




# Prevalência de sofrimento psíquico em pessoas idosas: um estudo de base comunitária

Prevalence of psychic suffering in old people: a community-based study

William Lucas Ferreira da Silva<sup>1</sup> 

Graziela Lonardoni de Paula<sup>1</sup> 

Leonardo Campos Gomes<sup>2</sup> 

Danielle Teles da Cruz<sup>1,3</sup> 

## Resumo

**Objetivos:** Verificar a prevalência do sofrimento psíquico em uma população de idosos da comunidade e analisar a sua correlação com idade, anos de escolaridade, nível socioeconômico, sexo, morbidade referida, autopercepção de saúde, autopercepção visual, autopercepção auditiva e síndromes geriátricas (fragilidade, medo de cair, capacidade funcional e quedas). **Método:** Estudo transversal com 315 idosos, não institucionalizados, residentes em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, em 2015. Os dados foram coletados através de inquérito domiciliar e o sofrimento psíquico pode ser observado naquela população idosa com a aplicação do *Patient Health Questionnaire* (PHQ-4). Para verificar a associação da variável desfecho com as variáveis explicativas, usou-se teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson. O nível de significância adotado no estudo foi de 5%. **Resultados:** A prevalência de sofrimento psíquico entre os idosos foi de 41,8% (IC95% 36,5–47,4%). Verificou-se associação entre o PHQ-4 e sexo ( $p=0,001$ ), morbidade referida ( $p=0,020$ ), autopercepção de saúde ( $p<0,001$ ), autopercepção visual ( $p=0,001$ ), autopercepção auditiva ( $p=0,034$ ), capacidade funcional ( $p=0,003$ ) e fragilidade ( $p=0,000$ ). **Conclusões:** o sofrimento psíquico é uma condição frequente entre idosos. O conhecimento dos fatores associados a esse evento pode contribuir para um modelo de cuidado em saúde que estimule o envelhecimento ativo e saudável.

## Palavras-chave:

Envelhecimento. Saúde do Idoso. Saúde Mental. Estresse Psicológico. Estudos Transversais.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Juiz de Fora, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Curso de Medicina. Juiz de Fora, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Coletiva. Juiz de Fora, MG, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT). Processo nº 480163/2012-0. Edital universal com recursos para material de consumo e permanente. Bolsas de mestrado e doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Bolsa Voluntária de Iniciação Científica da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence

Danielle Teles da Cruz

danitacruz@yahoo.com.br ou danielle.teles@ufjf.edu.br

Recebido: 11/08/2020

Aprovado: 11/03/2021

## Abstract

**Objectives:** To verify the prevalence of psychic suffering in an old population in the community and analyze its correlation with age, years of education, socioeconomic level, gender, reported morbidity, self-perceived health, visual self-perception, self-perception of hearing, and geriatric syndromes (frailty, fear of falling, functional capacity, and falls).

**Method:** A cross-sectional study with 315 non-institutionalized old people living in Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil, in 2015. Data were collected through a household survey, and the psychic suffering can be observed in that old population with the use of the Patient Health Questionnaire (PHQ-4). The Pearson's chi-square test ( $\chi^2$ ) was used to verify the association between the outcome variable and the explanatory variables. The level of significance adopted in the study was 5%. Results: The prevalence of psychic suffering among the old people was 41.8% (95% CI 36.5–47.4%). There was an association between the PHQ-4 and gender ( $p=0.001$ ), reported morbidity ( $p=0.020$ ), self-perceived health ( $p<0.001$ ), visual self-perception ( $p=0.001$ ), self-perception of hearing ( $p=0.034$ ), functional capacity ( $p=0.003$ ), and fragility ( $p=0.000$ ). Conclusions: psychic suffering is a common condition among old people. Knowledge of the factors associated with this event can contribute to a health care model that encourages active and healthy aging.

**Keywords:** Aging. Health of the Elderly. Mental Health. Stress Psychological. Cross-Sectional Studies.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano não deve significar precarização das condições de vida e saúde. Inúmeros agravos à saúde da pessoa idosa apresentam tendência à cronicidade e, sabidamente, são passíveis de detecção precoce, com eficácia em seu controle e monitoramento, adiamento e prevenção, por meio do estímulo de comportamentos saudáveis relativos a estratégias e ações pautadas no paradigma da produção da saúde que, para além da ausência de doenças, têm o propósito de garantir o envelhecimento saudável da pessoa idosa<sup>1,2</sup>.

Entretanto, longevidade nem sempre é congruente com envelhecimento saudável, especialmente em países que apresentam altos índices de concentração de renda, a exemplo do Brasil, o que caracteriza a desigualdade social, geradora de situações de vulnerabilidade social, como precarização das condições socioeconômicas, da autoestima e da estima social, e pode acometer um sujeito em diferentes faixas etárias, mas intensificam-se com o avançar da idade e o agravar da condição de saúde<sup>3,4</sup>.

