

Qualidade de vida e prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade em idosos com diabetes mellitus e hipertensão arterial

*Ana Paula Zucco**

*Michele Marinho da Silveira***

Resumo

Este estudo buscou avaliar a qualidade de vida (QV) e a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em idosos com diabetes mellitus e hipertensão arterial. Trata-se de uma pesquisa transversal e descritiva composta por 51 idosos. Aplicaram-se as escalas de ansiedade geriátrica (GAI), de depressão geriátrica (GDS-15) e de qualidade de vida WHOQOL-Bref. Observou-se que 25,4% dos idosos apresentaram sintomas depressivos e 41,1% sintomas ansiosos. O domínio físico de qualidade de vida teve o menor escore ($65,19 \pm 14,67$) e o psicológico o maior ($83,90 \pm 4,23$). Houve correlação positiva entre os escores totais das escalas de depressão geriátrica e de ansiedade ($r=0,523$; $p<0,001$) e negativa entre o escore total da escala de depressão geriátrica com o domínio psicológico ($r=-0,425$; $p<0,001$). Apresentar diabetes e/ou hipertensão arterial não influenciou sintomas depressivos e ansiosos e que quanto menos sintomas depressivos os idosos apresentaram maior foi a satisfação com o domínio de qualidade de vida psicológico.

Palavras-chave: doença crônica; ansiedade; depressão; saúde do idoso.

Quality of life and prevalence of depressive symptoms and anxiety in elderly people with diabetes mellitus and systemic arterial hypertension

Abstract

This study evaluated the quality of life (QOL) and the prevalence of depressive and anxious symptoms in the elderly with diabetes mellitus and arterial hypertension. It is a cross-sectional and descriptive study composed of 51 elderly people. The geriatric anxiety (GAI), geriatric depression scale (GDS-15) and WHOQOL-Bref quality of life scales were applied. The geriatric anxiety (GAI), geriatric depression (GDS-15) and WHOQOL-Bref quality of life scales were applied. It was observed that 25.4% of the elderly presented depressive symptoms and 41.1% anxiety symptoms. The physical domain of quality of life had the lowest score (65.19 ± 14.67) and the psychological domain the highest (83.90 ± 4.23). There was a positive correlation between the total scores of the geriatric depression and anxiety scales ($r=0.523$; $p<0.001$) and a negative correlation between the total score of the geriatric depression scale and the psychological domain ($r=-0.425$; $p<0.001$). Having diabetes and/or hypertension did not influence depressive and anxiety symptoms, and the less depressive symptoms the elderly had, the greater was the satisfaction with the domain of psychological quality of life.

Keywords: chronic disease; anxiety; depression; health of the elderly.

* Atitus Educação. Graduada em Psicologia pela Atitus Educação. Psicóloga.

** ORCID <http://orcid.org/0000-0002-9486-9377> . <http://lattes.cnpq.br/4148128421614563> . Faculdade Atitus Educação. Estágio Pós-doutoral em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Doutorado em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestrado em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. Fisioterapeuta, professora na Atitus Educação na Escola de Saúde nos cursos de Psicologia, Medicina e Enfermagem.

Introdução

Nos últimos anos estudos estão sendo realizados sobre o envelhecimento em função do aumento da expectativa de vida e do número de idosos no país e no mundo. Observa-se que esta população está vivenciando situações que podem prejudicar a sua qualidade de vida devido a dificuldades de adaptação e a aceitação de patologias que podem ser desencadeadas nessa fase da vida, impedindo que se continuem com os seus estilos de vida habituais. Algumas doenças que surgem nesta etapa são consideradas crônicas e, a partir do momento em que o indivíduo passa a conviver com elas e ter que lidar com os seus agravos, pode apresentar sintomas depressivos e ansiosos (Rocha & Ciosak, 2014).

As doenças crônicas são classificadas em duas categorias: as não transmissíveis (DCNT) e transmissíveis. As DCNT são as que mais causam óbitos no Brasil e referem-se às doenças cardiovasculares, respiratórias, cânceres e diabetes (Malta et al., 2017). Os fatores que potencializam o surgimento destas são o uso de álcool em excesso, o tabagismo, a dificuldade de adaptação às dietas e a falta de atividade física. Já as doenças crônicas transmissíveis são a AIDS/ HIV, a hanseníase e certas hepatites virais (Mendes, 2018).

As doenças crônicas não transmissíveis que mais surgem na velhice são a hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM), que unidas causam várias complicações que são consideradas fatores de risco para o surgimento de outras patologias como doenças renais, cardiovasculares e cerebrovasculares. Essas outras patologias geram preocupações para o idoso quando o grau da doença evolui sem apresentar melhora e o quadro da doença se estabilizar (Barreto, Carreira, & Marcon, 2015).

