

## QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM INDICATIVO DE DEPRESSÃO: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

### QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY WITH INDICATION OF DEPRESSION: IMPLICATIONS FOR NURSING

### CALIDAD DE VIDA DE ANCIANOS CON INDICATIVO DE DEPRESIÓN: IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERÍA

Leiner Resende Rodrigues<sup>I</sup>  
Ana Teresa de Melo e Silva<sup>II</sup>  
Pollyana Cristina dos Santos Ferreira<sup>III</sup>  
Flavia Aparecida Dias<sup>IV</sup>  
Darlene Mara dos Santos Tavares<sup>V</sup>

**RESUMO:** Estudo descritivo, transversal e observacional que objetivou caracterizar 187 idosos com indicativo de depressão, residentes na zona rural de Uberaba, segundo variáveis sociodemográficas e econômicas e mensurar a qualidade de vida (QV) desses idosos. A coleta de dados ocorreu entre junho de 2010 e março de 2011, utilizando-se os instrumentos: *World Health Organization Quality of Life Bref*, *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* e Escala de Depressão Geriátrica Abreviada. Utilizou-se o *software* SPSS para realizar a análise descritiva dos dados. Predominou o sexo feminino, donas de casa, com 60-70 anos, casados, morando com o cônjuge e em casa própria, recebiam um salário mínimo, aposentados, 41-9 anos de escolaridade. Obtiveram-se maiores escores de QV no domínio relações sociais e faceta intimidade, e menores, em meio ambiente e participação social. Ações de enfermagem devem ter como foco a identificação dos possíveis casos de depressão e acompanhamento da terapêutica.

**Palavras-chave:** Depressão; qualidade de vida; enfermagem geriátrica; população rural.

**ABSTRACT:** Descriptive, transversal and observational study. It aimed at characterizing 187 elderly residents of rural Uberaba, MG, Brazil, with depression symptoms, on the basis of social demographic and economic variables for assessment of the elderly's quality of life (QL). Data collection took place from June, 2010 to March, 2011, on the following bases: *World Health Organization Quality of Life Bref*, *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults*, and the *Geriatric Depression Scale Short*. Descriptive analysis was done with SPSS software. Prevailing outcomes shown were as follows: female sex, housewives, with 60% 70 years, married, living with their spouses in homes of their own, receiving minimum wages, retired, 41-9 years of schooling. Higher scores in QL showed under social relationships and intimacy, and lower ones under environmental issues and social participation. Nursing actions should focus on the identification of possible cases of depression and on prescribed treatment and follow-up.

**Keywords:** Depression; quality of life; geriatric nursing; rural population.

**RESUMEN:** Estudio descriptivo, transversal y observacional con el objetivo de caracterizar 187 ancianos con indicación de depresión, y residentes en la zona rural de Uberaba-MG-Brasil, según variables sociodemográficas y económicas y medir la calidad de vida (CV) de esos ancianos. La recolección de datos tuvo lugar entre junio de 2010 y marzo de 2011, utilizando como instrumentos: *World Health Organization Quality of Life Bref*, *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* y la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada. Se utilizó el programa SPSS para realizar el análisis descriptivo de los datos. Predominó el sexo femenino, amas de casa, con 60 % 70 años, casados, vive con su cónyuge y sus propias casas, recibiendo un salario mínimo, jubilados 41-9 años de escolaridad. Se obtuvieron puntuaciones más altas en CV en el dominio relaciones sociales y faceta intimidad, y menores en participación social y medio ambiente. Las acciones de enfermería deben centrarse en la identificación de posibles casos de depresión y el tratamiento prescrito.

