

Depressive symptoms in the elderly and its relationship with chronic pain, chronic diseases, sleep quality and physical activity level

Sintomas depressivos em idosos e sua relação com dor crônica, doenças crônicas, qualidade do sono e nível de atividade física

Marcia Regina da Silva¹, Fátima Ferretti², Samira da Silva Pinto³, Odanor Ferretti Tombini Filho³

DOI 10.5935/2595-0118.20180056

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Depressive symptoms are often experienced by the elderly, being a public health problem. The objective of this study was to verify the relation between depressive symptoms and the presence and intensity of chronic pain with sleep quality and physical activity level.

METHODS: Research with 385 aged residents in a municipality of Santa Catarina. The Morais adapted questionnaire, the numerical visual pain scale, and the International Physical Activity Questionnaire were used to assess the level and volume of physical activity, the Pittsburgh Sleep Quality Index, and the Geriatric Depression Scale. Data analysis by the Mann-Whitney U test, Chi-square (X^2) and Spearman's correlation.

RESULTS: Of the 385 aged evaluated, 30.6% had depressive symptoms. Older people who had depressive symptoms complained more of pain, poor sleep quality and had less physical activity ($p=0.001$). The X^2 values between chronic pain, sleep quality and physical activity level with presence and absence of depression symptoms were 25.078, 27.707 and 9.009, respectively ($p<0.05$), and the correlation between depressive symptoms and sleep quality was 0.423 ($p<0.05$).

CONCLUSION: Elderly people with depressive symptoms had a higher intensity of pain, worse quality of sleep and lower intensity of physical activity. There was an association between the presence of chronic pain, level of physical activity and quality of sleep with depression symptoms and moderate correlation between depression symptoms and sleep quality

Keywords: Chronic pain, Depressive symptoms, Elderly, Exercise, Sleep disorders.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Os sintomas depressivos são frequentemente vivenciados pelos idosos, constituindo-se um problema de saúde pública. O objetivo deste estudo foi verificar a relação entre sintomas depressivos e a presença e intensidade da dor crônica com a qualidade do sono e o nível de atividade física.

MÉTODOS: Pesquisa com 385 idosos residentes em um município catarinense. Utilizou-se o questionário adaptado de Morais, escala visual numérica da dor, questionário Internacional de Atividade Física para avaliação do nível e volume de atividade física, escala de avaliação do índice de qualidade do sono de Pittsburgh e escala de depressão geriátrica. A análise dos dados pelos testes U de Mann-Whitney, Qui-quadrado (X^2) e correlação de Spearman.

RESULTADOS: Dos 385 idosos avaliados, 30,6% apresentaram sintomas depressivos. Idosos que apresentaram sintomas depressivos possuíam maior queixa de dor, pior qualidade do sono e menor volume de prática de atividades físicas ($p=0,001$). Os valores do X^2 entre dor crônica, qualidade do sono e nível de atividade física com presença e ausência de sintomas depressivos foram 25,078, 27,707 e 9,009, respectivamente ($p<0,05$) e a correlação entre sintomas depressivos e qualidade do sono foi de 0,423 ($p<0,05$).

CONCLUSÃO: Idosos com sintomas depressivos apresentaram maior intensidade da dor, pior qualidade do sono e menor intensidade de atividade física. Houve associação entre a presença de dor crônica, nível de atividade física e qualidade do sono com sintomas depressivos e correlação moderada entre sintomas depressivos e qualidade do sono.

Descritores: Dor crônica, Exercício, Idoso, Sintomas depressivos, Transtornos do sono.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. A previsão dos demógrafos é de que no ano 2020 existam cerca de 1,2 bilhões de idosos no mundo, dentre os quais 34 milhões de brasileiros acima de 60 anos. Uma série de fatores conjugados, entre os quais o melhor controle das doenças crônicas, a melhora da qualidade de vida (QV), a redução dos índices de natalidade e fecundidade, entre outros, tem aumentado a expectativa de vida das populações¹.

O Brasil é hoje um “jovem país de cabelos brancos”. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passará de um cenário de mortalidade pró-

1. Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Curso de Fisioterapia, Chapecó, SC, Brasil.
2. Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde, Chapecó, SC, Brasil.
3. Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Faculdade de Medicina, Chapecó, SC, Brasil.

Apresentado em 18 de maio de 2018.

