

## SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS DE UMA COMUNIDADE MINEIRA

## DEPRESSION SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE OF OLDER PEOPLE WITH HYPERTENSION FROM A COMMUNITY IN MINAS GERAIS

Damiana Aparecida Trindade Monteiro (ORCID:0000-0002-6740-7687)<sup>1</sup>  
Flávia Aparecida Dias (ORCID: 0000-0001-6417-5748)<sup>1</sup>  
Daniel Vicentini de Oliveira (ORCID:0000-0002-0272-9773)<sup>2</sup>  
Maura Fernandes Franco (ORCID: 0000-0002-6588-7920)<sup>3</sup>  
Leiner Resende Rodrigues (ORCID: 0000-0002-1176-8643)<sup>1</sup>  
Darlene Mara Tavares de Sousa (ORCID:0000-0001-9565-0476)<sup>1</sup>  
Sônia Maria Marques Gomes Bertolini (ORCID:0000-0003-2579-7362)<sup>2</sup>  
Natalia Quevedo dos Santos (ORCID: 0000-0001-9338-1962)<sup>2</sup>  
José Roberto Andrade do Nascimento Júnior (ORCID: 0000-0003-3836-6967)<sup>4</sup>  
Dayane Aparecida Viana (ORCID: 0000-0003-4428-7106)<sup>3</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** verificar a associação entre os sintomas depressivos e a Qualidade de Vida (QV) de idosos com hipertensão de uma comunidade mineira. **Métodos:** pesquisa transversal da qual participaram 635 idosos de ambos os sexos, residentes da zona urbana de Uberaba-MG. Foram utilizados a Geriatric Depression Scale, o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD. Sintomas depressivos compreendiam a variável independente, e a QV foi dependente. A análise dos dados foi conduzida por meio dos testes de Kolmogorov-Smirnov, U de Mann-Whitney, correlação de Spearman e Path Analysis ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** os sintomas depressivos explicaram 44% da variância do domínio psicológico, 30% do físico, 27% do meio ambiente e 10% do social; 26% da variância da faceta de participação social, 22% da autonomia, 21% das atividades passadas, presentes e futuras, 12% da intimidade e 10% do funcionamento dos sentidos. **Conclusões:** concluiu-se que os sintomas depressivos parecem ser um fator interveniente na percepção de QV de idosos com hipertensão.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Qualidade de vida; Humor; Comunidade; Depressão.

Autor Correspondente  
Daniel Vicentini de Oliveira  
e-mail: d.vicentini@hotmail.com

### ABSTRACT

**Objective:** to verify the association between depressive symptoms and Quality of Life (QOL) older people with hypertension in a community in Minas Gerais. **Methods:** cross-sectional research in which 635 elderly men and women participated, living in the urban area of Uberaba-MG. The Geriatric Depression Scale, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD were used. Depressive symptoms were the independent variables, and QOL was dependent. Data analysis was conducted using the Kolmogorov-Smirnov, U Mann-Whitney tests, Spearman correlation, and Path Analysis ( $p < 0.05$ ). **Results:** depressive symptoms explained 44% of the variance of the psychological domain, 30% of the physical domain, 27% of the environment, and 10% of the social domain, 26% of the variance of the social participation facet, 22% of autonomy, 21% of past activities, present and future, 12% of intimacy, and 10% of the functioning of the senses. **Conclusions:** it was concluded that depressive symptoms seem to be an intervening factor in the perception of QOL of older people with hypertension.

**Keywords:** Aging; Quality of life; Humor; Community; Depression.

<sup>1</sup> Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

<sup>2</sup> Pós-Graduação em Promoção da Saúde. Universidade Cesumar.

<sup>3</sup> Pós-Graduação em Gerontologia. Universidade Estadual de Campinas.

