

QUALIDADE DE VIDA E MORBIDADES ENTRE IDOSOS COM E SEM INDICATIVO DE DEPRESSÃO

QUALITY OF LIFE AND MORIBIDITIES AMONG ELDERLY WITH AND WITHOUT INDICATIVE OF DEPRESSION

CALIDAD DE VIDA Y MORBILIDAD EN PERSONAS MAYORES CON Y SIN LA INDICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Nayara Paula Fernandes Martins Molina¹, Ana Carolina Lima Silva², Erica Midori Ikegami³, Dayane Aparecida Viana⁴, Lilane Maria Alves Silva⁵, Leiner Resende Rodrigues⁶

RESUMO

Objetivo: comparar a qualidade de vida (QV) e as morbidades autorreferidas entre idosos com e sem indicativo de depressão. **Método:** Estudo transversal, realizado entre junho e dezembro de 2012. Instrumentos: Mini-exame do Estado Mental (MEEM), Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional (BOMFAQ), *Geriatric Depression Scale* (GDS-15), *World Health Organization Quality of Life Group – Bref* (WHOQOL-BREF) e *World of Health Organization Quality of Life Assessment for Olders Adults* (WHOQOL-OLD). Aplicaram-se testes t de Student e qui-quadrado com $p < 0,05$. **Resultados:** Predominou sexo feminino, faixa etária 70 | 80 anos, 1 | 5 anos de estudo e renda de até um salário mínimo. Aqueles com indicativo apresentaram escores inferiores em todos domínios e facetas da QV, e maior proporção de: artrite/artrose ($p < 0,001$), osteoporose ($p < 0,001$), incontinência urinária ($p < 0,001$), catarata ($p < 0,001$), coluna ($p < 0,001$), sono ($p < 0,001$), dentre outras. **Conclusão:** A depressão impacta a QV e sua complexa relação com morbidades exige abordagens mais específicas, visando melhorar a QV.

Descritores: Depressão; Qualidade de vida; Saúde do Idoso; Enfermagem

ABSTRACT

Objective: To compare quality of life (QOL) and self-reported morbidities among elderly with and without indicative of depression. **Method:** Cross-sectional study, conducted between June and December 2012. Instruments: Mental State Mini-Exam (MMSE),

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

2 Enfermeira pela UFTM. Email: aninhacarol.enf@gmail.com

3 Fisioterapeuta, especialista em saúde do idoso e mestre em atenção à saúde pela UFTM. Email: erica.ikegami@gmail.com

4 Fisioterapeuta. Mestre em Atenção à Saúde pela UFTM. Email: dayane.viana@hotmail.com

5 Fisioterapeuta. Mestre em Atenção à Saúde pela UFTM. Email: lilanealves@yahoo.com.br

6 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: leiner.r.rodrigues@gmail.com

Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ), Geriatric Depression Scale (GDS-15), World Health Organization Quality of Life Group - Bref (WHOQOL-BREF) and World of Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD). Student t and chi-square tests were applied with $p < 0.05$. **Results:** Predominated female, age group 70 | 80 years, 1 | 5 years of study and income of up to one minimum wage. The elderly with indicative of depression presented inferior scores in all domains and facets; and increased proportion of: arthritis/arthrosis ($p < 0.001$), osteoporosis ($p < 0.001$), urinary incontinence ($p < 0.001$), cataract ($p < 0.001$), spine ($p < 0.001$), sleeping ($p < 0.001$), among others. **Conclusion:** Depression impacts QoL and its complex relationship with morbidity requires more specific approaches to improve QoL

Descriptors: Depression; Quality of life; Health of the Elderly; Nursing

RESUMEN

Objetivo: Comparar la calidad de vida (CV) y las morbilidades autoinformadas entre los ancianos con y sin indicación de depresión. **Método:** Estudio transversal, realizado entre junio y diciembre de 2012. Instrumentos: Mini-Examen del estado mental (MMSE), Cuestionario de evaluación funcional multidimensional brasileño (BOMFAQ), Escala de depresión geriátrica (GDS-15), Grupo de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud - Bref (WHOQOL-BREF) y Evaluación de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud para Adultos Mayores (WHOQOL-OLD). Las pruebas de t de Student y chi-cuadrado se aplicaron con $p < 0.05$. **Resultados:** Mujeres con predominio, grupo de edad 70 | 80 años, 1 | 5 años de estudio e ingresos de hasta un salario mínimo. Los ancianos con indicación de depresión presentaron puntajes inferiores en todos los dominios y facetas; y una mayor proporción de: artritis/artrosis ($p < 0.001$), osteoporosis ($p < 0.001$), incontinencia urinaria ($p < 0.001$), catarata ($p < 0.001$), columna vertebral ($p < 0.001$), dormir ($p < 0.001$), entre otros. **Conclusión:** la depresión afecta la calidad de vida y su compleja relación con la morbilidad requiere enfoques más específicos para mejorar la calidad de vida.

Descriptor: Depresión; Calidad de vida; Salud del Anciano; Enfermería

INTRODUÇÃO

A depressão tem se destacado entre as doenças psiquiátricas de maior prevalência em idosos da comunidade.¹ Embora não seja inerente a essa fase da vida, a população idosa é amplamente acometida pela doença, devido às experiências e mudanças consideradas negativas, como a morte de pessoas

próximas, dificuldade de relacionamento, adaptação à aposentadoria, medo da própria morte e agravamento de doenças crônicas. Esse cenário torna o idoso mais vulnerável à manifestação da depressão.²

Referente ao diagnóstico, além dos critérios diagnósticos de depressão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos

Mentais (DSM), a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15) com adaptação para o Brasil pode ser usada para rastreamento da doença, revelando-se atraente para a prática clínica, por despende menor tempo na aplicação e por auxiliar no diagnóstico de episódio depressivo maior por meio de medidas válidas.³

A doença se caracteriza por alterações em algumas funções, a saber: concentração, autoestima, autoconfiança, sono, apetite, capacidade de experimentar o prazer e apresentação de sentimentos negativos, como o de culpa.⁴ Ademais, pode causar mudanças em nível hormonal e fisiológico, aumentando a predisposição do indivíduo para o desenvolvimento de doenças crônicas.⁵

Boing *et al.*⁵ afirmam que a presença de doenças crônicas pode implicar em limitações que afetam a mobilidade, alimentação, prática de atividade física e a execução das atividades de vida diária referentes à vida pessoal, social ou no trabalho, contribuindo para o surgimento de transtornos de humor, como a depressão.

Ressalta-se que associação entre depressão e outras doenças crônicas possui caráter bidirecional⁶, revelando complexidade na compreensão de causa e consequência, como verificado em estudo realizado nos Estados Unidos que

encontrou relação entre depressão e incontinência fecal e constipação intestinal, a despeito da direção da associação.⁷

Como consequências da depressão verifica-se o aumento do risco de morbimortalidade, maior uso dos serviços de saúde e custos, impactando negativamente na qualidade de vida (QV) dos idosos¹. Semelhante à depressão, existem instrumentos específicos para avaliação da QV, tais como: *World Health Organization Quality of Life Group – Bref* (WHOQOL-BREF)⁸ e *World of Health Organization Quality of Life Assessment for Olders Adults* (WHOQOL-OLD)⁹ propostos pela *World Health Organization*.

A relação entre depressão e QV tem sido amplo objeto de estudo em pesquisas transversais e longitudinais, como mostrou a revisão que reuniu 74 artigos e verificou associação significativa entre a gravidade da depressão e níveis inferiores de QV em idosos, independente da ampla variação conceitual de QV e da diversidade de instrumentos utilizados para avaliar ambas as variáveis.¹⁰ A incidência de depressão também se mostra mais elevada em pessoas com maior número de morbidades,⁵ Ademais as múltiplas morbidades em idosos tendem a impactar a autoavaliação do estado de saúde, ocasionando impacto físico,

social e emocional, além de maior procura e necessidade de serviços de saúde e maior suscetibilidade para o desenvolvimento de depressão e impacto na QV.¹¹

Observa-se que há uma relação inversa entre QV, indicativo de depressão e múltiplas morbidades; no entanto as investigações tem mostrado maior preocupação com o número de doenças, não tendo a identificação dessas morbidades como alvo.¹¹ Ressalta-se que a identificação dessas podem nortear o planejamento e a atuação dos profissionais de saúde, com destaque para aqueles da atenção primária, com vistas a identificar precocemente sinais e sintomas de uma possível depressão e demais morbidades, reduzindo assim o impacto na QV, que se apresentam como desafios na saúde do idoso.^{11;12}

O presente estudo reitera a necessidade de abordar a temática do indicativo de depressão, comparando-a entre os grupos de idosos segundo sua presença, uma vez que pode ser confundida com outras morbidades, ocasionando maior impacto na QV. A investigação e detecção precoce de sintomas de depressão são de interesse para a saúde, especialmente para o cuidado na comunidade.¹²

Diante do exposto, o presente trabalho objetivou comparar a QV e as

morbidades autorreferidas entre idosos com e sem indicativo de depressão.

METODOLOGIA

Este estudo é parte integrante de um projeto maior desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, intitulado “Morbidades, qualidade de vida e capacidade funcional de idosos”. Trata-se de estudo do tipo inquérito domiciliar, transversal, observacional e analítico realizado na zona urbana de Uberaba – MG, de junho a dezembro de 2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo nº 2265/2012.

A amostra foi determinada mediante conglomerado em múltiplo estágio, sendo utilizada uma lista contendo o nome e o endereço dos idosos, os quais participaram de dois estudos anteriores, em 2005 e 2008, realizados pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM. Para o cálculo da amostra considerou-se 95% de confiança, 80% poder de teste, margem de erro de 4% para as estimativas intervalares e uma proporção de $\pi = 0,5$ para as proporções de interesse. Após o cálculo do número de idosos para a amostra em cada estrato (bairro),

considerou-se pelo menos 10 (dez) idosos nos bairros onde o cálculo amostral foi inferior a 05 (cinco) e, utilizou-se a técnica de amostra sistemática para selecionar dentro de cada bairro os domicílios, nos quais os idosos foram entrevistados. Dos 2149 idosos que compuseram a amostra, foram excluídos aqueles que: encontravam-se hospitalizados (14); não foram encontrados após três tentativas de visitas consecutivas do entrevistador (183); mudaram de endereço (193); apresentaram declínio cognitivo (160); moravam na mesma residência (64) e outros motivos (252). Houve 303 perdas, sendo 266 por motivo de falecimento e 37 por recusa em participar do estudo. Do total, 980 idosos atenderam aos critérios de inclusão: indivíduos com idade igual ou maior a 60 anos, residentes na zona urbana, não institucionalizados, sem declínio cognitivo e que concordaram em participar do estudo com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram obtidos por meio de entrevista individualizada realizada por 19 entrevistadores devidamente orientados e treinados por supervisores, que checavam o preenchimento adequado das respostas. Os idosos foram abordados em seus domicílios, esclarecidos sobre os objetivos da

pesquisa e após assinatura do TCLE responderam inicialmente o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que considerou presença de declínio cognitivo segundo critério de escolaridade (≤ 13 pontos para analfabetos; ≤ 18 pontos para 1 a 11 anos de escolaridade e ≤ 26 pontos para escolaridade maior que 11 anos).¹³

A entrevista prosseguiu com aplicação de parte do Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional (BOMFAQ) para identificação das morbidades autorreferidas e dados sociodemográficos (sexo, idade, estado conjugal e escolaridade) e econômico (renda individual mensal em salários mínimos).¹⁴

Para avaliação da QV foram utilizados dois instrumentos da *World Health Organization*: WHOQOL-bref⁸ e WHOQOL-OLD⁹. O primeiro é constituído de quatro domínios (físico, psicológico, relações e meio ambiente) e o segundo de seis facetas (funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade). A pontuação para ambos varia de 0 a 100 pontos, sendo maiores pontuações condizentes com maior QV.

Foi aplicada a versão brasileira da *Geriatric Depression Scale* (GDS-15), que possui 15 perguntas objetivas, com

pontuação final variando de 0 a 15. Idosos com pontuação maior que 5 pontos foram classificados com indicativo de depressão³, constituindo dois grupos: idosos com (n=250) e sem indicativo de depressão (n=730).

Os dados obtidos foram inseridos em uma planilha do Excel® por dupla digitação. As análises foram realizadas no aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 17.0. Procederam-se as análises descritivas por meio de frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão, mínimo e máximo).

De acordo com a normalidade verificada pelo teste de Kolmogorov

Smirnov, as variáveis foram avaliadas por meio dos testes: t de Student para comparação de variáveis contínuas com distribuição normal; teste qui-quadrado para avaliar variáveis dicotômicas. Adotou-se nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dos idosos entrevistados, o maior percentual para ambos os grupos do sexo feminino, na faixa etária de 70 | 80 anos, que moravam com companheiro(a), com 1 | 5 anos de escolaridade e renda individual mensal de um salário mínimo (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas e econômicas, segundo o indicativo de depressão – Uberaba, 2017.

Variáveis	Com indicativo		Sem indicativo	
	%	n	%	n
Sexo				
Feminino	64,4	178	71,2	453
Masculino	35,6	72	28,8	277
Faixa etária				
60 70	28,9	68	27,2	215
70 80	50,0	123	49,2	367
80 ou mais	21,1	59	23,6	148
Estado conjugal				
Nunca se casou ou morou com companheiro (a)	4,7	15	6,0	33
Mora com esposo (a) ou companheiro (a)	42,7	99	39,6	319
Viúvo (a)	41,9	114	45,6	297
Separado (a) / desquitado (a) / divorciado (a)	10,5	22	8,8	81
Escolaridade				

Analfabeto	21,6	66	26,4	146
1 5 anos	56,0	144	57,6	405
5 ou mais anos	22,3	40	16,0	179
Renda				
Sem renda	7,7	25	10,0	50
Até 1 salário-mínimo	51,2	152	60,8	350
> 1 salário-mínimo	41,1	73	29,2	330

A Tabela 2 mostra a comparação dos escores de QV segundo domínios e facetas do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, no qual os idosos com indicativo de depressão apresentaram escores inferiores em todos os domínios do WHOQOL-BREF.

Em relação às facetas do WHOQOL-OLD, verificou-se que os idosos com indicativo de depressão também apresentaram menores escores em relação aos sem indicativo de depressão, em todas as facetas.

Tabela 2 - Qualidade de vida dos idosos com e sem indicativo de depressão, segundo WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD – Uberaba, 2017.

	Com indicativo		Sem indicativo		t	p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
Domínios do WHOQOL-BREF						
Físico	46,99	16,999	67,02	15,635	-23,008	<0,001
Psicológico	50,67	15,777	71,32	11,975	-25,197	<0,001
Relações Sociais	63,01	16,963	74,11	12,527	-12,650	<0,001
Meio Ambiente	50,00	13,613	64,11	12,58	-19,179	<0,001
Facetas do WHOQOL-OLD						
Funcionamento dos sentidos	59,37	23,896	74,85	21,793	-12,554	<0,001
Autonomia	54,30	16,556	68,53	14,576	-16,044	<0,001
Atividades passadas presentes e futuras	55,97	16,151	70,99	13,206	-17,624	<0,001
Participação Social	50,31	17,419	67,64	13,787	-18,972	<0,001
Morte e Morrer	68,90	25,658	76,27	25,016	-5,304	<0,001
Intimidade	60,09	22,179	72,61	19,511	-10,551	<0,001

Na comparação das morbidades autorreferidas houve maior proporção de

idosos com indicativo de depressão que referiram reumatismo, artrite/artrose,

osteoporose, embolia, má circulação, problemas cardíacos, derrame, doença de Parkinson, incontinência urinária, incontinência fecal, prisão de ventre,

problemas para dormir, catarata, problemas de coluna, problema renal e problemas de visão, conforme tabela 3.