Aceito para publicação em 28 de agosto de 2018.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Servidão Anjo da Guarda, nº 295-D – Bairro Efápi
89809-900 Chapecó, SC, Brasil.
E-mail: ferrettifisio@yahoo.com.br

prio de uma população jovem, para um quadro de doenças típicas dos países longevos, caracterizado por doenças complexas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, fármacos contínuos e exames periódicos, o que tem onerado substancialmente o sistema de saúde e desafiado os pesquisadores, no sentido de estruturar estratégias para enfrentar essa problemática².

A depressão é uma das doenças crônicas mais comuns entre os idosos e está entre um dos principais problemas de saúde pública, atingindo cerca de 350 milhões de pessoas em todo o mundo. Além disso, é causa de incapacidade, contribuindo para o desenvolvimento de outras doenças. Devido a sua importância e ao aumento da sua prevalência, a depressão foi escolhida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para ser o tema da campanha do dia mundial da saúde de 2017³.

Uma revisão sistemática mostrou que a prevalência de depressão é encontrada em 7,7% dos idosos que buscam a atenção primária, 10,4% daqueles que vivem em comunidade e 14,4% daqueles que estão no ambiente hospitalar⁴. Além do mais, é mais comum entre os idosos com perturbações físicas incapacitantes⁵. Segundo a pesquisa de Wannmacher⁶, esses sintomas diminuem a QV e aumentam a mortalidade. De acordo com as estimativas feitas pela OMS⁷ para o ano de 2020, a doença isquêmica do coração e a depressão são as duas maiores causas, não só de mortalidade, mas de incapacidade. Os sintomas depressivos (SD) em idosos estão relacionados a uma maior dificuldade no tratamento das comorbidades, pior prognóstico e pior QV, devendo ser insistentemente investigados a fim de proporcionar o tratamento precoce e melhorar o bem-estar dessa população, já fragilizada pelas inúmeras doenças que os acometem. Torna-se relevante identificar os SD e relacioná-los com outras variáveis para que se possa intervir com medidas preventivas, evitando a evolução do quadro para a depressão.

Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo verificar a relação entre os SD no idoso e a presença e intensidade de dor crônica com a qualidade do sono e o nível de atividade física (NAF), bem como verificar a associação da dor crônica, da qualidade do sono, do NAF com SD, e correlacionar os SD com o número de doenças crônicas, o índice de qualidade do sono, o volume de atividade física e a intensidade da dor.

MÉTODOS

O presente estudo é de caráter quantitativo, transversal e populacional e foi realizado em um município catarinense, no período de junho a agosto de 2016. Participaram deste estudo idosos de ambos os sexos, residentes no ambiente urbano desse município.

O estado de Santa Catarina tem uma dinâmica que se reflete em índices elevados de crescimento, alfabetização, emprego e renda *per capita*, significativamente superiores às médias nacionais, garantindo melhor QV para a população residente, mas com contrastes quanto ao desenvolvimento socioeconômico de seus municípios. A economia do município sede da pesquisa está ligada fortemente à agricultura, à agroindústria, à metalmeccânica e às pequenas empresas. O município possui cultura diversificada, com influências das colonizações italiana e alemã, mescladas às características locais. Muitos dos descendentes de colonizadores se fixaram no município e constituem a população jovem, adulta e, principalmente, a idosa dessa cidade⁸.

Para o cálculo amostral, considerou-se a população de 13.606 idosos residentes no município, de ambos os sexos, com 60 anos ou mais. A amostra do estudo foi calculada pelo programa amostral do *Microsoft Excel*, considerando um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%, totalizando 385 idosos. Os critérios de inclusão utilizados foram possuir 60 anos ou mais, residir no ambiente urbano do município estudado, e apresentar boa cognição, de acordo com o Mini-exame do Estado Mental (MEEM)⁹, conforme o grau de escolaridade previsto no escore do teste. Os critérios de exclusão foram idoso ausente de seu domicílio em duas visitas; ser idoso acamado ou cadeirante.

