



ORIGINALES

Implicações da depressão na qualidade de vida do idoso: estudo seccional

Implicaciones de la depression en la calidad de vida del anciano: estudio seccional

Depression implications on older adults' quality of life: a cross-sectional study

Edison Vitório de Souza Júnior¹

Diego Pires Cruz²

Cristiane dos Santos Silva³

Randson Souza Rosa⁴

Bianca de Moura Peloso-Carvalho⁵

Namie Okino Sawada⁵

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. edison.vitorio@usp.br

² Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Jequié, Bahia, Brasil.

³ Universidade Norte do Paraná, Jequié, Bahia, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁵ Universidade Federal de Alfenas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Alfenas, Minas Gerais, Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.485981>

Submissão: 10/07/2021

Aprovação: 28/09/2021

Financiamento:

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

RESUMO:

Objetivo: Analisar a associação entre 447ecesitando447ía 447ecesan e qualidade de vida de idosos.

Método: Estudo seccional realizado entre julho e outubro de 2020 com 596 idosos que responderam três instrumentos: biosociodemográfico, Escala de Depressão Geriátrica e WHOQOL-Old. Os dados foram analisados com os testes de Qui-quadrado, Kruskal-Wallis, correlação de Spearman e regressão linear, considerando um intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

Resultados: : A sintomatologia depressiva se associou de forma negativa e estatisticamente significativa com todas as facetas da qualidade de vida: habilidades sensoriais ($\beta = -1,922$ [IC95% = -2,328 – -1,517]); autonomia ($\beta = -2,410$ [IC95% = -2,755 – -2,064]); atividades passadas, presentes e futuras ($\beta = -3,534$ [IC95% = -3,879 – -3,189]); participação social ($\beta = -3,436$ [IC95% = -3,816 – -3,056]); morte e morrer ($\beta = -2,260$ [IC95% = -2,792 – -1,728]) e intimidade ($\beta = -3,547$ [IC95% = -3,900 – -3,194]).

Conclusão: : A presença de sintomatologias depressivas está associada negativamente à qualidade de vida dos idosos, necessitando, portanto, de intervenções nessa área.

Palavras-chave: Saúde Pública; Saúde do Idoso; Saúde Mental; Depressão; Atenção Primária à Saúde.

RESUMEN:

Objetivo: Analizar la asociación entre sintomatología depresiva y calidad de vida de adultos mayores.

Método: Estudio transversal realizado entre julio y octubre de 2020 con 596 personas mayores que respondieron a tres instrumentos: biosociodemográfico, Escala de Depresión Geriátrica y WHOQOL-Old. Los datos se analizaron mediante pruebas de Chi-cuadrado, *Kruskal-Wallis*, correlación de *Spearman* y regresión lineal, considerando un intervalo de confianza del 95% ($p < 0,05$).

Resultados: La sintomatología depresiva se asoció de forma negativa y estadísticamente significativa con todas las facetas de la calidad de vida: habilidades sensoriales ($\beta = -1,922$ [IC95% = -2,328 – -1,517]); autonomía ($\beta = -2,410$ [IC95% = -2,755 – -2,064]); actividades pasadas, presentes y futuras ($\beta = -3,534$ [IC95% = -3,879 – -3,189]); participación social ($\beta = -3,436$ [IC95% = -3,816 – -3,056]); muerte y morir ($\beta = -2,260$ [IC95% = -2,792 – -1,728]) e intimidad ($\beta = -3,547$ [IC95% = -3,900 – -3,194]).

Conclusión: La presencia de sintomatologías depresivas se asocia negativamente con la calidad de vida de las personas mayores, por lo que requiere intervenciones en este ámbito.

Palabras clave: Salud Pública; Salud de las personas mayores; Salud mental; Depresión; Atención primaria de salud

ABSTRACT:

Objective: To analyze the association between depressive symptoms and quality of life in older adults.

Method: Cross-sectional study carried out between July and October, in 2020, with 596 older adults who answered three instruments, namely: bio-sociodemographic, Geriatric Depression Scale and WHOQOL-Old. Data were analyzed using Chi-square, *Kruskal-Wallis*, Spearman correlation and linear regression tests, considering a 95% confidence interval ($p < 0.05$).

Results: Depressive symptoms were negatively and statistically significantly associated with all facets of quality of life: sensory abilities ($\beta = -1.922$ [CI95% = -2.328 – -1.517]); autonomy ($\beta = -2.410$ [CI95% = -2.755 - -2.064]); past, present and future activities ($\beta = -3.534$ [CI95% = -3.879 – -3.189]); social participation ($\beta = -3.436$ [CI95% = -3.816 – -3.056]); death and dying ($\beta = -2.260$ [CI95% = -2.792 – -1.728]) and intimacy ($\beta = -3.547$ [CI95% = -3.900 – -3.194]).

Conclusion: The presence of depressive symptoms is negatively associated with the quality of life of older adults, thus requiring interventions in this area.