<sup>4</sup> Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal do Vale do São Francisco

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde<sup>1</sup>, a Qualidade de Vida (QV) foi definida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistemas de valores da sociedade em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Trata-se de uma combinação de vários indicadores subjetivos descritos por meio de sensações, tais como: felicidade, satisfação, autocontrole e estresse. Entretanto, também sofre influência de condições objetivas, como, por exemplo, de saúde e relações sociais<sup>1</sup>.

Na velhice, a depressão tem sido apontada como um dos fatores determinantes da piora da QV em idosos<sup>2</sup>. Ela é um problema de saúde mental bastante frequente na população idosa, associa-se a um elevado grau de sofrimento psíquico<sup>3,4</sup>, além de ter grande relevância nas questões de saúde pública, pois gera prejuízos na vida familiar e na comunidade na qual essa população está inserida<sup>3</sup>. Entre a população idosa, suas causas englobam desde fatores genéticos até eventos estressantes de vida e doenças incapacitantes<sup>4-6</sup>.

No entanto, ressalta-se que apresentar sintomas depressivos não significa ter, de fato, a depressão; ela é uma doença psiquiátrica crônica, cogitada como a segunda causa de morbidade para as próximas décadas<sup>2</sup>. Os sintomas depressivos, por sua vez, não constituem um diagnóstico definitivo, mas servem como indicadores providenciais, a fim de evitar piores prognósticos da doença<sup>3</sup>.

Outro fator de grande influência negativa na QV dessa população é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)<sup>7,8</sup>. Ela é classificada como um dos principais fatores de risco cardiovascular modificáveis e, também, apresenta associação com doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca, doença renal terminal, entre outras<sup>9</sup>. Estudos mostram que a QV

em hipertensos é pior quando comparada com a QV de indivíduos normotensos<sup>7,8</sup>.

Visto que tais condições atuam sobre o bem-estar geral dos idosos e têm impacto epidemiológico mundial, e considerando o fato de a autopercepção em saúde – e, conseqüentemente – da QV – apresentar caráter subjetivo<sup>1,9</sup>, este estudo teve por objetivo verificar a associação entre os sintomas depressivos e a QV de idosos com hipertensão de uma comunidade mineira.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, analítica de cunho observacional e transversal, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro sob o protocolo nº 2265/2012, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

### Participantes

Foram convidados a participar da pesquisa idosos que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos de idade ou mais, possuir diagnóstico de HAS (segundo autorrelato em questionário), ser residente na zona urbana de Uberaba-MG.

O município de Uberaba-MG é dividido em três Distritos Sanitários, denominados: Distrito I, II e III, subdivididos em 18 áreas de abrangências. Na época da pesquisa (2013), havia no município 38.202 pessoas com 60 anos ou mais.

Foram excluídos idosos com possíveis déficits cognitivos, avaliados pelo Miniexame do Estado Mental<sup>10,11</sup>. Com isso, fizeram parte da pesquisa 635 idosos, os quais foram selecionados de forma não probabilística e por conveniência. Estes eram idosos com hipertensão de uma comunidade mineira da Atenção Primária à Saúde do município.

### **Procedimentos de Coleta de Dados**

A coleta foi realizada no período de junho a dezembro de 2012 por 19 entrevistadores devidamente treinados e capacitados, os quais abordavam o idoso no domicílio, faziam a apresentação dos objetivos e das informações necessárias e, logo após a anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conduziam o idoso à entrevista.

Todos os questionários foram aplicados na forma de entrevista; e, quando o idoso não compreendia a pergunta, o entrevistador relia a questão na íntegra. Todos os questionários foram revisados por supervisores de campo, e quando havia incompletude e inconsistência das respostas, eram devolvidos ao entrevistador para adequação.

### **Instrumentos**

Para caracterização da amostra, foi aplicado um questionário com questões referentes a sexo, idade, estado conjugal, escolaridade, perfil econômico.