A coleta de dados foi organizada a partir do mapa censitário do município, no qual constam 38 setores. Foram sorteados aleatoriamente 10 setores censitários. Os mapas desses setores foram impressos para que os pesquisadores pudessem planejar a coleta a partir das ruas de cada bairro. A cada duas casas, a primeira foi sorteada. Quando o local sorteado era um prédio, todas as pessoas acima de 60 anos eram entrevistadas. Lotes e estabelecimentos comerciais foram excluídos e, quando sorteados, passou-se ao próximo domicílio – assim sucessivamente, em todas as ruas até atingir a amostra.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram o questionário adaptado de Moraes¹⁰ para identificar dados pessoais e se o idoso apresentava ou não dor crônica. Em seguida, a escala visual numérica (EVN) para aferir a intensidade da dor no idoso¹¹. O *Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire* (PSQI) foi utilizado para avaliar a qualidade do sono¹². O *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ – versão curta) para verificar o nível de prática de atividades físicas dos idosos¹³, e para identificar os SD foi utilizada a *Geriatric Depression Scale* (GDS) versão reduzida, com 15 questões¹⁴.

Para a aplicação dos instrumentos utilizados na coleta de dados, 14 estudantes foram previamente treinados – dois mestrandos, um estudante do curso de graduação em Medicina e 11 estudantes do curso de graduação em Fisioterapia – todos integrantes do grupo de pesquisa em que o estudo estava alocado. A capacitação teve duração de 20 horas: cinco horas destinadas para o estudo dos instrumentos; cinco para a aplicação do teste-piloto com 15 idosos, para verificar a adequação dos instrumentos de coleta; cinco para efetuar a verificação dos resultados do teste-piloto e ajustes necessários para o início da coleta dos dados oficiais do estudo, e cinco para organizar toda a dinâmica da coleta de dados.

A coleta foi realizada nos 10 setores censitário sorteados. Cada coletor registrou as coletas realizadas no mapa que recebeu previamente. A equipe da pesquisa se encontrava toda sexta-feira para digitar no banco de dados e avaliar o seu andamento, verificar as ruas percorridas e planejar a semana seguinte. A coleta foi realizada no período matutino, vespertino ou noturno, em todos os dias da semana. Quando, na casa sorteada, havia idoso residente, mas ele não se encontrava no local no momento da visita, o idoso foi procurado em mais uma data, conforme disponibilidade sugerida pela pessoa que estava na residência.

Cada idoso localizado em seu domicílio foi informado sobre a finalidade da pesquisa, sua relevância, objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodos que poderia acarretar, bem como sobre a forma como seriam coletados os dados e utilizados posteriormente. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na sequência, foi aplicado o MEEM, utilizado como um critério de inclusão, pois faz a triagem quanto à preservação do estado cognitivo dos idosos. Sua interpretação se deu pelo seguinte escore: 17 pontos para analfabetos ou menos de quatro anos de escolaridade, 24 pontos para indivíduos com quatro anos ou mais de escolaridade⁹. Os idosos que atingiram esses pontos de corte continuaram na pesquisa, e os demais foram excluídos por não apresentarem uma boa cognição.

Depois, foi aplicado o questionário de dados gerais de idosos – adaptado de Moraes¹⁰, instrumento composto pelas informações pessoais e perguntas referentes à presença de dor e de doenças crônicas autorrelatadas.

Em seguida, foi aplicada a EVN, que auxilia na aferição da intensidade da dor no paciente, em escala que vai de zero a 10. O idoso classificava sua dor por intensidade, sendo que de zero a três corresponde à “dor leve”, quatro a sete, “dor moderada”, e acima de oito corresponde à “dor intensa”¹¹.

Para a avaliação da atividade física foi aplicado o IPAQ, versão curta, que tem como objetivo estimar qual foi o gasto energético na realização da atividade física, sendo ela tanto de intensidade moderada, quanto vigorosa, mas sempre levando em consideração as tarefas diárias, de lazer, de trabalho, entre outras¹³. Barbosa et al.¹⁵ evidenciam que o IPAQ avalia os diferentes aspectos como trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer, além de estimar o tempo para a realização dessas atividades, caracterizando o nível de atividade, entre ativo e sedentário.

De acordo com o resultado obtido, o IPAQ foi dividido e conceituado conforme categorias¹⁶:

- Insuficientemente ativo (A e B): indivíduos que realizam até 150 minutos de atividade física semanal;
- Ativos (Ativo A-B e muito ativo): indivíduos que realizam mais de 150 minutos de atividade física semanal.

Na sequência foi aplicado o PSQI, desenvolvido com o objetivo de avaliar a qualidade do sono em relação ao mês mais recente. Esse questionário possui 19 questões que são agrupadas em sete componentes, com pesos distribuídos em uma escala de zero a três. As pontuações desses componentes são somadas para produzirem um escore global, que varia de zero a 21. Pontuações de zero a quatro indicam boa qualidade do sono, de cinco a dez indicam qualidade ruim e acima de dez indicam distúrbio do sono¹².

