

IMPACTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS NA QUALIDADE DE VIDA DE
USUÁRIOS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE^a

Aline Naymayer CORSO^b
Liciane da Silva COSTA^c
Marcelo Pio de Almeida FLECK^d
Elizeth HELDT^e

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo identificar a presença de sintomas depressivos em usuários de cuidados em atenção primária e avaliar a associação entre as características sociodemográficas e o impacto desses sintomas na qualidade de vida. Trata-se de um estudo transversal com uma amostra consecutiva de 95 pacientes que consultaram em uma unidade básica de saúde. Para mensurar os sintomas depressivos e a qualidade de vida utilizou-se o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o WHOQOL-Bref, respectivamente. Não se encontrou associação significativa entre os dados sociodemográficos, os sintomas depressivos e a qualidade de vida. Entretanto, 44 clientes (46%) apresentaram sintomas depressivos associado significativamente a uma pior qualidade de vida em todos os domínios ($p < 0,001$). Os dados apontam para a importância de se estar atento à presença de depressão, mesmo em usuários de atenção primária, devido ao impacto negativo que os sintomas depressivos acarretam na qualidade de vida.

Descritores: Depressão. Qualidade de vida. Atenção primária à saúde.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo identificar la presencia de síntomas depresivos en usuarios de cuidados en atención primaria, y evaluar la asociación entre las características sociodemográficas y el impacto de estos síntomas en la calidad de vida. Se trata de un estudio transversal con una muestra consecutiva de 95 pacientes que consultaron en una unidad básica de salud. Para medir los síntomas depresivos y la calidad de vida se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el WHOQOL-Bref, respectivamente. No se encontró una asociación significativa entre los datos sociodemográficos, los síntomas depresivos y la calidad de vida. Sin embargo, 44 pacientes (46%) presentaron síntomas depresivos asociados significativamente a una peor calidad de vida en todos los dominios ($p < 0,001$). Los datos indican la importancia de estar atento a la presencia de depresión, incluso en usuarios de atención primaria, debido al impacto negativo que los síntomas depresivos acarrearán para la calidad de vida.

Descriptores: Depresión. Calidad de vida. Atención primaria de salud.

Título: Impacto de síntomas depresivos en la calidad de vida de usuarios de la red básica de salud.

ABSTRACT

This paper aims at identifying symptoms of depression in primary health care service users, assessing the association between sociodemographic characteristics and the impact of those symptoms on the quality of life. It is a transversal study with a consecutive sampling of ninety-five patients of a primary health care unit, Beck Depression Inventory (BDI) and WHOQOL-Bref were used to measure depressive symptoms and quality of life, respectively. No significant association was found among sociodemographic data, depression symptoms, and quality of life. Nevertheless, forty-four patients (46%) had depression symptoms associated to a significantly worse quality of life in all areas ($p < 0.001$). This finding shows the importance of being aware of the presence of depression, even in primary health care service users, considering the negative impact that depression symptoms have on the quality of life.

Descriptors: Depression. Quality of life. Primary health care.

Title: Impact of depressive symptoms in the quality of life of basic health care service users.

^a Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Enfermagem em Saúde Mental apresentado em 2008 na Escola de Enfermagem (EENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil.

^b Enfermeira Especialista em Enfermagem em Saúde Mental pela EENF/UFRGS, Brasil.

^c Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFRGS, Brasil.

^d Médico Psiquiatra, Doutor em Medicina, Professor Adjunto da FAMED/UFRGS e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da FAMED/UFRGS, Brasil.

^e Doutora em Psiquiatria, Professora Adjunta da EENF/UFRGS, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da FAMED/UFRGS, Brasil.

INTRODUÇÃO

A depressão caracteriza-se pelo humor deprimido, acompanhada de experiências subjetivas de sofrimento e desesperança, aliados à falta de prazer (anedonia) e interesse⁽¹⁾. No Brasil, a prevalência de depressão maior em 1 ano varia entre 3,5 a 9,7% da população geral, sendo este índice mais elevado em mulheres (4,7 a 12,6%) do que em homens (2,3 a 7,0%)⁽²⁾.