**Palabras clave:** Depresión; calidad de vida; enfermería geriátrica; población rural.

<sup>I</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Professora do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: leinerr@bol.com.br

<sup>II</sup>Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: melo.anateresa@yahoo.com.br

<sup>III</sup>Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. Professora substituta da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Professora do Departamento de Medicina Social. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: pollycris21@bol.com.br

<sup>IV</sup>Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. Professora substituta da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Professora do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: flaviadias\_ura@yahoo.com.br

<sup>V</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Professora do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: darlenetavares@enfermagem.ufm.edu.br

<sup>VI</sup>Fontes Financiadoras: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional<sup>VI</sup> é uma realidade mundial, decorrente da interação dinâmica das taxas de mortalidade, fecundidade e esperança de vida. Estima-se que, em 2050, haverá, em média, dois bilhões de senis no mundo, sendo que a maioria deverá residir nos países em desenvolvimento. À época, o país deverá ocupar a sexta posição em número de idosos<sup>1</sup>.

Durante o processo de envelhecimento o idoso pode vivenciar situações, como a perda de familiares, a falta de prestígio e reconhecimento social, a redução do nível socioeconômico e, muitas vezes, a limitação ou perda da independência física<sup>2</sup>, o que pode acarretar um desequilíbrio psicológico ou em algum transtorno psiquiátrico, como a depressão<sup>1</sup>.

A identificação dos casos de depressão entre os idosos é relevante na prática clínica, uma vez que pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções adequadas e prevenir possíveis fatores de risco associados à doença<sup>3</sup>.

No Brasil, a maioria dos estudos que se referem ao idoso são realizados em centros urbanos, sendo poucas as pesquisas desenvolvidas no meio rural<sup>4</sup>. Pesquisas que possibilitem conhecer as características dos idosos que residem em áreas rurais podem favorecer a reorganização dos serviços de saúde, atendendo às necessidades dessa população. Desse modo, este estudo objetivou caracterizar os idosos com indicativo de depressão, residentes na zona rural de Uberaba, segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas e mensurar a sua qualidade de vida (QV).

## REFERENCIAL TEÓRICO

A depressão caracteriza-se por afetar o estado de humor da pessoa, deixando-a com um predomínio anormal de tristeza e angústia<sup>5</sup>. Essa doença é bastante comum entre os idosos, porém, ainda existem vários casos subdiagnosticados e muitos dos acometidos não recebem tratamento adequado<sup>6</sup>.

A depressão pode ocorrer devido a múltiplas causas. Estudo de revisão da literatura obteve que entre os principais preditores destacam-se: sexo feminino, maior faixa etária, condição marital, baixo nível de escolaridade e renda, condições da moradia, suporte social deficiente, presença de eventos estressores, histórico psiquiátrico prévio, declínio cognitivo, presença de comorbidades e de incapacidade funcional, além da dor<sup>7</sup>.

Ressalta-se que os idosos podem interromper seus estilos de vida e privarem-se dos relacionamentos interpessoais em decorrência da depressão. Além disso, pode ocorrer redução do nível socioeconômico, principalmente quando não continuam a trabalhar por causa da doença. Assim, a depressão interfere na QV, aumentando direta ou indiretamente os gastos

financeiros<sup>6</sup> e acarretando sofrimento aos idosos acometidos e a seus familiares.

Nesta pesquisa, adotou-se o conceito de QV, proposto por estudiosos apoiados pela Organização Mundial de Saúde:

[...] 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<sup>18:1405</sup>.

Pesquisa realizada no Canadá verificou maior prevalência de depressão entre idosos residentes na zona rural (17%) comparado às zonas urbana (15,1%) e metropolitana (10,3%). Este fato pode estar relacionado às diferenças no desenvolvimento econômico, menores oportunidades de emprego, diversidade cultural e menores disponibilidades de serviços na zona rural. Observou-se, ainda, associação entre viuvez e depressão, entre os idosos na zona rural. Por outro lado, possuir relações de apoio, boa convivência com cônjuge e filhos e prestar serviços voluntários foi associado com menor presença de depressão<sup>9</sup>.

Estudos realizados sobre a temática da depressão entre os idosos residentes na zona rural são escassos no Brasil<sup>10,11</sup>. Considerando que essa doença quando não identificada e tratada pode impactar negativamente a QV, torna-se necessário a realização de pesquisas nessas localidades, permitindo identificar os possíveis casos de depressão e conhecer as características sociodemográficas, econômicas e de QV dessa população.