Por fim, para verificar a presença de sintomas de depressão, foi utilizada a GDS versão reduzida, com 15 questões¹⁴. O escore final pode atingir no máximo 15 pontos, sendo que, o escore em que a soma totalize até 4 pontos, representa ausência de SD, e cinco ou mais pontos, presença de SD^{17,18}.

O projeto que deu origem a este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição de Ensino Superior de origem, sob parecer 2.047.037. Este estudo assegurou o cumprimento dos princípios éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Análise estatística

Para a análise dos dados, utilizou-se a planilha Excel para armazenamento e posterior análise no *software* estatístico SPSS versão 20.0. Inicialmente utilizou-se estatística descritiva, sendo que as variáveis quantitativas foram analisadas por medidas de tendência central e de dispersão (média e desvio padrão) e, as qualitativas, por frequência

relativa e absoluta. A normalidade dos dados das variáveis dor, sono, atividade física e SD foi realizada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov e, como não apresentou distribuição normal, a comparação das medianas e amplitude interquartil foi analisada pelo teste U de Mann-Whitney em idosos com a presença e ausência de SD, bem como nos grupos com e sem dor crônica. Para verificar a associação da dor crônica, da qualidade do sono e NAF com presença e ausência de SD, foi realizado o teste Qui-quadrado – χ^2 . A correlação das variáveis foi obtida pelo teste de correlação de *Spearman*. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dos 385 idosos entrevistados, 259 eram mulheres. A média de idade foi $71,12 \pm 7,46$ anos. Identificou-se 118 pacientes com SD (30,6%) e dentre os idosos com SD, a maioria era do sexo feminino (86 idosos, 72,9%).

Em relação à dor crônica, 224 idosos relataram presença de dor, dos quais 74,5% eram do gênero feminino. Quando verificada a graduação da dor através da EVN, constatou-se uma média de $3,46 \pm 3,49$. A maior frequência concentrou-se na dor moderada (graduação de quatro a sete) em 28,1% dos pacientes; seguida pela dor intensa (graduação de oito a 10) e dor leve (graduação de um a três). A dor mais prevalente nas mulheres idosas foi a intensa, registrada em 82,4% do grupo.

Encontrou-se 331 (86%) pacientes com doença crônica. Sobre o número de doenças, houve uma variação de 1 a 6 doenças crônicas por idoso. A maioria apresentou até 3 doenças autorrelatadas (79%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características gerais dos idosos quanto ao sexo, presença de doença e dor crônica, intensidade da dor, qualidade do sono e sintomas depressivos (n=385)

Variáveis		Resultados
Sexo	Masculino (n/%)	126 (32,7)
	Feminino (n/%)	259 (67,3)
Doença crônica	Presença (n/%)	331 (86)
	Ausência (n/%)	54 (14)
Dor crônica	Presença (n/%)	224 (58,2)
	Ausência (n/%)	161 (41,8)
Dor (EVN)	Intensidade da dor (média±DP)	3,46±3,5
	Sem dor (n/%)	164 (42,6)
	Leve (n/%)	39 (10,1)
	Moderada (n/%)	108 (28,1)
	Intensa (n/%)	74 (19,2)
PSQI	Índice de classificação do sono (média±DP)	5,57±3,2
	Boa qualidade de sono (n/%)	167 (43,4)
	Qualidade do sono ruim (n/%)	194 (50,4)
	Distúrbio do sono (n/%)	24 (6,2)
GDS	Escore da GDS (média±DP)	3,64±2,5
	Ausência de sintomas depressivos (n/%)	267 (69,4)
	Sintomas depressivos (n/%)	118 (30,6)

EVN = escala visual numérica da dor; PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire; GDS = Geriatric Depression Scale.

Quando comparadas as medianas das variáveis dor, qualidade do sono e volume de atividade física entre os idosos com presença ou ausência de SD, os resultados indicam que os idosos que apresentavam SD possuíam maior queixa de dor, pior qualidade do sono e menor volume de prática de atividades físicas ($p=0,001$), representado na tabela 2.

