

## Depressão como Determinante Clínico de Dependência e Baixa Qualidade de Vida em Idosos Cardiopatas

*Depression as a Clinical Determinant of Dependence and Low Quality of Life in Elderly Patients with Cardiovascular Disease*

Giselle Helena de Paula Rodrigues, Otavio Celso Eluf Gebara, Catia Cilene da Silva Gerbi, Humberto Pierri, Mauricio Wajngarten

Instituto do Coração de São Paulo - INCOR/HC-FMUSP, São Paulo, SP – Brasil

### Resumo

**Fundamento:** Com o envelhecimento, a prevalência de doenças crônico-degenerativas sofreu aumento progressivo. A repercussão dessas doenças sobre a capacidade funcional foi reconhecida. Outro parâmetro de saúde é a “qualidade de vida relacionada à saúde”. Na população idosa, as doenças cardiovasculares destacam-se pelo impacto epidemiológico e clínico. Elas, geralmente, vêm associadas a outras afecções. Esse conjunto de problemas pode comprometer a independência e a qualidade de vida do idoso que busca tratamento cardiológico.

**Objetivo:** Avaliar, em uma população de idosos cardiopatas, quais são os determinantes clínicos mais relevantes de dependência e de qualidade de vida.

**Métodos:** O grupo foi selecionado aleatória e consecutivamente, sendo aplicados quatro questionários: HAQ, SF-36, PRIME-MD e Mini Exame do Estado Mental.

**Resultados:** Incluiu-se 1020 idosos, 63,3% mulheres. O grupo tinha em média  $75,56 \pm 6,62$  anos. 61,4% mostrou-se independente ou com dependência leve. O escore de qualidade de vida foi elevado (HAQ:  $88,66 \pm 2,68$ ). 87,8% dos pacientes apresentou escore total do SF-36  $\geq 66$ . À análise multivariada, a associação entre os diagnósticos e graus elevados de dependência foi significativa apenas para acidente vascular cerebral prévio ( $p = 0,014$ ), obesidade ( $p < 0,001$ ), sedentarismo ( $p = 0,016$ ), osteoartrite ( $p < 0,001$ ), déficit cognitivo ( $p < 0,001$ ), e depressão maior ( $p < 0,001$ ). Ao analisarmos a qualidade de vida, a depressão maior e a depressão por doença física associou-se significativamente com todos os domínios do SF-36.

**Conclusão:** Em uma população de idosos cardiopatas, os determinantes clínicos mais relevantes de prejuízos para dependência e qualidade de vida foram as comorbidades não cardiovasculares, particularmente a depressão. (Arq Bras Cardiol. 2015; 104(6):443-449)

**Palavras-chave:** Depressão; Idosos; Doenças Cardiovasculares; Idoso Fragilizado; Qualidade de Vida.

### Abstract

**Background:** The aging process promotes a progressive increase in chronic-degenerative diseases. The effect of these diseases on the functional capacity has been well recognized. Another health parameter concerns “quality of life related to health”. Among the elderly population, cardiovascular diseases stand out due to the epidemiological and clinical impact. Usually, these diseases have been associated with others. This set of problems may compromise both independence and quality of life in elderly patients who seek cardiologic treatment. These health parameters have not been well contemplated by cardiologists.

**Objective:** Evaluating, among the elderly population with cardiovascular disease, which are the most relevant clinical determinants regarding dependence and quality of life.

**Methods:** This group was randomly and consecutively selected and four questionnaires were applied: HAQ, SF-36, PRIME-MD e Mini Mental State.

**Results:** The study included 1,020 elderly patients, 63.3% women. The group had been between 60 and 97 years-old (mean:  $75.56 \pm 6.62$  years-old). 61.4% were independent or mild dependence. The quality of life total score was high (HAQ:  $88.66 \pm 2.68$ ). 87.8% of patients had a SF-36 total score  $\geq 66$ . In the multivariate analysis, the association between diagnoses and high degrees of dependence was significant only for previous stroke ( $p = 0.014$ ), obesity ( $p < 0.001$ ), lack of physical activity ( $p = 0.016$ ), osteoarthritis ( $p < 0.001$ ), cognitive impairment ( $p < 0.001$ ), and major depression ( $p < 0.001$ ). Analyzing the quality of life, major depression and physical illness for depression was significantly associated with all domains of the SF-36.

**Conclusion:** Among an elderly outpatient cardiology population, dependence and quality of life clinical determinants are not cardiovascular comorbidities, especially the depression. (Arq Bras Cardiol. 2015; 104(6):443-449)

**Keywords:** Depression; Aged; Cardiovascular Diseases; Frail Elderly; Quality of Life.

Full texts in English - <http://www.arquivosonline.com.br>

**Correspondência:** Giselle Helena de Paula Rodrigues •

Rua Ministro Godoi, 1186, apto.12, Perdizes. CEP 05015-001, São Paulo, SP – Brasil.