## METODOLOGIA

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior, descritivo, transversal e observacional, desenvolvido na zona rural do município de Uberaba-MG, dividida em três distritos sanitários e com cobertura total pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Para identificação dos idosos cada 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), recusar participar (75), não encontrados após três tentativas do entrevistador (57), óbito (11), encontrarem-se hospitalizados (3) e outros motivos (79), sendo entrevistados 850 idosos. Entre esses foram incluídos nesta investigação todos aqueles que atenderam aos critérios: ter 60 anos ou mais; morar na zona rural do município de Uberaba-MG; não possuir declínio cognitivo e apresentar indicativo de depressão, totalizando 187(22%) idosos.

Para a coleta dos dados, realizada entre março de 2010 e junho de 2011, foram selecionados 14 entrevistadores, os quais foram previamente treinados. Antes de iniciar a entrevista realizou-se a avaliação cognitiva do idoso, utilizando o Mini Exame de Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil<sup>12</sup>. Con-

siderou-se declínio cognitivo quando o idoso obteve a seguinte pontuação, de acordo com a escolaridade: menor ou igual a 13 pontos para analfabetos, menor ou igual a 18 pontos para 1 a 11 anos de estudo e menor ou igual a 26 pontos para escolaridade superior a 11 anos<sup>12</sup>.

Para a caracterização dos dados sociodemográficos e econômicos utilizou-se parte do instrumento estruturado, baseado no questionário *Older Americans Resources and Services* (OARS), adaptado à realidade brasileira<sup>13</sup>. Foram avaliadas as variáveis: sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, renda individual mensal, proveniência dos recursos financeiros, atividade profissional, razão da aposentadoria, satisfação das necessidades básicas de acordo com situação econômica, avaliação da situação econômica comparada a outros de sua idade, situação de moradia e arranjo de moradia.

A QV foi mensurada pelos instrumentos *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-BREF) e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD), ambos validados no Brasil<sup>14,15</sup>. Em ambos os instrumentos o escore varia de zero a 100 pontos, sendo que o maior valor corresponde à maior QV.

Para o rastreamento de depressão aplicou-se a versão da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15) adaptada, no Brasil<sup>16</sup>. Este instrumento é composto por 15 questões objetivas e com escore que varia de zero a 15 pontos. Considerou-se indicativo de depressão quando o idoso obteve pontuação superior a cinco<sup>17</sup>.

Foi construído um banco de dados eletrônico, no programa Excel<sup>®</sup>. Os dados foram processados em microcomputador em dupla entrada para validação e transportados para o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para a análise.

Procedeu-se à análise estatística por meio de distribuição de frequência simples para as variáveis categóricas e medidas de centralidade (média, mediana, valores mínimo e máximo) e dispersão (desvio padrão) para as numéricas. Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com o protocolo nº 1477. Os idosos foram contatados em suas residências. Foram apresentados os objetivos da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e oferecidas as informações pertinentes. Após a anuência do entrevistado e assinatura do Termo foi conduzida a entrevista.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevalência de indicativo de depressão, entre os idosos residentes na zona rural de Uberaba, correspondeu a 22%. Outros estudos realizados com idosos na zona rural obtiveram resultado inferior, como em um município de Santa Catarina (16,4%)<sup>10</sup> e em Manitoba, no Canadá (9%)<sup>18</sup>.

O enfermeiro, parte integrante da equipe multiprofissional, deve investigar a presença de indicativo de depressão entre os idosos residentes na zona rural. Aqueles que apresentarem indicativo de depressão devem ser encaminhados para avaliação médica, para que se possa confirmar o diagnóstico e estabelecer a terapêutica adequada junto à equipe de saúde.

Salienta-se que as escalas de rastreio de depressão são ferramentas úteis para a detecção de sintomas depressivos entre os idosos e podem servir como subsídio para o planejamento de estratégias de ação que envolvam a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a reabilitação dos acometidos pela doença<sup>19</sup>.

