

## Associação entre depressão e qualidade de vida em idosos: atenção primária à saúde

*Association between depression and quality of life in older adults: primary health care*

*Asociación entre depresión y calidad de vida en ancianos: atención primaria de salud*

Sônia Maria Soares<sup>i</sup>; Patrícia Aparecida Barbosa Silva<sup>ii</sup>;  
Joseph Fabiano Guimarães Santos<sup>iii</sup>; Líliam Barbosa Silva<sup>iv</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** avaliar a associação entre depressão e qualidade de vida em idosos. **Método:** estudo transversal, envolvendo 593 usuários da atenção básica de Belo Horizonte, Minas Gerais. Dados obtidos por meio de um questionário estruturado, no período outubro de 2010 a junho de 2012, após aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas (Parecer nº 0043.0.410.203-10 e nº 0043.0.410.203-10A). Análise dos dados baseou-se em técnicas descritivas e regressão logística Forward. **Resultados:** a prevalência de depressão foi de 15,5%. Após controle das variáveis confundidoras, mantiveram associação significativa com o desfecho as variáveis escore qualidade de vida geral menor que 60, depressão autorreferida, sexo feminino, *Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption* positivo e renda familiar menor que três salários mínimos. **Conclusão:** conclui-se que é necessário investimento em políticas públicas direcionadas à saúde mental e bem-estar nas faixas etárias mais avançadas e treinamento dos profissionais de saúde para rastreamento precoce da depressão. **Palavras-chave:** Depressão; qualidade de vida; idoso; atenção primária à saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the association between depression and quality of life in older adults. **Method:** in this cross-sectional study involving 593 primary care users from Belo Horizonte, Minas Gerais, data were obtained using a structured questionnaire, from October 2010 to June 2012, after approval by the research ethics committees of the institutions involved (Opinions Nos. 0043.0.410.203-10 and 0043.0.410.203-10A). Data analysis was based on descriptive techniques and forward logistic regression. **Results:** the prevalence of depression was 15.5%. After controlling for confounding factors, the variables that continued to be significantly associated with the outcome were overall quality-of-life score lower than 60, self-reported depression, female sex, positive Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption and family income of less than three minimum wages. **Conclusion:** it was concluded that it is necessary to invest in mental health and well-being policies for older age groups and in training health personnel in early screening for depression.

**Keywords:** Depression; quality of life; aged; primary health care.

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la asociación entre depresión y calidad de vida en ancianos. **Método:** estudio transversal, involucrando a 593 usuarios de la atención básica de Belo Horizonte, Minas Gerais. Datos obtenidos a través de un cuestionario estructurado, en el período de octubre de 2010 a junio de 2012, tras la aprobación de los Comitês de Ética en Investigación de las instituciones involucradas (Dictámenes nº 0043.0.410.203-10 y nº 0043.0.410.203-10A). El análisis de los datos se basó en técnicas descriptivas y regresión logística Forward. **Resultados:** la prevalencia de depresión fue del 15,5%. Tras el control de las variables confundidoras, mantuvieron asociación significativa con el resultado las variables score 'calidad de vida general' menor que 60, depresión autorreferida, sexo femenino, Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption positivo e ingresos familiares inferiores a tres salarios mínimos. **Conclusión:** se concluye que es necesario invertir en políticas públicas dirigidas a la salud mental y bienestar en las edades más avanzadas y en entrenamiento de los profesionales de salud para el seguimiento precoz de la depresión.

**Palabras clave:** Depresión; calidad de vida; anciano; atención primaria de salud.

## INTRODUÇÃO

Depressão configura-se como primeiro transtorno mental mais prevalente, e assume segunda posição entre as principais causas de incapacidades no mundo, atrás apenas de lombalgia. Associa-se com piora do estado geral de saúde, perda de anos de vida ajustados por incapacidade, decréscimo da produtividade e fator

de risco para mortalidade precoce e suicídio<sup>1</sup>. Acresce-se maior utilização dos serviços de saúde e custos operacionais<sup>2</sup>.

Estudo de base populacional envolvendo 17 países identificou prevalência de depressão variando entre 2,2% no Japão e 10,4% no Brasil. Particularmente, o

<sup>i</sup>Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [smssoares.bhz@terra.com.br](mailto:smssoares.bhz@terra.com.br)

<sup>ii</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Saúde, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [patygemeasbalp2016@gmail.com](mailto:patygemeasbalp2016@gmail.com)

<sup>iii</sup>Médico. Doutor em Epidemiologia Clínica, Hospital Governador Israel Pinheiro. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [josephfgsantos@yahoo.com.br](mailto:josephfgsantos@yahoo.com.br)

<sup>iv</sup>Enfermeira. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [ligemeasbh@yahoo.com.br](mailto:ligemeasbh@yahoo.com.br)

<sup>v</sup>Agradecimento à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais pelo financiamento concedido (Processo APQ-00570-09 e APQ-03626-10).

Brasil obteve primeira posição entre o *ranking* de índice de depressão em comparação aos demais países, e sua prevalência foi maior entre as faixas etárias mais jovens em relação ao grupo mais idoso (10,9% vs 3,9%,  $\chi^2 = 36,1$ ,  $p < 0,001$ )<sup>3</sup>.