Keywords: Public Health; Health for the aged; Mental Health; Depression; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade em todo o mundo, em virtude, especialmente, da redução das taxas de mortalidade e fecundidade, além do aumento da expectativa de vida ⁽¹⁾. Atualmente, no Brasil, a expansão demográfica da população idosa ocorre de maneira acelerada. Em 2013, estimativas apontavam o quantitativo de idosos de 26 milhões, representando 12,5% da população ⁽²⁾. Em 2018, as projeções apontaram para a existência de 28 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos ⁽³⁾. A estimativa para o ano de 2025 é de que haja 32 milhões de idosos no território brasileiro ⁽²⁾, tornando-se, portanto, o sexto país com maior número de idosos em todo o mundo ⁽⁴⁾.

Ressalta-se que, à medida que há incremento da população idosa, acontece também o aumento da prevalência de patologias na velhice, como as doenças neurológico-degenerativas e a depressão ⁽⁵⁾. A depressão é caracterizada por sintomas de perda de interesse, tristeza e humor deprimido, considerada um dos sofrimentos de maior prevalência mundial, responsabilizando-se por 5,9% do total de anos de vida ajustados por incapacidade ⁽⁶⁾. Trata-se de um transtorno que se responsabiliza por

um grande fardo econômico ⁽⁷⁾, familiar, comunitário e assistencial ⁽⁶⁾, além de ocupar a 15ª posição no que se refere aos gastos em saúde pública ⁽⁷⁾.

Estima-se que, mundialmente, a sintomatologia depressiva acometa 350 milhões de pessoas em diferentes faixas etárias. Além disso, de acordo com um inquérito de saúde mental desenvolvido em 17 países, cerca de uma em cada 20 pessoas informou ter um evento depressivo no ano anterior, bem como uma em cada cinco pessoas desenvolveu transtorno depressivo maior em algum momento do ciclo vital⁽⁸⁾.

Além da depressão, muitos pesquisadores têm se preocupado em investigar cientificamente a prevalência das sintomatologias presentes nos transtornos depressivos. Assim, a sintomatologia depressiva é manifestada de forma sutil, em que se evidenciam disforia e somatizações que são comumente associadas às características da depressão ⁽⁷⁾. Desse modo, tornam-se cada vez mais importantes as discussões sobre a senescência e o grande desafio atual: a manutenção da autonomia, independência e qualidade de vida (QV) na velhice ⁽⁹⁾.

A QV tem sido interpretada por meio de diversos conceitos que surgiram nos últimos anos em virtude de seu caráter abrangente, subjetivo e multidimensional ⁽¹⁰⁾. Trata-se de uma variável que depende de vários fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo que começou a ser conceituada na década de setenta, no contexto do avanço medicinal⁽¹¹⁾. Desse modo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu um conceito de QV, que será adotado como referencial teórico do presente estudo, como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” ⁽¹²⁾.

Nota-se que essa definição é marcada por aspectos abrangentes que permeiam o ciclo de vida do indivíduo, não se restringindo somente aos fatores individuais. Refere-se, portanto, a um conceito que ratifica a necessidade de uma assistência holística com olhar ampliado sobre os condicionantes e determinantes da saúde e QV das pessoas, especialmente dos idosos, para que consigamos agregar melhor qualidade aos anos adicionais de vida.

Desse modo, o desenvolvimento de pesquisas que investiguem a prevalência de sintomatologias depressivas e QV nessa população é essencial para o auxílio nas tomadas decisivas sobre estratégias de prevenção e terapêutica adequada ⁽⁷⁾, além da promoção e manutenção da QV desse grupo etário. Não obstante, convém revelar que grande parte dos estudos que abordam as sintomatologias depressivas e QV dos idosos possuem características semelhantes, tais como: participantes que residem em comunidade com baixa escolaridade e não alfabetizadas.

Partindo dessa realidade, o diferencial do presente estudo é a participação de idosos com alta escolaridade e que interagem ativamente em redes sociais por meio de acesso à internet e aparelhos eletrônicos que, conseqüentemente, podem proporcionar melhor acesso às informações, realidade pouco frequente entre a maioria dos idosos brasileiros. Todavia, em virtude da expansão gradual de cursos de graduação e pós-graduação no Brasil, infere-se que essa realidade será frequente em um futuro não muito distante. Portanto, é necessária a realização de estudos com populações idosas com essas características para que, de forma precoce, haja conhecimento das especificidades dessa população. Diante disso, o objetivo do

presente estudo foi analisar a associação entre sintomatologia depressiva e qualidade de vida de idosos.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo seccional, com abordagem descritiva e analítica. Foi utilizada a ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para direcionar o desenvolvimento da pesquisa, desde a coleta de dados até a escrita final. O estudo foi realizado totalmente *online* entre julho e outubro de 2020, por meio da Rede Social *Facebook*. Não houve encontros presenciais entre participantes e pesquisadores. Desse modo, durante a participação no estudo, os participantes se encontravam em suas respectivas residências com acesso à internet e conta ativa na referida rede social.