De fato, os transtornos depressivos constituem um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência e impacto psicossocial^(2,3). O primeiro episódio depressivo tende a ocorrer entre a segunda e a terceira décadas de vida, interferindo significativamente nas atividades diárias, especificamente nas relações familiares e no trabalho, sendo que as perdas decorrem do absenteísmo e da redução na capacidade do trabalhador⁽³⁾. Estudos prévios apontam que determinados subgrupos de indivíduos apresentam maior risco para desencadear episódios depressivos. Por exemplo, as mulheres são afetadas duas vezes mais do que os homens e em relação à idade, o estado civil e o nível socioeconômico, são, respectivamente, os jovens, os separados e a classe social mais baixa que apresentam um risco maior para depressão⁽⁴⁾.

Entretanto, a prevalência da depressão secundária a uma condição médica é mais elevada do que na população geral, variando entre 18 a 36%, tendo como um dos principais impactos a redução do autocuidado, dificultando o controle da doença de base^(5,6). Sabe-se que a depressão maior aumenta em mais de três vezes o risco de mortalidade cardíaca em indivíduos com ou sem doença cardíaca prévia⁽⁷⁾, prejudicando, também, a evolução clínica de pacientes com câncer de mama, acidente cerebrovascular e com dor crônica^(3,6,8). Além de prolongar o tempo de hospitalização, os sintomas depressivos ainda influenciam negativamente a qualidade de vida^(3,5,9).

Em atenção primária, os pacientes deprimidos são freqüentadores assíduos, sendo que a prevalência está entre 5 a 10% de todos os usuários atendidos^(9,10). Entretanto, ainda há uma grande deficiência na identificação do seu diagnóstico, assim como no tratamento adequado⁽¹⁰⁾. Portanto, o subdiagnóstico é padrão em todos os níveis de atenção, podendo chegar a 50-60 % em cuidados primários, o que enfatiza a necessidade de instrumentalizar os profissionais para a identi-

cação e tratamento precoces já na atenção primária^(11,12).

As causas do subdiagnóstico podem ser diversas. Por exemplo, a superposição de sintomas somáticos das doenças físicas com a sintomatologia da depressão pode ser um importante fator de confusão, assim como pela sistemática de atendimento (por exemplo, tempo de consulta). Também cabe salientar os aspectos de formação profissional⁽¹²⁾, culturais e de preconceito relacionado à doença mental⁽¹³⁾. Independente das causas de não-diagnóstico, o resultado de um estudo recente demonstrou que a presença de sintomas depressivos influencia negativamente na qualidade de vida⁽⁹⁾.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, a avaliação e acompanhamento dos índices de qualidade de vida têm sua utilidade no desenvolvimento de estratégias de intervenção, promovendo informações importantes sobre o cliente, permitindo estimar suas prioridades e mensurar o impacto de outras variáveis na qualidade de vida⁽⁹⁾.

Embora não substitua a consulta especializada e conseqüente diagnóstico clínico, ações para a identificação de transtornos depressivos, realizadas por profissionais não-especialistas, são fundamentais. No Brasil, ainda não há a rotina de inclusão de instrumentos de detecção de depressão, devido tanto à falta de conhecimento em sua utilização quanto ao tamanho das escalas, geralmente longas⁽¹⁵⁾.

O presente estudo pretende identificar a presença de sintomas depressivos em usuários de cuidados primários e avaliar a associação entre as características sócio-demográficas e o impacto destes sintomas na qualidade de vida desta população.