Em muitas ocasiões os sintomas depressivos e de ansiedade em idosos passam despercebidos por estarem preocupados com a melhora de outras comorbidades e pelos sintomas serem parecidos com a adaptação à velhice. Além disso, um fator que pode comprometer a qualidade de vida é o desamparo dos familiares diante do cuidado e do tempo que se disponibilizam para se doar ao cuidado do idoso. O idoso sem o amparo da família pode sentir-se em vulnerabilidade psicológica e acarretar o surgimento de sintomas depressivos (Melo et al., 2018).

Os sintomas depressivos são mais evidenciados nos transtornos psiquiátricos. Menciona-se que, de acordo com o aumento da idade sintomas depressivos são apresentados por meio das queixas intensificadas de doenças e a presença do quadro de ansiedade. Para viver com qualidade a pessoa idosa necessita ter conhecimento so-

bre a sua condição de saúde, para que consiga realizar os seus cuidados e promover a sua própria saúde (Andrade, Ferreira & Aguiar, 2016).

Classificam-se como sintomas depressivos a sensação de diminuição de energia, desinteresse, lentificação e pensamentos pessimistas. Além disso, pode vir acompanhado de alterações na qualidade do sono, diminuição do apetite, prejuízos nas funções cognitivas, alterações comportamentais e sintomas somáticos. Na velhice esses sintomas ficam mais difíceis de identificar, pois já existem patologias que interferem no diagnóstico, como doenças crônicas dolorosas, diminuição da libido, diminuição psicomotora, perda de memória e concentração e alterações no sono (Cantão et al., 2015).

A presença do quadro de ansiedade na velhice se apresenta com uma tensão motora (incapacidade de relaxar e tremores), hiperatividade autônoma (sudorese excessiva, palpitações, sensação de boca seca, acesso de frio ou calor, poliúria e/ ou diarreia), sensação de ansiedade (preocupação constante ou pressentimento de que algo ruim vai acontecer com amigos ou familiares) e vigilância ou estado permanente de atenção (insônia, nervosismos, falta de concentração). Os sintomas de ansiedade, em alguns casos, estão presentes nos transtornos depressivos e estes sintomas podem interferir na qualidade de vida, tanto física como psicológica e social (Morais, Carvalho, Euqeres, Viana, Fantinati, & Rassi, 2018).

Na visão de Oliveira, Antunes e Oliveira (2017), a ansiedade está envolta de distúrbios do humor, com manifestações afetivas negativas ou inadequadas em termos de intensidade, frequência e duração. Nos idosos está associada à depressão, fragilidade, desnutrição, baixa autoestima, gerando um sofrimento psicológico. Pode causar maior prevalência de doença física, comprometimento psicossocial e mortalidade.

As pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes e hipertensão arterial, têm um enorme desafio a ser enfrentando cotidianamente, pois necessitam mudar os seus hábitos de vida, nos quais, se vêm obrigadas a enfrentar mudanças em suas rotinas, em sua imagem corporal, vida social, financeira, restrições alimentares e hídricas, além de ter que lidar com o sofrimento de uma patologia sem cura. Algumas patologias que são incluídas como doenças crônicas não transmissíveis apresentam limitações que interferem na vida diária dos pacientes, prejudicando a interação social e a sua qualidade de vida (Silva, Costa, Souza, Santos & Aguiar, 2018).

Também, é importante salientar que as DCNT, normalmente, surgem na última etapa do ciclo vital, por essa

ser delimitada pelo declínio em várias funções biológicas, cognitivas e psicossociais. A maior dificuldade que os pacientes encontram além de enfrentar os sintomas da própria doença, são os sintomas depressivos e de ansiedade que podem ser desencadeados, devido a adaptação aos novos hábitos de vida, ao uso de medicações e a nova rotina de cuidados que a patologia crônica exige (Silva, 2011).

Portanto, este estudo teve como objetivo primário avaliar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, além de verificar a qualidade de vida de idosos com doenças crônicas como a hipertensão arterial e diabetes mellitus. Como objetivos secundários buscou-se traçar o perfil socioeconômico e de saúde dos idosos, correlacionar os escores totais das escalas de depressão geriátrica, de ansiedade e os domínios de qualidade de vida, além de comparar os escores totais das escalas de depressão geriátrica, de ansiedade e os domínios de qualidade de vida de acordo com a presença de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial.

Material e Método

Delineamento

Estudo quantitativo, de cunho transversal, descritivo e correlacional com idosos por meio de amostra não probabilística de conveniência.

Participantes

Participaram desta pesquisa 51 sujeitos com idade igual ou superior a sessenta anos, de um município do interior do norte do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Nenhum participante foi excluído do estudo visto que todos tinham capacidade de comunicação verbal e de compreensão do termo de consentimento livre e esclarecido, além do rastreamento cognitivo não ter detectado nenhum idoso com critérios que sugeriam a ocorrência de demência.

Instrumentos

1. Questionário socioeconômico e de saúde: questionário criado pela pesquisadora com questões sobre sexo, idade, renda familiar, problemas de saúde, doenças autorreferidas, autopercepção de saúde, estado civil, ocupação, escolaridade (anos de estudo), moradia, com quem residia, uso de medicamentos, uso de tabaco e álcool.