A desigualdade social, grave fenômeno social, responsável por processos de privação de direitos e de acesso a bens e serviços sociais, de exclusão social e de precarização da qualidade de vida, é considerada um indubitável fator de risco para o

desencadeamento de sofrimento e adoecimento psíquico. Relação possível, na atualidade, em consequência do aceite do conceito ampliado de saúde e da noção de multidimensionalidade e determinação social do processo saúde-doença, em anuência ao princípio da integralidade, preconizado na política pública vigente<sup>5,6</sup>.

Assim, o sofrimento social, produto da desigualdade e iniquidade sociais, somado a experimentações perversas que podem ocorrer, concomitantemente, com o processo de envelhecimento, como isolamento social, solidão, separação, perda, humilhação, estresse e dor física, pode contribuir para a eclosão do sofrimento psíquico. É mister compreender que, este, não apresenta origem biológica estrita, alegação do ideário biomédico que fundamenta o modelo manicomial, mas, efetivamente, apresenta um complexo desenvolvimento biopsicossocial, concernente à perspectiva da Reforma Psiquiátrica<sup>7-9</sup>.

É imprescindível ponderar que o sofrimento psíquico não é um condicionante do envelhecimento. Contudo, nesse processo, pessoas idosas com maior fragilidade e menor acesso a recursos e aparatos sociais em seu contexto, podem ser mais suscetíveis ao adoecimento psíquico, passível da ocorrência de transtornos leves, moderados ou graves e persistentes, e responsável por rupturas importantes em seu cotidiano, na socialidade e em sua vida produtiva<sup>6,10</sup>.

Destarte, o presente artigo se propõe a verificar a prevalência do sofrimento psíquico em uma população de idosos da comunidade e analisar a sua correlação com idade, anos de escolaridade, nível socioeconômico, autopercepção de saúde, autopercepção visual, autopercepção auditiva e síndromes geriátricas (fragilidade, medo de cair, capacidade funcional e quedas).

## MÉTODO

O presente estudo faz parte de um projeto guarda-chuva intitulado *Inquérito em Saúde da População de Juiz de Fora de Minas Gerais (ISPI-JF)*, que foi desenhado para investigar o perfil de saúde, as características socioeconômicas e os determinantes do processo saúde-adoecimento de pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, ambos os sexos e não institucionalizados na Zona Norte. Assim, para a compreensão desta pesquisa é fundamental resgatarmos as estratégias e o percurso metodológico do macroprojeto.

O aparelhamento do *ISPI-JF* se deu por meio de duas ondas de inquéritos multidimensionais domiciliares de base populacional (2010/2011 e 2014/2015). No início do seguimento, em 2010, para a definição do cálculo amostral, considerouse a prevalência nacional de idosos que sofreram queda (30%) apontada pela literatura, por se tratar do objetivo principal da pesquisa. Outros parâmetros adotados para elaboração do plano amostral foram: nível de confiança de 95%, erro máximo desejado de 5%, perdas por recusa em torno de 30%, correção para populações finitas e efeito do plano amostral igual a 1,5 (tendo como referência o procedimento de seleção adotado e possíveis efeitos de estratificação e conglomeramento)<sup>11,12,13</sup>.

A seleção dos sujeitos participantes ocorreu por amostragem aleatória estratificada e conglomerada em múltiplos estágios. Os setores censitários configuraram as unidades primárias de amostragem e a partir de um sorteio, estes foram agrupados em estratos definidos conforme diferentes modalidades de atenção à saúde a que a população do setor estava adscrita no território. Sendo as modalidades subdivididas em atenção primária, cujos serviços

são contemplados, ou não, com Estratégia Saúde da Família (ESF); atenção secundária ou área descoberta. Em seguida, ocorreu a escolha dos participantes dentro de cada estrato, que aconteceu de forma independente e respeitando as probabilidades proporcionais ao tamanho do estrato e tendo como subsídio os dados do Censo Demográfico de 2000 referentes a população residente<sup>11,12</sup>.

A dinâmica populacional intrínseca ao recorte temporal de quatro anos entre as duas ondas do inquérito forjou a necessidade da utilização um novo cálculo amostral no qual foi empregado o método *Oversample* com o intuito de preservar a representatividade da amostra probabilística baseada em estratificação e conglomeramento. O parâmetro inicial da estimativa considerou a amostra da primeira onda e os dados do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relativos à população da área delimitada, no nível de desagregação do setor censitário<sup>11,12,14</sup>.

O *Oversample* é uma ferramenta que permite equalizar as saídas de indivíduos do painel sem desrespeitar a natureza da amostragem inicial. Sendo necessário para tal o cumprimento de alguns requisitos: (i) conhecimento da população inicial; (ii) tratamento estatístico e imputação de pesos diferente para cada grupo a depender da natureza da saída do painel - os grupos de saída foram categorizados em: óbito, mudança de endereço sem possibilidade de identificação da nova residência, viagem com duração superior ao tempo da execução da pesquisa, internação obedecendo ao mesmo parâmetro de duração e institucionalização - ; e (iii) seleção apropriada de variáveis para balancear a inserção de novos participantes. Idade, sexo e nível de escolaridade foram as variáveis utilizadas. No total, 423 idosos compuseram a amostra do inquérito<sup>11,12,14</sup>.

