

QUALIDADE DE VIDA, INDICATIVO DE DEPRESSÃO E NÚMERO DE MORBIDADES DE IDOSOS DA ZONA RURAL**QUALITY OF LIFE, INDICATED OF DEPRESSION AND NUMBER OF ELDERLY MORBIDITIES OF THE COUNTRYSIDE****CALIDAD DE VIDA, INDICATIVO DE LA DEPRESIÓN Y EL NÚMERO DE MORBILIDADES MAYHORES DE LA CAMPIÑA**

Leiner Resende Rodrigues¹, Darlene Mara dos Santos Tavares², Fabíola Cristina Oliveira Silveira³, Flávia Aparecida Dias⁴, Nayara Paula Fernandes Martins⁵

RESUMO

Objetivo: Objetivou-se caracterizar os idosos com indicativo de depressão, mensurar e correlacionar os escores de qualidade de vida com o número de morbidades. **Método:** Estudo transversal, tipo inquérito domiciliar na zona rural de Uberaba, MG, com 187 idosos com indicativo de depressão. Realizou-se análise estatística no *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17.0, por meio de correlação de Pearson ($p < 0,05$). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob nº1477. **Resultados:** Prevaleram as mulheres, 60 | 70 anos, casados, moravam somente com cônjuge, 4 | 8 anos de estudo e renda individual mensal de um salário-mínimo. Quanto maior o número de morbidades foram menores os escores nos domínios físico, psicológico e meio ambiente, e facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social. **Conclusão:** Sugere-se planejamento mais efetivo e específico junto à atenção básica de saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida e saúde desses idosos.

Palavras-chave: Depressão; Qualidade de Vida; Saúde do Idoso; População Rural.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to characterize the elderly indicative of depression, measure and compare the quality of life scores with the number of morbidities. **Method:** Cross-sectional study, household survey in rural Uberaba, Minas Gerais, with 187 elderly indicative of depression. Statistical analysis was performed using the *Statistical Package for the Social Sciences* software, version 17.0. Project approved by The Ethics Committee of the Federal University of Triangulo Mineiro, No. 1477. **Results:** It was observed that the quality of life, the highest scores were in the field social and intimate relationships facet. The lowest scores for the environment domain and facet social participation. The greater the number of minor morbidities scores on the physical, psychological and environmental domain, and facets past activities, present and future and social participation. **Conclusion:** It is suggested a more

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: leinerr@bol.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem. UFTM. E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br

³ Graduanda em Enfermagem. Curso de Graduação em Enfermagem. UFTM. Email: fabisilveira21@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Atenção à Saúde. UFTM. E-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira. Doutoranda em em Atenção à Saúde. UFTM. E-mail: nayara.pfmartins@gmail.com

effective and specific planning by the primary health care with a view to improving the quality of life and health of the elderly.

Keywords: Depression; Quality of life; Health of the Elderly; Rural population.

RESUMEM

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el indicativo ancianos de la depresión, medir y comparar la calidad de vida resultados con el número de morbilidades. **Método:** Estudio transversal, encuesta de hogares en zonas rurales de Uberaba, Minas Gerais, con 187 ancianos indicativo de depresión. Análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico para el software *Statistical Package for the Social Sciences*, versión 17.0. Proyecto aprobado por el El Comité de Ética de la Universidad Federal de Triangulo Mineiro, No. 1477. **Resultados:** Se observó que la calidad de vida, los puntajes más altos fueron en el campo social y las relaciones íntimas facetas. Los puntajes más bajos para el dominio medio ambiente y la participación social faceta. Cuanto mayor es el número de morbilidades puntuaciones menores en el ámbito físico, psicológico y ambiental, y facetas actividades pasadas, presentes y futuros y la participación social. **Conclusión:** Se sugiere una planificación más efectiva y específica por la atención primaria de salud con el fin de mejorar la calidad de vida y la salud de los ancianos.