Para detectar os sintomas depressivos (variável independente), foi utilizado o instrumento Geriatric Depression Scale (GDS-15) em sua versão reduzida, com 15 itens. A GDS-15 busca avaliar a satisfação com a vida, interrupção de atividades, aborrecimento, humor, isolamento, energia, alegria e problemas relacionados com a memória. É um instrumento para avaliação de sintomas depressivos, e não de diagnóstico de depressão. Como pontos de corte, seis pontos ou mais confirmam presença de sintomas depressivos<sup>12</sup>.

Para avaliar a QV (variável dependente), foram utilizados o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD, ambos validados para o contexto brasileiro<sup>13,14</sup>. O WHOQOL-BREF avalia as dimensões da QV por meio de 26 questões, sendo 2 gerais, relativas à QV global e à saúde global, e 24 que compõem os quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental. A escala fornece resultados brutos (0-20) e transformados (0-100) para cada dimensão. Um valor elevado em cada domínio significa melhor QV<sup>13</sup>.

O WHOQOL-OLD consiste em 24 itens

atribuídos a 6 facetas: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, morte e morrer e intimidade. É um instrumento específico para QV em idosos e deve ser aplicado conjuntamente com o WHOQOL-BREF. Os escores são calculados por uma sintaxe e variam de 0 a 100, sendo que o maior número corresponde à melhor QV na faceta avaliada<sup>14</sup>.

### **Análise dos dados**

Para análise dos dados, foi inicialmente aplicado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, o qual demonstrou a violação da normalidade dos dados. Adotou-se a estatística descritiva em frequência simples, mediana, quartis, e valores mínimo e máximo. Para a comparação dos domínios de QV (variável dependentes) em razão da presença de sintomas depressivos (variável independente), utilizou-se o teste U de Mann-Whitney. A correlação da QV com os sintomas depressivos foi efetuada por meio do coeficiente de correlação de Spearman. Os dados foram analisados por intermédio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0, e a significância foi adotada para valores de  $p < 0,05$ .

Para verificar o percentual de variância explicada dos domínios e facetas de QV (variável dependente) pelos sintomas depressivos (variável independente), foram conduzidos dois modelos de Path Analysis com as variáveis que obtiveram correlação significativa ( $p < 0,05$ ). A existência de outliers foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis (DM2), e a normalidade univariada das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (ISkI < 3) e curtose (IKuI < 10) uni e multivariada. Como os dados não apresentaram distribuição normal, utilizou-se a técnica de Bootstrap de Bollen-Stine para corrigir o valor dos coeficientes estimados pelo método da Máxima Verossimilhança<sup>15</sup> implementado no software AMOS versão 22.0.

Para verificar a adequação da amostra para a análise proposta, aplicamos a técnica de Bootstrapping. Não foram observados valores de DM2 indicadores da existência de outliers nem correlações suficientemente fortes entre as variáveis que indicaram

multicolinearidade (Variance Inflation Factors < 5,0). Partindo das recomendações de Kline<sup>16</sup>, a interpretação dos coeficientes de regressão teve como referência: pouco efeito para coeficientes <0,20, médio efeito para coeficientes até 0,49 e forte efeito para coeficientes >0,50.

## RESULTADOS

Entre os 635 indivíduos idosos com hipertensão, residentes da zona urbana, 66,6% (n=423) eram do sexo feminino, e 33,4% (n=212), do sexo masculino. Os idosos apresentaram média de idade de 74,3 anos, variando de 60 a 102 anos. Em relação à faixa etária, 50,2% têm entre 70 e 79 anos.

Referente ao estado conjugal, 42,5% moram com esposo(a) ou companheiro(a). Concernente à escolaridade, 34,2% possuem entre quatro e sete anos de estudo. Quanto ao perfil econômico, 53,4% afirmaram que possuem renda de um salário mínimo. Observou-se que, do total de idosos com hipertensão entrevistados, 27,1% possuíam sintomas depressivos.

Destaca-se que apenas 27,1% (172) dos idosos apresentaram sintomas depressivos. Destes 172 idosos, 69,8% eram do sexo feminino, e 30,2%, do sexo masculino. Para o instrumento WHOQOL-BREF, em ambos os grupos, as maiores médias encontradas foram no domínio social, sendo 65,84 entre os idosos que possuíam sintomas depressivos e 73,59 para os que não tinham estes sintomas. As menores médias diferem entre os grupos, sendo no domínio físico 47,38 entre os idosos que possuíam sintomas depressivos e 64,17 no domínio meio ambiente para os que não tinham estes sintomas.

No WHOQOL-OLD, as maiores médias dos escores de QV foram na faceta morte e morrer (67,26) entre os idosos com hipertensão com sintomas depressivos e na faceta funcionamento dos sentidos (72,84) para aqueles sem sintomas depressivos. As menores médias em ambos os grupos foram na faceta autonomia, sendo 54,14 entre os idosos com sintomas depressivos e 67,98 para os que não tinham os sintomas. Todos os escores de QV foram estatisticamente significativos, apresentando  $p=0,0001$  para todos os domínios e facetas, exceto a faceta morte e morrer com  $p=0,006$  (Tabela 1).

**Tabela 1.** Comparação dos escores de QV entre os idosos com e sem sintomas depressivos

QV – Domínios e facetas	Sintomas depressivos		p
	Sim	Não	
	Mediana (Mín.- Máx.)	Mediana (Mín.- Máx.)	
<b>WHOQOL BREF</b>			
Físico	46,42 (10,71-85,71)	64,28 (17,86-100,00)	0,0001*
Psicológico	54,16 (16,67-91,67)	70,83 (20,83-100,00)	0,0001*
Social	66,66 (8,33-100,00)	75,00 (16,67-100,00)	0,0001*
Meio Ambiente	53,12 (21,88-84,38)	65,62 (31,25-100,00)	0,0001*
<b>WHOQOL OLD</b>			
Funcionamento dos sentidos	50,00 (18,75-100,00)	75,00 (0,00-100,00)	0,0001*
Autonomia	56,25 (25,00-93,75)	68,75 (12,50-100,00)	0,0001*
Atividades passadas, presentes e futuras	62,50 (12,50-93,75)	75,00 (12,50-100,00)	0,0001*
Participação social	56,25 (12,50-100,00)	68,75 (25,0-100,00)	0,0001*
Morte e morrer	75,00 (0,00-100,00)	81,25 (0,00-100,00)	0,006*
Intimidade	62,50 (0,00-100,00)	75,00 (0,00-100,00)	0,0001*

**Nota:** Teste U de Mann-Whitney \* $p<0,05$ .

Verificou-se correlação significativa ( $p < 0,05$ ) e negativa dos sintomas depressivos com todos os domínios e facetas de QV (Tabela 2). Especificamente, destacam-se as correlações com os domínios psicológico ( $r = -0,65$ ), físico ( $r = -0,54$ ) e meio ambiente ( $r = -0,53$ ); e com as facetas de participação social ( $r = -0,51$ ), autonomia ( $r = -0,49$ ), atividades passadas, presentes e futuras ( $r = -0,45$ ) e intimidade ( $r = -0,40$ ). Tais achados indicam que a QV possui uma associação inversamente proporcional com os sintomas depressivos dos idosos.

**Tabela 2.** Correlação dos domínios e facetas de QV com os sintomas depressivos dos idosos

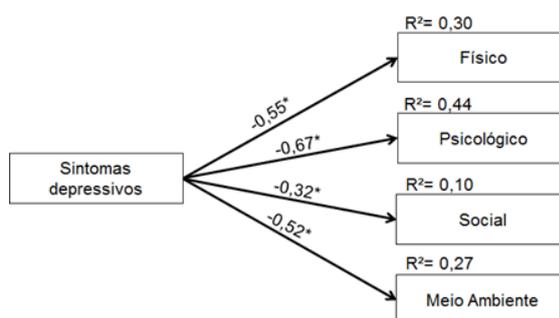
QV – Domínios e facetas	Sintomas Depressivos
<b>WHOQOL BREF</b>	
Físico	-0,54*
Psicológico	-0,65*
Social	-0,28*
Meio Ambiente	-0,53*
<b>WHOQOL OLD</b>	
Funcionamento dos sentidos	-0,29*
Autonomia	-0,49*
Atividades passadas, presentes e futuras	-0,45*
Participação social	-0,51*
Morte e morrer	-0,11
Intimidade	-0,40*