Com relação a amostra do presente estudo, cabe reportar que essa foi caracterizada por idosos participantes da segunda fase do *ISPI-JF* e que não apresentaram declínio cognitivo (N=315), apontado pelo Miniexame do Estado Mental (MEEM) – instrumento utilizado para rastreamento da capacidade cognitiva, que identificou 108 sujeitos com declínio cognitivo. O MEEM foi o único critério de exclusão

da amostra. Dessa forma, a pesquisa corrente configura-se como um recorte transversal da segunda onda de coleta do *ISPI-JF*, com amostra composta por 315 idosos com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, não institucionalizados e residentes na Zona Norte da cidade de Juiz de Fora (MG), Brasil<sup>11,12</sup>.

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário semiestruturado, padronizado e pré-testado, inclusive escalas de ampla utilização em pesquisas e na clínica<sup>11,12</sup>. A variável dependente foi averiguada pelo *Patient Health Questionnaire (PHQ-4)* que permite rastrear o sofrimento psíquico nas últimas duas semanas. É composto por quatro itens pontuados em uma escala *likert* de zero (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias) – quanto maior a soma, maior a sintomatologia. O escore total varia de 0 a 12 e sugere a seguinte análise para compreensão do sofrimento psíquico: 0 a 2 nenhum; 3 a 5 leve; 6 a 8 moderado; 9 a 12 grave<sup>15,16</sup>. Para o cálculo da prevalência, a variável dependente foi dicotomizada de acordo com os escores: sofrimento psíquico ausente e presente com ponto de corte  $\geq 3$  pontos.

A avaliação da fragilidade foi realizada pela utilização da Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE), adaptada e validada para a população brasileira. É composta por 11 itens que avaliam nove domínios: cognição, estado geral de saúde, nutrição, humor, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, continência e desempenho funcional. A pontuação total pode variar de zero a 17 pontos: não apresenta fragilidade (0 a 4), aparentemente vulnerável (5 e 6), fragilidade leve (7 e 8), fragilidade moderada (9 e 10) e fragilidade grave (11 pontos ou mais)<sup>17</sup>. Para avaliação do medo de cair, usou-se a *Falls Efficacy Scale – Internacional – Brasil (FES-I-BRASIL)* e a Escala de *Lawton e Brody*, a fim de mensurar capacidade funcional para realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

A *FES-I-BRASIL* verifica medo de cair com base na definição de baixa autoeficácia percebida para evitar quedas durante atividades do dia a dia. A escala inclui dezesseis atividades com escores, entre 1 e 4, para cada uma delas, cujo menor valor indica o idoso *nem um pouco preocupado* em cair e maior,

*extremamente preocupado* com a possibilidade em cair. Os valores totais variam de 16 pontos para indivíduos sem qualquer preocupação em cair a 64 pontos para indivíduos com preocupação extrema<sup>18</sup>. Para análise categórica da variável, admitiu-se: presença do medo de cair (pontuação  $>16$  pontos) ou ausência (16 pontos)<sup>11,12,18,19</sup>.

A Escala de *Lawton e Brody* investiga nove atividades instrumentais: usar o telefone, fazer compras, lavar a roupa, preparar a própria refeição, cuidar do dinheiro, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais domésticos, tomar medicamentos e ir a locais distantes, utilizando algum meio de transporte – escores variam de 9 a 27 pontos e quanto menor a pontuação, maior o grau de dependência<sup>19</sup>. Para fins de categorização, essa variável foi dicotomizada em dependente ( $<18$  pontos) e independente ( $\geq 19$  pontos)<sup>11,12,19,20</sup>.

O índice Kappa foi utilizado para verificar o grau de concordância intra e interexaminadores antes do início da pesquisa. O coeficiente observado foi maior que 75%, sendo considerado substancial ou excelente. Com o intuito de garantir a qualidade dos dados coletados, os pesquisadores de campo foram monitorados e avaliados cuidadosamente durante o desenvolvimento da pesquisa. Outra estratégia utilizada para esse fim foi a reavaliação de 10% da produção por meio de nova entrevista parcial após o encerramento da coleta.

A digitação dos dados foi feita por dois pesquisadores de forma independente e posteriormente confrontada visando reduzir falhas e inconsistências. As características do plano amostral foram consideradas para o desenvolvimento da análise estatística, que contou com a categorização das variáveis explicativas, descrição das frequências absolutas e relativas, prevalência do desfecho com respectivo intervalo de confiança e aplicação do teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson para análise da associação entre as variáveis independentes e desfecho. O nível de significância adotado foi de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o parecer n.º 771/916. Em conformidade com a Resolução n.º

466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, todas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos foram obedecidas. Todos os idosos participantes desta pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

A amostra foi composta de 66,3% de mulheres. A média de idade foi de 72,2 anos ( $dp \pm 7,3$ ) e a de escolaridade 4,3 anos de estudo ( $dp \pm 3,5$ ). Dentre os participantes da pesquisa, 46% se declararam pretos ou pardos, 58,4% pertenciam ao nível socioeconômico C, 58,4% eram casados ou viviam em regime de união estável e 87,9% residiam acompanhados. Morbidade foi referida por 88,3% dos idosos; percepção ruim ou regular de saúde, por 43,5% dos idosos; 54,9%, regular ou ruim com

relação à visão e 28,6%, com relação à audição. A Tabela 1 apresenta caracterização da amostra.