A seleção da amostra foi determinada *a priori* assumindo população infinita, proporção conservadora de 50%, $\alpha=5\%$ e IC=95% ($z_{\alpha/2} = 1,96$), obtendo-se uma quantidade mínima de 385 participantes no estudo. Todavia, considerando a alta possibilidade de desistências e incompletudes das respostas ao questionário, resolveu-se adicionar mais de 50% ($n=211$) ao cálculo final, totalizando 596 participantes que foram incluídos no estudo por meio da técnica de amostragem consecutiva não probabilística.

Consideraram-se como critérios de inclusão a idade (≥ 60 anos), o sexo (masculino e feminino), a residência em qualquer região do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul), o acesso à internet e a conta ativa no *Facebook*. Foram excluídos do estudo todos os idosos dependentes, hospitalizados e os residentes em instituições de longa permanência. Por se tratar de idosos com interação ativa em rede social e habilidades suficientes no manuseio de aparelhos que fornecem acesso à internet, não houve aplicação de instrumentos para avaliar o estado cognitivo.

Em julho de 2020, após aprovação do CEP, os autores criaram uma página na Rede Social *Facebook* com o objetivo exclusivo de desenvolver estudos científicos e divulgar informações relevantes referentes à sexualidade, saúde e QV de idosos. Trata-se de uma estratégia inovadora e promissora, especialmente em momentos específicos em que há restrições sanitárias que impossibilitam encontros presenciais, como é o caso da pandemia da COVID-19. Além disso, a velocidade em que as informações são disseminadas com possibilidade de compartilhamento entre os perfis constitui-se como um ponto positivo, principalmente para o desenvolvimento de ações educativas direcionadas a diferentes grupos populacionais.

Na página criada, houve a publicação de um convite personalizado que convidava o público-alvo para participar do estudo. Nesse convite, constava o título de pesquisa, nome dos pesquisadores responsáveis, critérios de inclusão e dados para contato (e-mail e telefone). Além do mais, a publicação foi acompanhada de um *hyperlink* que direcionava os participantes à página do *Google-Forms*, plataforma em que os instrumentos foram estruturados.

Foram utilizados três instrumentos para coletar as informações biossociodemográficas, de sintomatologia depressiva e QV. O instrumento biossociodemográfico foi elaborado pelos próprios pesquisadores, contendo

informações referentes a sexo, idade, crença religiosa, escolaridade, situação conjugal, tempo de convivência com o parceiro, orientação sexual, região brasileira, se mora com os filhos e etnia. Nesse mesmo instrumento, adicionaram-se três questões para saber se os idosos eram dependentes, institucionalizados ou se estavam hospitalizados durante o período de coleta, no intuito de atender aos critérios de exclusão.

O instrumento utilizado para avaliação da sintomatologia depressiva foi a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), validada para a população brasileira, composta por 15 questões ⁽¹³⁾. O resultado final foi classificado em sem sintomatologia (0 a 5 pontos), sintomatologia depressiva leve (6 a 10 pontos) e sintomatologia depressiva severa (11 a 15 pontos), adotando, portanto, o ponto de corte de 5/6 (não caso/caso) ⁽¹⁾. Trata-se de um instrumento construído a partir da escala original, que é composta por 30 itens, com abordagem dos aspectos relacionados a motivação, queixas cognitivas, humor, irritabilidade, energia, orientação para o passado/futuro e ansiedade, consideradas como sintomatologias recorrentes na depressão geriátrica ⁽¹⁴⁾. No presente estudo, a EDG apresentou excelente confiabilidade, atestada pelo alfa de *cronbach* de 0,855.

O instrumento utilizado para avaliar a QV foi o *World Health Organization Quality of Life – Old* (WHOQOL-Old), específico para a população idosa, construído e validado para aplicação na população brasileira ⁽¹⁵⁾. É composto por 24 questões, que se distribuem em seis facetas: habilidades sensoriais; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade ⁽¹⁶⁾.

O escore final varia entre 24 e 100 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, melhor será a QV ^(10,16). Previamente às análises, procedeu-se à recodificação dos seguintes itens: old_01, old_02, old_06, old_7, old_8, old_9 e old_10. A recodificação consistiu em atribuir novos valores às respostas dadas, de tal forma que foi obedecida a seguinte regra: (1=5; 2=4; 3=3; 4=2 e 5=1), conforme recomendação ⁽¹⁷⁾. Por fim, esse instrumento apresentou excelente confiabilidade pelo alfa de *cronbach* com valor de 0,900. Estratificando o alfa de *cronbach* por facetas, tem-se a seguinte pontuação: habilidades sensoriais (0,809); autonomia (0,704); atividades passadas, presentes e futuras (0,764); participação social (0,826); morte e morrer (0,828); e intimidade (0,888).

Todos esses instrumentos foram estruturados em bloco único no *Google-Forms*. Ressalta-se que, previamente ao direcionamento do participante ao bloco dos instrumentos, solicitou-se de forma obrigatória a inclusão de um e-mail válido, para que fosse enviada a segunda via do TCLE e servisse como mecanismo de controle dos dados, possibilitando aos pesquisadores a correção de possível multiplicidade de respostas e, conseqüentemente, redução das chances de vieses.