\*Correlação significativa ( $p < 0,05$ ) – Correlação de Spearman.

Para verificar o percentual de variância explicada dos domínios e facetas de QV indicativo pelos sintomas depressivos, após a análise da correlação, foram conduzidos dois modelos de Path Analysis ( $p < 0,05$ ). No modelo 1 (M1), verificou-se que os sintomas depressivos apresentaram associação significativa ( $p < 0,05$ ) e negativa com os domínios de QV, explicando 44% da variância do domínio psicológico, 30% do domínio físico, 27% do domínio de meio ambiente e 10% do domínio social (Figura 1). Em relação às trajetórias individuais, verificou-se que os sintomas depressivos apresentaram

efeito negativo e forte sobre os domínios psicológico ( $\beta = -0,67$ ), físico ( $\beta = -0,55$ ) e meio ambiente ( $\beta = -0,52$ ), e efeito moderado sobre o domínio social ( $\beta = -0,32$ ).

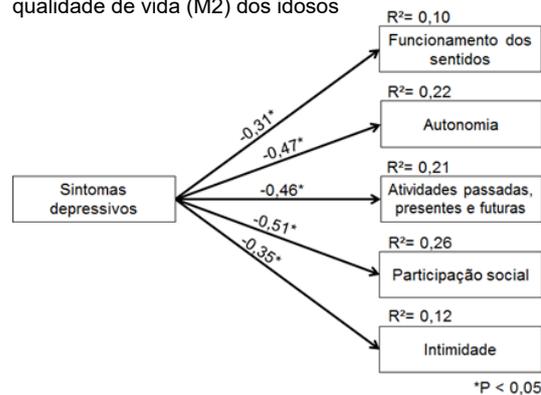
**Figura 1.** Modelo de Path Analysis da associação dos sintomas depressivos com os domínios de qualidade de vida (M1) dos idosos



\*P < 0,05

No modelo 2 (M1), verificou-se que os sintomas depressivos apresentaram associação significativa ( $p < 0,05$ ) e negativa com as facetas de QV, explicando 26% da variância da faceta de participação social, 22% da faceta de autonomia, 21% da faceta de atividades passadas, presentes e futuras, 12% da faceta de intimidade e 10% da faceta de funcionamento dos sentidos (Figura 2). Em relação às trajetórias individuais, verificou-se que os sintomas depressivos apresentaram efeito negativo e forte apenas sobre a faceta de participação social ( $\beta = -0,51$ ), e efeito moderado sobre as facetas de autonomia ( $\beta = -0,47$ ), atividades passadas, presentes e futuras e meio ambiente ( $\beta = -0,46$ ), intimidade ( $\beta = -0,35$ ) e funcionamento dos sentidos ( $\beta = -0,31$ ).

**Figura 2.** Modelo de Path Analysis da associação dos sintomas depressivos com as facetas de qualidade de vida (M2) dos idosos



## DISCUSSÃO

Os principais achados deste estudo apontaram que quanto maior os sintomas depressivos, menor é a percepção de QV do idoso com hipertensão em todos os domínios e facetas analisados. Além disso, os sintomas depressivos apresentaram efeito negativo e forte sobre os domínios psicológico, físico, meio ambiente, e a faceta de participação social; e efeito moderado sobre o domínio social e as facetas de autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, meio ambiente, intimidade, e funcionamento dos sentidos.

Também foi constatado que, dos idosos

com hipertensão, 27,1% possuíam sintomas depressivos. Infere-se, nesse caso, que a presença de uma doença crônica não transmissível, como a HAS, assim como incapacidade cognitiva (uma síndrome geriátrica), pode ser um fator para o surgimento de sintomas depressivos em idosos. Esses resultados vão ao encontro de um estudo que apresentou 37% de idosos que possuíam hipertensão e depressão<sup>17</sup>. Adamis et al.<sup>18</sup> mostraram em seu estudo que a incidência de hipertensão aumentou em pacientes com depressão, bem como o humor depressivo, que foi associado ao aumento dos níveis de pressão arterial.

Uma metanálise identificou que existe relação da depressão com a hipertensão, sendo que a depressão aumenta o risco de incidência de hipertensão, o que reforça ainda mais a hipótese traçada acima; além disso, nessa metanálise, o risco de HAS estava significativamente correlacionado com a prevalência de depressão<sup>19</sup>. Estudos clínicos e epidemiológicos demonstraram que a presença de depressão e sua gravidade estavam intimamente relacionadas com o prognóstico de pacientes hipertensos. As taxas de morbimortalidade de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, morte súbita e outros eventos cardiovasculares graves aumentam em pacientes com depressão<sup>20</sup>.

Pelo instrumento WHOQOL-BREF, ambos os grupos, com e sem sintomas depressivos, apresentaram o maior escore no domínio relação sociais e estatisticamente significante quando comparados com os dois grupos ( $p=0,0001$ ). Esse dado é semelhante ao estudo de Rodrigues<sup>21</sup>, que também obteve maior escore no domínio social. Esse fato pode ser justificado pela hipótese de que não apenas as relações sociais como também a QV em outros domínios impactam nos sintomas de depressão em idosos, visto que a QV engloba diversos aspectos.

No WHOQOL-OLD, as maiores médias dos escores de QV, entre os idosos hipertensos com sintomas depressivos, foram na faceta morte e morrer (67,26), o que também é confirmado nos resultados de Tavares et al.<sup>22</sup> que utilizaram o mesmo instrumento. Apresentar HAS e sintomas depressivos concomitantes parece refletir em outra visão da morte, com menor expectativa de vida<sup>23</sup>.

A faceta autonomia foi a que apresentou as menores médias, assim como em outro estudo, o qual apresentou escores semelhantes<sup>24</sup>. Os idosos geralmente possuem uma diminuição em sua autonomia com o decorrer do envelhecimento, mas quando associada a quadros depressivos, essa diminuição pode se agravar consideravelmente<sup>25</sup>.

Verificou-se correlação significativa ( $p < 0,05$ ) e negativa dos sintomas depressivos com todos os domínios e facetas de QV. Tais achados indicam que a QV possui uma associação inversamente proporcional com os sintomas depressivos dos idosos. Esses resultados vão ao encontro daqueles apresentados na literatura, que apontam o efeito direto da depressão na QV em todos os domínios, sendo que níveis mais elevados de depressão predizem menor QV em idosos<sup>26,27</sup>. A depressão ainda é a variável que mais contribui para a QV psicológica dos idosos; e quanto maior a idade, menor a QV física, psicológica e social, menor a capacidade funcional, maior a depressão e o estresse familiar<sup>27</sup>.

Por meio do Estudo SABE, realizado com 945 idosos do município de São Paulo, Brasil, Mendes-Chiloff et al.<sup>25</sup> investigaram a prevalência e os fatores associados aos sintomas depressivos. Dentre os principais resultados, os autores destacam a associação significativa entre os sintomas depressivos e algumas condições de saúde (saúde visual e bucal ruins), dependência para atividades básicas de vida diária,

autoavaliação e autopercepção. ruins de saúde e memória e disfunção familiar. Os resultados sugerem que a limitação funcional pode ter grande impacto sobre o humor de idosos e vice-versa.