Palabras claves: Depresión; Calidad de vida; Salud del Anciano; Población Rural.

INTRODUÇÃO

O aumento do envelhecimento populacional propicia o surgimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) como a depressão.¹ A depressão é um transtorno mental grave, com sintomas relacionados à diminuição da autoestima, alterações no padrão do sono e apetite, cansaço, sentimentos de inutilidade, perda do interesse ou prazer e déficit de concentração.²

Em pesquisa de revisão, identificou-se que a prevalência de depressão entre idosos foi de 7 e 26% para aqueles com sintomas depressivos. No mesmo inquérito observou-se, ainda, que mulheres e pessoas com doenças cardiovasculares apresentaram maior prevalência.¹

Ademais, pesquisa acerca da depressão, entre idosos residentes no Brasil, destacou que, em Minas Gerais, observa-se maior prevalência de depressão (15,4%) e sintomas depressivos (38,5%), mas esses estudos se restringiram à localidade urbana.¹ Acredita-se que, na zona rural, as limitações de acesso aos serviços de saúde, transporte, menor apoio social³, itens esses avaliados na Qualidade de Vida (QV), podem propiciar sintomas de depressão entre os idosos.

Reforça-se que estudos na zona rural são restritivos, especialmente pelas especificidades locorregionais.⁴ Diante disso, atentar-se para as necessidades da população idosa pode favorecer o funcionamento dos serviços de saúde e

influenciar positivamente a QV dos idosos.⁴

A QV é conceituada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^{5:1405}, sendo esse o conceito adotado para o presente estudo.

Em estudo de revisão, acerca do início da depressão em idosos, destacaram-se a solidão, luto, menor apoio social, diminuição de atividades laborais e/ou aposentadoria como fatores de risco para o surgimento de sintomas depressivos e que refletem diretamente a diminuição da QV.⁶

Observa-se, ainda, que renda e escolaridade, apoio familiar e vida social ativa estão associados positivamente com a QV⁶, enquanto que sintomas depressivos relacionam-se a menores escores de QV.⁷ Salienta-se, ainda, que morbidades associadas podem influenciar a QV⁸ com destaque para as DCNT. Em inquérito nacional entre idosos, os sintomas depressivos estiveram inversamente associados à QV em todos os domínios.⁷

Salienta-se, ainda, que, em estudo internacional em zona rural, observou-se associação entre sexo feminino, DCNT, isolamento social, morar sozinho e menor renda ao indicativo de depressão.⁹ Em pesquisa de revisão, brasileira, os autores

identificaram maior associação entre as doenças cardiovasculares e depressão em idosos da comunidade.¹ No entanto, ressalta-se a necessidade de novas investigações referentes à QV e indicativo de depressão na população brasileira⁷, assim como da influência de DCNT na QV¹⁰ entre idosos com indicativo de depressão.

Dessa maneira, neste estudo objetivou-se caracterizar os idosos com indicativo de depressão, residentes na zona rural de Uberaba, MG, segundo as variáveis sociodemográficas, mensurar qualidade de vida desses idosos, correlacionar os escores de qualidade de vida dos idosos com indicativo de depressão com o número de morbidades.

MÉTODO

A presente pesquisa faz parte de um projeto maior denominado Saúde e Qualidade de Vida da População Idosa Rural do Município de Uberaba, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Trata-se de estudo transversal, observacional, tipo inquérito domiciliar. A coleta de dados foi realizada na zona rural de Uberaba, MG. Para identificação dos idosos, cada unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) disponibilizou uma lista contendo o nome e endereço daqueles

cadastrados, totalizando 1.297 idosos. Desses, foram excluídos 447 idosos, por mudança de endereço (117), presença de declínio cognitivo (105), recusa em participar (75), não encontrados após três tentativas do entrevistador (57), óbito (11), encontrarem-se hospitalizados (3) e outros motivos (79), sendo entrevistados 850 idosos.