Além do mais, os autores contrataram o serviço de impulsionamento de postagem, permitindo que o *Facebook* ampliasse a divulgação da pesquisa para todo o território brasileiro e aumentasse o engajamento das pessoas na publicação da pesquisa. Dessa forma, conseguiu-se alcançar a amostra pretendida totalmente *online*.

À medida que os participantes preencheram os instrumentos pelo *Google Forms*, os dados foram armazenados automaticamente em uma planilha do Excel. Após o fim da coleta, os autores transportaram esses dados para o *software* estatístico IBM SPSS® versão 25, no qual foram realizadas todas as análises, considerando um intervalo de

confiança de 95% ($p < 0,05$). Inicialmente, foi verificada a distribuição dos dados por meio do teste de *Kolmogorov – Smirnov*, sendo evidenciadas distribuições não normais ($p < 0,05$), com a necessidade, portanto, de adotar a estatística não paramétrica.

Sendo assim, utilizou-se o teste de Qui-quadrado (χ^2) para avaliar proporções das variáveis qualitativas e o teste H de *Kruskal-Wallis* com aplicação do *post-hoc de Bonferroni*, quando necessário, para avaliar as variáveis quantitativas que foram apresentadas por meio de postos médios, mediana (M_d) e intervalo interquartil (IQ). Para analisar as relações existentes entre a variável independente (sintomatologia depressiva) e a dependente (QV), foi realizada a análise de correlação de *Spearman* (ρ), cujos resultados foram apresentados pelos coeficientes de correlação e seus respectivos valores de p. Os coeficientes de correlação foram interpretados de acordo com a magnitude de suas relações: fraca magnitude ($\rho < 0,4$), moderada magnitude ($\rho > 0,4$ a $< 0,5$) e forte magnitude ($\rho > 0,5$)⁽¹⁸⁾.

Posteriormente, todas as relações que apresentaram valor de $p < 0,05$ foram incluídas na regressão linear, considerando cada faceta da QV. A adequação do modelo foi verificada por meio do teste de *Durbin Watson*, sendo os resultados da regressão expressos com os coeficientes Beta (β) padronizados e não padronizados, intervalos de confiança, erro padrão da estimativa, valor de p e o coeficiente de determinação (R^2).

Este estudo respeitou todos os princípios éticos e bioéticos relacionados ao desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, conforme preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sendo assim, obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP/USP) no ano de 2020, sob parecer nº 4.319.644 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 32004820.0.0000.5393. Os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) via *e-mail*, após sua leitura completa, para aceitação na participação do estudo e conhecimento dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa.

RESULTADOS

Dentre os 596 participantes, houve maior prevalência de idosos do sexo masculino ($n=394$; 66,1%), com idade entre 60 e 64 anos ($n=295$; 49,5%), casados ($n=358$; 60,1%), que convivem com o cônjuge por tempo superior a 20 anos ($n=339$; 56,9%), que não moram com os filhos ($n=382$; 64,1%), adeptos ao catolicismo ($n=291$; 48,8%), autodeclarados brancos ($n=389$; 65,3%), com ensino médio completo ($n=220$; 36,9%), seguido do ensino superior ($n=218$; 36,6%), heterossexuais ($n=515$; 86,4%) e residentes na região Sudeste do Brasil ($n=264$; 44,3%).

Em relação à sintomatologia depressiva, houve prevalência de idosos classificados como ausente ($n=429$; 72,0%), sintomatologia leve ($n=114$; 19,1%) e sintomatologia severa ($n=53$; 8,9%). Além do mais, a comparação das variáveis biossociodemográficas com a sintomatologia depressiva está descrita na Tabela 1, na qual se observa que somente o sexo teve associação estatisticamente significativa ($p=0,018$).

Tabela 1 – Comparação das variáveis biossociodemográficas de acordo com a sintomatologia depressiva - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.

Variáveis	Sintomatologia depressiva						X ²	Valor de p
	Ausente		Leve		Severa			
	n	%	n	%	n	%		
Sexo								
Masculino	298	75,6	64	16,2	32	8,2	7,988	0,018*
Feminino	131	64,9	50	24,8	21	10,3		
Estado civil								
Casado(a)	252	70,4	68	19,0	38	10,6	3,844	0,428
União Estável	90	75,0	24	20,0	6	5,0		
Parceiro(a) Fixo(a)	87	73,7	22	18,6	9	7,6		
Religião								
Católico	207	71,1	60	20,6	24	8,2	12,538	0,251
Protestante	66	77,6	8	9,4	11	12,9		
Espírita	56	76,7	14	19,2	3	4,1		
Origens africanas	9	81,8	2	18,2	0	0,0		
Outros	44	66,7	16	24,2	6	9,1		
Sem religião	47	67,1	14	20,0	9	12,9		
Mora com os filhos								
Sim	133	70,7	40	21,3	15	8,0	4,360	0,359
Não	274	71,7	70	18,3	38	9,9		
Não tem filhos	22	84,6	4	15,4	0	0,0		
Escolaridade								
Primário	34	66,7	12	23,5	5	9,8	5,447	0,709
Fundamental I	38	67,9	13	23,2	5	8,9		
Fundamental II	35	68,6	12	23,5	4	7,8		
Ensino médio	154	70,0	44	20,0	22	10,0		
Ensino superior	168	77,1	33	15,1	17	7,8		
Sem escolaridade	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Orientação sexual								
Heterossexual	375	72,8	96	18,6	44	8,5	2,810	0,832
Homossexual	13	68,4	4	21,1	2	10,5		
Bissexual	4	50,0	3	37,5	1	12,5		
Outros	37	68,5	11	20,4	6	11,1		