Tavares et al.<sup>28</sup> observaram menores escores de QV de todos os domínios e facetas de QV (exceto para a faceta morte e morrer) associados aos piores níveis de autoestima, especialmente o domínio psicológico e a faceta participação social, ao mesmo tempo que idosos com menores níveis de autoestima apresentaram escores inferiores de QV. Visto que as funções sensoriais conectam o indivíduo ao mundo, as alterações sensoriais decorrentes do envelhecimento podem interferir negativamente sobre a QV do idoso e poderiam justificar a associação entre a faceta ‘funcionamento dos sentidos’ e os baixos índices de autoestima

Ao analisar a associação entre sintomas depressivos e autoestima, Meurer et al.<sup>29</sup> observaram que estas se relacionam inversamente, ou seja, quanto mais elevada a autoestima, menor a pontuação para sintomas depressivos. Meyler, Stimpson e Peek<sup>30</sup> também identificaram associação inversa e moderada entre a autoestima e os sintomas depressivos, sugerindo que a autoestima possa interferir sobre diferentes aspectos da saúde mental de idosos. Logo, autoestima e QV mostram-se inter-relacionadas, uma vez que tratam de percepções subjetivas do indivíduo em relação a si próprio e à vida.

Mesmo diante dos interessantes resultados apresentados, este estudo apresenta algumas limitações: 1) trata-se de um estudo transversal, o que impede inferir causalidade, ou seja, que os sintomas de depressão influenciam na QV dos idosos e vice versa; 2) os instrumentos utilizados para avaliação são subjetivos, o que pode ser um viés de resposta; 3) os dados são referentes a idosos de uma região específica do país, o que impede generalizar os dados para toda

a população idosa; 4) a ausência de um grupo-controle, composto por idosos não hipertensos, para efeito de comparação dos resultados entre grupos; 5) o diagnóstico autorreferido de HAS, o que tem uma acurácia muito inferior ao diagnóstico recomendado pelos consensos internacionais de hipertensão.

Alguns pontos fortes do estudo também devem ser apresentados: é uma pesquisa com amostra de grandes proporções, o que gera maiores conclusões se comparada a estudos de amostras pequenas; foram avaliados idosos hipertensos, o que torna a pesquisa mais específica e reprodutível na área da gerontologia.

## CONCLUSÕES

Concluiu-se que os sintomas depressivos parecem ser um fator interveniente na percepção de QV do idoso com hipertensão. Ressalta-se que os sintomas depressivos apresentaram associação inversamente proporcional com os domínios e facetas de QV, além de os idosos com sintomas depressivos terem apresentado menor escore de QV.

Do ponto de vista prático, destaca-se a necessidade de maior atenção por parte de familiares, cuidadores e dos órgãos públicos de saúde sobre a presença de sintomas depressivos, e que isso irá impactar na QV dessa população, demandando mais cuidados e custos com a saúde pública.