A prevalência de sofrimento psíquico foi de 41,8% (IC95% 36,5–47,4%). 22,2% apresentaram grau leve, 13,3% moderado e 6,3% grave. Em relação às síndromes geriátricas, 24,3% apresentaram fragilidade; incapacidade funcional, observada em 6,3% e medo de cair, em 95,2%. 34,3% apresentaram quedas no ano anterior à entrevista e, desses, 31,5% reportaram ter sofrido mais de uma queda (Tabela 1).

O teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson mostrou resultados significativos ( $p < 0,05$ ) entre sofrimento psíquico e sexo ( $\rho = 0,001$ ), morbidade referida ( $\rho = 0,020$ ), autopercepção de saúde ( $\rho < 0,001$ ), autopercepção visual ( $\rho = 0,001$ ), autopercepção auditiva ( $\rho = 0,034$ ), capacidade funcional ( $\rho = 0,003$ ) e fragilidade ( $\rho = 0,000$ ) – Tabela 2.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas, perfil geral de saúde e síndromes geriátricas (N = 315). Juiz de Fora (MG), 2015.

Variável	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Perfil Sociodemográfico		
Sexo		
Masculino	106	33,7
Feminino	209	66,3
Idade (anos)		
60 – 70	136	43,2
71 – 80	124	39,4
Mais de 80	55	17,5
Escolaridade (anos)		
Analfabeto	29	9,2
1 – 4	196	62,2
5 – ou mais	90	28,6
Raça/cor da pele		
Branco	143	45,4
Preto/pardo	145	46
Amarelo/indígena	27	8,6
Nível socioeconômico		
A ou B	89	28,3
C	184	58,4
D ou E	42	13,3

continua

Continuação da Tabela 1

Variável	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Situação conjugal		
Casado ou união estável	176	55,9
Viúvo, separado, divorciado ou solteiro	139	44,1
Arranjo domiciliar		
Reside sozinho	38	12,1
Reside acompanhado	277	87,9
Perfil Geral de Saúde		
Morbidade referida		
Não	37	11,7
Sim	278	88,3
Autopercepção de saúde		
Excelente/Muito boa/Boa	178	56,5
Regular/Ruim	137	43,5
Autopercepção visual		
Excelente/Muito boa/Boa	142	45,1
Regular/Ruim	173	54,9
Autopercepção auditiva		
Excelente/Muito boa/Boa	225	71,4
Regular/Ruim	90	28,6
Síndromes Geriátricas		
Queda		
Não	207	65,7
Sim	108	34,3
Medo de cair		
Não	15	4,8
Sim	300	95,2
Capacidade funcional para realização das AIVD		
Independente	295	93,7
Dependente	20	6,3
Fragilidade*		
Não apresenta fragilidade	130	51%
Aparentemente vulnerável	61	23,9%
Fragilidade leve	42	16,5%
Fragilidade moderada a severa	22	8,7%
Sofrimento Psíquico		
Nenhum	183	58,1%
Leve	70	22,2%
Moderado	42	13,3%
Grave	20	6,3%

Fonte: tabela elaborada pelos próprios autores. \*Variável não investigada no caso de idosos reprovados n=60 (19,05%) com erros significativos no primeiro item da EFE e que não possuíam cuidador.