2. Escala de qualidade de vida WHOQOL-Bref: a escala avalia a percepção da qualidade de vida, foi vali-

dada para o português por Fleck et al. (2000). Consta de 26 questões, com duas questões gerais e os demais 24 itens compõem o instrumento original. Não possui ponto de corte, variando de 0 a 100, portanto, quanto maior sua pontuação, melhor a satisfação com a qualidade de vida. É composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O domínio físico é composto por questões sobre presença de dor, fadiga, sono, dependência de medicação ou de tratamento, mobilidade, capacidade de trabalho e atividades de vida cotidiana. O domínio psicológico engloba aspectos relacionados à autoestima, concentração e espiritualidade. O domínio relações sociais avalia o suporte (apoio) social e a atividade sexual. Já o domínio meio ambiente está relacionado com situações de segurança, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, oportunidade de adquirir informações, recreação/lazer, ambiente físico e transporte (Gorestein, Wang & Hungerbuhler, 2015).

3. Escala de Depressão Geriátrica (GDS -15): é utilizada para identificação e quantificação de sintomas depressivos em idosos. Sua versão curta tem 15 perguntas que equivalem a um total de 15 pontos com respostas classificadas em sim ou não (Yesavage et al., 1982-1983). É feito o somatório das respostas assinaladas pelos examinados nas 15 perguntas que questionam como a pessoa idosa está satisfeita com a sua vida, se sente-se inútil, apresenta problemas de memória entre outros. O ponto de corte para presença de sintomas depressivos é de 6 pontos (Paradela, Lourenço & Veras, 2005).

4. Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI): é um instrumento para avaliar sintomas de ansiedade em idosos, contém 20 itens e pode ser autorrespondido. É um inventário breve, com repostas dicotômicas (tipo sim/não). Apresentou boas propriedades psicométricas com essa população e, embora não tenha sido desenvolvido para fazer diagnóstico de transtorno de ansiedade específico, foi efetivo em distinguir indivíduos idosos com e sem sintomas de ansiedade e aqueles com e sem transtorno de ansiedade generalizada. Apresenta coeficiente alfa de Cronbach de 0,91 para população normal e em idade avançada e 0,93 para população psicogeriatrica. Os autores do instrumento determinaram para sua população-alvo os valores 10/11 como ponto de corte para indicar a presença de sintomas de ansiedade (Martiny, Silva, Nardi & Pachana, 2011).

5. Miniexame do estado mental (MEEM): instrumento utilizado para rastreamento cognitivo, apresenta 30 questões em que uma parte abrange orientação, memória e atenção tem pontuação máxima de 21 pontos, e outra que aborda

habilidades específicas como nomear e compreender tem pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos. Os valores mais altos indicam melhor desempenho cognitivo. Avalia questões referentes à memória recente e registros da memória imediata, orientação temporal e espacial, atenção, cálculo e linguagem, afasia, apraxia e habilidade visuoespacial. Por considerar a escolaridade, se utilizou os pontos de corte de Bertolucci, Brucki, Campacci e Juliano (1994) com 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para até oito anos de estudo e 26 pontos para os acima de nove anos de estudo. Foi utilizado com o objetivo de excluir potenciais participantes com escores que sugeriam demência.

Procedimentos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 14050519.1.0000.5319 e número do parecer: 3.377.004) para que fosse iniciada a coleta de dados. Por intermédio da Unidade Básica de Saúde, foram repassados os endereços dos idosos cadastrados no grupo Hiperdia (grupo em que participam idosos com HA e DM na UBS), para que a pesquisadora, devidamente treinada, fosse até o domicílio de cada idoso realizar a avaliação. Ao chegar ao domicílio, foi explicada a pesquisa, cada participante concedeu o seu consentimento assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, respondeu sobre informações socioeconômicas e de saúde, além da aplicação do Minixame do Estado Mental (para rastreio cognitivo) e as escalas de qualidade de vida, sintomas depressivos e ansiosos. Foram tomados todos os cuidados em relação à privacidade do participante, no seu domicílio foi solicitado que a avaliação do idoso fosse individual, realizada em um cômodo da casa em que pudesse ficar mais à vontade para responder os questionários/escalas, sem a interferência de outras pessoas.

Análise de dados

Para a análise de dados, utilizou-se o programa SPSS 23.0 para Windows. A descrição dos dados foi por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%) e por média e desvio padrão, dependendo do tipo de variável (contínua ou categórica). A correlação de *Spearman* foi utilizada para avaliar a relação entre sintomas depressivos, ansiosos e de qualidade de vida dos idosos, uma vez que os dados apresentaram distribuição não normal pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Também, foram comparadas as médias das escalas entre os idosos diabéticos e hipertensos pelo teste de Kruskal Wallis. Foram considerados

como estatisticamente significativos testes com valor de probabilidade $< 0,05$.