*Significância estatística para o teste de Qui-quadrado (p<0,05)

Conforme é observado na Tabela 2, os idosos possuem melhor percepção de QV na faceta habilidades sensoriais, independentemente da sintomatologia depressiva (p<0,001). Não obstante, o teste *H de Kruskal-Wallis* demonstrou que as diferenças existentes entre os grupos são estatisticamente significantes, ratificando que os idosos sem sintomatologia depressiva possuem melhor QV em todas as facetas avaliadas, enquanto que, quando há incremento na sintomatologia depressiva, os escores de QV diminuem, indicando perda estatisticamente significativa da QV dos idosos acometidos.

Tabela 2 – Comparação entre QV e sintomatologia depressiva - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.

Facetas da QV	Sintomatologia depressiva			H	Valor de p
	Ausente	Leve	Severa		
	M _d (IQ)	M _d (IQ)	M _d (IQ)		
HS	81,25 (68,75-93,75)	75,00 (56,25-87,50)	68,75 (43,75-81,25)	32,570	<0,001*
AUT	75,00 (62,50-81,25)	62,50 (50,00-68,75)	50,00 (34,37-62,50)	111,409	<0,001*
APPF	75,00 (62,50-81,25)	50,00 (37,50-62,50)	31,25 (25,00-43,75)	173,166	<0,001*
PS	75,00 (56,25-81,25)	50,00 (37,50-62,50)	37,50 (21,87-50,00)	155,368	<0,001*
MM	75,00 (50,00-87,50)	56,25 (31,25-75,00)	50,00 (25,00-68,75)	44,550	<0,001*
INT	75,00 (68,75-87,50)	56,25 (37,50-75,00)	37,50 (25,00-46,87)	168,229	<0,001*
QVG	71,87 (64,06-80,20)	56,25 (50,00-62,50)	44,79 (38,02-51,56)	220,436	<0,001*

* Significância estatística pelo teste *H de Kruskal-Wallis* ($p < 0,05$)

HS: habilidades sensoriais; AUT: autonomia; APPF: atividades passadas, presentes e futuras; PS: participação social; MM: morte e morrer; INT: intimidade; QVG: qualidade de vida geral

Ao correlacionar a sintomatologia depressiva com as facetas da QV, observa-se que todas as correlações foram negativas e estatisticamente significantes com diferentes magnitudes ($p < 0,001$), conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Correlação entre a sintomatologia depressiva e as facetas de QV - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.

	QUALIDADE DE VIDA						
	HS	AUT	APPF	PS	MM	INT	QVG
	ρ						
Sintomatologia depressiva	-0,372* [†]	-0,499* [‡]	-0,605* [§]	-0,592* [§]	-0,353* [†]	-0,563* [§]	-0,709* [§]

*Significância estatística para a correlação de *Spearman* (ρ) ($p < 0,001$)

[†]Correlação fraca; [‡]Correlação moderada; [§]Correlação forte

HS: habilidades sensoriais; AUT: autonomia; APPF: atividades passadas, presentes e futuras; PS: participação social; MM: morte e morrer; INT: intimidade; QVG: qualidade de vida geral

Na análise de regressão linear para cada uma das facetas da QV, constatou-se que a sintomatologia depressiva permaneceu associada, porém todas as associações foram negativas. Esses resultados indicam que a majoração da escala de depressão geriátrica implica redução de diferentes magnitudes na QV dos idosos ($p < 0,001$), sendo que o modelo explicou 51,8% da variação dos dados da QV geral dos idosos, conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Modelos finais de regressão linear para a variável independente (sintomatologia depressiva) e as facetas da QV- Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.

β não padronizado	β padronizado	IC95%	Erro padrão	p	Durbin-Watson	R ²
Habilidades sensoriais						
-1,922	-0,357	-2,328 – -1,517	18,47	<0,001	1,977	0,127
Autonomia						
-2,410	-0,490	-2,755 – -2,064	15,72	<0,001	1,942	0,240
Atividades passadas, presentes e futuras						
-3,534	-0,637	-3,879 – -3,189	15,71	<0,001	2,053	0,405
Participação social						
-3,436	-0,589	-3,816 – -3,056	17,29	<0,001	2,013	0,347
Morte e morrer						
-2,260	-0,324	-2,792 – -1,728	24,24	<0,001	1,961	0,105

			Intimidade				
-3,547	-0,630	-3,900	-3,194	16,07	<0,001	1,979	0,396
			Qualidade de vida geral				
-2,851	-0,719	-3,073	-2,630	10,10	<0,001	1,935	0,518

DISCUSSÃO

Observou-se no presente estudo prevalência geral de sintomatologia depressiva de 28%, sendo que 19,1% dos idosos foram classificados com sintomatologia leve e 8,9% com sintomatologia severa. Estima-se que a prevalência média brasileira de sintomatologia depressiva em idosos residentes em comunidade seja de 21% (IC95%: 18,0-25,0), conforme resultados de um estudo de metanálise ⁽⁷⁾.