Tabela 3 - Morbidades referidas pelos idosos com e sem indicativo de depressão – Uberaba, 2017.

Morbidades referidas	Com indicativo		Sem indicativo		P
	N	%	n	%	
Reumatismo	60	24,3	117	16,2	0,005
Artrite/ artrose	112	45,3	231	32,0	<0,001
Osteoporose	68	27,6	114	15,7	<0,001
Asma ou bronquite	25	10,0	59	8,1	0,353
Tuberculose	1	0,4	1	0,1	0,429
Embolia	5	2,0	4	0,5	0,039
Pressão Alta	174	69,9	461	63,4	0,065
Má Circulação (varizes)	131	51,2	285	39,3	<0,001
Problemas cardíacos	93	37,1	217	29,8	0,034
Diabetes	58	23,1	128	17,6	0,053
Obesidade	40	15,9	85	11,7	0,080
Derrame	18	7,2	21	2,9	0,003
Parkinson	8	3,2	4	0,5	0,001
Incontinência urinária	64	25,5	101	13,9	<0,001
Incontinência fecal	11	4,4	9	1,2	0,002
Prisão de ventre	89	35,5	144	19,8	<0,001
Problemas para dormir	141	56,2	216	29,6	<0,001
Catarata	86	34,4	163	22,4	<0,001
Glaucoma	19	7,6	41	5,6	0,267
Problemas de coluna	162	64,5	343	47,1	<0,001
Problema renal	49	19,6	65	8,9	<0,001
Sequela acidente/trauma	34	13,5	68	9,3	0,059
Tumores malignos	7	2,8	8	1,1	0,057
Tumores benignos	9	3,6	12	1,6	0,063
Problemas de visão	149	59,5	366	50,1	0,007

DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica e econômica da

amostra, não obstante o indicativo de depressão, assemelhou-se aos achados de estudo realizado com idosos comunitários de sete cidades brasileiras, que verificou predomínio de indivíduos do sexo feminino, na faixa etária de 70 | 80 anos, que moravam com companheiro (a), com 1 | 5 anos de escolaridade e renda individual mensal de até um salário mínimo.¹⁵

Os idosos com indicativo de depressão apresentaram menores escores em todos os domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD em comparação aqueles sem indicativo. Tais dados são semelhantes aos resultados de estudo conduzido com idosos comunitários que mostrou a existência de correlação negativa entre sintomas depressivos e domínios e facetas (exceto morte e morrer) do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, respectivamente.¹²

No que concerne a avaliação da QV, cabe enfatizar que os idosos com indicativo de depressão apresentaram uma maior proporção das morbidades em comparação aqueles sem o indicativo. As doenças, ainda que autorreferidas, podem em muitos casos, ocasionar dor, desconforto, dependência de medicamentos entre outros, podendo assim refletir negativamente nas atividades de vida diária¹¹, itens esses avaliados no domínio físico⁸.

A avaliação do domínio

psicológico está relacionada a memória e concentração, aprendizado, sentimentos negativos, autoestima⁸, que podem ficar mais evidenciados na presença do indicativo de depressão, como a tristeza, desânimo, choro, anedonia, pessimismo, desesperança, medo, nervosismo, angústia e sentimento de culpa¹, o que condiz com os resultados do estudo.