Os dados referentes à caracterização sociodemográfica e econômica desses idosos estão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1:** Distribuição das variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos com indicativo de depressão. Uberaba, Minas Gerais, 2011.

Variáveis		f	%
<b>Sexo</b>	Masculino	68	36,4
	Feminino	119	63,6
<b>Faixa etária</b>	60-70	110	58,8
	70-80	52	27,8
	80 ou mais	25	13,4
<b>Estado Conjugal</b>	Nunca se casou/morou com companheiro	11	5,9
	Víuvo	52	27,8
	Separado/desquitado/divorciado	12	6,4
	Casados	112	59,9
<b>Escolaridade (em anos)</b>	Analfabetos	59	31,6
	1-4	59	31,6
	4-9	65	34,7
	9 ou mais	4	2,1
<b>Renda individual (salário mínimo)</b>	Nenhuma	17	9,1
	<1	7	3,7
	1	89	47,6
	1-13	57	30,5
	3-15	14	7,5
>5	3	1,6	
<b>Atividade profissional</b>	Dona de casa	92	49,2
	Empregada doméstica	2	1,1
	Trabalhador braçal	2	1,1
	Trabalhador rural	29	15,5
	Agricultor	3	1,6
	Outro	9	4,8
	Não exerce	49	26,2
Ignorado	1	0,5	
<b>Residência</b>	Própria – quitada	116	62,0
	Própria – paga prestação	5	2,7
	Paga aluguel	17	9,1
	Cedida	48	25,7
	Ignorado	1	0,5
<b>Mora</b>	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

A maioria dos idosos com indicativo de depressão era do sexo feminino (63,6%), conforme mostra a Tabela 1. Pesquisa desenvolvida com idosos na zona rural de Quebec, no Canadá<sup>9</sup> corrobora a presente investigação. Em mulheres nesta faixa etária, a menopausa pode estar associada à presença de depressão devido a alterações hormonais e, também, a fatores culturais que culminam em uma percepção negativa sobre essa fase da vida. Isso se deve ao fato de que, em muitos casos, as idosas acreditam que esse momento representa o fim de sua vida pessoal e profissional<sup>20</sup>.

Conflitos com familiares ou outras pessoas, isolamento social, dificuldades financeiras, luto, viuvez, presença de doença incapacitante e ausência ou baixa qualidade das relações pessoais também podem ser fatores desencadeantes da depressão e devem ser investigados pelos profissionais de saúde<sup>1</sup>.

Nesta perspectiva, o enfermeiro, especialmente na atenção primária, deve estar atento para as queixas relatadas pelas mulheres. A consulta de enfermagem pode favorecer a identificação de sintomas depressivos, dos fatores causais e de agravos à saúde relacionados a esta morbidade.

Destacam-se as dificuldades vivenciadas na zona rural, como a distância das residências das unidades de saúde e a indisponibilidade de horário das mulheres devido seu envolvimento com atividades no campo e em casa<sup>21</sup>. Esses impasses podem inviabilizar a detecção precoce dos casos de depressão e o acompanhamento das idosas acometidas, pelos profissionais de saúde, agravando o quadro clínico.

Ressalta-se, assim, a importância das visitas domiciliares, a serem realizadas pelo enfermeiro. Durante essa atividade o profissional pode estabelecer um vínculo de confiança, identificar potenciais problemas e realizar educação em saúde com a mulher idosa, bem como com seus familiares, favorecendo o diagnóstico precoce da doença e a terapêutica adequada.

O maior grupo (58,8%) tinha entre 60-70 anos, segundo a Tabela 1. Dados estes consoantes com o estudo de Quebec<sup>9</sup>. Porém, resultados divergentes foram observados em Itajaí (SC), em que o indicativo de depressão predominou entre aqueles com 80 anos ou mais (28,9%), seguido por 60-70 anos (23,7%)<sup>10</sup>. Contudo, em Itajaí (SC) foram considerados os idosos residentes tanto na zona rural, quanto na urbana. O que explicaria, em partes, o maior percentual de octogenários.