Resultados

A amostra foi de 51 idosos com uma média de idade de $69,9 \pm 7,1$ anos. A média de escolaridade foi de $3,9 \pm 2,2$ anos de estudo variando entre 0 e 10 anos. A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos idosos.

Tabela 1. Perfil Sociodemográfico dos Idosos (n=51)

	Frequência N	Percentual %
Sexo		
Feminino	27	52,9%
Masculino	24	47,1%
Estado Civil		
Solteiro (a)	6	11,8%
Casado (a) ou com companheiro (a)	38	74,5%
Separado (a)/Divorciado (a)	1	2,0%
Viúvo (a)	6	11,8%
Renda mensal		
1 a 2 salários-mínimos	37	72,5%
3 a 4 salários-mínimos	9	17,6%
Acima de 5 salários-mínimos	5	9,8%
Situação laboral		
Dona de casa	1	2,0%
Trabalhando	5	9,8%
Aposentado (a)	45	88,2%
Reside com		
A família	21	41,2%
Sozinho	7	13,7%
Companheiro/a	23	45,1%
Tipo de moradia		
Casa própria	49	96,1%
Casa alugada	1	2,0%
Casa cedida	1	2,0%

Fonte: Elaboração Própria.

A Tabela 2 apresenta as doenças autorreferidas, estilo de vida e autopercepção de saúde dos participantes. Eram hipertensos e tinham diabetes *mellitus* 21 idosos e todos faziam uso de medicamentos para tratamento de suas doenças crônicas. Além disso, 12 idosos utilizavam psicofármacos, entre eles antidepressivos e hipnóticos, sendo que destes, oito apresentavam sintomas depressivos.

Tabela 2. Doenças Autorreferidas, Estilo de Vida e Autopercepção de Saúde pelos Idosos (N=51)

	Frequência N	Percentual %
Doenças autorreferidas		
Diabetes Mellitus	26	51,0%
Hipertensão Arterial Sistêmica	46	90,2%
Colesterol alto	22	43,1%
Obesidade	4	7,8%
Insuficiência Cardíaca	16	31,4%
Câncer	4	7,8%
Doenças Pulmonares Crônicas	13	25,5%
Estilo de vida		
Prática de atividade física	26	11,8%
Tabagismo	2	3,92%
Etilismo	3	5,88%
Autopercepção de saúde		
Ótima	1	2,0%
Boa	28	54,9%
Regular	21	41,2%
Ruim	1	2,0%

Fonte: Elaboração Própria.

Na Tabela 4 apresentam-se as correlações entre as escalas de depressão geriátrica, sintomas de ansiedade e os domínios de qualidade de vida dos idosos. Houve correlação positiva e moderada entre o escore total de GDS-15 com o escore total de GAI, negativa e moderada entre o escore total da GDS-15 com o domínio psicológico e negativa e fraca entre o escore total de GDS-15 com o domínio físico. Correlações positivas e moderadas entre os domínios relações sociais e domínio meio ambiente e domínio meio ambiente com o domínio psicológico. Além destas, houve correlação negativa e fraca entre o escore total de GAI com o domínio psicológico.

Tabela 4. Correlações entre as escalas de depressão geriátrica, de ansiedade e os domínios de qualidade de vida dos idosos (n=51)

	GDS-15	GAI	DF	DP	DRS	DMA
Domínio Físico (DF)	-0,351*	-0,053	1,000	0,350*	0,216	0,172
Domínio Psicológico (DP)	-0,425**	-0,293*	0,350*	1,000	0,259	0,472**
Domínio Relações sociais (DRS)	-0,078	-0,052	0,216	0,259	1,000	0,472**
Domínio Meio ambiente (DMA)	-0,242	-0,040	0,172	0,472**	0,472**	1,000
GDS-15	1,000	0,523**	-0,351*	-0,425**	0,078	-0,242
GAI	0,523**	1,000	-0,053	-0,293*	-0,052	-0,040

GDS-15 (Escala de Depressão Geriatria), GAI (Inventário de Ansiedade Geriátrica).

Fonte: Elaboração Própria.

Na Tabela 3 observam-se as médias e desvios-padrão dos escores das escalas de sintomas depressivos, ansiosos e domínios da qualidade de vida. De acordo com os pontos de corte das escalas, 13 idosos apresentaram sintomas depressivos e 21 sintomas ansiosos. Nenhum participante apresentou declínio cognitivo e a média do MEEM foi 22,10±3,71 pontos.

Tabela 3. Sintomas depressivos, de ansiedade e qualidade de vida dos idosos (n=51)

	Média ± desvio padrão	Mínimo	Máximo
GSD-15	4,0 ±2,20	0	9
GAI	9,53±5,39	0	21
WHOQOL-BREF			
Domínio Físico	65,19±14,67	31,51	96,43
Domínio Psicológico	83,90±26,88	58,33	100,0
Domínio Relações sociais	84,96±10,54	58,33	100,0
Domínio Meio Ambiente	83,51±8,88	59,38	100,0
Qualidade de vida geral	19,24±4,30	12,50	25,0
Satisfação com a saúde	18,87±4,23	12,50	25,0

GDS-15 (Escala de Depressão Geriátrica), GAI (Inventário de ansiedade Geriátrica), WHOQOL-Bref (Instrumento para avaliar a qualidade de vida).