**Tabela 2.** Associação entre as variáveis explicativas e sofrimento psíquico (N=315). Juiz de Fora (MG), 2015.

Variáveis independentes	<i>Patient Health Questionnaire</i> (PHQ-4)				p-valor
	Nenhum n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Grave n (%)	
Sexo					0,001
Masculino	183 (42,1)	70 (25,7)	42 (21,4)	20 (10,0)	
Feminino	106 (57,9)	52 (74,3)	33 (78,6)	18 (90,0)	
Idade (anos)					0,732
60 – 70	183 (39,3)	70 (50,0)	42 (47,6)	20 (45,0)	
71 – 80	72 (41,0)	35 (37,1)	20 (38,1)	9 (35,0)	
Mais de 80	36 (19,7)	9 (12,9)	6 (14,3)	4 (20,0)	
Escolaridade (anos)					0,145
Analfabeto	15 (8,2)	7 (10,0)	4 (9,5)	3 (15,0)	
1 – 4	106 (57,9)	45 (64,3)	29 (69,0)	16 (80,0)	
5 – ou mais	62 (33,9)	18 (25,7)	9 (21,4)	1 (5,0)	
Raça/cor da pele					0,236
Branco	183 (43,2)	70 (55,7)	42 (45,2)	20 (30,0)	
Preto/pardo	87 (47,5)	29 (41,4)	18 (42,9)	11 (55,0)	
Amarelo/indígena	17 (9,3)	2 (2,9)	5 (11,9)	3 (15,0)	
Nível socioeconômico					0,623
A ou B	52 (28,4)	21 (30,0)	12 (28,6)	4 (20,0)	
C	107 (58,5)	43 (61,4)	23 (54,8)	11 (55,0)	
D ou E	24 (13,1)	6 (8,6)	7 (16,7)	5 (25,0)	
Situação conjugal					0,235
Casado ou união estável	106 (57,9)	41 (58,6)	22 (52,4)	7 (35,0)	
Viúvo, separado, divorciado ou solteiro	77 (42,1)	29 (41,4)	20 (47,6)	13 (65,0)	
Arranjo domiciliar					0,101
Reside sozinho	18 (9,8)	7 (10,0)	8 (19,0)	5 (25,0)	
Reside acompanhado	165 (90,2)	63 (90,0)	34 (81,0)	15 (75,0)	
Morbidade referida					0,020
Não	30 (16,4)	5 (7,1)	2 (4,8)	0 (0,0)	
Sim	153 (83,6)	65 (92,9)	40 (95,2)	20 (100,0)	
Autopercepção de saúde					<0,001
Excelente/Muito boa/Boa	126 (68,9)	34 (48,6)	14 (33,3)	4 (20,0)	
Regular/Ruim	57 (31,1)	36 (51,4)	28 (66,7)	16 (80,0)	
Autopercepção visual					0,001
Excelente/Muito boa/Boa	94 (51,4)	27 (38,6)	20 (47,6)	1 (5,0)	
Regular/Ruim	89 (48,6)	43 (61,4)	22 (52,4)	19 (95,0)	
Autopercepção auditiva					0,034
Excelente/Muito boa/Boa	141 (77,0)	48 (68,6)	25 (59,5)	11 (55,0)	
Regular/Ruim	42 (23,0)	22 (31,4)	17 (40,5)	9 (45,0)	
Queda					0,919
Não	120 (65,6)	46 (65,7)	29 (69,0)	12 (60,0)	
Sim	63 (34,4)	24 (34,3)	13 (31,0)	8 (40,0)	

continua

Continuação da Tabela 2

Variáveis independentes	<i>Patient Health Questionnaire</i> (PHQ-4)				p-valor
	Nenhum n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Grave n (%)	
Medo de cair					0,276
Não	11 (6,0)	4 (5,7)	0 (0)	0 (0)	
Sim	172 (94,0)	66 (94,3)	42 (100,0)	20 (100,0)	
Capacidade funcional para realização das AIVD					0,003
Independente	178 (97,3)	60 (85,7)	40 (95,2)	17 (85,0)	
Dependente	5 (2,7)	10 (14,3)	2 (4,8)	3 (15,0)	
Fragilidade*					0,000
Não apresenta fragilidade	100 (64,9)	23 (39,0)	6 (20,0)	1 (8,3)	
Aparentemente vulnerável	33 (21,4)	13 (22,0)	11 (36,7)	4 (33,3)	
Fragilidade leve	12 (7,8)	15 (25,4)	11 (36,7)	4 (33,3)	
Fragilidade moderada a severa	9 (5,8)	8 (13,6)	2 (6,7)	3 (25,0)	

Fonte: tabela elaborada pelos próprios autores. \*Variável não investigada no caso de idosos reprovados n=60 (19,05%) com erros significativos no primeiro item da EFE e que não possuíam cuidador.

## DISCUSSÃO

Em prossecução, serão discutidos os principais achados do estudo, relacionados às variáveis sexo, morbidade referida, autopercepção de saúde, autopercepção visual, autopercepção auditiva, capacidade funcional e fragilidade, que apresentaram associação com sofrimento psíquico em idosos comunitários. Dentre as variáveis supracitadas, fragilidade ( $p=0,000$ ), autopercepção de saúde ( $p<0,001$ ), sexo ( $p=0,001$ ) e autopercepção visual ( $p=0,001$ ) apresentaram, neste estudo, maior associação com sofrimento psíquico.

Na amostra estudada, 66,3% dos participantes são representados por mulheres, isto pode ser atribuído ao fenômeno conhecido como feminização da velhice, maior número de pessoas idosas do sexo feminino que do masculino. Isto ocorre porque se observa, no Brasil e no mundo, uma expectativa de vida feminina superior à masculina, bem como maior procura por serviços de atenção básica à saúde por parte das mulheres<sup>21</sup>. Assim, fica claro que é necessário considerar algumas questões de gênero a fim de discutir a prevalência de sofrimento psíquico na velhice.

Sales et al.<sup>22</sup> encontraram forte ligação entre o sexo feminino e a presença de depressão, resultado da

própria dinâmica cultural que condiciona as mulheres à situação de vulnerabilidade, quando comparadas aos homens, no decurso da vida. Em adição a este dado, Maximiano-Barreto e Fermoseli<sup>23</sup> encontraram maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em mulheres idosas, quando comparadas a homens idosos, corroborando os achados deste estudo.

Gênero é um determinante social importante de iniquidades em saúde, que se relaciona a padrões socioculturais e valores de uma determinada sociedade. Assim, a estrutura patriarcal, machista e misógina da sociedade acaba por impor diferenças no padrão de saúde e envelhecimento entre mulheres e homens. Campos et al.<sup>24</sup>, ao comparar o envelhecimento ativo entre ambos os sexos, observa que este é pior para mulheres pois elas apresentam maior grau de dependência funcional, déficit cognitivo, depressão, pior funcionamento familiar e uma percepção mais negativa da própria saúde, quando comparadas aos homens.

Outrossim, embora as mulheres vivam mais tempo, muitas vezes, experienciam uma velhice isolada socialmente e em condições econômicas precárias, resultado de uma vivência de segunda ordem em relação aos homens, dos quais muitas dependem financeira e/ou emocionalmente. A fim de garantir às mulheres idosas uma velhice independente



e autônoma, medidas como assegurar estabilidade financeira na terceira idade, melhorar a inserção social e garantir o cuidado às mulheres idosas, parecem efetivas para restituir seu bem-estar psíquico<sup>25</sup>.

A rápida transição demográfica e epidemiológica, no Brasil, tem propiciado aumento de doenças crônicas não transmissíveis, perdas funcionais e cognitivas. Isto posto, instala-se um perfil epidemiológico de multimorbidades, associado com algum tipo de sofrimento psíquico que, usualmente, não é notado na rotina de cuidados em saúde<sup>26</sup>.

A prevalência de sofrimento psíquico na população estudada foi de 41,8%. Embora seja de grande relevância a mensuração deste desfecho, ainda são poucos os estudos que o avaliam em idosos comunitários. Há, também, uma diversidade de instrumentos de rastreio, o que limita comparações entre os estudos. Nesta pesquisa, empregou-se o *PHQ-4* por apresentar vantagens, como fácil aplicação, baixo custo e rapidez para realização<sup>15</sup>. Características, essas, compatíveis com as condições desta pesquisa.

Em um estudo realizado também com idosos comunitários, em Recife (PE), 47,8%, destes, apresentaram sintomas depressivos na avaliação com a Escala de Depressão Geriátrica (EDG)<sup>27</sup>. Fernandes et al.<sup>28</sup>, em Teresina (PI), utilizando o mesmo instrumento, encontraram prevalência de 40% de sintomas depressivos entre os idosos investigados. Sintomas de ansiedade foram avaliados no estudo de Menta et al.<sup>29</sup>, em Porto Alegre (RS), com prevalência de 9% a partir da aplicação do *Mini International Neuropsychiatric Interview plus (MINIplus)*. Os sintomas depressivos e ansiosos, quando combinados, estão diretamente relacionados à ocorrência do sofrimento psíquico<sup>15,23,27</sup> que, neste estudo, foram avaliados mediante o uso do instrumento *PHQ-4*.

A avaliação da autopercepção de saúde, paulatinamente, tem se tornado crucial em estudos sobre envelhecimento, dado que é considerada um indicador de qualidade de vida e de mortalidade. Idosos que relatam piores condições de saúde têm maior risco de mortalidade por todas as causas avaliadas, como cardiopatias e doenças metabólicas,

quando comparado àqueles que dizem ter uma saúde excelente<sup>30</sup>. Constatou-se, neste estudo, correlação entre sofrimento psíquico e autopercepção negativa de saúde, mostrando propensão deste sofrimento para aqueles que relatam saúde ruim ou regular.

Comunicar-se é um processo essencial para o desenvolvimento humano, construído desde o nascimento e mostra-se relevante em todas as fases da vida. A troca de informações diante do envelhecimento tem se tornado um desafio pelas dificuldades derivadas dos meios de comunicação e da constante necessidade de adaptações e readaptações com o advento de novas tecnologias para alcance de um diálogo efetivo. Neste sentido, o aumento da incidência de perda auditiva e/ou problemas auditivos em idosos é uma realidade que traz, ou pode trazer, consequências emocionais, sociais e de qualidade de vida<sup>31</sup>.

Quando avaliada na comunidade, autopercepção auditiva ganha desfechos mais intensos porque incapacita, provoca privação sensorial, dificulta o acesso aos serviços de saúde, bloqueia relações familiares e contribuiu para o aparecimento de sinais e sintomas de depressão e ansiedade, sobretudo, quando as condições socioeconômicas são desfavoráveis<sup>31</sup>. Os achados do presente estudo corroboram a literatura ao indicarem que percepção auditiva negativa está relacionada ao sofrimento psíquico.

Conviver e viver com problemas no sistema sensorial tende a gerar angústia e tristeza, posto que tais limitações modificam a maneira do indivíduo se relacionar com a sociedade e o mundo. Concernente à visão, os resultados mostram que o desenvolvimento psíquico é mais grave quando autopercepção visual é classificada como regular ou ruim. Então, há muitas interligações, tal condição leva à incapacidade funcional, à fragilidade, ao favorecimento da ocorrência de quedas e, conseqüentemente, ao sofrimento psíquico. Deve-se salientar, ainda, que a qualidade de vida, também, tende a piorar porque comprometimento visual implica perda de autoestima, de *status* e de motivação<sup>32</sup>, aspectos, esses, imbricados na causalidade do sofrimento psíquico.

Se, diante de tantos obstáculos, viver na terceira idade é nitidamente um desafio, isto é amplificado quando um quadro de incapacidade funcional se desenvolve. Quanto às AIVD, 6,3% dos idosos foram classificados como dependentes e verificou-se que, quanto maior o grau de comprometimento funcional, maior o grau de sofrimento psíquico. A incapacidade funcional pode ser um fator predisponente de sintomas, como medo, angústia e ansiedade. Relaciona-se, ainda, com outros desfechos adversos, como fragilidade, morbidades e isolamento social, aumentando, portanto, a chance de ocorrer depressão e ansiedade<sup>33</sup>.

Assim como outras síndromes geriátricas, a fragilidade é de natureza multifatorial. Ela se caracteriza como uma síndrome frequente que envolve aspectos psicológicos, sociais e biológicos, relacionados com a trajetória e o percurso de vida dos idosos, provoca desdobramentos nas condições de saúde e corresponde às principais causas de morbidade<sup>34</sup>.

Percepção negativa de saúde, incapacidade funcional e histórico de quedas impactam, expressamente, na complexidade desencadeada pela fragilidade que se agrava com a associação de mais fatores determinantes do processo saúde-doença. Analogamente, no sofrimento psíquico diversos fatores influenciam e estão associados ao seu acometimento<sup>19</sup>. Dentre as variáveis investigadas neste estudo, a fragilidade foi a que apresentou maior grau de correlação com o desfecho. Carneiro et al.<sup>35</sup> realizaram um estudo em Montes Claros (MG) e observaram um comportamento semelhante. Dentre os idosos avaliados com a síndrome de fragilidade, 37,2% apresentavam sintomas psíquicos.

O desenvolvimento de sofrimento psíquico é atribuído ao processo de envelhecimento, visto que as mudanças no cotidiano e as perdas motoras, físicas, social e psíquicas levam o idoso a reflexões acerca do seu papel na sociedade. Em um estudo conduzido em Várzea Grande (MT) com idosos assistidos pela ESF, a presença de sintomas depressivos, também revelou associação aos mais frágeis e vulneráveis. Tais resultados são semelhantes a outros da literatura que reportam o aparecimento dos sintomas depressivos em idosos com fragilidade<sup>19,27</sup>.

Em referência ao processo de envelhecimento e aumento da prevalência de sofrimento psíquico entre pessoas idosas, é necessário que os modelos de cuidado em saúde sejam revistos nos aparatos da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, para que envelhecer com qualidade de vida seja garantido por meio da efetivação de políticas públicas de saúde que abranjam não apenas a saúde da pessoa idosa, mas sobretudo a saúde mental da população em nível individual e coletivo.

Para melhor contextualizar a discussão, é importante rememorar que este estudo decorreu de uma pesquisa maior – o *Inquérito em Saúde da População Idosa de Juiz de Fora*, com um objetivo distinto desta, embora tenha se efetivado a partir da metodologia proposta para o inquérito domiciliar supracitado. Também é importante considerar que algumas limitações, como viés de memória e viés de informação (por informações autorreferidas), podem ter influenciado a inferência sobre os achados deste.

## CONCLUSÃO

O presente estudo identificou prevalência de sofrimento psíquico de 41,8% entre os idosos comunitários e associação entre o desfecho e as variáveis sexo, morbidade referida, autopercepção de saúde, autopercepção de visão, autopercepção auditiva, capacidade funcional e fragilidade. O crescente processo de envelhecimento populacional brasileiro, com evidente prevalência de sofrimento psíquico em sua população idosa, exige compreensão, deste, enquanto problema de saúde pública.

Assim, intervenções são imprescindíveis para garantir o envelhecimento saudável e ativo dos idosos. É preciso empreender transformações de caráter intersetorial com iniciativa do poder público, responsável por garantir a proteção e o bem-estar social com o intento de valorizar o idoso e fomentar sua participação ativa na sociedade. Tais intervenções servirão, sobremaneira, para otimizar estratégias e ações da gestão de modelos de atenção à saúde, coerentes com o enfrentamento dos principais problemas que afetam o idoso.