A maioria dos idosos era casada ou morava com companheiro (59,9%). Destaca-se que 27,8% eram viúvos, de acordo com a Tabela 1. Pesquisa realizada com idosos com indicativo de depressão, na zona rural da China, evidenciou resultados semelhantes quanto ao predomínio de casados (58,4%), porém verificou-se percentual superior de viúvos (40,5%)<sup>22</sup>.

Investigação conduzida com idosos, no Canadá, obteve que ser casado pode estar associado com a baixa

prevalência de depressão. Contudo, isso ocorre apenas quando prevalece a boa relação entre os cônjuges<sup>9</sup>.

Ao contrário, o luto pela morte do cônjuge é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de um quadro depressivo<sup>1</sup>. Nesse período, o idoso pode vivenciar o sentimento de perda do companheiro e, em muitos casos, sentir-se solitário e desamparado. O enfermeiro deve oferecer apoio e estimular o idoso a participar de atividades que favoreçam a socialização e a manterem-se ativos e independentes.

Predominaram os idosos com 4|-9 anos de estudo (34,7%), seguido daqueles sem escolaridade (31,6%) e com 1-4 anos de estudo (31,6%), conforme a Tabela 1. Pesquisas no Brasil<sup>10</sup> e na China<sup>22</sup> evidenciaram baixo nível educacional entre os idosos com indicativo de depressão que residem na zona rural.

A baixa escolaridade configura-se como um fator agravante das desigualdades sociais e dificulta o acesso e a adequação dos cuidados à saúde. Os idosos que residem na zona rural, frequentemente, apresentam menor nível educacional, o que dificulta a identificação dos serviços de saúde, deixando-os mais vulneráveis<sup>23</sup>, podendo repercutir na piora do quadro clínico.

O maior percentual de idosos apresentou renda individual mensal de um salário mínimo (47,6%), conforme Tabela 1, sendo que para 47,6% a renda era proveniente somente de aposentadoria. Destaca-se que 33,2% se aposentaram devido à idade e 36,9% não havia se aposentado. A baixa renda entre os idosos também foi evidenciada em investigação conduzida com idosos da zona rural de um município de Minas Gerais, na qual 72,3% recebiam um salário mínimo, superior ao obtido nesta investigação<sup>24</sup>.

Apesar do baixo nível econômico, a aposentadoria rural pode significar para o idoso liberdade, autonomia e tranquilidade, por poderem reduzir sua carga de trabalho e terem um recurso a mais de subsistência, já que muitos continuam trabalhando. Para os familiares, a renda proveniente da aposentadoria pode representar a não obrigatoriedade de ter que sustentar o idoso, além de ser uma fonte a mais de renda, que contribuirá para o sustento da família<sup>24</sup>.

Quanto à atividade profissional 49,2% referiram ser *dona de casa*, de acordo com a Tabela 1. Este fato pode estar relacionado ao maior percentual de mulheres idosas nesta pesquisa.

Destacam-se, ainda, os idosos que referiram não exercer nenhuma atividade profissional (26,1%), conforme a Tabela 1. Nesta fase da vida, o tempo que outrora era ocupado pelo trabalho pode ficar ocioso e o idoso pode apresentar sentimento de menos valia dentro do âmbito familiar, por não contribuir mais com seu serviço. Além disso, o término da realização de atividades laborais pode advir da presença de morbidades que comprometem as condições físicas, trazendo sofrimento. O enfermeiro, em conjunto com

a equipe multiprofissional, deve incentivá-lo a realizar atividades que sejam prazerosas, que favoreçam as relações sociais e que o mantenha ativo na vida em comunidade.

Observou-se que a maioria dos idosos satisfaz suas necessidades básicas de vida de maneira regular (50,3%), seguido dos insatisfeitos (25,7%) e muito satisfeitos (23,5%). Acreditam também que outras pessoas da mesma idade encontram-se na mesma situação (52,4%). Este fato pode ter relação com a baixa renda referida pelos idosos.