Participaram da presente pesquisa 187 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que moravam na zona rural, sem declínio cognitivo e com indicativo de depressão.

Os dados foram coletados na residência do idoso por 14 entrevistadores treinados, no período de junho de 2010 a março de 2011, com base nas listas disponibilizadas pela ESF, contendo os nomes e endereços do idoso e autorização da Secretaria Municipal de Saúde. Para a localização da residência, contou-se com a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Obteve-se a autorização da Secretaria Municipal de Saúde para esta atividade.

As entrevistas foram supervisionadas e em caso de inconsistência ou dados incompletos foram devolvidas ao entrevistador para adequação.

Para a avaliação cognitiva do idoso, utilizou-se a versão do Miniexame do Estado Mental (MEEM), adaptada à

realidade brasileira.¹¹ O ponto de corte para o declínio cognitivo foi considerado de acordo com a escolaridade do idoso, sendo menor ou igual a 13 pontos, para idosos sem escolaridade; menor ou igual a 18 pontos para um a 11 anos de estudo e menor ou igual a 26 para aqueles com escolaridade superior a 11 anos.¹¹

Para a caracterização dos idosos e morbidades autorreferidas, utilizou-se o instrumento estruturado com base no questionário *Older Americans Resources and Services*, adaptado para o Brasil.¹² As variáveis sociodemográficas foram sexo, faixa etária, estado conjugal, arranjo domiciliar, escolaridade e renda individual mensal.

A QV foi mensurada pelos instrumentos *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOLBREF), contendo quatro domínios, a saber: físico, psicológico, relações e meio ambiente¹³ e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD)¹⁴, contendo seis facetas: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. Ambos os instrumentos foram validados no Brasil e variam de zero a 100 pontos, sendo que o maior valor corresponde à maior QV.

Para determinar o indicativo de depressão, utilizou-se a Escala de

Depressão Geriátrica Abreviada, adaptada para o Brasil¹⁵, sendo constituída por 15 questões fechadas com respostas objetivas (sim ou não) e escore que pode variar de 0 a 15 pontos. Considera-se indicativo de depressão quando o escore for superior a 5 pontos.

Os dados foram digitados em dupla entrada em banco de dados eletrônico, no programa Excel® e, posteriormente, transportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para se proceder à análise.

Realizou-se distribuição de frequência simples para as variáveis categóricas e medidas de centralidade (média) e dispersão (desvio-padrão dp) para as numéricas.

Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foram analisados separadamente, com suas

respectivas sintaxes, utilizando-se a correlação de Pearson ($p < 0,05$).

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM, sob Parecer nº1477. Somente após o aceite do entrevistado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) procedeu-se à entrevista.

RESULTADOS

A maioria era de mulheres, 60 |70 anos, casados, moravam somente com cônjuge, 4 |8 anos de estudo e possuía renda individual mensal de um salário-mínimo (Tabela 1).

Na Tabela 1, a seguir, encontram-se os dados socioeconômicos da população estudada.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos idosos com indicativo de depressão. Uberaba, Minas Gerais, 2014

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	119	63,6
	Masculino	68	36,4
Faixa etária	60 70	110	58,8
	70 80	52	27,8
	80 ou mais	25	13,4
Estado conjugal	Nunca se casou/morou com companheiro	11	5,9
	Viúvo	52	27,8
	Separado/desquitado/divorciado	12	6,4
	Casado	112	59,9
Arranjo domiciliar	Só (ninguém, mas vive permanentemente junto)	34	18,2
	Somente com o cônjuge	79	42,2
	Com outros de sua geração (com ou sem cônjuge)	19	10,2
	Com filhos (com ou sem cônjuge)	43	23,0
	Com netos (com ou sem cônjuge)	9	4,8

	Outros arranjos	3	1,6
Escolaridade	Analfabetos	59	31,6
	1 4	59	31,6
	4 9	65	34,7
	≥ 9	4	2,1
Renda Individual mensal*	Nenhuma	17	9,1
	<1	7	3,7
	1	89	47,6
	1 3	57	30,5
	3 5	14	7,5
	>5	3	1,6

*O salário-mínimo correspondia a R\$540,00¹⁶

A média do número de morbidades foi de 6,59 (dp=3,39), sendo prevalentes: problemas de coluna (67,9%), de visão (64,7%) e para dormir (61,5%).

A maioria avaliou sua QV como nem ruim nem boa (52,4%) e prevaleceram aqueles satisfeitos com sua saúde (41,7%).

Referente à QV, os maiores escores foram obtidos no domínio relações sociais e faceta intimidade (Tabela 2). Os menores escores foram para o domínio meio ambiente e faceta participação social (Tabela 2).

Observou-se que quanto maior o número de morbidades menores os escores nos domínios físico ($r=-0,452$; $p<0,001$), psicológico ($r=-0,153$; $p=0,036$) e meio ambiente ($r=-0,171$; $p=0,019$), e facetas atividades passadas, presentes e futuras ($r=-0,185$; $p=0,011$) e participação social ($r=-0,158$; $p=0,031$).

Na Tabela 2, a seguir, estão os dados relacionados à QV e correlação com o número de morbidades.

Tabela 2 - Distribuição dos escores de QV dos idosos com indicativo de depressão, segundo o WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD e correlação com o número de morbidades. Uberaba, Minas Gerais, 2014

Escore de QV	Média	Desvio-padrão	Número de morbidades	
			r	p
WHOQOL-BREF				
Físico	56,40	15,83	-0,452	<0,001
Psicológico	57,13	14,65	-0,153	0,036
Relações sociais	66,98	14,36	-0,049	0,507
Meio ambiente	54,70	12,02	-0,171	0,019
WHOQOL-OLD				
Funcionamento dos sentidos	63,03	23,26	-0,078	0,291
Autonomia	59,63	18,17	-0,133	0,069
Atividades passadas, presentes e futuras	63,30	13,63	-0,185	0,011
Participação social	59,56	13,29	-0,158	0,031
Morte e morrer	63,40	25,45	0,022	0,767
Intimidade	66,38	17,90	0,030	0,680

DISCUSSÃO

A maior prevalência do sexo feminino entre idosos com indicativo de depressão corrobora estudos nacionais e internacionais, com população das localidades urbana e rural^{1,7,8-9}, fenômeno caracterizado como a feminilização da velhice. O fato do indicativo de depressão acometer mais mulheres remete aos gestores, serviços e profissionais de saúde para atentar-se em relação a essa população, por meio de ações voltadas para a prevenção da depressão, diagnóstico precoce e acompanhamento multiprofissional.

Salienta-se, ainda, que mulheres sejam mais acolhidas pelo sistema de saúde como se observa em campanhas e programas específicos, voltados para esse público, podendo favorecer a identificação precoce de sintomas de depressão¹, realidade essa distante das localidades rurais. Dentre as ações propostas pela OMS para a depressão, preconiza-se o cuidado adequado, assistência psicossocial e medicação, com vistas à melhoria da saúde, ainda que em locais com poucos recursos², como em zonas rurais.

Concernente à faixa etária, em pesquisa com idosos brasileiros da comunidade, instituições de longa permanência e hospitais identificou-se maior porcentagem de idosos com

indicativo de depressão entre aqueles com 70-79 anos.⁷ Em estudo de revisão com idosos da comunidade, foram identificadas maior prevalência de sintomas de depressão e depressão maior entre aqueles com 70 anos ou mais.¹

A maior porcentagem de idosos jovens no presente estudo pode ser justificada pelo trabalho, ainda que não tenha sido alvo do estudo, que podem exigir maior força e resistência, geralmente relacionados à menor idade. Em localidades rurais, os idosos ainda exercem atividades laborais³, sendo, também, uma forma de renda para esses idosos.

O estado conjugal predominante foi de casados, resultado também encontrado em estudo multicêntrico com idosos com sintomas de depressão da comunidade, instituições de longa permanência e hospitais (50%).⁷ Outro inquérito com idosos da zona urbana e rural, atendidos pela ESF em Cajazeiras, PB, também identificou maioria de casados¹⁷, resultado semelhante ao presente estudo. Na zona rural, o cônjuge pode ser um colaborador no cuidado à saúde do companheiro e cabe aos profissionais de saúde, dessas localidades, estimularem e sensibilizarem esses idosos para o cuidado em saúde e atenção para sintomas de depressão.

Salienta-se, ainda, que o segundo maior valor para o estado conjugal foi identificado para viúvos, que é considerado fator de risco para o surgimento de sintomas depressivos.^{6,17}

A maior porcentagem de idosos referiu como arranjo de moradia viver somente com o cônjuge, dado divergente ao encontrado em pesquisa de coorte com idosos da zona rural da China, no qual se identificou que viver sozinho possibilita maior ocorrência de sintomas depressivos e de depressão.⁹

Referente à escolaridade, no presente estudo o percentual de analfabetos foi superior a 30%, o que reforça a menor ou nenhuma escolaridade entre residentes na zona rural.¹⁷ Cabe reforçar que a maior escolaridade é tida como fator protetor para o surgimento da depressão.⁶

A renda individual mensal, identificada nesse inquérito, condiz com outros estudos da zona rural.^{4,17} Destaca-se, ainda, que a menor renda apresenta-se como um dos fatores de risco para o surgimento de depressão.⁸ Ademais, a renda interfere na acessibilidade a recursos sociais, de saúde e até alimentares¹⁸, o que pode influenciar no bem-estar e, conseqüentemente, interferir no indicativo de depressão.

No que se refere ao número de morbidades, cabe reforçar que a depressão, como doença psiquiátrica, se associa ao

maior risco de morbidades.² Em inquérito com idosos na zona rural, identificou-se, dentre as morbidades relatadas, os problemas de colunas, insônia e catarata³, resultado parcialmente condizente com o presente estudo. Tratando-se de localidade rural, a escassez de recurso e acesso aos serviços de saúde³ pode limitar diagnóstico precoce e acesso ao tratamento.

Atrelado aos sintomas de depressão, o idoso pode não se comprometer com a própria saúde e interferir no autocuidado. Os profissionais de saúde dessas localidades rurais podem se apropriar da visita domiciliária como ferramenta para aumentar o vínculo com o idoso, assim como estimular e acompanhar ações de autocuidado.

No que concerne à autoavaliação de QV, ainda que se observe maior comprometimento da QV das pessoas com indicativo de depressão¹⁹, ressalta-se que a relação entre esses construtos ainda não representam consenso, pois, tanto a depressão pode interferir na QV como a QV pode propiciar o indicativo de depressão.¹⁹

Referente à satisfação com a saúde, em pesquisa multicêntrica com idosos com sintomas de depressão, por meio do WHOQO-100, identificou-se que 57% apresentaram satisfação com a própria saúde⁷, segundo os autores, outros fatores, além dos sintomas de depressão, podem

interferir na percepção de saúde⁷, tais como as DCNT.

O maior escore, segundo o WHOQOL-BREF, obtido no domínio relações sociais, pode ser justificado pelo fato de os idosos da presente pesquisa serem casados. Nessa fase da vida, observa-se que a rede social é principalmente identificada na família.¹⁸ Cabe salientar ainda que recursos sociais associados a outros fatores influenciam a QV.¹⁸ Dessa maneira, valorizar as relações adquiridas no contexto rural pode ser estratégia cabível para manutenção da QV.

O menor escore no domínio meio ambiente pode estar relacionado à menor renda dos idosos deste estudo. Em pesquisa com adultos e idosos rurais e com depressão de São Paulo, SP, evidenciou-se a renda associada ao domínio meio ambiente, uma vez que o recurso financeiro pode promover segurança e proteção⁸, itens esses avaliados no presente domínio.¹³

No WHOQOL-OLD, o maior escore foi para a faceta intimidade, que avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas.¹³ Residir com cônjuge e filhos pode indicar boas relações familiares. Destaca-se que boas relações familiares refletem na QV¹⁸, infere-se que os idosos desta pesquisa possam apresentar relações satisfatórias com a família, podendo explicar o resultado nessa faceta.

O menor escore foi identificado na faceta participação social. A depressão dificulta certas atividades cotidianas, como participação em atividades sociais.² Ademais, na zona rural, evidencia-se maior isolamento social⁹ que pode comprometer a vida social e opções de lazer. Nesse contexto, reforçam-se as parcerias com associações de moradores, cooperativas e instituições religiosas que podem, juntamente com os serviços de saúde disponíveis nessas regiões, estimular a participação em atividades sociais e minimizar o isolamento.

Observou-se que quanto maior o número de morbidades menores os escores no domínio físico. Tal resultado pode estar associado ao fato de que quanto maior o número de morbidades maior a suscetibilidade de comprometimento físico, motor e aumento das limitações e incapacidades¹, conseqüentemente, comprometendo a QV.

O menor escore no domínio psicológico condiz com pesquisa realizada com idosos que também identificou relação inversa entre morbidades autorreferidas, sexo feminino e o domínio psicológico.⁸ A maior porcentagem de mulheres no presente inquérito pode justificar, em parte, esse resultado. Estudo de revisão destacou que mulheres são expostas a maiores situações estressantes e experiências psicológicas mais negativas em relação aos

homens, em consequência de aspectos sociais e culturais¹, o que também pode levar ao comprometimento do domínio psicológico.

Destaca-se que, com o aumento da idade, há maior possibilidade de surgir outras morbidades²⁰ que podem influenciar a sintomatologia e surgimento da depressão e refletir negativamente na QV.

No que concerne ao domínio meio ambiente, pode ser justificado pelo maior percentual de idosos ser do sexo feminino e com renda de um salário-mínimo individual mensal. Outra pesquisa, realizada com adultos e idosos de São Paulo, SP, por meio do WHOQOL-BREF, mostrou que a depressão e morbidades autorreferidas, associadas à renda e sexo feminino, justificaram o menor escore no domínio meio ambiente.⁸

Em estudo com adultos e idosos da comunidade de Pelotas, RS, atendidos na atenção primária, os menores escores no domínio meio ambiente relacionaram-se a quem tinha DCNT, doenças mentais e menor renda¹⁰, determinando, assim, que a ausência de recursos financeiros interfere negativamente nos domínios de QV⁷, especialmente no meio ambiente.

O menor escore na faceta atividades passadas, presentes e futuras pode ser parcialmente justificado devido ao fato de o envelhecimento propiciar algumas recordações traumáticas do passado que

podem contribuir para o surgimento de sintomas depressivos; em contrapartida, sentimentos de medo, insegurança em relação ao futuro, como se tornar viúvo, solidão e aposentadoria, podem ficar em evidência e levar à tristeza e à depressão.⁶

Cabe enfatizar que o comprometimento e as incapacidades, oriundas de algumas DCNT, podem remeter a maiores cuidados e preocupações com o futuro entre esses idosos.²⁰ Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) ganha destaque, uma vez que os profissionais podem acompanhar esses idosos, com vistas a buscar estratégias de enfrentamento desses sentimentos e angústias.

Para a faceta participação social, esse resultado pode estar associado às limitações locorregionais da zona rural, assim como com a menor renda encontrada nessa população. Os gastos com tratamento e medicações de algumas morbidades, ainda que não tenha sido alvo desse estudo, podem comprometer a renda desses idosos e limitar sua participação em atividades sociais.

