailty in older adults in England: a prospective analysis. *Lancet Healthy Longev* 2021; 2:e70-7.
4. Choi SL, Namkung EH, Carr D. The effect of physical limitations on depressive symptoms over the life course: is optimism a protective buffer? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2022; 77:1686-98.
5. Tavares DMS, Oliveira NGN, Marmo FAD, Meneguci J. Using structural equation modeling in the understanding of functional disability in older adults. *Rev Latinoam Enferm* 2021; 29:e3451.
6. Amaral TLM, Amaral CA, Lima NS, Herculano PV, Prado PR, Monteiro GTR. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:3077-84.
7. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 2006; 20 out.
8. Gadamer HG. Verdade e método. 3ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.
9. Habermas J. Dialética e hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer. Porto Alegre: L&PM; 1987.
10. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med* 2014; 89:1245-51.
11. Minayo MCS, Figueiredo AEB. Manual de pesquisa: estudo situacional dos idosos dependentes que residem com suas famílias visando a subsidiar uma política de atenção e de apoio aos cuidadores. <https://data.scielo.org/dataset.xhtml?persistentId=doi:10.48331/scielodata.8NEDAK> (acessado em 03/Ago/2024).
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª Ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2014.
13. Santos WJ, Giacomini KC, Firmo JOA. Alterity of the body of the elderly: estrangement and pain in public health. *Ciênc Saúde Colet* 2019; 24:4275-85.
14. Peerenboom L, Collard RM, Naarding P. The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: a cross-sectional study. *J Affect Disord* 2015; 182:26-31.
15. Guidry ET, Cukrowicz KC. Death ideation in older adults: psychological symptoms of depression, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness. *Aging Ment Health* 2015; 20:823-30.
16. Erzen E, Çikrikci Ö. The effect of loneliness on depression: a meta-analysis. *Int J Soc Psychiatry* 2018; 64:427-35.
17. Zhou A, Song Y, Li X, Hu B, Chen Y, Cui P, et al. Functional limitation and happiness among older adults: the multiple mediating role of intergenerational support and intergenerational relationship. *Front Public Health* 2023; 11:1249216.
18. Kuczynski AM. Characterizing the dynamics of loneliness, depression, and the role of social interactions: an experience sampling study [Tese de Doutorado]. Seattle: University of Washington; 2023.
19. Sun Q, Wang YW, Lu N, Lyu S. Intergenerational support and depressive symptoms among older adults in rural China: the moderating roles of age, living alone, and chronic diseases. *BMC Geriatr* 2022; 22:83.
20. McClelland H, Evans JJ, Nowland R, Ferguson E, O'Connor RC. Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Affect Disord* 2020; 274:880-96.
21. Kandola A, Solmi F, Ajnakina O, Ingram E, Iob E, Lee S, et al. The role of loneliness in the association between chronic physical illness and depressive symptoms among older adults: a prospective cohort study. *J Affect Disord* 2023; 334:220-6.
22. Holt-Lunstad J. Loneliness and social isolation as risk factors: the power of social connection in prevention. *Am J Lifestyle Med* 2021; 15:567-73.
23. Rasmussen KA, Slish ML, Wingate LRR, Davidson CL, Grant DM. Can perceived burdensomeness explain the relationship between suicide and perfectionism? *Suicide Life Threat Behav* 2012; 42:121-8.
24. Alfaro AJ, Carlson C, Segal DL, Gould CE. Distinctions between depression and anxiety with fear of being a burden in late life. *Aging Ment Health* 2021; 26:2366-71.
25. Van Bogart K, Scott SB, Harrington KD, Felt JM, Sliwinski MJ, Engelstad JE. Examining the bidirectional nature of loneliness and anxiety among older adults in daily life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2023; 78:1676-85.

26. Kwon C-Y, Lee B. Prevalence of suicidal behavior in patients with chronic pain: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Front Psychol* 2023; 14:1217299.
27. Marzbani B, Ayubi E, Barati M, Sarai P. The relationship between social support and dimensions of elder maltreatment: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 2023; 23:869.
28. Ceccon RF, Garcia-Jr CAS. Violência contra pessoas idosas dependentes no Brasil: um estudo multicêntrico. *Interface (Botucatu)* 2024; 28:e230511.
29. Wang Q, Shu L, Lu X. Dynamics of multi-dimensional poverty and its determinants among the middle-aged and older adults in China. *Humanit Soc Sci Commun* 2023; 10:116.
30. Saha S. Social relationships and subjective wellbeing of the older adults in India: the moderating role of gender. *BMC Geriatr* 2024; 24:142.
31. O'Brien E, Whitman K, Buerke M, Galfalvy H, Szanto K. Life-satisfaction, engagement, mindfulness, flourishing, and social support: do they predict depression, suicide ideation, and history of suicide attempt in late life? *Am J Geriatr Psychiatry* 2023; 31:415-24.
32. Yang JS, Jeon YJ, Lee GB, Kim HC, Jung SJ. The association between psychological resilience and cognitive function in longitudinal data: results from the community follow-up survey. *J Affect Disord* 2021; 290:109-16.
33. Woods SB, Roberson PN, Booker Q, Wood BL, Booker SQ. Longitudinal associations of family relationship quality with chronic pain incidence and persistence among aging African Americans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2024; 79:gbae064.
34. Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol* 2005; 60:410-21.
35. Berthold A, Ruch W. Satisfaction with life and character strengths of non-religious and religious people: it's practicing one's religion that makes the difference. *Front Psychol* 2014; 5:876-94.

Abstract

The functional dependency of older adults and its repercussions on mental health represent significant challenges for public policy agendas targeting this group in Brazil. This study analyzed the mental health experiences of dependent older adults across Brazil's five regions. It is a qualitative investigation grounded in the theoretical-methodological framework of dialectical hermeneutics, and it includes semi-structured interviews with 47 older adults conducted in Belo Horizonte (Minas Gerais), Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Araranguá (Santa Catarina), Manaus (Amazonas), Brasília (Federal District), Fortaleza (Ceará), and Teresina (Piauí) from August to December 2019. The data were analyzed using Content Analysis, which yielded the themes "When the joy of living is lost" and "Resources for coping with life and the quest for meaning". Participants reported depressive and anxious symptoms, thoughts of death, feelings of being a burden, and loneliness. Moreover, experiences of violence exacerbated depressive symptoms. Resilience, spiritual well-being, socialization, quality interpersonal relationships, and religion were found in the reports of older adults who experience psychological well-being. Mental health of dependent older adults is linked to physical and emotional frailty; however, they are able to reinforce their spiritual and religious resources. State actions are necessary to promote qualified and comprehensive care, create spaces for social activities and support, as well as involve formal caregivers and home support programs.

Frail Elderly; Mental Health; Resilience; Depression

Resumen

La dependencia funcional de las personas mayores y sus repercusiones en la salud mental son desafíos relevantes para las agendas de políticas públicas dirigidas a este grupo en Brasil. Este estudio analizó las experiencias con la salud mental de las personas mayores con dependencia en las cinco regiones brasileñas. Se trata de una investigación cualitativa, con base en un marco teórico-metodológico de la hermenéutica-dialéctica, que incluye entrevistas semiestructuradas con 47 personas mayores en Belo Horizonte (Minas Gerais), Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Araranguá (Santa Catarina), Manaus (Amazonas), Brasília (Distrito Federal), Fortaleza (Ceará) y Teresina (Piauí), en el período de agosto a diciembre de 2019. El análisis de los indicadores siguió los pasos del análisis de contenido, del cual obtuvo los temas: "Cuando se pierde la alegría de vivir" y "Recursos para afrontar la vida y la demanda de sentido". Las personas mayores experimentaron síntomas depresivos y ansiosos, pensamientos de muerte, sensación de ser una carga y soledad. La violencia potencia los síntomas depresivos. La resiliencia, el bienestar espiritual, la socialización, las relaciones interpersonales con calidad y la religiosidad fueron relatados por las personas mayores que han experimentado bienestar psicológico. La experiencia de salud mental de las personas mayores dependientes está relacionada con la fragilidad física y emocional, pero logran fortalecer los aspectos espirituales y religiosos. Se necesitan acciones del Estado para promover la atención calificada e integral, la creación de espacios para actividades sociales y de ayuda, así como la participación de cuidadores formales y programas de apoyo a domicilio.

Anciano Frágil; Salud Mental; Resiliencia Psicológica; Depresión

Recebido em 06/Ago/2024

Versão final reapresentada em 27/Jan/2025

Aprovado em 04/Fev/2025