Destaca-se que, apesar de a maioria de idosos (62%) residir em casa própria, 25,7% moravam em domicílios cedidos, o que pode favorecer maior insegurança e instabilidade emocional e psicológica ao idoso. Dificuldades econômicas vivenciadas pelos idosos em conjunto com eventos estressores da vida diária são considerados fatores predisponentes para depressão<sup>1</sup>.

A ESF com o suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) deve estar atenta para as necessidades de saúde e de suporte social dos idosos residentes na zona rural, destacando-se aqueles com indicativo ou diagnóstico de depressão. Nesse sentido, o enfermeiro da ESF deve, sempre que necessário, verificar a possibilidade de encaminhar os idosos que necessitam de suporte social ou de um atendimento à saúde especializado, para avaliação de um profissional vinculado ao NASF, como no caso dos assistentes sociais e psicólogos. Contudo, ainda que não tenha sido foco principal deste estudo, observou-se que o município em questão ainda não conta com a participação dos NASFs na zona rural.

Predominaram os idosos que moram somente com o cônjuge (42,2%), segundo a Tabela 1, divergindo de pesquisa em Itajaí (SC), em que predominaram aqueles residindo com parentes, como filhos<sup>10</sup>.

Destaca-se que 18,2% residiam sozinhos, de acordo com a Tabela 1. Estudo realizado com idosos da zona

rural da China registrou que viver sozinho foi um dos fatores de risco para escores mais elevados na escala de depressão geriátrica, e para a maior probabilidade do idoso apresentar depressão leve ou grave<sup>22</sup>.

Em áreas rurais, viver sozinho pode trazer dificuldades diárias à rotina do idoso que, muitas vezes, requer a companhia de alguém para acompanhá-lo aos serviços de saúde ou sociais, seja por apresentarem condição física debilitada, menor nível de escolaridade ou por necessidade de um meio de transporte. Além disso, a presença do cônjuge ou de outros membros da família pode favorecer o incentivo ao autocuidado e a continuidade do tratamento para depressão de maneira adequada.

Referente à autoavaliação da QV, o maior percentual (51,9%) considerou como nem ruim nem boa; seguido por aqueles que a consideraram como boa (36,9%). Entre os idosos, 41,7% relataram estar satisfeitos com a sua situação de saúde e 36,9%, referiram estar nem satisfeito e nem insatisfeito. A relação entre QV e intensidade de sintomas depressivos e/ou níveis de desesperança no idoso é estreita. Quem avalia sua QV como negativa tende a apresentar mais sintomas depressivos; quem possui pensamentos positivos e esperança pode alcançar uma melhor condição de saúde<sup>25</sup>.

Os resultados referentes à mensuração da QV pelo WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD encontram-se na Tabela 2.

Na mensuração da QV pelo WHOQOL-BREF, obteve-se maior escore médio no domínio relações sociais (64,37), segundo a Tabela 2.

Esse domínio avalia a satisfação do idoso com as relações pessoais, suporte social e com a atividade sexual<sup>14</sup>. Na zona rural investigada, a relação de amizade estabelecida com vizinhos próximos e o vínculo com a família pode ter contribuído para esse resultado. Além disso, o maior percentual de idosos casados

**TABELA 2:** Distribuição dos escores de QV, dos idosos com indicativo de depressão, por meio do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Uberaba, Minas Gerais, 2011.

Escores de QV	Média	Desvio padrão	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo
WHOQOL-BREF					
Físico	55,39	15,32	57,14	14,29	85,71
Psicológico	57,38	12,85	58,33	20,83	83,33
Relações sociais	64,37	14,13	66,67	25	91,67
Meio ambiente	53,45	11,68	50	21,88	90,63
WHOQOL-OLD					
Funcionamento dos sentidos	59,12	23,03	56,25	12,5	93,75
Autonomia	58,19	19,75	62,5	0	100
Atividades passadas, presentes e futuras	61,63	13,53	62,5	25	87,5
Participação social	57,76	12,46	56,25	25	81,25
Morte e morrer	63,15	26,22	68,75	0	100
Intimidade	66,45	18,39	75	12,5	100

pode favorecer a manutenção da atividade sexual nesta faixa etária.