Em uma meta-análise envolvendo 74 estudos conduzidos entre 1955 e 2005 evidenciou prevalência de sintomas depressivos na população geriátrica ( $\geq 60$  anos) de 10,3% (intervalo interquartilico 4,7%-16%)<sup>4</sup>.

Autores alertam que essa variabilidade nas taxas de prevalência da depressão no mundo é atribuída à combinação de vulnerabilidade genética e fatores de risco ambientais, assim como, diferenças culturais e propriedades psicométricas dos instrumentos de detecção da depressão. Também a qualidade metodológica no delineamento dos estudos deve ser considerada em questão<sup>5</sup>.

Muitos fatores de risco para depressão têm sido identificados na literatura nesse segmento populacional, tais como, sexo feminino<sup>6,7</sup>; cor da pele amarela, parda ou indígena; menor classificação econômica; aposentados, com histórico de problemas cardíacos, com incapacidade para atividades básicas e instrumentais da vida diária<sup>6</sup>; baixa escolaridade<sup>7</sup>; pior autopercepção de saúde e insatisfação em sua vida em geral<sup>6,7</sup>; índice de massa corporal elevado e tabagismo<sup>8</sup>. Sintomatologia depressiva está associada com aumento do risco de demência<sup>9</sup>; internação, maior número de readmissões e longo tempo de permanência em homens com idade avançada<sup>10</sup>; assim como, mortalidade por todas as causas<sup>11</sup>. Estudos também evidenciaram correlação inversa entre qualidade de vida (QV) e depressão, atuando como fator de vulnerabilidade para baixos escores na QV e autopercepção de saúde em idosos<sup>12-14</sup>.

Esses resultados reforçam a importância da depressão na população geriátrica. Entretanto, embora seja relevante em saúde pública investigar a prevalência de depressão e os fatores associados, faz-se necessário analisar também o impacto sobre a QV. Observa-se maior investimento de pesquisas com idosos institucionalizados e hospitalizados, e poucos estudos no âmbito da atenção primária à saúde (APS). Existe fragilidade nos estudos onde a depressão é evidenciada apenas pelo autorrelato do participante. Poucos estudos têm-se preocupado em categorizar sua amostra clinicamente em diferentes grupos de depressão, ou usar escalas com pontos de corte específicos que são indicativos de categorias de diagnósticos clínicos<sup>14</sup>.

Nesse sentido, o objetivo desta investigação<sup>v</sup> foi avaliar a associação entre depressão e QV em idosos atendidos na APS.

## REVISÃO DE LITERATURA

A expressão qualidade de vida tem diversos conceitos, e reflete tanto as influências macrosociais

quanto sociodemográficas, sendo também subjetiva, igualmente dependente das interpretações e percepções de cada indivíduo<sup>15</sup>.

Para a Organização Mundial de Saúde, a definição de qualidade de vida remete à percepção individual da qualidade de vida própria, a qual é influenciada por uma gama de fatores, sejam físicos, psicológicos, sociais ou ambientais<sup>16</sup>.

Entretanto, é do conhecimento a existência de muitas ameaças à qualidade de vida de pessoas idosas, tais como, doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais se destaca a depressão. A prevenção deve ser amplamente implementada considerando uma abordagem interdisciplinar e intersetorial do cuidado o que pode contribuir para a melhoria do *status* de saúde e qualidade de vida desta população<sup>17</sup>.

Sabe-se que a depressão geriátrica pode passar despercebida por profissionais de saúde e familiares, sendo provavelmente subtratada. Seus sintomas debilitantes provocam impacto negativo no decurso da vida, estando associada com o declínio do estado geral de saúde<sup>18</sup>.

O despreparo profissional em diagnosticar depressão na terceira idade contribui para o baixo índice de reconhecimento de sintomas depressivos, tais como, ansiedade, baixa autoestima, solidão, insônia, desamparo e anedonia e, conseqüente atraso na instituição terapêutica eficaz para a resolução do problema no contexto da APS<sup>19</sup>.

Dado o crescente corpo de evidências científicas<sup>2,7,20</sup>, a depressão vem assumindo papel de destaque entre as comorbidades na velhice. Diante do exposto, recomenda-se que todos os idosos sejam avaliados quanto à saúde mental, em busca do diagnóstico de depressão, tendo em vista a sua alta prevalência e a significativa repercussão dela decorrente.

Nesse sentido, destaca-se a atuação do enfermeiro na APS, que durante a consulta de enfermagem pode favorecer a identificação de sintomas depressivos, dos fatores causais e de agravos à saúde relacionados a esta morbidade<sup>21</sup>.

## METODOLOGIA

Estudo transversal realizado com 593 idosos acima de 60 anos ou mais cadastrados nas 20 unidades básicas de saúde (UBS) no Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais, de outubro de 2010 a junho de 2012.

A amostra do estudo foi não probabilística, dependendo da demanda espontânea e dos atendimentos programados pelas equipes de saúde durante a coleta de dados. O cálculo amostral, estimado pela fórmula de Lwanga & Lemeshow<sup>22</sup>, baseou-se na prevalência de depressão em idosos atendidos nas UBS (30,6%)<sup>7</sup>, com nível de significância de 5% e precisão absoluta

de quatro pontos percentuais. O tamanho da amostra foi de 504 idosos. A amostra final totalizou 605 idosos, considerando 20% de possíveis perdas, e representou 1,35% da população idosa do Distrito Sanitário.