CONCLUSÃO

Na presente pesquisa, constatou-se que a maioria dos idosos com indicativo de depressão era do sexo feminino, com 60 | 70 anos, casados, morando somente com cônjuge, 4 | 8 anos de estudo e

possuindo renda individual mensal de um salário-mínimo.

A média de morbidades foi de 6,59 (dp=3,39), com prevalência de problemas de coluna, de visão e para dormir.

Referente à QV, os maiores escores foram obtidos no domínio relações sociais e faceta intimidade. Enquanto que os menores escores foram para o domínio meio ambiente e faceta participação social.

Observou-se que quanto maior o número de morbidades menores os escores nos domínios físico, psicológico e meio ambiente, e facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social.

O presente estudo traz como limitação o tipo de estudo transversal que impede a relação de causalidade. No entanto, possibilita planejamento mais efetivo e específico junto à atenção básica de saúde, com vistas à melhoria da QV e saúde dos idosos com indicativo de depressão.

REFERÊNCIAS

1. Barcelos-Ferreira, R. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, Cambridge. 2010; 22(5):712–726.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: la depresión. Nota descriptiva N°369. Ginebra, 2012 >. [Citado em: 15 set. 2015]; . Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs369/es/index.html>

3. Morais EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enfermagem*. 2008; 17(2):374-83.

4. Tavares DMS, Santos LL, Dias FA, Ferreira PCS, Feliciano EAO, Mesquita JSN. Comparação das características sociodemográficas de saúde e qualidade de vida de idosos rurais segundo sexo. *REAS [Internet]*. 2013; 2(1):32-46.

5. The Whoqol Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994; 41-60.

6. Gameiro GR, Minguini IP, Alves TCTF. The role of stress and life events in the onset of depression in the elderly. *Rev Med (São Paulo)*. 2014 jan.-mar.; 93(1):31-40.

7. Trentini CM, Chachamovich E, Wagner GP, Müller DH, Hirakata VN, Fleck MPA. Quality of life (QoL) in a Brazilian sample of older adults: the role of sociodemographic variables and depression symptoms. *Appl Res Qual Life* 2011; 6:291-309.

8. Blay SL, Marchesoni MSM. Association among physical, psychiatric and socioeconomic conditions and WHOQOL-Bref scores. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2011; 27(4).

9. Gao S, Jin Y, Unverzagt FW, Ling C, Hall KD, Ma F.; et al. Correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Chichester, 2009; 24(12):1358–1366.

10. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LA. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2013; 29(9):1774-1782.

11. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral:

impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994; 52(1):1-7.

12. Ramos LR, Toniolo J, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saude Publica* 1998; 32(5):397-407.

13. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica.* 2000; 34:178-83.

14. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica.* 2006; 40:785-91.

15. Frank MH, Rodrigues NL. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006; 376-87.

16. DIEESE. Departamento intersindical de estatística e estudos sócioeconômicos. [online] [citado em 07 nov 2014]. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/analisecestabasic/a/salarioMinimo.html#2010>

17. Soares PFC, Oliveira FB, Freitas EAF, Leite ES, Nogueira JRF, Nóbrega AC. Depressão em idosos assistidos nas unidades básicas de saúde. *Rev enferm UFPE.* [online]; Recife, 2013; 7(9):5453-9.

18. Inouye K, Barham EJ, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. *Psicol Repl Crít.* 2010; 23:582-92.

19. Oliveira SES, Hohendorff JV, Müller JL, Bandeira, DR, Koller SH, Fleck, MPA, et al. Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly. *Cad Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 2013; 29(7):1437-48.

20. Tavares DMS, Ribeiro AG, Ferreira PCS, Martins NPF, Pegorari MS. Idosos

octogenários nos contextos urbano e rural: comparação socioeconômica, morbidades e qualidade de vida. *Rev enferm UERJ, Rio.* 2015; mar/abr; 23(2):156-63.

Arquivo recebido em 05/05/2015.

Aprovado para publicação em 23/09/2015.