A tabela 3 apresenta os dados das medianas das variáveis qualidade do sono, volume de atividade física e SD em idosos com e sem dor crônica, demonstrando resultados estatisticamente significativos entre os grupos.

A tabela 4 apresenta as variáveis dor crônica, qualidade do sono e nível de atividade física em idosos sem e com SD. Os resultados indicam associação estatisticamente significativa da presença de dor crônica, pior qualidade do sono e menor nível de atividade física com SD.

Tabela 2. Comparação das medianas de intensidade de dor, índice de qualidade do sono e volume de atividade física em idosos com presença e ausência de sintomas depressivos

Variáveis	Ausência de sintomas n=267 Média±DP	Sintomas depressivos n=118 Média±DP	Valor de p
EVN	0,0 (0,0-6,0)	5,0 (1,75-8,0)	0,001†
PSQI	4,0 (3,0-7,0)	7,0 (5,0-10,0)	0,001†
IPAQ	190,0 (100,0-280,0)	130,0 (75,0-210,0)	0,001†

EVN = escala visual numérica da dor. PSQI = *Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire*; IPAQ = *International Physical Activity Questionnaire*; p = Estatística pelo teste U de Mann-Whitney. † Significância estatística $p<0,05$.

Tabela 3. Comparação das medianas do índice de qualidade do sono, volume de atividade física e sintomas depressivos em idosos com e sem dor crônica

Variáveis	Sem dor crônica n=161 me (AIQ)	Com dor crônica n=224 me (AIQ)	Valor de p
PSQI	4,0 (2,5-6,0)	6,5 (4,0-9,0)	0,001†
IPAQ	200 (120-300)	150 (76,25-240)	0,001†
GDS	3,0 (1,0-4,0)	4,0 (2,0-6,0)	0,001†

me = mediana. AIQ: amplitude interquartil (25-75); PSQI = *Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire*; IPAQ = *International Physical Activity Questionnaire*; GDS = *Geriatric Depression Scale*; p = Estatística pelo teste U de Mann-Whitney. † Significância estatística $p<0,05$.

Tabela 4. Associação entre dor crônica, qualidade do sono e nível de atividade física em idosos com e sem sintomas depressivos

Variáveis		ASD n (%)	SD n (%)	Total n (%)	Estatística X ² Z/p
Dor crônica	Presença	133 (49,8)	91 (77,1)	224 (58,2)	25,078/0,001†
	Ausência	134 (50,2)	27 (22,9)	161 (41,8)	
Qualidade do sono	Boa qualidade	139 (52,1)	28 (23,7)	166 (43,4)	27,707/0,001†
	Qualidade ruim	116 (43,4)	78 (66,1)	194 (50,4)	
	Distúrbio do sono	12 (4,5)	12 (10,2)	24 (6,2)	
Nível de atividade física	SED	19 (7,1)	11 (9,3)	30 (7,8)	9,009/0,011†
	IA	93 (34,8)	58 (49,2)	151 (39,2)	
	AMA	155 (58,1)	49 (41,5)	204 (53)	
	Total	267 (100)	118 (100)	385 (100)	

ASD = ausência de sintomas depressivos (zero a 4 pontos). SD: sintomas depressivos: (5 ou mais pontos). Estatística X²: teste Qui-quadrado. Z = Resultado do teste Qui-quadrado. † Significância estatística $p<0,05$. SED = sedentário. IA = insuficientemente ativo. AMA = ativo ou muito ativo.

DISCUSSÃO

Um dos principais resultados deste estudo foi a relação entre os SD e a presença e intensidade da dor crônica. Além disso, os idosos que relataram dor crônica apresentaram probabilidade 3,36 vezes maior de ter SD, como observado no teste X². Uma pesquisa realizada com 172 idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Londrina-PR evidenciou que 62,21% apresentaram dor crônica e destes, 56,1% possuíam SD¹⁹.

Segundo estudo de Pinheiro et al.²⁰, há elevada prevalência de SD e ansiedade em pacientes com dor crônica, assim como relação significativa desses sintomas psiquiátricos com alguns tipos e intensidade de dor. A melancolia intensifica a experiência dolorosa, ou então diminui o limiar da dor^{21,22}. Um ciclo se estabelece em que um distúrbio agrava o outro. O paciente deprimido é menos ativo, restringe o convívio social, o que pode potencializar os quadros de dor e piorar os SD, e assim sucessivamente²³.

Os resultados do presente estudo também demonstraram que os idosos com SD apresentaram intensidade da dor significativamente maior, assim como escores maiores da GDS na presença de dor crônica.

Um estudo que avaliou a associação entre dor e depressão em uma população de idosos, a partir de informações de idosos que recebem serviços domiciliares em 11 países europeus, de 2001 a 2003, evidenciou que do total da amostra, 2380 indivíduos apresentaram dor (59,9%). A depressão foi diagnosticada em 11,3% dos 1596 participantes sem dor e em 19,5% dos participantes com dor ($p<0,001$). Comparando por sexo, as mulheres com dor foram significativamente mais propensas a apresentar SD. Entre as mulheres, a associação entre dor e SD tornou-se progressivamente mais pronunciada à medida que aumentavam a intensidade da dor, a frequência da dor e o número de locais dolorosos²⁴.

Inúmeros neurotransmissores que atuam no sistema nervoso central (SNC) estão relacionados com a supressão da dor, dentre eles a serotonina e o NADr²⁵, os quais se encontram diminuídos em pacientes com SD e dor crônica²⁶. Um estudo de corte prospectivo de base populacional, com quatro medidas de seguimento ao longo de 13 anos, realizado em Amsterdam com 1528 entrevistados (idade média de 67,9±8,1 anos), em que se buscou investigar o efeito da idade e do envelhecimento na associação entre dor e SD,

mostrou que a dor e os SD estavam associados ao longo dos 13 anos de seguimento. As características somáticas e psicológicas avaliadas explicaram 40% da covariância entre dor e SD ao longo do tempo. Quando se lida com pessoas que sofrem de dor e depressão, as intervenções devem ser semelhantes para todos os idosos, abrangendo fatores somáticos e psicológicos, independentemente da idade ou do estado de fragilidade²⁷.

Nessa direção, intervenções que conscientizem os idosos para uma alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos, atividades ao ar livre para tomar sol em horários adequados, favorecem o aumento da serotonina e podem minimizar esse ciclo: +SD = + dor crônica, e vice-versa. O estudo evidenciou fraca correlação entre o número de doenças, a presença de SD e a frequência de doenças crônicas autorrelatadas pelos idosos. De acordo com a pesquisa realizada por Duarte e Rego²⁸, dos 1.120 idosos que frequentavam um ambulatório de geriatria em Salvador-BA, 91% apresentaram entre 1 e 5 doenças crônicas, e destes 23,4% de todos os avaliados foram diagnosticados com SD, sendo esse quadro mais frequente entre as mulheres. Verificou-se, também, que havia associação positiva entre o número de comorbidades e o quadro depressivo quando havia mais de 3 doenças crônicas.

As pesquisas de Teng, Humes e Demetrio²⁹ e de Martínez et al.²² concluíram que os SD estão relacionados com inúmeras doenças, e que sua presença piora os sintomas de doenças crônicas, bem como os índices da QV, a aderência ao tratamento e provoca maior morbimortalidade do paciente. Um estudo transversal, realizado com adultos de 20 a 59 anos na cidade de Florianópolis, identificou a prevalência de 16,2% de pacientes depressivos, sendo mais frequente em mulheres e entre os mais idosos. Essa pesquisa verificou que a prevalência de SD foi maior entre aqueles com maior número de doenças crônicas³⁰.

Outro resultado do estudo foi a moderada correlação entre SD e a qualidade do sono, assim como os idosos com SD apresentaram escores significativamente piores de qualidade do sono do que os sem SD. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 5ª versão, a alteração no sono é um dos sintomas que fazem parte dos critérios para o diagnóstico de depressão (DSM-V-tr, 2014). Um número expressivo de pacientes depressivos queixa-se da deterioração, tanto da quantidade quanto da qualidade do sono³¹. Esse sono não reparador acarreta em irritabilidade, dificuldade de concentração e fadiga durante o dia. Além do mais, as alterações no sono podem ser um indicador de suscetibilidade para o desenvolvimento de SD³².

Um estudo descreveu que, dentre os fatores causadores de transtornos do sono, estavam as dores (33,1%)³³. Ora, a dor interfere na qualidade do sono de indivíduos idosos, mas, apesar da sua maior ocorrência na velhice, ela por si só não é causa de distúrbios do sono – normalmente, essas alterações estão associadas a outras comorbidades e piores escores de QV nos idosos, bem como, de SD.

Quando o padrão do sono de idosos é interrompido, pode-se promover a redução da motivação e indisposição para participar de atividades sociais e recreativas, prejudicando, conseqüentemente, o desempenho nas atividades de vida diária, produzindo quadros de dependência e diminuição do bem-estar³⁴. Desta forma, os profissionais da saúde devem intervir com ações de promoção da saúde que minimizem ou previnam os problemas relativos ao sono. Entre

as estratégias, pode-se destacar os exercícios físicos, as técnicas de relaxamento, as práticas integrativas e complementares, as rodas de conversa e os grupos de terapias e apoio¹⁹.

Quando verificada a associação entre o NAF e o grau de SD, observou-se que o grupo de idosos insuficientemente ativos foi o que apresentou maior prevalência de SD (49,2%), sendo que, nos idosos sem SD, 58,1% são ativos e muito ativos. Na comparação entre o volume de atividade física, os idosos com SD apresentaram volumes significativamente menores do que os que não apresentam SD.

Uma revisão que avaliou os benefícios da atividade física em pacientes depressivos, produzida por Guimarães e Caldas³⁵ encontrou 15 trabalhos realizados em sete países diferentes (EUA, Holanda, Brasil, Inglaterra, Japão, Colômbia e Finlândia) que concluíram que a atividade física reduz SD em idosos.

Dentre as explicações mais aceitas para os benefícios do exercício físico no tratamento dos SD estão o aumento na liberação de catecolaminas como serotonina, noradrenalina e dopamina³⁶ e de endorfinas, que promovem a sensação de bem-estar, aliviando os SD e produzindo uma sensação de disposição e contentamento³⁷.

Incentivar um estilo de vida saudável, com práticas regulares de atividades físicas, reduz o risco de desenvolvimento de doenças nessa população³⁸. A promoção da atividade física associada com melhores condições de vida pode impactar positivamente a melhoria da QV da população em geral. Dentro desse contexto, a equipe de saúde precisa planejar as ações, não somente com vistas a tratar as condições clínicas dessa fase da vida, mas para efetivar intervenções com o objetivo de prevenir, manter e promover a saúde física e psíquica do idoso para que ele possa desfrutar a vida com longevidade.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, verificou-se relação entre SD com a presença e intensidade da dor, o índice de qualidade do sono e o NAF. Também se observou que os idosos com dor crônica apresentaram piores índices de qualidade do sono, atividade física e aumento dos SD. Houve associação entre presença de dor crônica, baixo NAF e má qualidade do sono entre os idosos com SD.

REFERÊNCIAS

1. Kuchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc Estado*. 2012;27(1):165-80.
2. Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548-54. English, Portuguese.
3. Nações Unidas no Brasil. Depressão é tema de campanha da OMS para o dia mundial da saúde de 2017[online]. 2016. Epub 19 Dez 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/depressao-e-tema-de-campanha-da-oms-para-dia-mundial-da-saude-de-2017/>. Acesso em: 20 Dez 2016.
4. Polyakova M, Sonnabend N, Sander C, Mergl R, Schroeter ML, Schroeder J, et al. Prevalence of minor depression in elderly persons with and without mild cognitive impairment: a systematic review. *J Affect Disord*. 2014;152-154:28-38.
5. Katona C, Livingston G. Impact of screening old people with physical illness for depression? *Lancet*. 2000;356(9224):91-2.
6. Wannmacher L. Abordagem da depressão maior em idosos: medidas não medicamentosas e medicamentosas. Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde – Representação Brasil [online]. 2016;1(1):1-10.
7. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2002. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42390/4/WHO_2001_por.pdf>. Acesso em: 20 Dez 2016.
8. Santa Catarina. Governo de Santa Catarina. Conheça SC. Florianópolis -SC. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Ind_DM_Idosos/DM_a14_graf.DEF>. Acesso: nov. 2016.
9. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. [Suggestions for

- utilization of the mini-mental state examination in Brazil]. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81. Portuguese.
10. Moraes EP, Rodrigues RA, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(2):374-83.
 11. Ciena AP, Gatto R, Pacini VC, Picanço VV, Magno IM, Loth EA. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. *Semina: Ciênc Biológ Saúde*. 2008;29(2):201-12.
 12. Araujo PB, Sties SW, Wittkopf PG, Schmitt Netto A, Gonzáles AI, Lima DP, et al. Índice da qualidade do sono de Pittsburgh para uso na reabilitação cardiopulmonar e metabólica. *Rev Bras Med Esporte*. 2015;21(6):472-5.
 13. Mazo GZ, Benedetti TR. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2010;12(6):480-4.
 14. Apóstolo JL, Loureiro LM, Reis IA, Silva IA, Cardoso DF, Sfetcu R. Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale-15 para a língua portuguesa. *Rev Enfermagem Referência*. 2014;4(3):65-73.
 15. Barbosa AP, Teixeira TG, Orlandi B, Oliveira NT, Concone MH. Nível de atividade física e qualidade de vida: um estudo comparativo entre idosos dos espaços rural e urbano. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(4):743-54.
 16. Ribeiro CG, Ferretti F, Sá CA. Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):330-9.
 17. Paradela EM, Lourenço RA, Veras RP. [Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic]. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):918-23. Portuguese.
 18. Brown LM, Schinka JA. Development and initial validation of a 15-item informant version of the Geriatric Depression Scale. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20(10):911-8.
 19. Marta IE, Baldan SS, Berton AF, Pavam M, da Silva MJ. [The effectiveness of therapeutic touch on pain, depression and sleep in patients with chronic pain: clinical trial] *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):1100-6.
 20. Pinheiro RC, Uchida RR, Mathias LA, Perez MV, Cordeiro Q. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(3):213-9.
 21. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, Posada-Villa J, Kovess V, Angermeyer MC, et al. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. *Pain*. 2007;129(3):332-42.
 22. Martínez NT, Gómez-Restrepo C, Ramírez S, Rodríguez MN. [Prevalence of mood and anxiety disorders on people with chronic conditions. Results from de National Mental Health Survey in Colombia 2015]. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(Suppl 1):141-6. Spanish.
 23. Askari MS, Andrade LH, Filho AC, Silveira CM, Siu E, Wang YP, et al. Dual burden of chronic physical diseases and anxiety/mood disorders among São Paulo Megacity Mental Health Survey Sample, Brazil. *J Affect Disord*. 2017;220:1-7.
 24. Onder G, Landi F, Gambassi G, Liperoti R, Soldato M, Catananti C, et al. Association between pain and depression among older adults in Europe: results from the Aged in Home Care (AdHOC) project: a cross-sectional study. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(8):982-8.
 25. Yaksh TL, Hammond DL. Peripheral and central substrates involved in the rostral transmission of nociceptive information. *Pain*. 1982;13(1):1-85.
 26. Stahl SM. *Psicofarmacologia dos antidepressivos*. 3ª ed. Reino Unido: Martin Dunitz; 1997.
 27. Sanders JB, Comijs HC, Bremmer MA, Deeg DJ, Beekman AT. A 13-year prospective cohort study on the effects of aging and frailty on the depression-pain relationship in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30(7):751-7.
 28. Duarte MB, Rego MA. [Depression and clinical illness: comorbidity in a geriatric outpatient clinic]. *Cad Saude Publica*. 2007;23(3):691-700. Portuguese.
 29. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clín*. 2005;32(3):149-59.
 30. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. [Association between depression and chronic disease: results from a population-based study]. *Rev Saude Publica*. 2012;46(4):617-23. Portuguese.
 31. Lucchesi LM, Hallinan MP, Lucchesi M, Moraes WA. [Sleep in psychiatric disorders]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(Suppl 1):27-32. Portuguese.
 32. Souza MM, Kaimén Maciel DR, Reimão R. [Polysomnographic evaluation of clinical patients suffering from mood disturbance]. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(2B):387-91.
 33. Pereira AA, Ceolim MF. Relação entre problemas do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da comunidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;44(4):769-78.
 34. Freire AL, Alves LF, Torres MV, Xavier CL, Gomes JA, Lopes KS, et al. Análise comparativa da qualidade do sono em idosos praticantes e não praticantes de atividade física na zona sul de Teresina (Piauí). *Rev Eletrônica Gestão & Saúde*. 2014;7(3):3101-14.
 35. Gumarães JM, Caldas CP. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(4):481-92.
 36. Guyton A, Hall JE. *Tratado de fisiologia médica*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
 37. Powers SK, Howley ET. *Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho*. 8ª ed. São Paulo: Manole; 2014.
 38. Valério MP, Ramos LR. Promoção de atividade física à população idosa: revisando possibilidades. *Rev Didática Sistemática*. 2013;15(2):155-73.