Editado por: Maria Helena Rodrigues Galvão

## REFERÊNCIAS

1. Belasco AGS, Okuno MFP. Realidade e desafios para o envelhecimento. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Supl 2):1-2.
2. Matud MP, García MC. Psychological distress and social functioning in spanish people: a gender analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(3):1-10.
3. Barros MBA, Goldbaum M. Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. *Rev Saúde Pública.* 2018;52(Supl 2):1-3.
4. Jesus ITM, Orlandi AAS, Grazziano ES, Zazzetta MS. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(6):614-20.
5. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde Debate.* 2017;41(112):63-76.
6. Tonin CF, Barbosa TM. A interface entre saúde mental e vulnerabilidade social. *Tempus, Actas Saúde Colet.* 2018;11(3):50-68.
7. Dimenstein M, Siqueira K, Macedo JP, Leite J, Dantas C. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arq Bras Psicol.* 2017;69(2):72-87.
8. Manna RE. A experiência vivida por mulheres idosas como sofrimento social [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2018.
9. Trajano MP, Bernardes SM, Zurba MC. O cuidado em saúde mental: caminhos possíveis na rede de atenção psicossocial. *Cad Bras Saúde Ment.* 2018;10(25):20-37.
10. Silva PAS, Rocha SV, Santos LB, Santos CA, Amorim CR, Vilela ABA. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(2):639-46.
11. Cruz DT, Duque RO, Leite ICG. Prevalence of fear of falling, in a sample of elderly adults in the community. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(3):309-18.
12. Cruz DT, Leite ICG. Quedas e fatores associados em idosos residentes na comunidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(5):532-41.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF:MS; 2018.
14. Rahman MM, Davis DN. Addressing the class imbalance problem in medical datasets. *Int J Mach Learn Comput.* 2013;3(2):224-8.
15. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Lowe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics.* 2009;50(6):613-21.
16. Lowe B, Rose IWM, Spitzer C, Glaesmer H, Schneider KWA, Brahler E. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Dis.* 2010;122(1):86-95.
17. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale - EFS em uma amostra de idosos brasileiros. *Rev Latinoam Enferm.* 2009;17(6):1043-9.
18. Camargos FFO, Dias RC, Dias JMD, Freire MTF. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale – International em idosos brasileiros (FESI-Brasil). *Rev Bras Fisioter.* 2010;14(3):237-43.
19. Cruz DT, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. *Rev Saúde Pública.* 2017;51(106):1-13.
20. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-86.
21. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. A feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Texto Contexto Enferm.* 2015;14(1):115-31.
22. Sales JCS, da Silva Jr. FJG, Vieira CPB, Figueiredo MLF, Luz MHBA, Monteiro CFS. Feminização da velhice e sua interface com a depressão: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE.* 2016;10(5):1840-6.
23. Maximiano-Barreto MA, Fermoseli AFO. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/AL. *Psicol Saúde Doenças.* 2017;18(3):801-13.
24. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(7):2221-37.
25. Rajasi RS, Mathew T, Nujum ZT, Anish TS, Ramachandran R, Lawrence T. Quality of Life and sociodemographic factors associated with poor quality of life in elderly women in Thiruvananthapuram, Kerala. *Indian J Public Health.* 2016;60(3):210-5.

26. Soares MFN, Maia LC, Costa SM, Caldeira AP. Dependência funcional em idosos assistidos por equipes da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(5):1-14.
27. Cordeiro RC, Santos RC, Araújo GKN, Nascimento NM, Souto EQ, Ceballos AGC, et al. Perfil de saúde mental de idosos comunitários: um estudo transversal. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(1):1-8.
28. Fernandes MA, Melo DM, Bastos LA, Feitosa CA. Prevalência de depressão geriátrica em uma unidade básica de saúde. *Rev Enferm UFPI.* 2018;7(3):1-6.
29. Menta C, Bisol LW, Nogueira EL, Engroff P, Neto AC. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among elderly people in primary health care. *J Bras Psiquiatr.* 2020;69(2):126-30.
30. Ribeiro EG, Matozinhos FP, Guimarães GL, Couto AM, Azevedo RS, Mendoza IYQ. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade clínico-funcional de idosos de Belo Horizonte/Minas Gerais. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Supl2):914-21.
31. Sousa MGC, Russo ICP. Audição e percepção da perda auditiva em idosos. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009;14(2):241-46.
32. Bravo Filho VTFB, Ventura RU, Brandt CT, Sarteschi C, Ventura MC. Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do Sistema Único de Saúde vivendo no sertão de Pernambuco. *Arq Bras Oftalmol.* 2012;75(3):161-5.
33. Fariás-Antúnez S, Lima NP, Bierhals IO, Gomes AP, Vieira LS, Tomasi E. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. *Epidemiol Serv Saúde.* 2018;27(2):1-14.
34. Nascimento PPP, Batistoni SST. Depressão e fragilidade na velhice: uma revisão narrativa das publicações de 2008-2018. *Interface.* 2019;23(10):1-16.
35. Carneiro JA, Cardoso RR, Durães MS, Guedes MCA, Santos FL, Costa FM, et al. Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):747-52.