Como critérios de inclusão, consideraram-se pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, ter procurado os serviços de saúde das UBS do distrito, concordar em participar da pesquisa e responder à entrevista. Foram excluídos do estudo os idosos com comprometimento cognitivo severo [escore no Mini-exame do Estado Mental MEEM  $\leq$  9] que impossibilitasse o preenchimento do questionário<sup>23</sup>.

Entre os 605 idosos entrevistados, 12 foram excluídos do presente estudo: três por conterem apenas a ficha de identificação preenchida, quatro por apresentarem mais de 20% das questões não preenchidas no instrumento *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref) e cinco, por serem <60 anos, totalizando 593 questionários válidos (98% da amostra calculada).

A coleta de dados foi realizada por equipe previamente treinada, composta por três enfermeiras e três bolsistas de iniciação científica. Os idosos elegíveis foram abordados nas UBS enquanto esperavam por atendimento médico e/ou outros serviços, nos turnos da manhã e da tarde, de acordo com a disponibilidade de cada entrevistadora.

Os sintomas depressivos foram mensurados por meio do instrumento *The Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2), versão abreviada do *The Patient Health Questionnaire Depression Module* (PHQ-9), uma escala de autoavaliação, com uma pontuação total variando de 0 a 6 pontos; quanto maior o escore maior a severidade dos sintomas depressivos. A depressão foi determinada por um escore  $\geq$ 3 (sensibilidade: 83% e especificidade: 92%) que sugere provável quadro depressivo, de acordo com estudo prévio<sup>24</sup>. Alguns autores defendem o uso do PHQ-2 ao invés do PHQ-9, argumentando que o alto desempenho do primeiro instrumento e sua facilidade de aplicação tornam o seu uso factível nos serviços de APS, onde a demanda por rastreamento de diversas condições clínicas é elevada e o tempo de atendimento exíguo<sup>25</sup>.

Para avaliar a percepção subjetiva da QV, foi utilizada a versão abreviada em português do *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref). Esse instrumento assegura boa resposta à QV em idosos<sup>13,26,27</sup>, e foi traduzido e validado no Brasil<sup>28</sup>. O WHOQOL-bref possui 26 itens, sendo as duas primeiras questões avaliam autopercepção da QV (aqui denominado WHOQOL-1) e satisfação com a própria saúde (aqui denominado WHOQOL-2), respectivamente. Os 24 restantes são categorizados dentro de quatro domínios: físico (sete itens), psicológico (seis itens), relações sociais (três itens) e meio ambiente (oito itens)<sup>29</sup>. Cada um dos 26 itens foi atribuída pontuação, variando de 1

a 5. A pontuação para cada domínio foi transformada em uma escala linear de 0 a 100, de acordo com a sintaxe proposta pelo grupo WHOQOL<sup>30</sup>, refletindo pior ou melhor avaliação da QV.

O escore adotado para avaliação da QV e satisfação com a saúde foi < 60 pontos (sensibilidade: 95% e especificidade: 54,4%), de acordo com estudo prévio. Esse ponto de corte sugestivo de pior QV e insatisfação com a saúde foi proposto pelos autores, cuja metodologia utilizada é descrita em outra publicação<sup>27</sup>.

Em suma, tal método baseia-se na racionalização da análise por meio da definição de dois grupos extremos e simultâneos em relação à percepção da QV e satisfação com a saúde (QV boa/satisfeito - inclui os que responderam ter *boa* ou *muito boa* QV e se sentem *satisfeitos* ou *muito satisfeitos* com a sua saúde; e QV ruim/insatisfeito - abrange os que responderam ter *ruim* ou *muito ruim* QV e se sentem *insatisfeitos* ou *muito insatisfeitos* com a sua saúde)<sup>27</sup>.

Para a definição dos grupos QV/satisfação, primeiramente foram criados quatro grupos: G1 - Percepção de que a qualidade de vida é *boa* ou *muito boa* = 381 indivíduos; G2 - Percepção de que a qualidade de vida é *ruim* ou *muito ruim* = 35 indivíduos; G3 - *Satisfeitos* ou *muito satisfeitos* com sua saúde = 371 indivíduos; G4 - *Insatisfeitos* ou *muito insatisfeitos* com sua saúde = 103 indivíduos<sup>27</sup>.

Posteriormente, foram definidos os grupos QV boa/satisfeito e QV ruim/insatisfeito: G5 - *Boa* ou *muito boa* qualidade de vida e *satisfeitos* ou *muito satisfeitos* com sua saúde (características do G1 e do G3: n = 289; 48,7%); b) G6 - Qualidade de vida *ruim* ou *muito ruim* e *insatisfeitos* ou *muito insatisfeitos* com sua saúde (características do G2 e do G4: n = 22; 3,7%)<sup>27</sup>.

A variável dependente foi depressão, representada por indivíduos que obtiveram pontuação maior ou igual a três no instrumento PHQ-2. Essa medida foi dicotomizada em PHQ $\geq$ 3 (1 = provável depressão; 0 = caso contrário)<sup>24</sup>.