MÉTODOS

Delineamento e amostra

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, durante o período de maio de 2007 a abril de 2008.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº 07-015). Os critérios de inclusão no estudo foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, ser alfabetizado e estar consultando na UBS. Os usuários com diagnóstico prévio de depressão foram excluídos. A amostra consecutiva totalizou 95 sujeitos e todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Instrumentos

A coleta dos dados sócio-demográficos e a aplicação dos instrumentos foram realizadas por duas pesquisadoras enquanto os usuários aguardavam suas consultas na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o *World Health Organization Quality of Life-Breve* (WHOQOL-Bref). O BDI é um instrumento auto-aplicável, validado para o português⁽¹⁶⁾ com objetivo de identificar e quantificar quadros de depressão leve, moderada e severa tanto em pacientes internados quanto em pacientes ambulatoriais⁽¹⁷⁾. Consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes cujas intensidades variam de 0 a 3. De acordo com estudos prévios, consideram-se escores inferiores a 10 como ausência de depressão, de 11 a 18, depressão leve, de 19 a 29, depressão moderada e acima de 30, depressão grave.

A qualidade de vida foi avaliada através do WHOQOL-Bref⁽¹⁴⁾, que é um instrumento auto-aplicável e está validado transculturalmente, com resultado semelhante aos originais⁽¹⁸⁾. Consta de 26 questões, sendo duas questões gerais sobre a qualidade de vida e as 24 demais representam cada uma das facetas que compõem o instrumento original. O primeiro domínio, o físico, é composto por questões de dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação e tratamento e capacidade de trabalho. O domínio psicológico compreende questões referentes a sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais. O domínio de relações sociais avalia as relações pessoais, suporte social e atividade sexual. O domínio do meio ambiente avalia segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos fi-

nanceiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte. A escala fornece escores de 1-20 ou de 1-100 em cada domínio, pontuando de forma crescente a qualidade de vida. No presente estudo será utilizada a escala de 1-100.

Análise estatística

Em relação à análise estatística, as variáveis categóricas estão apresentadas através de frequências absolutas e relativas, e as contínuas através de médias e desvio padrão. Foi usado o teste t para amostras independentes, a fim de verificar o impacto dos sintomas depressivos e da qualidade de vida com as variáveis sócio-demográficas. Para avaliar a correlação entre os sintomas depressivos e qualidade de vida, foi utilizada a correlação de Pearson. A análise estatística foi executada usando o Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS), versão 13.0. O nível de significância considerado foi $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

Dos 95 indivíduos estudados, 65% eram do sexo feminino, com uma média de idade de $44,68 \pm 13,61$ anos (mínimo de 18 e máximo de 74 anos). Na amostra, houve o predomínio da escolaridade até o ensino fundamental (72%), sendo que a maioria exercia alguma ocupação, remunerada ou não (75%), e tinham companheiros (67%), conforme está demonstrado na Tabela 1.

A presença de sintomas depressivos ($\text{BDI} \geq 10$) foi encontrada em 44 (46%) sujeitos, sendo que 26% tinham sintomas leves ($n = 25$), 11% sintomas moderados ($n = 10$) e 9% sintomas graves ($n = 9$). Não foi encontrada, entretanto, associação significativa entre as características sócio-demográficas e a intensidade dos sintomas depressivos (Tabela 1).

Em relação à qualidade de vida, nenhuma associação significativa foi encontrada quando se considera sexo, ocupação, estado civil ou escolaridade. Foi observado, porém, que os sintomas depressivos têm um impacto negativo significativo em todos os domínios da qualidade de vida ($p < 0,001$), conforme está demonstrado na Tabela 2.

Tabela 1 – Relação entre dados sociodemográficos com sintomas depressivos e qualidade de vida (n=95). Porto Alegre, RS, maio 2007 / abr. 2008.