Fonte: Elaboração Própria.

Na Tabela 5 são apresentadas as médias das escalas para os idosos que apresentam apenas diabetes, apenas hipertensão arterial e diabetes e hipertensão. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores médios das escalas e as DCNT dos participantes, indicando que as DCNT não diferiram entre os idosos de acordo com as variáveis avaliadas.

Tabela 5. Comparações entre as médias das escalas de depressão geriátrica, de ansiedade e os domínios de qualidade de vida de acordo com a presença de diabetes e hipertensão (N=51)

	DM	HÁ	DM e HA	P
Domínio Físico	65,00 ± 11,12	66,42 ± 17,18	63,77 ± 12,43	0,835
Domínio Psicológico	77,50 ± 7,56	88,00 ± 36,96	80,55 ± 10,65	0,561
Domínio Relações sociais	81,66 ± 10,86	86,33 ± 10,72	84,12 ± 10,50	0,603
Domínio Meio ambiente	84,37 ± 10,36	83,37 ± 8,63	83,48 ± 9,27	0,975
GDS-15	3,40 ± 0,89	3,92 ± 2,37	4,24 ± 2,20	0,730
GAI	9,20 ± 3,11	9,08 ± 5,81	10,14 ± 5,43	0,800

DM (Diabetes Mellitus), HA (Hipertensão Arterial).

Fonte: Elaboração Própria.

Discussão

Com relação aos dados socioeconômicos, a maior parte dos participantes avaliados eram do sexo feminino (52,9%), possuíam baixa escolaridade e renda entre um e dois salários-mínimos (72,5%). Observou-se que este perfil de usuários da atenção básica é semelhante aos de outras pesquisas (Wanderley et al., 2019, Pimenta, Pinho, Silveira & Botelho, 2015). Além disso, observa-se que há uma preocupação na atenção da saúde do idoso devido a apresentarem doenças que podem ser crônicas e/ou complexas que interferem na sua qualidade de vida e, também por necessitarem de cuidados integrais (Schenker & Costa, 2019).

Nesse estudo, todos os avaliados apresentavam alguma DCNT, mas 41,2% possuíam tanto diabetes *mellitus* quanto hipertensão arterial. Em um estudo realizado no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil por agentes comunitários de saúde, analisou-se uma taxa significativa de idosos com DCNT 81,3 %, em que 70,8% apresentavam diagnóstico de HA e 27,0% de DM, além de apresentarem comorbidades com patologias cardiovasculares (Silva, Sgnaolin, Nogueira, Engroff & Gomes, 2017). Em uma pesquisa de base populacional com 60.202 indivíduos entrevistados, observou-se que 45,1% referiram ter pelo menos uma DCNT. A região de maior prevalência de DCNT foi a Sul (52,1%) e as patologias mais observadas foram a hipertensão arterial (21,4%), seguida por problema crônico de coluna (18,5%), depressão (7,6%), artrite (6,4%) e diabetes (6,2%) (Malta et al., 2015).

Além das DCNT, verificou-se que, neste estudo, os idosos avaliados apresentavam outras morbidades. Comparando com outro estudo, os principais motivos de óbito

entre os idosos brasileiros foram as doenças cardiovasculares, responsáveis por 36,0% das mortes, seguidas pelas neoplasias ou cânceres, representando 14,7% dos óbitos, com evidência para a neoplasia de próstata nos homens e, entre as mulheres, a neoplasia da mama (Manso, 2017).

Na União Europeia, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas correspondem a 56% (38,6 milhões) gerando gastos e cuidados com a saúde (Silva, 2015). Além disso, Santos, Meneguci, Farinelli, Sousa e Damião (2018) revelaram que de acordo com o estilo de vida dos idosos avaliados, 15,7% referiram fazer uso de bebida alcoólica, 15% uso de tabaco e 43,1% não praticavam atividade física, nesta pesquisa as porcentagens foram ainda menores.

Em relação à autopercepção de saúde desta população idosa, a maioria considerou estar boa (54,9%). Entretanto, para Santos et al. (2018), quando a autopercepção de saúde de idosos é avaliada como ruim ou regular, eles apresentam-se em risco e a avaliam de forma negativa, pois estão mais propensos a desempenhar sintomas negativos e necessitam de mais cuidados.