Conforme um estudo ⁽¹⁹⁾ brasileiro desenvolvido com 972 idosos que utilizou a mesma escala de avaliação e mesmo ponto de corte, a prevalência de sintomas depressivos entre os participantes foi de 14,2%, sendo que 11,2% se referiram aos sintomas leves e 3% aos sintomas severos. Da mesma maneira, outro estudo ⁽²⁾ semelhante desenvolvido no Brasil identificou prevalência de 22% de sintomas depressivos entre os 100 idosos investigados. Não obstante, quando verificamos a literatura internacional, encontrou-se prevalência de 26,8% entre os 213 idosos portugueses, conforme um estudo desenvolvido com abordagem metodológica diferente da nossa⁽²⁰⁾.

Vale destacar que essas diferenças podem ser explicadas em virtude das dessemelhanças regionais e as especificidades das amostras estudadas ⁽²⁾, citando-se, por exemplo, estudos ^(2,20) em que predominaram idosos com apenas o ensino básico da educação, o que diverge da nossa amostra. Entretanto, adverte-se para o fato de que os sintomas depressivos estão relacionados ao desenvolvimento de câncer e às diversas patologias crônicas, como o acidente vascular encefálico e o Parkinson ⁽⁶⁾, além de outros impactos indesejáveis na vida do idoso, associando-se a maiores repercussões negativas nos aspectos físico, social e funcional ⁽⁴⁾.

Nesse mesmo sentido, destaca-se que as sintomatologias depressivas também foram associadas a um aumento de 39% do risco de desenvolver doenças cardiovasculares, conforme um estudo de coorte realizado com 12.417 idosos e adultos de meia-idade⁽²¹⁾. Ademais, a presença mútua de depressão e doenças cardiovasculares incrementa os impactos na saúde pública, promovendo desfechos insatisfatórios na saúde do indivíduo, além de que a presença desse sofrimento psíquico está associada à morbimortalidade ⁽⁹⁾.

Nessa perspectiva, torna-se necessária maior atenção dos profissionais de saúde para o rastreamento e diagnóstico precoce de sintomatologias depressivas entre os idosos, especialmente na Atenção Primária. Existem alguns instrumentos rápidos e fáceis de serem aplicados durante as práticas assistenciais que podem ser adotados como estratégia inicial de rastreamento, como é o caso, por exemplo, da EDG na versão de 10 itens ⁽¹⁴⁾ ou, até mesmo, 4 itens ⁽²²⁾. Ambas as versões demonstraram boa capacidade de rastreio, sendo justificável a sua implementação no contexto assistencial, pois possuem sensibilidade e especificidade, respectivamente, de 100%

e 45,7%, para a versão de 10 itens ⁽¹⁴⁾, e de 84,2% e 74,7%, para a versão de 4 itens ⁽²²⁾. Todavia, nota-se que, mesmo existindo esses instrumentos rápidos, fáceis e de baixo custo, raramente são incorporados na avaliação do idoso ⁽⁴⁾.

Observou-se neste estudo que os idosos do sexo feminino foram os mais prevalentes nas sintomatologias leve (24,8%) e severa (10,3%), corroborando estudos semelhantes ⁽¹⁹⁻²⁰⁾ e até mesmo com aqueles desenvolvidos com instrumentos e/ou pontos de corte diferentes ⁽²³⁻²⁴⁾. Salienta-se que, realmente, as mulheres apresentam maior suscetibilidade ao desenvolvimento de depressão, sendo as explicações causais para essa realidade ainda inconsistentes ⁽²⁾. Assim, de acordo com um estudo ⁽⁶⁾ de base populacional realizado com 103.595 chineses de ambos os sexos, as mulheres apresentam duas vezes mais chances de desenvolverem sintomatologias depressivas em relação aos homens.

A literatura aponta alguns fatores que podem contribuir significativamente para esse evento, como maior longevidade das mulheres que, conseqüentemente, aumenta a exposição a eventos estressores ^(2,8), com maior tendência das mulheres internalizarem esses eventos ⁽²⁰⁾. Além disso, há tipificação de gênero, em que há maior permissão às mulheres em expressar as sintomatologias depressivas ⁽²⁰⁾, bem como variações hormonais durante as fases do ciclo vital ⁽²⁵⁾, sobrecarga de trabalho, desigualdades de status e poder, dentre outros fatores ⁽⁶⁾.