## REFERÊNCIAS:

1. Organização Mundial da Saúde. Declaração elaborada pelo grupo de trabalho da qualidade de vida da OMS. Publicada no glossário de Promoção da Saúde da OMS de 1998. Genebra, 1994.
2. Sposito G, D'Elboux MJ, Neri AL, Guariento ME. A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. *Cienc saúde coletiva*, 2013;18(12): 3475-82.
3. Silveira PM, Borgatto AF, Silva KS, Oliveira ESA, Barros MVG, Nahas MV. Criação de uma escala de satisfação com a vida por meio da Teoria da Resposta ao Item. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(4):272-8.
4. Stella F, Gobbi S, Corazza D, Costa J. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*. 2002;8(3):7-13.
5. Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Sci Med*. 2001;17(1):3-8.
6. Irigaray TQ, Schneider RH. Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosos participantes de uma universidade da terceira idade. *Est Psicol*. 2008;25:517-525.
7. Chaves ÉCL, Paulino CF, Souza VHS, Mesquita AC, Carvalho FS, Nogueira DA. Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(3):648-55.
8. Campos ACV, Cordeiro EC, Rezende GP, Vargas AMD, Ferreira EF. Qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física no contexto da estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(4):889-97.
9. Silva P, Tibana R, Sousa N, Pinheiro V, Santos R, Bastos E et al. Qualidade de vida e nível de atividade física de idosos normotensos e hipertensos cadastrados na estratégia de saúde da família. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2016;21(3):222-229.
10. Borges JWP, Moreira TMM, Schmitt J, Andrade DF, Barbeta PA, Souza ACC et al. Medição da qualidade de vida em hipertensão. *Rev Saúde Pública* 2017;51:45.
11. Caldeira RB, Neri AL, Batistoni SST, Cachioni M. Variáveis associadas à satisfação com a vida em cuidadores idosos de parentes também idosos cronicamente doentes e dependentes. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017; 20(4): 503-517.
12. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatric Res*. 1975; 12(1):189-98.
13. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiq*. 2003;61(3):777-81.
14. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(2B): 421-6.
15. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
16. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785-91.
17. Marôco J. Análise de equações

- estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações: ReportNumber, Lda; 2010.
18. Kline RB. Assumptions in structural equation modeling. 2012.
19. Andrade DDBC, Rodrigues CS, Novaes AG, Reis CMS, Novaes MRCG. Depressão e sua relação com a adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva em idosos. *REVISA*. 2019;8(3):305-15.
20. Adamis D, Ball C. Morbidade física em idosos psiquiátricos em pacientes: prevalência e possíveis relações entre os principais transtornos mentais e doenças físicas. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000; 15(3):248 – 253.
21. Meng L, Chen D, Yang Y. A depressão aumenta o risco de incidência de hipertensão: uma metanálise de estudos prospectivos de coorte. *J Hypertens*. 2012; 30(5):842 – 851.
22. Abramson J, Berger A, Krumholz HM, Vaccarino V. Depressão um risco de insuficiência cardíaca entre idosos com hipertensão sistólica isolada. *Arch Int Med*, 2001;161(14):1725 – 1730.
23. Rodrigues LR, Tavares Darlene MS, Silveira FCO, Dias FA, Martins NPF. Qualidade de vida, indicativo de depressão e número de morbidades de idosos da zona rural. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2015; 4(2):33-44.
24. Tavares DMS, Guimarães MO, Ferreira Pollyana CS, Dias FA, Martins NPF, Rodrigues LR. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):134-41.
25. Cótica CS. Perception of quality of life and finitude of middle-aged adults and elderly practitioners and non-practitioners of physical activity. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;5(4):201-13.
26. Molina NPFM, Silva ACL, Ikegami EM, Viana DA, Silva LMA, Rodrigues LR. Qualidade de vida e morbidades entre idosos com e sem indicativo de depressão. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2018; 7(2):54-67.
27. Mendes-Chiloff CL, Lima MCP, Torres AR, Santos JLF, Duarte YO, Lebrão ML, et al. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). *Rev Bras Epidemiol*. 2019; 21(Suppl 02): e180014.
28. Sivertsen H, Bjørkløf GH, Helvik AS, Selbæk KEG. Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015; 40:311–339.
29. Roncon J, Lima S, Pereira MG. Qualidade de vida, morbidade psicológica e stress familiar em idosos residentes na comunidade. *Psic: Teor e Pesq*. 2015; 31(1):87-96.
30. Tavares DMDS, Matias TGC, Ferreira PCDS, Pegorari MS, Nascimento JS, Paiva MMD. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. *Ciênc saúde coletiva*. 2016; 21: 3557-3564.
31. Meurer ST, Borges LJ, Benedetti TRB, Mazo GZ. Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. *Rev Bras Cienc Esp*. 2012; 34(3).
32. Meyler D, Stimpson JP, Peek MK. Acculturation and self-esteem among older Mexican americans. *Aging Ment Health*. 2006; 10(2):182-186.