Conforme a média do escore total da escala GDS-15, 13 idosos apresentaram sintomas depressivos. Em Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, 12,5% dos idosos vivenciavam sintomas depressivos (Hellwig, Munhoz & Tomasi, 2016). Já na população de Bagé, a prevalência de idosos com sintomas depressivos foi de 18%, com diferença de sintomas depressivos em idosos da atenção básica de 20,5% nas áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família e 15,1% na atenção básica tradicional ($p=0,006$) (Bretanha et al., 2015). Em outros estudos a prevalência de sintomas depressivos foi maior, como no de Maximiano-Barreto e Oliveira Fermoseli (2017) em que

46,51% dos idosos apresentaram sintomas depressivos e na pesquisa de Morgado (2017), no Estado de Fortaleza, que teve uma prevalência de 56,5% idosos com essa sintomatologia. Já para Madeira et al. (2013), 31,8% dos idosos apresentava sintomas depressivos.

Com relação aos sintomas ansiosos, no escore total do GAI 21 idosos apresentaram sintomas de ansiedade. Para Deus (2015) houve prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em 30,3% e 20,9% dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2. Ocorreu maior prevalência de ansiedade e depressão no sexo feminino correspondendo a 25,6% em sintomas de ansiedade e 20,9% em sintomas depressivos. Entretanto, de 586 participantes de outra pesquisa, 59,7% vivenciavam sintomas de ansiedade e entre os transtornos de ansiedade, o transtorno de ansiedade generalizada esteve presente na população com a maior prevalência (22%), a fobia social esteve em segundo lugar (14,8%), seguida por transtorno do pânico (10,4%) e transtorno obsessivo compulsivo (8,5%) (Machado, Gomes, Lima, Brito, & Moreira, 2017). Além disso, observou-se a prevalência de 27,4% de sintomas ansiosos e depressivos em pessoas com HA e DM na pesquisa de Souza, Alves, Souza, Souza e Rosa (2018).

Com relação aos domínios de qualidade de vida, os participantes apresentaram maior escore no domínio relações sociais ($84,96 \pm 10,54$) demonstrando que estão mais satisfeitos com o seu suporte social e atividade sexual e menor escore no domínio físico ($65,19 \pm 14,67$) manifestando uma menor satisfação com a parte física que envolve dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicamento ou tratamentos e capacidade de trabalho (Gorenstein, Wang & Hungerbuhler, 2015). Dados semelhantes referentes aos escores dos domínios de qualidade de vida em idosos foram encontrados no estudo de Souza, Melo, Reis e Lima (2016). Para Pereira, Nogueira e Silva (2015) os idosos avaliaram tanto a sua saúde como boa (76,3%) como a sua qualidade de vida (45,7%), não havendo diferenças entre sexo, idade.

Borges, Camelier, Oliveira e Brandão (2019) verificaram que as DCNTs influenciaram negativamente a qualidade de vida dos idosos, pois os que não apresentavam doenças crônicas eram os com melhor qualidade de vida quando comparados aos idosos com diabetes mellitus, hipertensão arterial ou ambas, constatando que a variável que apresentou maior interferência na qualidade de vida dos idosos foi a que está relacionada ao medo de morrer. Na Coreia foi realizada uma pesquisa e dos idosos avaliados, 1.467 apresentavam hipertensão arterial,

diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares, destes, os que apresentaram apenas uma morbidade foram os com pior qualidade de vida. Ainda, alguns aspectos avaliados como mobilidade, dor, desconforto, autocuidado mostraram-se negativos relacionados à associação das comorbidades e os impactos mais indesejados foram notados nas condições psicológicas dos indivíduos, que demonstravam elevadas taxas de ansiedade e depressão devido à associação das doenças (Chin, Lee & Lee, 2014).

Além disso, acerca das correlações, verificou-se uma relação positiva e moderada entre o escore total de GDS-15 com o escore total de GAI. Dessa forma, Lopes, Wendt, Nascimento e Argimon (2014) revelam que é possível que os idosos que apresentem depressão também apresentem ansiedade em alguma intensidade. Outra correlação negativa e moderada foi entre o escore total da GDS-15 com o domínio psicológico, indicando que quanto menor a presença de sintomas depressivos, maior a satisfação com o domínio psicológico comprovado por achados semelhantes de Amaral et al. (2018). Ainda, houve correlações positivas e moderadas entre os domínios relações sociais e domínio meio ambiente e domínio meio ambiente com o domínio psicológico, verificando que quanto maior a satisfação com o domínio meio ambiente, maior a satisfação com os domínios relações sociais e psicológico.

A qualidade de vida está relacionada à saúde e se deve olhar com cuidado para os indivíduos com patologias crônicas que se submetem a tratamentos prolongados e apresentam maior vulnerabilidade às comorbidades, como no caso dos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* (Esteves et al., 2017). Apesar deste estudo abordar uma temática relevante, os seus resultados não podem ser generalizados em função de representar uma parcela pequena da população. Entretanto, é importante que novas pesquisas sejam realizadas para acompanhar idosos de diferentes contextos em suas mudanças de hábitos, cuidados e sentimentos em relação as doenças crônicas.