Dados sociodemográficos	Amostra total	Sintomas depressivos			Domínios da QV			
		BDI	P	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente	QV geral
Idade (anos)*	44,68±13,61	12,25±10,68	0,838	0,093*	0,570*	0,563*	0,700*	0,211*
Sexo[†]								
Feminino	62(65)	12,32±10,10	0,931	0,999	0,340	0,331	0,900	0,911
Masculino	33(35)	12,12±11,86						
Estado conjugal[†]								
Sem companheiro	31(33)	13,36±12,38	0,526	0,859	0,768	0,900	0,466	0,808
Com companheiro	64(67)	11,77±9,83						
Escolaridade[†]								
≤ 8 anos	68(72)	11,54±9,56	0,308	0,358	0,948	0,985	0,782	0,126
> 8 anos	27(28)	14,04±13,13						
Ocupação[†]								
Com	71(75)	13,10±11,44	0,186	0,684	0,921	0,619	0,530	0,842
Sem	24(25)	9,75±7,68						

* Nível descritivo amostral (P) referentes à Correlação de Pearson.

[†] Nível descritivo amostral (P) referentes ao teste t para amostras independentes.

Notas: As variáveis estão apresentadas por n (%) e média±DP; P < 0,05

Legenda: BDI: Inventário de Depressão de Beck; QV: qualidade de vida.

Tabela 2 – Associação entre qualidade de vida e presença de sintomas depressivos (n=95). Porto Alegre, RS, maio 2007 / abr. 2008.

Domínios QV	Amostra total	BDI ≥ 10 44 (46%)	BDI < 10 51 (54%)	P*
Físico	69,69±13,11	62,25±11,76	76,12±10,65	<0,001
Psicológico	62,36±12,19	55,68±9,51	68,13±11,32	<0,001
Relações sociais	58,59±14,76	52,08±10,95	64,21±15,39	<0,001
Meio ambiente	60,00±15,74	53,81±8,96	65,33±18,28	<0,001
QV geral	61,97±14,57	56,25±14,13	66,91±13,18	<0,001

* Teste t para amostra independente.

Notas: As variáveis estão apresentadas por média±DP; P < 0,05

Legenda: QV: qualidade de vida; BDI: Inventário de Depressão de Beck.

O impacto da gravidade dos sintomas depressivos foi confirmado na correlação negativa entre a intensidade de sintomas depressivos e os domínios da qualidade de vida, a saber: físicos ($r = -0,512$), psicológicos ($r = -0,457$), de relações sociais ($r = -0,414$) e qualidade de vida geral ($r = -0,506$), todos com $p < 0,001$, e o meio ambiente ($r = -0,280$) com $p = 0,006$.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram a alta prevalência de sintomas depressivos em uma população de usuários de um serviço de atenção

primária (46%). Os dados também comprovaram o impacto negativo que a presença e a intensidade dos sintomas exercem em todos os domínios da qualidade de vida da amostra. Estes achados estão de acordo com estudos prévios onde a intensidade de sintomas depressivos está inversamente relacionada a vários indicadores subjetivos de bem-estar em indivíduos que buscam serviços de cuidados primários de saúde no Brasil⁽⁹⁾.

Contrário a estudos anteriores, não foi encontrado associação significativa entre as características sócio-demográficas e a presença de sintomas depressivos. Pode-se observar o predomínio do sexo feminino (65%) e, de acordo com estudos

de base populacional, as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais depressão do que os homens^(2,19). Porém, neste estudo os sintomas depressivos não estavam associados significativamente entre os sexos, o estado civil, o nível de escolaridade ou de acordo com a ocupação profissional atual^(3,19).

De fato, os dados revelaram que a presença de sintomas depressivos está negativamente correlacionada com a qualidade de vida, isto é, quanto mais intenso o sintoma depressivo, pior é a qualidade de vida⁽⁹⁾. Como o estudo tem um delineamento transversal, não foi possível afirmar o sentido da associação (depressão ↔ qualidade de vida). Portanto, a falta de um grupo controle e o pequeno tamanho amostral são limitações do estudo que devem ser pontuadas.