O domínio relações sociais correspondeu ao maior escore de QV segundo o WHOQOL-BREF para ambos os grupos, corroborando com inquérito acerca da QV de idosos comunitários de João Pessoa-PB com sintomas depressivos, que obteve nesse domínio o maior escore de QV.¹² O referido domínio está relacionado ao suporte social, relações pessoais e atividade sexual.⁸ O maior percentual de idosos casados entre aqueles com indicativo de depressão pode justificar, em parte, o maior escore no referido domínio.

Já para o meio ambiente, esse domínio avalia, entre outros componentes, os cuidados de saúde e sociais, os recursos financeiros, oportunidade de recreação/lazer.⁸ A baixa renda dos idosos, associado aos custos com tratamento de saúde, as limitações e perda da autonomia acabam por restringir as opções de lazer e acesso a atividades recreativas, que podem comprometer negativamente a avaliação deste domínio de QV.¹²

No que concerne a faceta funcionamento dos sentidos, essa relaciona-se ao funcionamento e perda sensorial⁹; neste inquérito, o maior percentual de idosos encontra-se na faixa etária de 70 | 80 anos, período que pode ficar mais evidente as perdas sensoriais decorrente do processo natural de envelhecimento, associado a morbididades que acentuam tais perdas, como a maior proporção de problemas de visão e catarata entre aqueles com indicativo de depressão, que pode explicar, em partes, a diferença na faceta.

Ademais o limitado recurso financeiro, associado a perdas sensoriais podem impactar, ainda, a autonomia e a participação social, facetas essas que avaliam a independência na velhice e a participação em atividades do cotidiano⁹, respectivamente. Associado ao indicativo de depressão que pode interferir na autoestima, autoconfiança, capacidade de experimentar o prazer⁴, o idoso pode ficar mais susceptível ao isolamento social e menos seguro para tomar as próprias decisões, tornando-o mais susceptível para desenvolver depressão.¹²

Nesse sentido, observa-se que os sintomas depressivos impactam de forma considerável a percepção da autovalorização dos idosos, e a possibilidade de manutenção da autonomia e independência. Os achados

alertam para a importância do treinamento dos profissionais para a abordagem dos aspectos psicológicos do envelhecimento, fornecimento de apoio, detecção precoce e tratamento dos casos de depressão de forma mais específica, melhorando a QV dessa população.¹²

Referente às morbidades, sabe-se que a dor crônica musculoesquelética no idoso afeta os ossos, articulações, músculos e tecidos moles relacionados, podendo ser causada por doenças como a artrite, havendo diferença significativa dessa morbidade entre idosos com e sem indicativo de depressão. Tanto a dor crônica quanto a depressão são prevalentes na velhice e têm uma relação bidirecional, no que tange à atuação como fatores de risco, havendo evidências crescentes do papel neuroinflamatório para o desenvolvimento das duas condições¹⁶ que interferem negativamente na vida do idoso.

A presença mais expressiva de doenças cardiovasculares ou cerebrovasculares no grupo com indicativo de depressão também foi encontrada em estudo de base populacional no Rio Grande do Sul, em que idosos com doença coronariana, insuficiência cardíaca e acidente vascular encefálico apresentaram razão de prevalência para depressão de 1,94, 1,40 e 1,33 vezes maior, respectivamente.

Tal achado sugere o papel da doença vascular como fator de risco para o comprometimento encefálico relacionado à depressão⁶. Considerando tais resultados, ressalta-se que o profissional de saúde deve se manter atento às manifestações das morbidades supracitadas como forma de intervir na prevenção de sintomas depressivos associados.

A Doença de Parkinson (DP) também foi mais prevalente nos idosos com indicativo de depressão, corroborando com estudo de base populacional realizado com idosos de áreas geográficas da Índia, China, Cuba, República Dominicana, Venezuela, México e Peru. Existe a hipótese de que a depressão ou declínio cognitivo possam atuar como sintomas de uma apresentação mais grave da DP ou também, que a depressão cause o agravamento cognitivo¹⁷, alertando para a identificação e rastreamento não somente do estado cognitivo associado à DP, mas também das consequências da depressão.