Considerações finais

Por fim, com base nos resultados, conclui-se que houve maior prevalência de participantes do sexo feminino, com baixa escolaridade e renda. Observou-se que 41,1 % dos idosos possuem tanto diabetes quanto hipertensão, com prevalência mais alta de idosos hipertensos. Menos da metade apresentaram sintomas depressivos e ansiosos relatando a sua autopercepção de saúde como boa. Além disso, estavam mais satisfeitos com a sua quali-

dade de vida nos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente, porém, no domínio físico demonstraram menos satisfação. Esse domínio está relacionado a dor, fadiga, sono, dependência de medicação ou de tratamento, mobilidade, capacidade de trabalho e atividades de vida cotidiana demonstrando que as patologias apresentadas têm interferência na parte física do idoso.

Referências

- Amaral, T. L. M., Amaral, C. D. A., Lima, N. S. D., Herculano, P. V., Prado, P. R. D., & Monteiro, G. T. R. (2018). Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(9), 3077-3084. doi:10.1590/1413-81232018239.22532016
- Andrade, A. B. C. A., Ferreira, A. A., & Aguiar, M. J. G. de. (2016). Conhecimento dos idosos sobre os sinais e sintomas da depressão. *Saúde em Redes*, 2(2), 157-166. doi:10.18310/2446-4813.2016v2n2p157-166
- Barreto, M. da S., Carreira, L., & Marcon, S. S. (2015). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós-Gerontologia*, 18(1), 325-339. https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18i1p325-339
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52(1), 1-7. doi:10.1590/s0004-282x199400100001
- Bretanha, A. F., Facchini, L. A., Nunes, B. P., Munhoz, T. N., Tomasi, E., & Thumé, E. (2015). Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 1-12. doi:10.1590/1980-5497201500010001
- Borges, J. E. da S., Camelier, A. A., Oliveira, L. V. F., & Brandão, G. S. (2019). Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos da comunidade: um estudo observacional. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 9(1), 74-84. doi:10.17267/2238-2704rpf.v9i1.2249
- Cantão, L., Fonseca, L. L. K., Silva, T. I. M., Oliveira, M. de, Oliveira, V. D. C. de, & Machado, R. M. (2015). Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com depressão e o uso de substâncias psicoativas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16(3), 355-362. doi:10.15253/2175-6783.2015000300008
- Chin, Y. R., Lee, I. S., & Lee, H. Y. (2014). Effects of hypertension, diabetes, and/or cardiovascular disease on health-related quality of life in elderly korean individuals: A population-based cross-sectional survey. *Asian Nursing Research*, 8(4), 267-273. doi:10.1016/j.anr.2014.10.002
- Deus, A. S. de. (2015). *Sintomas depressivos e ansiosos em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2: estudo de prevalência no ambulatório de um hospital universitário de Salvador (Bahia, Brasil)*. Monografia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BH, Brasil.
- Esteves, M., Vendramini, S. H., Santos, M. L. S. G., Brandão, V. Z., Soler, Z. A. S. G., & Lourenção, L. G. (2017). Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial. *Revista Medicina*, 50(1), 18-28. doi:10.11606/issn.2176-7262.v50i1p18-28
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183. doi:10.1590/s0034-8910200000200012
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública*, 34(2), 178-183. doi: 10.1590/S0034-8910200000200012.
- Gorenstein, C., Wang, Y. P., & Hungerbuhler, I. (2015). *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Hellwig, N., Munhoz, T. N., & Tomasi, E. (2016). Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3575-3584. doi:10.1590/1413-812320152111.19552015
- Lopes, R. M. F., Wendt, G. W., Nascimento, R. F. L. do, & Argimon, I. I. L. de. (2014). Correlações entre ansiedade e depressão no desempenho cognitivo de idosos. *Diversitas: Perspectivas em Psicologia*, 10(1), 143-150. Retrieved from https://www.redalyc.org/pdf/679/67935714010.pdf
- Machado, W. D., Gomes, D. F., Lima, C. A. C. A. S., Brito, M. D. C. C., & Moreira, A. C. A. (2017). Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. *Revista Ciência & Saberes-UniFacema*, 3(2), 445-451. Retrieved from http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOn-Facema/article/view/194/106
- Madeira, T. C. S., Aguiar, M. I. F. de, Bernardes, A. C. F., Rolim, I. L. T. P., Silva, R. P., & Braga, V. A. B. (2013). Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da atenção primária em saúde. *Revista de APS*, 16(4), 393-398. Retrieved from https://periodicos.ufrj.br/index.php/aps/article/view/15219
- Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Lima, M. G., Araújo, S. S. C. D., Silva, M. M. A. D., Freitas, M. I. D. F., & Barros, M. B. D. A. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51(Suppl. 1), 4s. Epub June 01, 2017. doi:10.1590/s1518-8787.2017051000090
- Malta, D. C., Stopa, S. R., Szwarcwald, C. L., Gomes, N. L., Júnior, S., Barbosa, J., & Reis, A. A. C. D. (2015). A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(2), 3-16. doi:10.1590/1980-5497201500060002
- Manso, M. E. G. (2017). Envelhecimento, saúde do idoso e o setor de planos de saúde no Brasil. *Revista Kairós: Gerontologia*, 20(4), 135-151. doi:10.23925/2176-901
- Martiny, C., Silva, A. C. O., Nardi, A. E., & Pachana, N. A. (2011). Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). *Archives of Clinical Psychiatry*, 38(1), 08-12. doi:10.1590/S0101-60832011000100003
- Maximiano-Barreto, M. A., & de Oliveira Feroseli, A. F. (2017). Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/AL. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(3), 801-813.
- Melo, L. A., Andrade, L., Silva, H. R. O., Zazzetta, M. S., Santos-Orlandi, A. A., & Orlandi, F. S. (2018). Fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida: um estudo com idosos institucionalizados. *Revista Baiana de Enfermagem*, 38(1), 1-9. doi:10.18471/rbe.v32.26340
- Mendes, E. V. (2018). Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(2), 431-436. doi:10.1590/1413-81232018232.16152017
- Morais, E. R., Carvalho, C. S., Euqueres, L., Viana, F. P., Fantinati, A. M. M., & Rassi, S. (2018). Qualidade de vida e sintomas de depressão e ansiedade em portadores de insuficiência cardíaca crônica. *EVUS*, 45, 71-79. https://doi.org/10.18224/evs.v45i1.6286
- Morgado, L. F. (2017). *Prevalência da depressão nos pacientes idosos em tratamento para Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial*. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Aberta do SUS, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Oliveira, D. V., Antunes, M. D., & Oliveira, J. (2017). Ansiedade e sua relação com a qualidade de vida em idosos: revisão narrativa. *Cinergis*, 18(4), 316-322. doi:10.17058/cinergis.v18i4.9951
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923. doi:10.1590/s0034-89102005000600008
- Pereira, D. S., Nogueira, J. A. D., & Silva, C. A. B. da. (2015). Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 893-908. doi:10.1590/1809-9823.2015.14123
- Pimenta, F. B., Pinho, L., Silveira, M. F., & Botelho, A. C. D. C. (2015). Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8), 2489-2498. doi:10.1590/1413-81232015208.11742014
- Rocha, A., & Ciosak, S. (2014). Doença crônica no idoso: espiritualidade e enfrentamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 87-93. doi:10.1590/S0080-623420140000800014
- Santos, Á. D. S., Meneguci, J., Scatena, L. M., Farinelli, M. R., Sousa, M. C. D., & Damião, R. (2018). Estudo de base populacional: perfil sociodemográfico e de saúde em idosos. *Revista de Enfermagem UERJ*, 26:e21473. doi:10.12957/reuerj.2018.21473
- Santos, V. P., Lima, W. R., Rosa, R. S., Barros, I. M. D. C., Boery, R. N. S. D. O., & Ciosak, S. I. (2018). Perfil de saúde de idosos muito velhos em

- vulnerabilidade social na comunidade. *Revista Cuidarte*, 9(3), 2322-2337. doi:10.15649/cuidarte.v9i3.542
- Schenker, M., & Costa, D. H. da .. (2019). Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1369–1380. https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019
- Silva, A. R., Sgnaolin, V., Nogueira, E. L., Loureiro, F., Engroff, P., & Gomes, I. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *Jornal Brasileiro Psiquiatra*, 66(1), 45-51. doi:10.1590/0047-2085000000149
- Silva, M. B., Carreira, L., & Marcon, S. S. (2015). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós: Gerontologia*, 18(1), 325-339. Retrieved from <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/26092/18731>
- Silva, G. O., Costa P. P., L., Souza, D. A. de, Santos, A. L. de S., & Aguiar, A. C. S. A. (2018). Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental de pessoas idosas. *Revista de Enfermagem UFPE*, 12(11), 2923-2932. doi:10.5205/1981-8963-v12i11a234540p2923-2932-2018
- Silva, L. M. (2011). *Envelhecimento e qualidade de vida para idosos*: Um estudo de representações sociais. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.
- Silva, M. D. C. C. (2015). *Doença pulmonar obstrutiva crônica no idoso: terapêutica não farmacológica e reabilitação pulmonar*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Souza, G. N. P., Alves, R. J. R., Souza, L. P. S., & Rosa, A. J. (2018). Prevalência de sintomas depressivos e/ou ansiosos em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (20), 43-50. doi:10.19131/rpesm.0225
- Souza, D. P., Melo, T. S., Reís, L. A. dos, & Lima, P. V. (2016). Qualidade de vida em idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 10(31), 56-68. doi:10.1016/j.rpsp.2016.04.001
- Wanderley, R. M. M., Cunha, P. da, Guedes, D., Felisberto, S., Mabel, A., Oliveira, B. R., . . . Oliveira, A. S. (2019). Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13(2), 472-482. doi:10.5205/1981-8963-v13i02a234959p472-482-2019
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982-1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4

Submetido em: 29-6-2021

Aceito em: 17-5-2023