No que concerne à QV, evidenciou-se neste estudo que os idosos possuem melhor percepção de QV na faceta habilidades sensoriais, independentemente da sintomatologia depressiva ($p < 0,001$), ratificando os resultados de algumas investigações ^(26,27) e divergindo de outras ^(28,29), em que a melhor percepção de QV foi observada nas facetas morte e morrer ⁽²⁸⁾ e intimidade ⁽²⁹⁾. A faceta habilidades sensoriais avalia o impacto que a perda das funções sensórias promove na QV dos idosos, tais como a audição, olfato, tato e visão ⁽³⁰⁾.

Sendo assim, pode-se inferir que, de alguma forma, as habilidades sensoriais dos idosos investigados estão mantidas ao ponto de experienciarem com qualidade os eventos auditivos, táteis, olfativos e visuais de seu cotidiano. Além disso, a característica da amostra quanto ao alto grau de escolaridade pode ter influenciado nesse aspecto, haja vista que as melhores condições socioeconômicas proporcionadas pela alta escolaridade podem ter influenciado de forma positiva as práticas de autocuidado e promoção da saúde entre os idosos, sobretudo no que diz respeito ao acesso à internet e à obtenção ágil de informações. Outro resultado relevante foi que os idosos sem sintomatologia depressiva possuem melhor QV em todas as facetas avaliadas, enquanto que, quando há incremento dessa sintomatologia, os escores de QV diminuem, indicando perda estatisticamente significativa da QV dos idosos acometidos.

A grande problemática é que tanto a depressão quanto os sintomas depressivos são subdiagnosticados na população idosa, sendo confundidos, muitas vezes, como efeitos do próprio processo de envelhecimento ou com outras patologias ⁽⁴⁾. Essa evidência é preocupante, pois nossos resultados demonstraram que a sintomatologia depressiva se correlacionou de forma negativa com a QV, ou seja, à medida que há incremento desses sintomas, há redução de diferentes magnitudes na QV dos idosos, necessitando, portanto, de intervenções nessa área.

Desse modo, torna-se relevante que os profissionais da Atenção Primária, além de incorporarem o rastreamento de sintomatologias depressivas em suas práticas assistenciais, implementem, também, ações cientificamente comprovadas que reduzam essas sintomatologias e/ou até mesmo que as previnam. Citam-se como ações que auxiliam na redução a criação de atividades grupais como ferramenta para operacionalizar os cuidados ao idoso com essas sintomatologias e a implementação de prática de exercícios físicos ⁽⁴⁾.

Ressalta-se que nossos resultados devem ser interpretados e utilizados com prudência, porque, devido ao delineamento não probabilístico, a possibilidade de generalização dos resultados se torna fragilizada. Além disso, os participantes do estudo possuem características próprias, especialmente no que se refere à alta escolaridade, identificada em 73,5%, sendo que 36,9% (n=220) possuíam ensino médio e 36,6% (n=218), ensino superior, características que não representam a maioria dos idosos brasileiros ⁽³⁾.

Apesar de tais limitações, este estudo contribui para o conhecimento da relação entre as sintomatologias depressivas e QV de idosos, o que poderá ser representativo no futuro, em decorrência da expansão de cursos de graduação e pós-graduação no Brasil e, conseqüentemente, do aumento do nível de escolaridade dos jovens atuais que cursarão sua velhice com essa característica. Dessa forma, espera-se que os profissionais de saúde que atuam na atenção primária iniciem um processo de sensibilização, capacitação e autocrítica para a criação e implementação de estratégias que previnam os sintomas depressivos e melhorem a QV dos idosos.

CONCLUSÕES

Este estudo evidenciou que a presença de sintomatologia depressiva se correlacionou negativamente com todas as facetas de QV, indicando que, à medida que acontece o incremento dessas sintomatologias, há a redução de diferentes magnitudes na QV dos idosos. Dessa forma, sugere intervenções nessa área.

REFERÊNCIAS

1. Melo LA, Andrade L, Silva HRO, Zazzetta MS, Santos-Orlandi AA, Orlandi FS. Frailty, depressive symptoms, and quality of life: A study with institutionalized older people. Rev Baiana Enferm. 2018;32(e26340). Doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.26340>
2. Uchoa VS, Chaves LL, Botelho EP, Polaro SHI, Oliveira M de FV. Factors associated with depressive symptoms and functional capacity in elderly*. Cogitare Enferm. 2019;24(0):e60868. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.60868>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Idosos indicam caminhos para uma melhor idade [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 11]. Available from: <https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html>
4. Moreira LB, Silva SLA, Castro AEF, Lima SS, Estevam DO, Freitas FAS, et al. Factors associated with functional capacity in the elderly enrolled in the family health strategy. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(6):2041–50. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.26092018>