Os achados de sintomas intestinais nos idosos com indicativo de depressão ainda é investigado quanto à relação de causalidade. Independente da associação, estudo de base populacional nos Estados Unidos mostrou que a depressão moderada a grave foi considerada um dos fatores de risco em comum para incontinência fecal e

constipação intestinal, sendo necessárias intervenções para ambas as condições, visto que são bastante prevalentes em adultos mais velhos.⁷

Salienta-se ainda a maior proporção de idosos com incontinência urinária entre aqueles com indicativo de depressão que acresce a necessidade de maior atenção, assim como os sintomas intestinais, pelo profissional de saúde, visto que as mesmas podem ser motivo de constrangimento para os idosos, gerando sentimentos negativos, que podem impactar os idosos físico, emocional e socialmente, comprometendo negativamente a QV.

O relato de problemas para dormir em idosos com indicativo de depressão condiz com achados de estudo realizado no Canadá com indivíduos assintomáticos, com distúrbios de ansiedade e com transtornos de humor, como a depressão. Os resultados mostraram que um em cada quatro indivíduos depressivos avaliou a qualidade do sono como pobre ou muito pobre; mais da metade apresentavam dificuldade para adormecer ou tinham o sono interrompido à noite ou no início da manhã pelo menos uma vez por semana; faziam uso de medicações e relatavam sonolência diurna.¹⁸ Considerando a importância do sono para a manutenção do humor, é importante que o profissional de saúde

identifique precocemente os problemas para dormir do idoso, evitando possíveis repercussões sobre o humor.

Concernente a problemas oftalmológicos, estudo de revisão ratifica os achados do presente estudo, onde foi constatada prevalência de depressão em idosos com transtornos oftalmológicos comuns como degeneração macular relacionada à idade, catarata, glaucoma e distrofia corneana de Fuchs. Embora exista uma forte associação entre esses transtornos e depressão, os estudos levantados na revisão apontam que a combinação das duas condições nem sempre é diagnosticada ou tratada de forma adequada, resultando em recaídas do quadro psiquiátrico e piora da QV.¹⁹ Nesse sentido, o diagnóstico preciso de tais morbidades pode contribuir para evitar reincidências relacionadas aos sintomas depressivos.

Sobre os problemas renais, estudo longitudinal conduzido nos Estados Unidos com idosos comunitários com idade maior ou igual a 65 anos, revelou que pacientes depressivos (21,2%) apresentaram maior prevalência de doença renal crônica e desfechos como hospitalização por lesão renal aguda²⁰ alertando para a importância da abordagem conjunta das doenças, respeitando suas particularidades.

Verifica-se que a

bidirecionalidade da depressão com as demais morbidades deve ser vista com ponderação, posto que a primeira é somatória de alterações comuns oriundas de várias etiologias interferindo na abordagem e no prognóstico da doença.¹⁶ No entanto, independentemente da direção em que se dá a referida associação, a união das duas condições reflete em pior manejo dos agravos e desfecho.⁵

A presença da depressão concomitantemente com outras doenças, prejudica sua abordagem e atenção, já que os profissionais de saúde tendem a perceber mais as queixas somáticas que estão presentes tanto nos transtornos depressivos quanto em outras patologias, comprometendo a QV de idosos que poderiam receber tratamentos específicos.² Diante dos achados, verifica-se a importância da abordagem precoce e adequada dos aspectos da depressão e das demais morbidades que podem acometer o idoso. É indispensável que ações de capacitação sejam desenvolvidas nos serviços de saúde, visando preparar o profissional para atuação mais específica dos casos e fortalecer ações de promoção, prevenção e reabilitação que minimizem ou evitem as repercussões negativas da depressão e também das demais morbidades sobre a QV.

CONCLUSÕES

Os dados desse estudo revelaram que idosos com indicativo de depressão apresentaram menores escores de QV na totalidade da facetas e domínios e também compunham a maior parcela de idosos com morbidades, quando comparados com aqueles sem indicativo. A diversidade de instrumentos utilizados nos estudos para avaliação do indicativo de depressão, QV e morbidades dificulta a comparação mais sólida entre os resultados. Além disso, dado o delineamento transversal do presente estudo, não foi possível o estabelecimento de causa e efeito das variáveis estudadas.