As variáveis independentes incluíram características sociodemográficas, condições clínicas, estilo de vida e QV. No primeiro conjunto constaram: sexo, faixa etária (60-69; 70-79; 80 ou mais anos), situação conjugal (presença de cônjuge foi definida pela condição de casado ou em união estável), escolaridade (nenhuma; 1-3; 4 ou mais anos completos), renda familiar mensal (<3;  $\geq$ 3 salários mínimos). As condições clínicas foram: número de comorbidades, comorbidades autorreferidas, nível cognitivo, hábitos comportamentais (etilismo, tabagismo, atividade física) e qualidade de vida [escore qualidade de vida geral (QVG); domínios Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente; QVG <60 pontos; grupos QV/satisfação - G5 e G6].

Para mensuração do nível cognitivo utilizou-se o MEEM, tendo sido categorizado como alterado aqueles que apresentaram escore <13 para analfabetos, <18

para até oito anos de escolaridade, < 26 para mais de oito anos de escolaridade<sup>23</sup>.

As variáveis comportamentais foram categorizadas da seguinte forma: Tabagismo: tabagista (fuma atualmente ou parou de fumar há 12 meses ou menos), não tabagista (nunca fumou), ex-tabagista (parou de fumar há mais de 12 meses); Etilismo: *The Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption* (AUDIT-C) foi utilizado para avaliar o consumo de bebida alcoólica. Com base em estudo prévio de validação, um escore  $\geq 4$  para homens e  $\geq 3$  para mulheres sugere abuso de álcool e foi adotado como critério neste estudo<sup>31</sup>; Atividade física: foi considerada para quem faz atividade física de forma regular, com frequência  $\geq 3$ x/semana, com duração  $\geq 30$  minutos cada sessão.

Na análise dos dados, frequências e proporções foram relatadas para as variáveis categóricas; e mediana e intervalo interquartilico para as variáveis contínuas. Análise de normalidade das variáveis contínuas foi submetido ao teste de Kolmogorov-Smirnov. Porcentagens foram comparadas utilizando o teste qui-quadrado. Teste U Mann-Whitney foi aplicado para comparar as medianas entre os grupos.

Na análise univariada, adotou-se um nível crítico de valor  $p \leq 0,20$  para entrada no modelo multivariado. Modelo de regressão logística por meio do método *Forward* foi elaborado para avaliar a direção e a magnitude das associações de cada variável independente com a variável resposta (PHQ $\geq 3$ ). Nesta análise, um  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo. Os valores obtidos foram expressos em *odds ratio* e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. O ajuste do modelo final foi avaliado pelo teste *Goodness-of-fit test*. A análise da curva *Receiver-Operating Characteristic* (ROC) foi realizada para avaliar o poder discriminatório do escore 60 e a área sob a curva (AUC) em prever QV boa/satisfeito ou QV ruim/insatisfeito na amostra estudada. Teste diagnóstico considerando o ponto de corte 60 foi realizado para os grupos G5 (QV boa/satisfeito) e G6 (QV ruim/insatisfeito). Em todas as análises, utilizou-se o programa SPSS (versão 22.0).

A participação na pesquisa foi voluntária, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - Parecer n° 0043.0.410.203-10 e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - Parecer n° 0043.0.410.203-10A, respeitando os preceitos éticos<sup>32</sup>.

## RESULTADOS

### Características da amostra

A mediana de idade dos participantes foi de 70 [intervalo interquartilico 65-75 anos]. No total, 92 (15,5%) dos indivíduos tinham provável diagnóstico

sugestivo de depressão (PHQ $\geq 3$ ). Entre os potencialmente deprimidos, 40 (43,5%) apresentaram escore seis pontos, indicando o problema de maneira mais severa. Observa-se que o grupo com sintomas depressivos (PHQ $\geq 3$ ) apresentou menores escores para cada componente do WHOQOL-bref, estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ). Ao contrário, mais da metade da amostra (58,5%) obtiveram escore zero no instrumento PHQ-2. Esses indivíduos tiveram quatro vezes mais chances (OR: 4,01; IC 95%: 2,87-5,93) de obter escore QVG $>60$  em relação aos demais (dados não mostrados). Maiores detalhes da amostra estudada encontram-se na Tabela 1.

### Qualidade de vida dos idosos segundo o instrumento WHOQOL-bref

Aproximadamente, 64,3% dos idosos perceberam sua QV como *boa* ou *muito boa* e 5,9% como *ruim* ou *muito ruim*; 62,6% sentiram-se *satisfeitos* ou *muito satisfeitos*, enquanto 17,4% consideravam-se *insatisfeitos* ou *muito insatisfeitos*. Dos 381 idosos com QV *boa* ou *muito boa*, 75,9% encontravam-se *satisfeitos* ou *muito satisfeitos* com sua saúde, formando o grupo G5 (QV boa/satisfeito). Houve 35 idosos com QV *ruim* ou *muito ruim*; desses, 62,9% relataram *insatisfação* ou *muita insatisfação* com a saúde, compondo o grupo G6 (QV ruim/insatisfeito). Esses dados encontram-se descritos na Tabela 2.

A análise da curva ROC indicou o valor crítico 60 como melhor ponto de corte para avaliação da percepção de QV e satisfação com a saúde. A área sob a curva foi 0,764 (IC 95%: 0,726-0,802; p-valor:  $< 0,001$ ), com sensibilidade de 80,62%, especificidade de 57,57% para ponto de corte de QVG $\geq 60$  em idosos do grupo G5; e sensibilidade de 86,36% e especificidade de 62,87% para ponto de corte de QVG $< 60$  em idosos do grupo G6, segundo a Figura 1.

### Fatores associados à qualidade de vida na amostra estudada

Na análise univariada, as variáveis diretamente associadas com os escores PHQ $\geq 3$  foram sexo feminino (OR: 2,9; p-valor = 0,001), renda familiar mensal menor de três salários mínimos (OR: 2,3; p-valor: 0,004); número de comorbidades (OR: 8,6; p-valor: 0,004 para presença de 3 ou mais comorbidades), hipertensão arterial (OR: 2,3; p-valor: 0,005); diabetes *mellitus* (OR: 1,7; p-valor: 0,040); doenças osteomuscular (OR: 1,9; p-valor: 0,012); depressão autorreferida (OR: 5,4; p-valor:  $< 0,001$ ); escore QVG $< 60$  (OR: 7,7; p-valor:  $< 0,001$ ). Por outro lado, consumo de bebida alcoólica (OR: 0,3; p-valor: 0,049) e atividade física (OR: 0,4; p-valor: 0,012 para frequência 4 a 7 vezes por semana) tiveram relação inversa, protegendo contra a depressão. Ver Tabela 1.

Após controle das variáveis confundidoras por meio da análise de regressão logística multivariada

conforme a Tabela 1, as variáveis escore QVG<60 (OR: 8,6; p-valor: <0,001), depressão autorreferida (OR: 4,7; p-valor: <0,001), sexo feminino (OR: 3,2; p-valor: 0,001), AUDIT-C positivo (OR: 0,2; p-valor: 0,015) e renda familiar mensal menor que três salários mínimos (OR: 2,2; p-valor: 0,012) mantiveram associação significativa com

o desfecho (PHQ≥3). As variáveis independentes explicaram 25,28% (pseudo R<sup>2</sup>=0,2528) da variabilidade das odds da variável dependente. Os resultados dos testes de ajuste dos modelos de regressão logística múltipla (Hosmer e Lemeshow) demonstraram um bom ajuste do modelo final (Prob>chi<sup>2</sup>=0,5549).

**TABELA 1:** Características basais, análise bruta e ajustada segundo escores The Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010 a 2012. (n = 593)

Variáveis	Depressão				OR <sub>bruto</sub> (IC95%)	OR <sub>ajustado</sub> (IC 95%)
	PHQ-2 ≥ 3 (n = 92)		PHQ-2 < 3 (n = 501)			
	f	%	f	%		
<b>Sexo</b>						
Masculino	13	7,4	162	92,6	1,0 (ref.)	
Feminino	79	18,9	339	81,1	2,9 (1,6-5,4) †	3,2 (1,6-6,4) †
<b>Faixa etária (anos)</b>						
60-69	45	15,3	249	84,7	1,0 (ref.)	
70-79	36	15,3	199	84,7	1,0 (0,6-1,6)	
≥ 80	11	17,2	53	82,8	1,2 (0,6-2,4)	
<b>Presença de cônjuge</b>						
Não	58	16,9	285	83,1	1,0 (ref.)	
Sim	34	13,6	216	86,4	0,8 (0,5-1,2)	
<b>Escolaridade (anos)<sup>a</sup></b>						
Nenhum	16	18,4	71	81,6	1,3 (0,7-2,4)	
1 a 3	15	17,2	72	82,8	1,2 (0,7-2,3)	
4 ou mais	60	14,6	351	85,4	1,0 (ref.)	
<b>Renda mensal (salário mínimo)<sup>ab</sup></b>						
<3	73	18,4	324	81,6	2,3 (1,3-3,9) †	2,2 (1,2-4,2) †
≥3	17	9,1	170	90,9	1,0 (ref.)	
<b>Nº comorbidades</b>						
0	2	3,8	51	96,2	1,0 (ref.)	
1-2	38	11,4	295	88,6	3,3 (0,8-14,0)	
3 ou mais	52	25,1	155	74,9	8,6 (2,0-36,4)	
<b>Comorbidades (não como ref.)</b>						
Hipertensão arterial	76	18,3	339	81,7	2,3 (1,3-4,0) †	
Diabetes mellitus	30	21,0	113	79,0	1,7 (1,0-2,7) †	
Doenças osteomuscular	30	22,6	103	77,4	1,9 (1,2-3,0) †	
Cardiopatias	14	17,1	68	82,9	1,1 (0,6-2,1)	
Depressão autorreferida	32	41,6	45	58,4	5,4 (3,2-9,2) †	4,7 (2,6-8,7) †
<b>Nível cognitivo<sup>a</sup></b>						
Preservado	70	15,6	378	84,4	1,0 (ref.)	
Alterado	19	16,4	97	83,6	1,1 (0,6-1,8)	
<b>AUDIT-C<sup>c</sup></b>						
Negativo	89	16,5	451	83,5	1,0 (ref.)	
Positivo	3	5,7	50	94,3	0,3 (0,1-1,0) †	0,2 (0,1-0,7) †
<b>Tabagismo</b>						
Não tabagista	62	16,7	309	83,3	1,0 (ref.)	
Tabagista	9	22,5	31	77,5	1,5 (0,7-3,2)	
Ex-tabagista	21	11,5	161	88,5	0,7 (0,4-1,1)	
<b>Atividade física<sup>a</sup></b>						
Nunca	53	20,1	211	79,9	1,0 (ref.)	
1-3 x/semana	28	13,3	183	86,7	0,6 (0,4-1,0)	
4-7 x/semana	11	9,4	106	90,6	0,4 (0,2-0,8) †	
<b>QVG&lt;60</b>						
Não	20	5,5	342	94,5	1,0 (ref.)	
Sim	72	31,2	159	68,8	7,7 (4,6-13,2) †	8,6 (4,8-15,3) †

**AUDIT-C:** Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption; IC: Intervalo de Confiança; OR: Odds Ratio; PHQ-2: The Patient Health Questionnaire-2; QVG: Qualidade de Vida Geral; ref.: referência.

<sup>a</sup>Variações no n total se devem a missing.

<sup>b</sup>Salário mínimo vigente na época era R\$ 510,00 em 2010, R\$ 540,00 e R\$ 545,00 em 2011, R\$ 622,00 em 2012.

<sup>c</sup>Escores Audit-C ≥ 4 em homens e ≥ 3 em mulheres sugerem provável abuso de álcool. †p ≤ 0,05; ††p < 0,001

**TABELA 2:** Frequência para as variáveis WHOQOL-1 e WHOQOL-2 por grupos de qualidade de vida/satisfação. Distrito Sanitário Noroeste, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010 a 2012. (n = 593)

Variável	WHOQOL-2										Total	
	(a)		(b)		(c)		(d)		(e)		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>WHOQOL-1</b>												
[a]	5 <sup>a</sup>	55,6	1 <sup>a</sup>	11,1	2 <sup>c</sup>	22,2	1 <sup>c</sup>	11,1	-	-	9	100
[b]	2 <sup>a</sup>	7,7	14 <sup>a</sup>	53,8	4 <sup>c</sup>	15,4	6 <sup>c</sup>	23,1	-	-	26	100
[c]	3 <sup>c</sup>	1,7	40 <sup>c</sup>	22,6	59 <sup>c</sup>	33,3	74 <sup>c</sup>	41,8	1 <sup>c</sup>	0,6	177	100
[d]	4 <sup>c</sup>	1,4	30 <sup>c</sup>	10,2	48 <sup>c</sup>	16,4	184 <sup>b</sup>	62,8	27 <sup>b</sup>	9,2	293	100
[e]	1 <sup>c</sup>	1,1	3 <sup>c</sup>	3,4	6 <sup>c</sup>	6,8	38 <sup>b</sup>	43,2	40 <sup>b</sup>	45,5	88	100
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>2,5</b>	<b>88</b>	<b>14,8</b>	<b>119</b>	<b>20,1</b>	<b>303</b>	<b>51,1</b>	<b>68</b>	<b>11,5</b>	<b>593</b>	<b>100</b>

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life

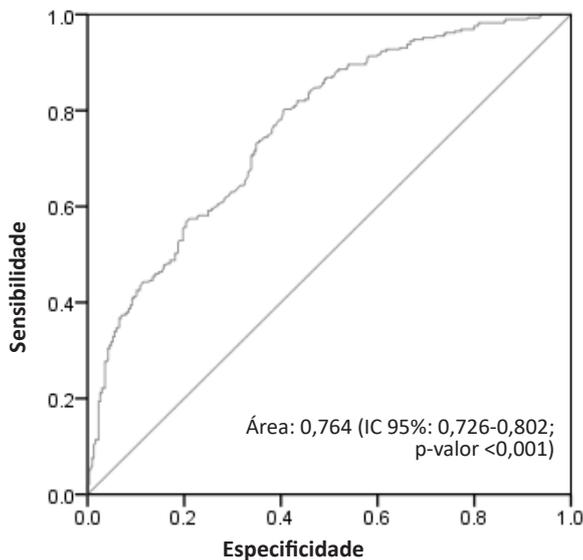
a G6 - Qualidade de vida ruim/insatisfeito (n = 22).

b G5 - Qualidade de vida boa/satisfeito (n = 289).

c Indefinido (n = 282).

(a) muito insatisfeito; (b) insatisfeito; (c) nem satisfeito / nem insatisfeito; (d) satisfeito; (e) muito satisfeito.

[a] Muito ruim; [b] ruim; [c] nem ruim nem boa; [d] boa; [e] muito boa.



**FIGURA 1.** Curva ROC demonstrando a sensibilidade e especificidade de pontos de corte para prever qualidade de vida boa/satisfeito (G5) ou qualidade de vida ruim/insatisfeito (G6), considerando os grupos G5 e G6, na amostra estudada. Distrito Sanitário Noroeste, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010 a 2012.

## DISCUSSÃO

A prevalência de depressão foi elevada entre os idosos (15,5%), entretanto, inferior a de outros estudos brasileiros realizados no nível primário de atenção à saúde, com variações de 26,1% a 30,6%<sup>7,25,33</sup>.

Estudo recente na cidade de New York, EUA, envolvendo usuários do cuidado primário, identificou a triagem de depressão pelo instrumento PHQ ser custo-efetivo, com um ganho de \$1.726 dólares por anos de vida ajustados por qualidade. Ainda alerta sobre o subdiagnóstico e subtratamento da depressão, aumentando a sobrecarga da doença e custo financeiro<sup>34</sup>.

Entre os preditores de associação à depressão, verificou-se que o escore QVG<60 foi a variável independente com maior poder de explicação do des-

fecho; os idosos com escore QVG<60 revelaram 8,6 vezes mais chances de ter depressão, em comparação aos escores mais elevados. Outros estudos também evidenciaram correlação inversa entre depressão e QV, assim como, autopercepção da saúde, atuando como fatores de vulnerabilidade para baixos escores na QV de idosos<sup>12-14</sup>.

Ainda, evidenciou-se a existência de associações entre depressão mensurada pelo instrumento PHQ-2 e depressão autorreferida. Destaca-se que entre os 92 idosos que apresentaram escores sugestivo de depressão, 60 (65,2%) não reconheciam essa situação, seja por desconhecimento do diagnóstico, seja pela resistência em assumir tal agravo. Sabe-se que os idosos são mais susceptíveis à negação de doenças mentais, decorrente da vivência da época onde o transtorno mental era altamente estigmatizado, visto como um estado vergonhoso ou um sinal de fraqueza mental<sup>35</sup>. Outra possível explicação é a tendência dos idosos considerarem os sintomas depressivos próprios do processo de envelhecimento<sup>36</sup>. Depressão geriátrica pode passar despercebida por profissionais de saúde e familiares, sendo provavelmente subdiagnosticada. Este dado se torna preocupante à medida que o diagnóstico tardio implica pior prognóstico, e, conseqüentemente, afetando negativamente na QV desses indivíduos e da família.

A associação encontrada entre sexo feminino e sintomas depressivos também foi evidenciada, implicando um risco de 3,2 vezes maior em relação ao sexo masculino, consistente com outros achados<sup>6,14,37</sup>. Uma possível explicação para maiores escores de depressão em idosas pode ser atribuída à maior chance de admitir e queixar-se de sentimentos depressivos do que os homens idosos, que habitualmente escondem mais seus sentimentos. As mulheres alcançam maior longevidade, porém acompanhadas por maior incidência de doenças crônicas inclusive a depressão, procurando mais frequentemente os serviços de saúde do que os homens.

Também, evidenciou-se relação inversa entre depressão e consumo de álcool. Idosos com rastreamento positivo para alcoolismo, mensurado pelo AUDIT-C, tiveram 80 vezes menos chances de ter depressão em relação aos que não fazem uso de bebida alcóolica, contradizendo a literatura<sup>37</sup>. Entretanto, o *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA) demonstrou que, em idosos de ambos os sexos, o consumo de níveis moderados de álcool esteve associado a melhor saúde cognitiva, bem-estar subjetivo e menos sintomas depressivos do que se mantivesse abstinência<sup>38</sup>.

Consistente com estudos prévios, a depressão também se associou com a baixa renda em idosos<sup>6,39</sup>. Estudo realizado na Turquia indicou que a pobreza se configurou como principal determinante social para solidão em idosos, consequentemente, evoluindo para depressão<sup>39</sup>. Assim, o aporte financeiro satisfatório possibilita que as pessoas se insiram em atividades socioculturais, aumenta o poder aquisitivo de compras, e supre as necessidades para a manutenção da saúde, da autonomia e sobrevida.

Destaca-se que questionamentos e adoção de um ponto de corte para avaliação da QV por meio do instrumento WHOQOL-bref foram apresentados<sup>27</sup>. O teste com ponto de corte da QVG<60 teve ótima sensibilidade e valor preditivo negativo para o rastreamento de idosos com QV ruim/insatisfeito. O resultado da razão de verossimilhança negativo mostrou que o efeito na probabilidade pós-teste para resultados negativos é grande e serve como bom marcador para rastrear indivíduos com QV ruim/insatisfeito quando o QVG for menor do que 60, com sensibilidade de 86,36% e valor preditivo negativo de 99,17%.

Por fim, devem ser consideradas algumas limitações desta investigação: primeiro, a natureza do estudo transversal que impossibilita determinar relações causais do desfecho e variáveis de interesse; segundo, a amostragem intencional não probabilística que inviabiliza a reprodução desses dados para a população de outras áreas; terceiro, poucos estudos nacionais com a população idosa acerca da temática, para fins de comparação.

## CONCLUSÃO

O subdiagnóstico da depressão em pessoas idosas é preocupante. Entre os preditores de associação à depressão, verificou-se que pior percepção de qualidade de vida e insatisfação com a saúde tiveram maior poder de explicação do desfecho. É necessário investimento em políticas públicas direcionadas à saúde mental e bem-estar nas faixas etárias mais avançadas e treinamento dos profissionais de saúde para rastreamento precoce da depressão.

Esforços sistemáticos devem ser mobilizados na intenção de melhorias das condições de vida e saúde dos idosos, tanto no âmbito da assistência coletiva quanto

individual. A manutenção da QV para os idosos é hoje um fator preponderante no contexto do desenvolvimento das políticas públicas relacionadas à atenção ao idoso. Talvez o insucesso de planos bem intencionados seja advindo da desconsideração da categoria dentro de um sistema multidimensional, que sofre e reflete em sua QV todas as privações e limitações a ela imputadas.

Assim, espera-se que este estudo contribua para despertar o interesse dos profissionais de saúde, em especial no âmbito da APS, no rastreamento precoce da depressão, que pode ser realizada por meio de testes específicos e avaliação clínica.

## REFERÊNCIAS

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. The global burden of disease: generating evidence, guiding policy. Seattle(USA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2013.
2. Bock JO, Luppá M, Brettschneider C, Riedel-Heller S, Bickel H, Fuchs A. Impact of depression on health care utilization and costs among multimorbid patients: results from the MultiCare Cohort Study. *PLoS One*. 2014; 9(3):e91973.
3. Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress Anxiety*. 2010; 27(4):351-64.
4. Barua A, Ghosh MK, Kar N, Basilio MA. Depressive disorders in elderly: an estimation of this public health problem. *J Int Med Sci Acad*. 2011; 24(4):193-4.
5. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011; 9:90.
6. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das unidades básicas de saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev bras epidemiol*. 2015; 18(1):1-12.
7. Lopes NE, Librelotto RL, Souza GS, Irenio G, Alfredo CN. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(3):368-77.
8. Choi GS, Shin YS, Kim JH, Choi SY, Lee SK, Nam YH, et al. Prevalence and risk factors for depression in Korean adult patients with asthma: is there a difference between elderly and non-elderly patients? *J Korean Med Sci*. 2014; 29(12):1626-31.
9. Burton C, Campbell P, Jordan K, Strauss V, Mallen C. The association of anxiety and depression with future dementia diagnosis: a case-control study in primary care. *Fam Pract*. 2013; 30(1):25-30.
10. Prina AM, Huisman M, Yeap BB, Hankey GJ, Flicker L, Brayne C, et al. Association between depression and hospital outcomes among older men. *Can Med Assoc J*. 2013; 185(2):117-23.
11. Teng PR, Yeh CJ, Lee MC, Lin HS, Lai TJ. Depressive symptoms as an independent risk factor for mortality in elderly persons: results of a national longitudinal study. *Aging Ment Health*. 2013; 17(4):470-8.
12. Sousa EL, Martins MM, Costa MS, Moreira MRC, Silva AO. Quality of life and factors associated with the health of elderly diabetics. *Rev enferm UERJ*. [Internet] 2016 [cited 2016 Jul 20]; 24(5):e8456. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/8456>
13. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Albala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2014; 12(1):166.
14. Jee YJ, Lee YB. Factors influencing depression among elderly patients in geriatric hospitals. *J Phys Ther Sci*. 2013; 25(11):1445-9.

15. Gabriel Z, Bowling A. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*. 2004; 24(5):675-91.
16. World Health Organization Quality of Life Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10):1403-9.
17. Silva PAB. Fatores associados à qualidade de vida de idosos adscritos no Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
18. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Editora MS; 2007.
19. Fernandes MGM, Nascimento NFS, Costa KNFM. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Rev RENE*. 2010; 11(1):19-27.
20. Tavares DMS, Santos TG, Dias FA, Bolina AF, Ferreira PCS. Health and leisure among elderly rural diabetics with and without indications of depression. *Rev enferm UERJ*. 2015; 23(2):156-63.
21. Rodrigues LR, Silva ATM, Ferreira PCS, Dias FA, Tavares DMS. Qualidade de vida de idosos com indicativo de depressão: implicações para a enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20(6):777-83.
22. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva (Swi): World Health Organization; 1991.
23. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52(1):1-7.
24. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care*. 2003; 41(11):1284-92.
25. Lino VT, Portela MC, Camacho LA, Atie S, Lima MJ, Rodrigues NC, et al. Screening for depression in low-income elderly patients at the primary care level: use of the patient health questionnaire-2. *PLoS One*. 2014; 9(12):e113778.
26. Dawalibi NW, Goulart RMM, Prearo LC. Factors related to the quality of life of the elderly in programs for senior citizens. *Ciênc saúde coletiva*. 2014; 19(8):3505-12.
27. Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Silva LB. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(3):390-7.
28. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica*. 2000; 34(2):178-83.
29. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Development of the portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21(1):19-28.
30. Organização Mundial da Saúde. Como pontuar o WHOQOL-bref e o WHOQOL-100 [site de Internet]. 1998. [citado em 24 jul 2016]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol85a.html>
31. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med*. 1998; 158(16):1789-95.
32. Conselho Nacional de Saúde (Br). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): CNS; 2012.
33. 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 [Internet]* 2017 [cited in 2016 Jul 17]; 21:e-1018. Available from: [http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1154/en\\_e1018.pdf](http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1154/en_e1018.pdf).
34. Jiao B, Rosen Z, Bellanger M, Belkin G, Muennig P. The cost-effectiveness of PHQ screening and collaborative care for depression in New York City. *PLoS ONE*. 2017; 12(8): e0184210.
35. Sheeran T, Reilly CF, Raue PJ, Weinberger MI, Pomerantz J, Bruce ML. The PHQ-2 on OASIS-C: a new resource for identifying geriatric depression among home health patients. *Home Healthc Nurse*. 2010; 28(2):92-104.
36. Hao G, Bishwajit G, Tang S, Nie C, Ji L, Huang R. Social participation and perceived depression among elderly population in South Africa. *Clin Interv Aging*. 2017; 12:971-6.
37. Prado JA, Kerr-Corrêa F, Lima MCP, Silva GGA, Santos JLF. Relations between depression, alcohol and gender in the metropolitan region of São Paulo, Brazil. *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 17(9):2425-34.
38. Crome I, Crome P. Moderate alcohol consumption in older adults is associated with better cognition and well-being than abstinence. *Age Ageing*. 2008; 37(1):120-1.
39. Yaka E, Keskinoglu P, Ucku R, Yener GG, Tunca Z. Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014; 59(1):150-4.