Entretanto, fica evidente a relação entre saúde e qualidade de vida, confirmando que há um promissor aumento da qualidade de vida à medida que estratégias de promoção da saúde são implantadas⁽²⁰⁾. Apesar de tentativas permanentes de conscientização sobre a doença depressão, ainda ocorrem distorções em relação à sua sintomatologia que comumente são associadas às respostas ao *stress*, à fraqueza de caráter ou à tentativa de ganhos secundários. Também é freqüente a distorção entre a depressão como uma reação natural às doenças clínicas^(5,10). O desconhecimento sobre depressão em atenção primária foi confirmado em estudo com um grupo de enfermeiros, comprovando a necessidade de capacitação para lidar com ações em saúde mental na rede básica de saúde, desde a formação durante a graduação e em cursos de atualização e educação permanente⁽¹²⁾.

Considerando que a população estudada aguardava consulta em uma Unidade Básica de Saúde para acompanhamento de doenças clínicas, verifica-se o quanto é importante inserir o cuidado em saúde mental na atenção primária de saúde. A alta taxa de utilização de serviços de saúde pelas pessoas com transtornos depressivos subdiagnosticado sugere que ações específicas devem ser contempladas no planejamento da atual política de saúde^(3,11,12,19). Podemos, ainda, constatar a necessidade de continuar com pesquisas relacionadas ao tema depressão e qualidade de vida para que se possam obter melhores práticas para identificar e cuidar de portadores de transtornos depressivos através de um enfoque interdisciplinar. Também, com os resultados de pesquisas, subsi-

diar os programas de saúde para que implementem ações efetivas e, assim, proporcionem melhor qualidade de vida para os usuários na atenção básica de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- 2 Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. Br J Psychiatry. 1997; 171:524-9.
- 3 Greden JF. The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. J Clin Psychiatry. 2001;62 Suppl 22:5-9.
- 4 Thorpe L, Whitney DK, Kutcher SP, Kennedy SH; CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders: VI: special populations. Can J Psychiatry. 2001;46 Suppl 1:63S-76S.
- 5 Depressões secundárias: peculiaridades de depressão no contexto médico não-psiquiátrico. In: Fráguas JR, Figueiró JA. Depressões em medicina interna e em outras condições médicas. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 3-9.
- 6 Peveler R, Carson A, Rodin G. Depression in medical patients. Br Med J. 2002;325(7356):149-52.
- 7 Penninx BW, Beekman AT, Honig A, Deeg DJ, Schoevers RA, van Eijk JT, et al. Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. Arch Gen Psychiatry. 2001;58(3): 221-7.
- 8 Rabin E, Heldt E, Hirakata VN, Fleck MPA. Quality of life predictors in breast cancer women. Eur J Oncol Nurs. 2008;12(1):53-7.
- 9 Fleck MP, Lima AF, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. Rev Saúde Pública. 2002;36(4): 31-8.
- 10 Arantes DV. Depressão na atenção primária à saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2007;2(8):261-70.

- 11 Mcquaid JR, Stein MB, Laffaye C, Mccahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. J Affect Disord. 1999;55(1):1-10.
- 12 Silva MCF, Furegato ARF, Costa Júnior ML. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem. 2003;11(1):7-13.
- 13 Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. JAMA. 1995;273(1):59-65.
- 14 The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref quality of life assessment. Psychol Med. 1998;28(3):551-8.
- 15 Machado SC, Goldim JR, Fleck MP, Eizirik CL. Detecção de depressão em hospital geral universitário: comparação entre 1987 e 2002. Rev Gaúcha Enferm. 2003;24(2):209-14.
- 16 Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. Braz J Med Biol Res. 1996;29(4):453-7.
- 17 Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory (BDI). In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, editors. Handbook of psychiatric measures. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000. p. 519-23.
- 18 Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública. 2000;34(2):178-83.
- 19 Lima MS. Epidemiologia e impacto social. Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(1):1-5.
- 20 Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Colet. 2000;5(1):163-77.

Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:

Elizeth Heldt
Escola de Enfermagem da UFRGS
Departamento de Assistência e Orientação Profissional
Rua São Manoel, 963, Sala 218
90620-110, Porto Alegre, RS
E-mail: eliz.h@globo.com

Recebido em: 20/01/2009
Aprovado em: 15/05/2009