Considerando o impacto que a depressão causa na QV desses idosos e a sua complexa relação com as demais morbidades é indispensável detectar precocemente tal condição, visando prevenir agravos relacionados e fornecer bases para uma abordagem mais específica para aqueles que já apresentam o quadro, contribuindo dessa forma para o manejo conjunto das doenças e conseqüente melhoria da QV.

REFERÊNCIAS

1. Eulalio MC, Andrade TF, Melo RLP, Neri AL. A estrutura latente da depressão em idosos: uma análise taxométrica. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(3):555-64.
2. Souza AS, Sena ELS, Meira EC, Silva DM, Alves MR, Pereira LC. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos. *Rev Enferm UERJ*. 2013; 21(3):355-60.
3. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57(2B):421-6.
4. Santiago A, Holanda AF. Fenomenologia da depressão: uma análise da produção acadêmica brasileira. *Rev Abordagem Gestált*. 2013; 19(1):38-50.
5. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(4):617-23.
6. Silva AR, Sgnaolin V, Nogueira EL, Loureiro F, Engroff P, Gomes I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *J Bras Psiquiatr*. 2017; 66(1):45-51.
7. Uduak AU, Vaughan CP, Burgio KL, Alli FM, Goode PS, Markland AD. Shared risk factors for constipation, fecal incontinence, and combined symptoms in older U.S. adults. *J Am Geriatr Soc*. 2016; 64(11):e183-e188.
8. 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 Saúde Pública*. 2000; 34(2):178-83.
9. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev*

- Saúde Pública. 2006; 40(5):785-91.
10. Sivertsen H, Bjørkløf GH, Engedal K, Selbæk G, Helvik A. Depression and quality of life in older persons: a review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015; 40(5-6):311-39.
 11. Goran AAN, Luyet AD, Haller DM, Zeller A, Rosemann T, Streit S, et al. Comparing the self-perceived quality of life of multimorbid patients and the general population using the EQ-5D-3L. *PLoS One*. 2017; 19(12): e0188499.
 12. Assis AMST, Pontes MLF, Farias MCAD, Monteiro EA, Silva CR, Pereira RR, et al. Quality of life and depressive symptoms in the elderly living in community. *Int Arch Med*. 2015; 8(246):01-08.
 13. Bertolucci PHF, Brucki SMS, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52(1):1-7.
 14. Ramos LR, Toniolo N J, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública*. 1998; 32(5):397-407.
 15. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Moura JGA, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(4):778-92.
 16. Zis P, Daskalaki A, Bountouni I, Sykioti P, Varrassi G, Paladini A. Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. *Clin Interv Aging*. 2017; 12:709-20.
 17. Chagas MH, Moriyama TS, Felício AC, Sosa AL, Bressan RA, Ferri CP. Depression increases in patients with Parkinson's disease according to the increasing severity of the cognitive impairment. *Arq Neuropsiquiatr*. 2014; 72(6):426-9.
 18. Leblanc M, Desjardins S, Desgagné A. Sleep problems in anxious and depressive older adults. *Psychol Res Behav Manag*. 2015; 8:161-69.
 19. McCusker S, Koola M. Association of ophthalmologic disorders and depression in the elderly. *Prim Care Companion CNS Disord*. [Internet]. 2015 [citado em 05 mai 2018]; 17(4). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4664565/>. doi: 10.4088/PCC.14r01731
 20. Kop WJ, Seliger SL, Fink JC, Katz R, Odden MC, Fried LF, et al. Longitudinal association of depressive symptoms with rapid kidney function decline and adverse clinical renal disease outcomes. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2011; 6(4):834-44.

RECEBIDO: 12/07/17

APROVADO: 03/07/18

PUBLICADO: 09/18