O menor escore foi obtido no domínio meio ambiente (53,45), conforme a Tabela 2. Corroborando esse resultado, estudo comparativo que avaliou a QV de idosos na zona rural e urbana de um município da Paraíba ressaltou que o domínio meio ambiente apresentou a menor média quando analisada somente a zona rural<sup>4</sup>.

Esse domínio refere-se a questões que envolvem segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação e lazer, poluição, barulho, trânsito e clima, e transporte<sup>14</sup>.

Considerando esses fatores, a realidade vivenciada na localidade investigada como dificuldades com meios de transporte, distância das residências dos serviços de saúde e poucas oportunidades de atividades de lazer e recreação podem ter contribuído para os resultados obtidos.

Nessa perspectiva, a ESF pode, por meio de visitas domiciliares, avaliar as reais necessidades dessa população e identificar os fatores relacionados ao maior impacto do ambiente na QV, discutindo estratégias para minimizá-los. Além disso, o enfermeiro pode aproveitar espaços de acesso comum na comunidade para desenvolver atividades de lazer como dança, bazares e grupos educativos que forneçam e compartilhem informações e experiências.

No WHOQOL-OLD evidenciou-se maior escore médio na faceta intimidade, de acordo com a Tabela 2. Esta faceta avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas<sup>15</sup>. Esses achados podem ter relação com o maior percentual de idosos que convivia com o cônjuge e/ou com os filhos, favorecendo os laços de afetividade.

Estudo internacional verificou que a maior satisfação com a relação conjugal pode contribuir para menores índices de depressão entre idosos<sup>26</sup>. Na prática profissional do enfermeiro ainda observa-se um despreparo para lidar com questões que envolvam as relações pessoais e a própria sexualidade nesta faixa etária. Desse modo, faz-se necessária a qualificação profissional para que o mesmo seja capaz de prestar atendimento integrado e holístico a essa população.

A faceta participação social apresentou o menor escore (57,76), conforme a Tabela 2. Esta faceta avalia a satisfação para a capacidade de realizar atividades e a participação na comunidade<sup>15</sup>. A participação em sociedade pode favorecer as relações sociais, aumentar a rede de apoio e autoestima do idoso, fazendo com que se sintam útil e valorizado na comunidade.

Estudo comparativo conduzido na zona rural da Índia verificou maiores escores neste domínio entre os idosos que não se sentiam abandonados por familiares e amigos do que entre aqueles que tinham esse sentimento<sup>27</sup>.

A criação de programas que promovam atividades compatíveis às necessidades e interesse da população idosa, e que considerem possíveis limitações pessoais, poderia reduzir a presença de sintomas depressivos nesta faixa etária<sup>6</sup>.

As cooperativas rurais, existentes na localidade estudada, podem ser consideradas uma alternativa relevante para o envolvimento desses idosos em atividades como a produção de doces, outros alimentos e artesanatos que, posteriormente, são comercializados em eventos produzidos na comunidade. Essas atividades podem fortalecer as relações sociais entre eles e os manterem ativos na sociedade.

## CONCLUSÃO

Observou-se que aproximadamente um quarto dos idosos apresentou indicativo de depressão, prevalecendo entre as mulheres, idosos mais jovens, casados, residindo apenas com o cônjuge, com escolaridade média e baixa renda proveniente de aposentadoria. O maior percentual satisfazia suas necessidades básicas de maneira regular e consideraram sua situação financeira igual à de outros da mesma idade. A avaliação da QV pelo WHOQOL-BREF evidenciou maiores escores no domínio relações sociais e menores no domínio meio ambiente. No WHOQOL-OLD os maiores escores referiram-se à faceta intimidade e, os menores, à participação social.