5. Sousa KA, Freitas FFQ, Castro AP, Oliveira CDB, Almeida AAB, Sousa KA. Prevalence of depression symptoms in elderly people assisted by the family health strategy. *Rev Min Enferm.* 2017;21:e1018. Doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170028>
6. Liu Q, Cai H, Yang LH, Xiang YB, Yang G, Li H, et al. Depressive symptoms and their association with social determinants and chronic diseases in middle-aged and elderly Chinese people. *Sci Rep.* 2018;8:3841. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-22175-2>
7. Meneguci J, Meneguci CAG, Moreira MM, Pereira KR, Tribess S, Sasaki JE, et al. Prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults: A systematic review with meta-analysis. *J Bras Psiquiatr.* 2019;68(4):221–30. Doi: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000250>
8. Lampert CDT, Ferreira VRT. Factors associated with depressive symptomatology in the elderly. *Aval Psicol.* 2018;17(2):205–12. Doi: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1702.14022.06>
9. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *J Clin Neurosci.* 2018;47:1–5. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2017.09.022>
10. Teston EF, Marcon SS. Comparative study of quality of life of elderly living in condominiums versus community dwellers. 2015 [cited 2020 Nov 6];33(1):53–62. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000100007&lng=en&tlng=pt
11. Lima S, Teixeira L, Esteves R, Ribeiro F, Pereira F, Teixeira A, et al. Spirituality and quality of life in older adults: A path analysis model. *BMC Geriatr.* 2020;20:259. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01646-0>
12. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46(12):1569–85. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00009-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00009-4)
13. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the geriatric depression scale (GDS) short form. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999;57(2B):421–6. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
14. Apóstolo J, Bobrowicz-Campos E, Reis I, Henriques S, Correia C. Capacidade de rastreio da Escala de Depressão Geriátrica com 10 e 5 itens. *Rev Enferm Ref.* 2018;IV Série(16):29–40. Doi: <https://doi.org/10.12707/RIV17062>
15. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(5):785–91. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>
16. Scherrer Júnior G, Okuno MFP, Oliveira LM, Barbosa DA, Alonso AC, Fram DS, et al. Quality of life of institutionalized aged with and without symptoms of depression. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):127–33. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0316>
17. World Health Organization. The WHOQOL-OLD module-manual [Internet]. 2006 [cited 2021 Jan 19]. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL_OLD_Manual.pdf?ua=1
18. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.* 2ª Ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2003.
19. Mendes-Chiloff CL, Lima MCP, Torres AR, Santos JLF, Duarte YO, Lebrão ML, et al. Depressive symptoms among the elderly in São Paulo city, Brazil: Prevalence and associated factors (SABE study). *Rev Bras Epidemiol.*

2018;21(supl.2):E180014.SUPL.2.

Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.2>

20. Faísca LR, Afonso RM, Pereira H, Patto MAV. Loneliness and depressive symptomatology in elderly people. *Anal Psicol.* 2019;37(2):209–22. Doi: <http://dx.doi.org/10.14417/ap.1549>

21. Li H, Zheng D, Li Z, Wu Z, Feng W, Cao X, et al. Association of Depressive Symptoms With Incident Cardiovascular Diseases in Middle-Aged and Older Chinese Adults. *JAMA Netw open.* 2019;2(12):e1916591. Doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.16591>

22. Castelo MS, Coelho Filho JM, Siqueira Neto JI, Noleto JCS, Lima JWO. Escala de Depressão Geriátrica com quatro itens: um instrumento válido para rastrear depressão em idosos em nível primário de saúde. *Geriatr Gerontol [Internet].* 2007 [cited 2021 Feb 10];1(1):28–33. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v1n1a05.pdf>

23. Rahman MS, Rahman MA, Ali M, Rahman MS, Maniruzzaman M, Yeasmin MA, et al. Determinants of depressive symptoms among older people in Bangladesh. *J Affect.* 2020;264:157–62. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.025>

24. Zhong BL, Ruan YF, Xu YM, Chen WC, Liu LF. Prevalence and recognition of depressive disorders among Chinese older adults receiving primary care: A multi-center cross-sectional study. *J Affect Disord.* 2020;260:26–31. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.011>

25. Didoné LS, Jesus ITM, Santos-Orlandi AA, Pavarini SCI, Orlandi FS, Costa-Guarisco LP, et al. Factors associated with depressive symptoms in older adults in context of social vulnerability. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(supl.1):e20190107. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0107>

26. Almeida BL, Souza MEBF, Rocha FC, Fernandes TF, Evangelista CB, Ribeiro KSMA. Quality of life of elderly people who practice physical activities. *Rev Fun Care Online.* 2020;12(0):432–6. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.845>

27. Manso MEG, Maresti LTP, Oliveira HSB. Analysis of quality of life and associated factors in a group of elderly persons with supplemental health plans in the city of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(4):e190013. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190013>

28. Tavares DMS, Matias TGC, Ferreira PCS, Pegorari MS, Nascimento JS, Paiva MM. Quality of life and self-esteem among the elderly in the community. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(11):3557–64. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.03032016>

29. Molina NPFM, Tavares DMS, Haas VJ, Rodrigues LR. Religiosity, spirituality and quality of life of elderly according to structural equation modeling. *Texto Context - Enferm.* 2020;29:e20180468. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0468>

30. Costa FR, Rodrigues FM, Prudente COM, Souza IF. Quality of life of participants and non-participants of public physical exercise programs. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(1):24–34. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170136>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia