

Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas

Salud mental y calidad de vida de personas mayores

Mental health and quality of life of elderly people

• Jussara Marília Gato¹ • Leoni Terezinha Zenevycz² • Valéria Silvana Faganello Madureira³ • Tatiana Gaffuri da Silva⁴ • Kátia Lilian Sedrez Celich⁵ • Sílvia Silva de Souza⁶ • Marcela Martins Furlan de Léo⁷ •

•1• São Carlos (Santa Catarina, Brasil).
Correio eletrônico: j.mg@hotmail.com

•2• Universidade Federal da Fronteira Sul.
Chapecó (Santa Catarina, Brasil). Correio
eletrônico: leoni.zenevycz@uffs.edu.br

•3• Universidade Federal da Fronteira
Sul. Chapecó (Santa Catarina, Brasil).
Correio eletrônico:
valeriamadureira2005@hotmail.com.br

•4• Universidade Federal da Fronteira Sul.
Chapecó (Santa Catarina, Brasil). Correio
eletrônico: tatiana.silva@uffs.edu.br

•5• Universidade Federal da Fronteira
Sul. Chapecó (Santa Catarina, Brasil).
Correio eletrônico:
katia.celich@uffs.edu.br

•6• Universidade Federal da Fronteira Sul.
Chapecó (Santa Catarina, Brasil). Correio
eletrônico: silvia.souza@uffs.edu.br

•7• Universidade Federal da Fronteira Sul.
Chapecó (Santa Catarina, Brasil). Correio
eletrônico: marcela.leo@uffs.edu.br

Recibido: 25/10/2017 Aprobado: 12/10/2018

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.68498>



Resumo

Objetivo: avaliar o estado de saúde mental, índice de depressão, humor e qualidade de vida (qv) de idosos.

Metodologia: estudo transversal quantitativo com 122 pessoas com mais de 60 anos atendidas pela atenção primária. Os dados foram coletados com inventários de avaliação da qv (WHOQOL-OLD/WHOQOL-BREF), Escala de Depressão Geriátrica, questionário sociodemográfico e clínico e analisados com estatística descritiva.

Resultados: a maioria se considera saudável, embora 40,2 % apresentem agravos à saúde; 55,6 % usam ansiolíticos e antidepressivos; 61,5 % apresentaram depressão associada estatisticamente ao estado civil viúvo/solteiro/divorciado, sexo feminino, viver sozinho, não praticar atividades de lazer e comunitárias. A depressão foi inversamente associada ao estado civil casado, residir com outras pessoas e prática de atividade física/lazer. Houve forte associação entre aumento da intensidade dos sintomas depressivos e diminuição da qv em todos os domínios. A satisfação com a qv foi moderada, com maior pontuação em 'relações sociais' e menor no domínio 'físico'. No WHOQOL-OLD, escores médios mais elevados nos domínios 'intimidade' e 'participação social' e menor escore no domínio 'morte e morrer'.

Conclusões: percepção de melhor qv associa-se à idade, estado civil, autopercepção de 'estar saudável' e ausência de depressão. Consumo de tabaco relaciona-se à pior qv em todos os domínios. A relação entre consumo de álcool e melhor avaliação no domínio 'morte e morrer' precisa ser elucidada.

Descritores: Idoso; Saúde Mental; Qualidade de Vida; Depressão (fonte: Decs Bireme).

Resumen

Objetivo: evaluar estado de salud mental, índice de depresión, humor y calidad de vida (cv) de ancianos.

Metodología: estudio transversal cuantitativo realizado con 122 personas con más de 60 años, atendidas por la atención primaria. Los datos se recolectaron con inventarios de evaluación de cv (WHOQOL-OLD/WHOQOL-BREF), Escala de Depresión Geriátrica y cuestionario sociodemográfico y clínico. El análisis de los datos se ejecutó mediante estadística descriptiva.

Resultados: la mayoría se considera saludable, aunque el 40,2 % presenta agravios a la salud, 55,6 % utiliza ansiolíticos y antidepressivos y 61,5 % presenta depresión, asociada estadísticamente a pertenecer al sexo femenino, estado civil viudo/soltero/divorciado, vivir solo y no practicar actividades de ocio y comunitarias. La depresión fue inversamente asociada al estado civil casado, residir con otras personas y a la práctica de actividad física y de ocio. Hubo fuerte asociación entre aumento de la intensidad de los síntomas depresivos y disminución de la cv en todos los ámbitos. La satisfacción con su cv fue moderada, con mayor puntuación en 'relaciones sociales' y menor en el dominio 'físico'. En WHOQOL-OLD hubo puntuaciones medias más altas en los dominios 'intimidad' y 'participación social' y menor puntuación en el dominio 'muerte y morir'.

Conclusión: la percepción de mejor cv se asocia a la edad, estado civil, autopercepción de 'estar saludable' y ausencia de depresión. Tabaquismo se relaciona con peor cv en todos los ámbitos. La relación entre consumo de alcohol y mejor evaluación en el dominio 'muerte y morir' necesita ser elucidada.

Descriptorios: Anciano; Salud Mental; Calidad de Vida; Depresión (fuente: Decs Bireme).

Abstract

Objective: to evaluate the state of mental health, depression mood index and the quality of life (QoL) of the elderly.

Methodology: a quantitative cross-sectional study was carried out with 122 people over 60 years old attended by primary care. Data were collected with QoL (WHOQOL-OLD/WHOQOL-BREF), and Geriatric Depression Scale inventories with socio-demographic and clinical questionnaires. Descriptive statistics were used in data analysis.

Results: most are considered healthy, although 40,2 % present health problems; 55,6 % use anxiolytics and antidepressants; 61,5 % presented depression, statistically associated with belonging to the female sex, widowhood/single/divorced status, living alone and not practicing leisure and community activities. Depression was inversely associated with marital status, living with other people and practicing physical activity and leisure. There was a strong association between increased intensity of depressive symptoms and decreased QoL in all domains. Satisfaction with their QoL was moderate, with a higher score in 'social relations' and lower in the 'physical' domain. In the WHOQOL-OLD, higher mean scores were identified in the 'intimacy' and 'social participation' domains and lower score in the 'death and dying' domain.

Conclusion: the perception of better QoL is associated with age, marital status, self-perception of 'being healthy' and absence of depression. Tobacco use is associated with poorer QoL in all domains. The relation between alcohol consumption and better evaluation in the 'death and dying' domain needs to be clarified.

Descriptors: Aged; Mental Health; Quality of Life; Depression (source: Decs Bireme).

Introdução

No Brasil, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais cresceu rapidamente e em 2050 a população idosa poderá ser equivalente à de 0-14 anos (1). No país, a população tem envelhecido mais nas regiões Sul e Sudeste. No Sul são 15,9 % de idosos e em Santa Catarina, região Sul, são 656 mil idosos (2).

Essa transição demográfica repercute no viver em sociedade, com limitação na mobilidade, desenvolvimento de doenças e agravos crônicos não transmissíveis e surgimento de estados permanentes ou de longo comprometimento à saúde dos cidadãos. Tais situações requerem acompanhamento multiprofissional permanente por serem incuráveis e limitantes, frequentemente associadas às comorbidades, comprometendo a QV e a funcionalidade dos idosos e com grande impacto social (3).

Para evitar comprometimentos e restrições, políticas públicas focalizadas no envelhecimento ativo e saudável e na senescência devem contemplar medidas para favorecer o alcance de idades avançadas com melhor saúde e bem-estar (3). As políticas nacionais de atenção básica, atenção à saúde da pessoa idosa, promoção da saúde e humanização no SUS pretendem subsidiar o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial promovendo condições de saúde à população que envelhece.

Assim, este estudo avaliou o estado de saúde mental, índice de depressão, humor e a QV de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do oeste catarinense.

Metodologia

Estudo transversal quantitativo realizado em município do oeste catarinense, Brasil, com 10 371 habitantes (2), dos quais 1 694 são idosos. A amostra aleatória selecionada por sorteio incluiu 122 pessoas idosas de ambos os sexos, sem déficit de cognição, de diferentes faixas etárias, moradores do município, participantes/não participantes de grupos de convivência de idosos e atendidos pela APS. Todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados ocorreu em 2015 nos grupos de convivência, em mais de uma ocasião em cada grupo e cada período de coleta estendeu-se por quatro horas.

Os dados foram gerados com os instrumentos WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF, Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e questionário sociodemográfico e clínico. A GDS é complemento no diagnóstico e conhecimento da saúde mental de idosos (4). O WHOQOL-OLD avalia QV de idosos a partir da auto-percepção da QV considerando os últimos quinze dias. O WHOQOL-BREF tem 26 questões e estabelece comparação entre as frequências observadas (5).

A estatística descritiva foi utilizada na análise dos dados. A simetria das distribuições contínuas foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para a análise bivariada entre variáveis qualitativas utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson. Para as variáveis contínuas aplicou-se o teste *t-Student* e de Mann Whitney quando a comparação ocorreu entre dois grupos independentes. Para comparação entre três ou mais grupos utilizou-se a análise de variância (*one way*)-*Post Hoc* Tukey ou o teste de Kruskal Wallis-*Post Hoc* Dunn. Utilizou-se o *software* Statistical Package to Social Sciences for Windows 17.0. Para critérios de decisão adotou-se o nível de significância de 5 %.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidad Nacional de Entre Ríos sob a resolução CD n.o 462/20015.

Resultados e discussão

A idade dos participantes variou de 60-99 anos (média: 70,8 anos), com homens e mulheres igualmente distribuídos e maior concentração nas faixas de 60-69 anos (61,9 %). Naturais de Santa Catarina (83,5 %), casados (39,7 %) e viúvos (38,8 %), com filhos (98,4 %). A maioria (76,9 %) reside com outras pessoas. O ensino fundamental incompleto prevaleceu (85,1 %). A maioria (98,2 %) é aposentada e da agricultura (46,7 %), considera-se religiosa (95,9 %) e recebe algum apoio de familiares (94,3 %), tal como suporte emocional, apoio econômico/emocional/instrumental e econômico/emocional. O apoio familiar ao idoso engloba a manutenção e integridade da saúde física e psicológica, melhorando socialização, cuidados, autoestima, sentimento de pertencimento e auxílio no enfrentamento de adversidades e na recuperação da saúde (6).

Atividade física é realizada por 47,5 %, prevalecendo caminhada e hidroginástica. No lazer (86,1 %) predominam passeios, jogos de carta/bocha/bolão, viagens e danças/festas/matinês. Na participação em atividades comunitárias, relatada por 75,4 %,

destacam-se grupo de idosos, grupo de liturgia/igreja/orações/carismáticos e coral. Tal participação indica comprometimento com atividades sociais, fator determinante para a sensação de bem-estar físico e mental (7).

Os participantes fumam (35 %), são ex-fumantes (28,1 %) e 60,7 % consomem bebida alcoólica, dos quais 51,4 % o fazem na frequência de uma vez por semana. Dos idosos, 53,5 % é chefe da família, com renda familiar de até dois salários mínimos (54,4 %). Consideraram-se saudáveis (82,2 %), ainda que 40,2 % tenham problemas de saúde (hipertensão arterial, agravos osteomusculares e relacionados ao sistema nervoso central). Usam medicamentos (43,0 %) principalmente antibióticos/anti-inflamatórios, anti-hipertensivos, hipoglicemiante injetável e antidepressivos.

A avaliação GDS (Tabela 1) indica características depressivas em 61,5 % dos idosos. A mediana (11,5 pontos) determina depressão leve ou moderada. A depressão provoca mudanças de humor e interfere na QV, é comum em idosos, mas não faz parte do curso normal do envelhecimento (8, 9).

Tabela 1. Distribuição da classificação dos participantes de acordo com o instrumento Escala de Depressão Geriátrica

Depressão	n	%
Severa	6	4,9
Moderada	69	56,6
Ausência	47	38,5
TOTAL	122	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Depressão interfere na qualidade de vida, gerando maior busca pelos serviços de saúde, baixa adesão ao tratamento, descaso pelo autocuidado e maior propensão ao suicídio (10, 11). Em Porto Alegre, estudo indicou prevalência de depressão em 30,6 %, com predomínio de mulheres (63,8 %) (12). Estudo em Portugal apontou sintomas leves a severos de depressão em 73,5 % (13). Idosos com depressão relatam tristeza, melancolia e sensação de abandono, comprometendo a autonomia e agravando as doenças preexistentes (9, 14).

O WHOQOL-OLD indicou QV geral ligeiramente superior ao nível médio do instrumento (50,0 %), com escore médio mais elevado nos domínios 'intimidade' e 'participação social', indicando melhor desempenho em relacionamentos íntimos e pessoais, uso

do tempo e oportunidade de participar em atividades comunitárias. A menor pontuação média no domínio 'morte e morrer' indica leves preocupações e medos sobre o tema. Estudo feito com idosos portugueses e brasileiros levou os autores a inferir que os idosos brasileiros não estão preocupados com a morte ou com medo de morrer, mas temem sofrer dor antes de morrer, o que se reflete na sua percepção sobre a sua qualidade de vida (15).

Nascer, viver, envelhecer e morrer são ciclos subjetivos, abstratos e pessoais da vida, que sofrem influências temporais e socioculturais manifestadas de maneira própria por indivíduos diferentes, o que torna o envelhecimento uma construção individual. As preocupações manifestadas pelos idosos estão em parte relacionadas com a forma como o processo de morte e morrer ocorrerá, já que a morte se associa a dores físicas e emocionais, bem como ao medo de morrer sozinho (16).

A média do escore geral WHOQOL-BREF apontou satisfação moderada para a QV, com maior pontuação nas relações sociais e menor no domínio 'físico'. As relações sociais são fatores de prevenção para a saúde física e mental no processo de envelhecimento, impactando positivamente na QV (17, 18). Idosos sem contato com amigos, vizinhos e familiares podem apresentar sintomas depressivos (19).

A rede social diminui a solidão e idosos que a mantêm ativa garantem a manutenção da saúde, alívio do estresse e evitam a depressão (20). Ansiedade e depressão são agravos psiquiátricos muito comuns em idosos, associados a suporte social negativo ou insuficiente, o que reforça a importância das redes sociais para a redução destes problemas de saúde (21).

Análise inferencial: correlação entre WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF e Escala de Depressão Geriátrica

A Tabela 2 aponta diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios do escore geral. No domínio físico, a capacidade funcional está fortemente associada ao grau de depressão. Idosos com limitações no ambiente físico têm cinco vezes mais chances de desenvolver depressão e o meio ambiente favorável influencia na percepção da QV (22). Houve diferença entre as pontuações médias para QV nas três classificações para depressão no escore geral WHOQOL-BREF. A depressão diminui globalmente a avaliação de todos os domínios da QV e há evidências de que idosos com depressão a percebem

negativamente (23). No presente estudo, idosos sem depressão ou com depressão leve demonstram percepção melhor da QV no domínio 'físico' em relação àqueles com depressão severa, indicando menor impacto nas atividades de vida cotidiana e no bem-estar.

No domínio psicológico é reforçada a associação entre QV na velhice e capacidade de transcender limitações e adversidades, estar bem consigo, adaptar-se às mudanças do envelhecimento e à capacidade de interação social. Tem melhor percepção de QV o idoso que percebe que as mudanças do envelhecimento podem ser vivenciadas/superadas de forma positiva (24).

Os grupos sem depressão e com depressão moderada apresentam pontuações médias distintas para QV no domínio 'relações sociais', o que evidencia os benefícios da socialização e do apoio sobre o estado psíquico. No grupo com pontuação GDS sem depressão, a QV em 'relações sociais' mostrou-se significativamente maior que no domínio 'físico'. Naqueles com depressão moderada, a diferença significativa foi comprometida no domínio 'físico' em comparação aos demais. No grupo com depressão severa, a percepção de QV mais elevada ocorreu

significativamente nos domínios 'meio ambiente' e 'relações sociais', enquanto foi menor no 'físico'. Os dados reforçam a ideia de que capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual e autoproteção de saúde têm relação direta com QV e diminuição dos sintomas depressivos, tal como indicado em outro estudo (25).

No WHOQOL-OLD, os resultados no domínio 'funcionamento sensorial' reiteram o impacto das alterações biológicas na autonomia e nas relações sociais. No domínio 'autonomia', os dados indicam o ciclo bilateral de influências entre dependência em atividades cotidianas e depressão. No domínio 'passado-presente-futuro', a percepção de QV é menor naqueles com depressão severa. A relação percebida pelo idoso entre seus feitos e suas projeções futuras é decisiva para a QV (26). O domínio 'participação social' indica que idosos participantes de grupos de convivência têm escores maiores em todas as facetas do WHOQOL-OLD.

A pontuação GDS indica maior comprometimento da QV no domínio 'morte e morrer' para todos os idosos. Escores negativos para QV demonstram que os idosos temem a morte devido à perda dos cônjuges e amigos (27).

Tabela 2. Média, desvio padrão e mediana para as pontuações dos domínios para QV WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, segundo a classificação para depressão GDS, em idosos do oeste catarinense, 2015.

Qualidade de vida	Classificação GDS									p [‡]
	Normal (n=47)			Depressão moderada (n=69)			Depressão severa (n=6)			
	Média	DP	Me	Média	DP	Me	Média	DP	Me	
WHOQOL-OLD										
Habilidades sensoriais	53,2a	10,2	56,3	49,8a	12,2	50,0	39,6b	11,6	40,6	0,018
Autonomia	56,5a	11,6	56,3	54,1a	11,3	56,3	42,7b	10,8	40,6	0,022
Passado-presente-futuro	62,9a	9,3	62,5	58,5a	9,8	62,5	44,8b	12,8	46,9	<0,001
Participação social	61,6a	8,3	62,5	61,4a	11,1	62,5	43,8b	19,0	43,8	0,001
Morte e morrer	42,6a	27,0	37,5	35,3a	21,8	37,5	8,3b	12,9	0,0	0,004
Intimidade	66,0a	9,4	68,8	59,6b	14,8	62,5	47,9c	10,9	43,8	0,001
Escore total	57,1a	8,3	55,2	53,2a	8,8	52,1	37,8b	10,5	35,4	<0,001
WHOQOL-BREF										
D físico	63,0a	11,4	64,3	52,9b	14,2	53,6	28,0c	7,3	28,6	<0,001
D psicológico	67,4a	7,2	66,7	62,0a	12,8	62,5	43,1b	10,1	41,7	<0,001
D relações sociais	69,1a	9,1	66,7	63,7a	13,6	66,7	47,2b	6,8	45,8	<0,001
Meio ambiente	65,5a	7,5	65,6	60,7a	9,5	59,4	52,1b	9,2	53,1	<0,001
Escore geral	66,2a	6,3	65,3	59,8b	10,8	60,4	42,6b	5,9	43,8	<0,001

[‡]Teste de Kruskal Wallis – Post Hoc Dunn, onde médias seguidas de letras iguais na linha não diferem uma significância de 5%.

Fonte: dados da pesquisa.

No domínio 'intimidade', que avalia a capacidade de manter relações pessoais e íntimas, a pontuação média daqueles sem depressão mostrou-se significativamente maior. Estudo desenvolvido em Uberaba indicou melhor qv neste domínio para aqueles que moravam acompanhados, os quais também apresentaram melhores condições de saúde (28). Já pesquisa com idosos portugueses e brasileiros observou alto escore no domínio 'intimidade' nos idosos brasileiros, o que indica sua importância na percepção de qv (15). Em estudo com idosos residentes em cinco instituições de longa permanência do Distrito Federal, 49 % apresentava depressão de leve a severa, o que estava associado à insatisfação do idoso com a instituição em que reside. Para os autores, ser obrigado a conviver com estranhos pode explicar a insatisfação (14). Estabelecendo relação com o presente estudo pode-se inferir que a associação entre depressão e insatisfação decorre da falta de intimidade, de relações pessoais e íntimas.

Na correlação entre GDS e WHOQOL-BREF (Tabela 3) houve forte associação inversa, pois quando aumentou a intensidade de sintomas depressivos, houve forte tendência à diminuição da qv em todos os domínios. Resultados semelhantes foram obtidos em outros estudos (10, 22, 24), que demonstraram a mesma tendência de aumento dos sintomas depressivos associados a pior avaliação da qv.

Não houve associação significativa entre sexo e depressão, embora o sexo masculino predomine no grupo 'sem depressão' e o feminino apresente majoritariamente depressão severa, o que corrobora outro estudo (27). A faixa etária foi significativa no WHOQOL-OLD no domínio 'autonomia', onde a qv foi melhor nos grupos de 66-69 anos e com 70 anos ou mais.

O estado conjugal está significativamente associado à depressão. Casados classificam-se como sem depressão, enquanto divorciados/separados/desquitados e viúvos apresentam depressão moderada. Estar casado influencia favoravelmente o estado de saúde dos idosos (19). O grupo sem depressão se mostrou significativamente associado ao domínio 'morar ou não sozinho'.

No WHOQOL-OLD, melhor qv ocorreu nos grupos de 66-69 anos com convivência marital. No domínio 'intimidade', a pontuação média entre os casados e com convivência marital foi significativamente superior que nos demais estados conjugais. Morar

sozinho ou com outros não foi estatisticamente significativo, evidenciando o papel positivo de um parceiro íntimo, mas não de outros vínculos para a qv dessa população e corroborando os achados de outro estudo brasileiro (28). Estudo aponta menor escore de qv na faceta 'intimidade' e maior escore na faceta 'morte e morrer' nos idosos que moravam sozinhos (29).

Tabela 3. Média, desvio padrão e mediana para as pontuações dos domínios para qv WHOQOL-BREF e OLD, segundo a classificação para depressão GDS em idosos do oeste catarinense (2015).

Qualidade de vida	Coeficiente de correlação - GDS	
	r	p
Whoqol-OLD		
Habilidades sensoriais (HS)	-0,390**	<0,001
Autonomia (AUT)	-0,324**	<0,001
Passado-presente-futuro (PPF)	-0,497**	<0,001
Participação social (PS)	-0,404**	<0,001
Morte e morrer (MM)	-0,218*	0,017
Intimidade (INT)	-0,490**	<0,001
Escore total	-0,521**	<0,001
Whoqol-Bref		
D físico (Fis)	-0,649**	<0,001
D psicológico (Psic)	-0,610**	<0,001
D relações sociais (RS)	-0,517**	<0,001
Meio ambiente (MA)	-0,454**	<0,001
Escore geral	-0,662**	<0,001

**†Teste de Kruskal Wallis – Post Hoc Dunn, onde médias seguidas de letras iguais na linha não diferem uma significância de 5%.

Fonte: dados da pesquisa.

A prática de alguma religião mostrou-se independente da depressão, enquanto a participação comunitária mostrou associação com depressão. Resultados do domínio 'participação social' do WHOQOL-OLD indicam que idosos com participação comunitária têm melhor percepção de qv positiva. Resultados semelhantes são sugeridos no domínio 'passado-presente-futuro'.

No WHOQOL-BREF, o escore médio para qv mostrou-se significativamente mais elevado nos domínios 'físico', 'meio ambiente' e no escore geral. Idosos com menos patologias apresentam escores melhores no domínio físico do instrumento WHOQOL-BREF (26).

A prática de atividade física se mostrou relevante para a qv no WHOQOL-OLD e no WHOQOL-BREF. O grupo com depressão severa mostrou maior inclinação ao sedentarismo. A atividade física é

benéfica para a QV de idosos e sobre seu estado mental, pois ativa mediadores químicos com efeito calmante e relaxante, diminuindo os efeitos nocivos da depressão (3, 30).

Nas comparações de QV e renda, a única diferença relevante foi observada no domínio 'autonomia' do WHOQOL-OLD, pois idosos com rendimento de três ou mais salários mínimos apresentaram melhor percepção para QV. Houve associação entre idosos sem depressão e percepção de si como saudáveis. Aqueles que se declararam saudáveis apresentaram escores médios de QV mais elevados que aqueles que se caracterizaram como doentes. No WHOQOL-OLD, diferenças significativas ocorreram nos domínios 'habilidades sensoriais', 'participação social', 'intimidade' e no escore total OLD. No WHOQOL-BREF houve diferenças significativas em todos os domínios e no escore geral. Sintomas depressivos e sua intensidade determinam a avaliação negativa da QV de idosos (23, 24). Houve também associação do grupo sem depressão com não percepção de doença e do grupo depressão severa, com percepção de doença. O WHOQOL-OLD apontou melhor percepção para QV no grupo sem problemas de saúde. Doenças crônicas fazem com que idosos declarem ter saúde ruim (24, 25, 31).

Presente em todos os grupos, o tabagismo não apresentou associação estatística significativa com depressão. Nos instrumentos WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF, não fumantes apresentaram percepção de QV mais elevada. Estudos apontam forte associação entre tabagismo e sintomas depressivos, gerando percepção diminuída de QV (17, 18) e relação do tabagismo com menores escores no WHOQOL-BREF (4).

O WHOQOL-OLD indicou melhor percepção sobre QV no domínio 'morte e morrer' dos idosos que consomem habitualmente bebidas alcoólicas. A ingestão de álcool, comum em idosos, é pouco diagnosticada e incide sobre agravos que acometem o idoso gerando comorbidades e complicações clínicas. O WHOQOL-BREF não apontou diferenças estatisticamente consideráveis entre consumo de álcool e QV, diferentemente de estudo (6) que indica relação inversa entre QV e consumo de álcool. O consumo moderado de álcool pelas idosas associou-se negativamente com melhor autoavaliação da saúde. Mulheres idosas são mais propensas aos efeitos do álcool e a processos de vulnerabilidade social, além de enfrentarem mais preconceitos do que idosos do sexo masculino (18).

Considerações finais

A correlação GDS-WHOQOL-BREF evidenciou forte associação entre aumento da intensidade dos sintomas depressivos e diminuição da QV em todos os domínios. O WHOQOL-BREF revelou satisfação moderada dos idosos com sua QV, com maior pontuação no domínio 'relações sociais' e menor no 'físico', onde dor, desconforto, falta de energia e fadiga, falta de sono e repouso prejudicam a mobilidade e o desempenho em atividades cotidianas. No WHOQOL-OLD houve escores médios mais elevados nos domínios 'intimidade' e 'participação social' e menor escore no domínio 'morte e morrer'.

A percepção de melhor QV associa-se a idade, estado civil, autopercepção de 'estar saudável' e ausência de depressão. A relação entre consumo de álcool e melhor avaliação no domínio 'morte e morrer' precisa ser elucidada. O tabaco está relacionado à pior QV em todos os domínios.

O estudo é original por avaliar estado mental e QV de idosos correlacionando múltiplas variáveis independentes. É relevante porque amplia o conhecimento sobre QV de idosos e seu funcionamento psicossocial. Limitações biológicas, perdas cognitivas e afetivas e isolamento maximizam a vulnerabilidade dos idosos para depressão e prejudicam sua QV, comprometendo sua funcionalidade e gerando dependência social.

Os resultados sinalizam a necessidade de diferentes profissionais incluírem idosos em atividades com valor social e oferecerem apoio psicossocial a suas famílias para minimizar complicações clínicas, expandir a QV e fortalecê-los para um maior nível possível de autonomia. Na formação em saúde é preciso tratar a saúde do idoso como central nas práticas em saúde. Na atenção primária, os resultados reforçam a necessidade de outras estratégias de cuidado que ultrapassem a medicalização.

Acredita-se que um estudo desta natureza ofereça subsídios para a atenção em saúde, e especialmente ao cuidado de enfermagem, aos idosos do município, além de possibilitar avaliação da assistência de saúde como um todo.

Apoio financeiro

O estudo foi desenvolvido com financiamento próprio.

Referências

- (1) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2002 [citado 2017 ago. 4]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>
- (2) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais (SIS): uma análise das condições de vida da população brasileira 2016 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [citado 2017 ago. 4]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
- (3) Mazo GZ, Cardoso AS, Dias RG, Balbé GP, Virtuoso JF. Do diagnóstico à ação: grupo de estudos da terceira idade: alternativa para a promoção do envelhecimento ativo. RBAFS [Internet]. 2009 [citado 2017 ago. 17];14(1):65-70. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/756>
- (4) Ortiz BR, Wanderley KS. Reflexões sobre o uso da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) em idosos hospitalizados. Rev Kairós [Internet]. 2013 [citado 2017 ago. 17];16(2):307-16. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18553/13741>
- (5) Pedrosa B, Gutierrez GL, Freitas-Junior MA, Picinin CT. Whoqol-SRPB-Bref, Whoqol-Old-Bref e Whoqol-Age: análise das novas versões abreviadas dos instrumentos Whoqol. Rev Espacios [Internet]. 2015 [citado 2017 ago. 4];36(19):15-28. Disponível em: <http://www.revistaespacios.com/a15v36n19/15361915.html>
- (6) Reis LA. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. Psicol Teor Prat [Internet]. 2015 [citado 2017 mai. 18];17(3):28-41. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n3p28-41>
- (7) Gomes-Júnior VFF, Brandão AB, Almeida FJM, Oliveira JGD. Compreensão de idosos sobre os benefícios da atividade física. Rev Bras Ciênc Saúde [Internet]. 2015 [citado 2016 jun. 15];19(3):193-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2015.19.03.04>
- (8) Drago SMMS, Martins RML. A depressão no idoso. Millenium [Internet]. 2012 [citado 2015 abr. 10];43(17):79-94. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.29352/mill>
- (9) Araújo DU, Silva AEFV, Mendonça MS, Munoz RLS. A escala de depressão geriátrica é adequada para avaliar sintomatologia depressiva em idosos hospitalizados? IV Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Anais CIEH; 2015.
- (10) Ribeiro VS, Rosa RS, Sanches GJC, Ribeiro IJS, Cassotti CA. Quality of living and depression in elderly in the home context. Revenf [Internet]. 2018 [citado 2018 ago. 10];34:1-14. Disponível em: DOI: [10.15517/revenf.v0i34.30983](https://doi.org/10.15517/revenf.v0i34.30983)
- (11) Prado MCR, Calais SL, Cardoso HF. Stress, depressão e qualidade de vida em beneficiários de programa de transferência de renda. Interação Psicol [Internet]. 2016 [citado 2017 mai. 18];20(3):330-40. Disponível em: DOI: [10.5380/psi.v20i3.35133](https://doi.org/10.5380/psi.v20i3.35133)
- (12) Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SS, Gomes I, Cataldo-Neto A. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado ago. 12];48(3):368-77. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014.048004660>
- (13) Pimentel AF, Afonso RM, Pereira H. Depression and social support in old age. Psic Saúde & Doenças [Internet]. 2012 [citado 2014 ago. 6];13(2):311-27. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000200013&lng=pt&nrm=iso
- (14) Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [citado 2014 ago. 6];46(6):1387-93. Disponível em: DOI: [10.1590/S0080-62342012000600015](https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600015)
- (15) Ermel RC, Caramelo AC, Fracolli LA, Ortiz FVBC, Zutin TLM, Gianini SHS et al. Percepção sobre qualidade de vida dos idosos de Portugal e do Brasil. REAS [Internet]. 2017 [citado 2018 ago. 5];9(2):1315-20. Disponível em: DOI: [10.25248/REAS98_2017](https://doi.org/10.25248/REAS98_2017)
- (16) Ribeiro MS, Borges MS, Araújo TCCF, Souza MCS. Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2017 [citado 2017 mai. 18];20(6):880-8. Disponível em: DOI: [10.1590/1981-22562017020.170083](https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170083)
- (17) Prado MCR, Calais SL, Cardoso HF. Stress, depressão e qualidade de vida em beneficiários de programa de transferência de renda. Interação Psicol [Internet]. 2016 [citado mai. 18];20(3):330-40. Disponível em: DOI: [10.5380/psi.v20i3.35133](https://doi.org/10.5380/psi.v20i3.35133)
- (18) Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra MP, Rocha RPB, Batista HMTT, Pinheiro WR. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. Rev Epidemiol Control Infec [Internet]. 2016 [citado 2017 mai. 18];6(2):97-103. Disponível em: DOI: [10.17058/reci.v6i2.6427](https://doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427)
- (19) Neves RT, Laham CF, Aranha VC, Santiago A, Ferrari S, De Lucia MCS. Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio. Psicol Hosp [Internet]. 2013 [citado 2014 mai. 18];11(2):72-98. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-74092013000200006
- (20) Domingues MA, Ordóñez TN, Silva TBL, Torres MJ, Barros TC, Florindo AA. Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2013 [citado 2014 mai. 18];16(1):49-59. Disponível em: DOI: [10.1590/S1809-98232013000100006](https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100006)
- (21) Oliveira DV, Antunes MD, Oliveira JF. Ansiedade e sua relação com a qualidade de vida em idosos: revisão narrativa. Cinergis [Internet]. 2017 [citado 2014 mai. 18];18(4):316-22. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i4.9951>
- (22) Amaral TLM, Amaral CA, Prado PR, Lima NS, Herculano PV, Monteiro GTR. Quality of life and associated morbidities among elderly persons registered with the Family Health

Strategy of senador Guiomard in the state of Acre. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [citado 2017 mai. 18];18(4):797-808. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14216>

(23) Teixeira LMF. Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo e exploratório e implementação piloto de um programa de intervenção [Dissertação de mestrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010.

(24) Vagetti GC, Moreira NB, Barbosa-Filho VC, Oliveira V, Cancian CF, Mazzardo O, Campos W. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosos de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [citado 2014 mar. 12];18(12):3483-93. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200005>

(25) Bispo EPF, Rocha MCG, Reys MFM. Avaliação da capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família na comunidade do Pontal da Barra, Maceió-AL. *Cad Bras Ter Ocup* [Internet]. 2012 [citado 2014 mar. 12];20(1):81-7. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.009>

(26) Stival MM, Lima LR, Funghetto SS, Silva AO, Pinho DLM, Karnikowski MGO. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014 [citado 2015 mai. 18];17(2):395-405. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000200016>

(27) Silva PCS, Monteiro LA, Graciano ADS, Terra FS, Veiga EV. Avaliação da depressão em idosos com hipertensão arterial sistêmica. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [citado 2015 mai. 18];15(1):151-7. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000100019>

(28) Batista AAS, Santos JG, Timossi LS, Francisco AC. A influência das variáveis sócio demográficas na qualidade de vida no trabalho dos trabalhadores da indústria de laticínios. *Espacios* [Internet]. 2013 [citado 2014 mai. 18];34(4):7-21. Disponível em: <http://www.revistaespacios.com/a13v34n04/13340408.html>

(29) Ribeiro CR, Tavares DMS. Influence of household living arrangement on health conditions and on the quality of life of elderly living in rural areas. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2018 [citado 2018 ago. 8];7(1):76-88. Disponível em: DOI: [10.18554/reas.v7i1.1820](https://doi.org/10.18554/reas.v7i1.1820)

(30) Minghelli B, Tomé B, Nunes C, Neves A, Simões C. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Rev Psiquiatr Clín* [Internet]. 2013 [citado 2014 mar. 12];40(2):71-6. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832013000200004>

(31) Rocha JP, Klein OJ, Pasqualotti A. Quality of life, depression and cognition based on gerontological education mediated by a pole radio in homes for the aged. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014 [citado 2015 mai. 17];17(1):115-28. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100012>