A qualificação do enfermeiro faz-se primordial para que a atuação profissional seja efetiva, considerando as peculiaridades no atendimento dessa faixa etária e os fatores que poderiam desencadear a depressão, levando em conta o ambiente em que vivem.

Por se tratar de um estudo transversal não foi possível estabelecer a relação de causa e efeito entre as variáveis estudadas. Contudo, conhecer as características dos idosos que residem na zona rural poderá contribuir para a realização de ações efetivas de promoção da saúde, prevenção de agravos que acarretem na depressão ou que sejam consequência desta doença e que propiciem a reabilitação dos acometidos, refletindo em melhorias na QV.

Visando diagnosticar os casos de depressão e favorecer o estabelecimento da terapêutica adequada pela equipe de saúde, foi entregue em cada ESF uma lista com o nome e endereço daqueles identificados com indicativo de depressão. Foram apresentados e discutidos os resultados da pesquisa maior com cada ESF, enfatizando a temática da depressão.

Ressalta-se a necessidade de estabelecer o diagnóstico destes casos visando implementar a terapêutica adequada. Acredita-se que o enfermeiro possa contribuir por meio da identificação desta morbidade bem como nos aspectos mais impactados na sua QV.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Vilela AL, Moares EN, Lino V. Grandes Síndromes Geriátricas. In: Borges APA, Coimbra AMC, organizadores. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2008. p.193-268.
3. Carreira L, Botelho MR, Matos PCB, Torres MM, Salci MA. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:268-73.
4. Martins CR, Albuquerque FJB, Gouveia CNNA, Rodrigues CFF, Neves MTS. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estud Interdiscip envelhec*. 2007; 11:135-54.
5. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2006; 55:26-33.
6. Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Rev Saude Publica*. 2006; 40:734-6.
7. Pinho MX, Custodio O, Makdisse M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2009; 12:123-40.
8. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (whoqol): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41:1403-9.
9. Tahiri SM, Zunzunegui MV, Prévaille M, Dubé M. Social relationships and depression among people 65 years and over living in rural and urban areas of Quebec. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009; 24:1226-36.
10. Pereira SP. Prevalência de depressão na população idosa de Itajaí (SC): relação com variáveis biopsicossociais [trabalho de conclusão de curso]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2005.
11. Moraes EP. Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul – RS [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2007.
12. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52:1-7.
13. Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil. Assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community [these doctor]. London (UK): London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1987.
14. 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.
15. 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.
16. Frank MH, Rodrigues NL. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 376-87.
17. Almeida OP, Almeida AS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57:421-6.
18. John PD, Blandford AA, Strain LA. Depressive symptoms among older adults in urban and rural areas. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006; 21:1175-80.
19. Siqueira GR, Vasconcelos DT, Duarte GC, Arruda IC, Costa JAS, Cardoso RO. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciênc saúde coletiva*. 2009; 14:253-9.
20. Silva MNM, Brito LMO, Chein MBC, Brito LGO, Navarro PAAS. Depressão em mulheres climatéricas atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. *Rev Psiquiatr*. 2008; 30:150-4.
21. Budó MLD, Saube R. Modo de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. *Texto contexto - enferm*. 2005; 14:177-85.
22. Gao S, Jin Y, Unverzagt FW, Liang C, Hall KS, Ma F, et al. Correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009; 24:1358-66.
23. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso dos serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23:2490-502.
24. Tavares VO, Teixeira KMD, Wajnman S, Loreto MDS. Interface entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. *Texto contexto - enferm*. 2011; 10:94-108.
25. Trentini CM. Qualidade de vida em idosos [tese de doutorado]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
26. Dias JPB. A satisfação conjugal, a depressão e a sexualidade na terceira idade [dissertação de mestrado]. Porto (Por): Universidade do Porto; 2009.
27. Sudnongbua S, LaGrow S, Boddy J. Feelings of abandonment and quality of life among older persons in rural northeast Thailand. *J Cross Cult Gerontol*. 2010; 25:257-69.