E-mail: g2121@cardiol.br; g2121@terra.com.br

Artigo recebido em 25/07/2014; revisado em 17/10/2014; aceito em 30/10/2014.

DOI: 10.5935/abc.20150034

## Introdução

Com o envelhecimento da população, a prevalência de doenças crônico-degenerativas sofreu aumento progressivo<sup>1</sup>. A repercussão dessas doenças sobre a capacidade funcional, que corresponde à habilidade e à independência para executar determinadas tarefas diárias, foi reconhecida<sup>2</sup>.

Outro parâmetro de saúde de evolução relativamente recente é a “qualidade de vida” ou, preferivelmente, a “qualidade de vida relacionada à saúde”, que enfatiza o impacto da condição de saúde sobre a qualidade de vida do indivíduo. Ele deriva da experiência do sujeito quanto aos seus problemas de saúde abrangendo vários domínios, nem sempre priorizados pelo profissional da saúde, e que tem implicações importantes na avaliação dos efeitos das intervenções terapêuticas.

Desse modo, a avaliação destes parâmetros de saúde emergiu como parte importante do exame clínico dessa população, fazendo com que as equipes de saúde passassem a objetivar a melhora do estado funcional e o bem estar, além da sobrevida dos pacientes idosos<sup>3</sup>.

Na população idosa, as doenças cardiovasculares destacam-se pelo enorme impacto epidemiológico e clínico. Elas, geralmente, vêm associadas a outras afecções, inclusive neuropsiquiátricas, que podem ter influência recíproca. Um exemplo disso é a relação entre hipertensão arterial, declínio cognitivo e depressão, expressa fisiopatologicamente por alterações anátomo-funcionais da circulação cerebral<sup>4-6</sup>. Outra interessante associação foi a encontrada entre a depressão maior e a doença cardiovascular, também explicada por alterações na microcirculação, o que merece maior investigação<sup>7</sup>.

Obviamente, esse conjunto de problemas pode comprometer a independência e a qualidade de vida do idoso que busca tratamento cardiológico. Nesse sentido, tem sido enfatizado o papel das condições neuropsiquiátricas, dizendo-se que “não há saúde sem saúde mental”<sup>8</sup>.

De acordo com o último censo do IBGE, em 2010, houve uma mudança significativa no cenário brasileiro de distribuição de doenças, em relação a 1990. As doenças isquêmicas do coração ocupam em 2010 o 1º lugar em prevalência e a depressão, o 6º. lugar. Diferente de 1990, quando ocupavam o 4º. e o 10º. lugares respectivamente<sup>9</sup>.

Outro dado bem interessante é que, atualmente, a expectativa de vida do brasileiro é de 74,1 anos. Desse total, apenas 63,8 são vividos com boa saúde<sup>9</sup>.

A partir desses achados, verifica-se a importância de adequada investigação de da qualidade de saúde e de quadros depressivos em pacientes atendidos em todos os níveis de atenção à saúde. Ensaio clínico como o *Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment (IMPACT)*<sup>10</sup> e o *Coronary Psychosocial Evaluation Studies (COPES)*<sup>11</sup> mostraram não somente os benefícios à saúde de indivíduos sistematicamente avaliados quanto à depressão no atendimento básico, mas também redução de custos com atendimentos médicos futuros.

Embora alguns estudos mostrem o impacto das doenças crônico-degenerativas sobre a independência de idosos,

sobretudo a demência e outras doenças neurológicas crônicas<sup>12</sup>, esses parâmetros de saúde têm sido relativamente pouco contemplados pelos cardiologistas, tanto em pesquisas como na prática clínica<sup>13,14</sup>.

As pesquisas tendem a excluir pacientes mais idosos e com comorbidades<sup>15</sup>, além de raramente considerarem independência e qualidade de vida como desfechos. Consequentemente, com raras exceções<sup>16</sup>, essas pesquisas, deixam de refletir o “mundo real”, com influência sobre Diretrizes, ensino e prática clínica.

O objetivo deste trabalho é avaliar, em uma população de idosos atendidos em um ambulatório de cardiologia de um hospital de referência, se os determinantes clínicos mais relevantes de dependência e de qualidade de vida são as doenças cardiovasculares ou outras comorbidades muito prevalentes neste grupo, como a depressão.

## Método

### População

O grupo de indivíduos estudado originou-se da Unidade de Cardiogeriatría do Instituto do Coração, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor – HC/FMUSP), sendo o estudo aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa desta instituição.

Os idosos participantes deste estudo foram selecionados aleatoriamente, até atingir uma amostra total de 1020 indivíduos.

### Critérios de Exclusão

Os pacientes que apresentaram déficit cognitivo, ou seja, escore < 18 ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM), não foram considerados para o cálculo de sua qualidade de vida, visto apresentarem certa dificuldade em responder aos questionamentos do questionário de qualidade de vida (SF-36).

### Metodologia

O presente estudo é epidemiológico, observacional e de corte transversal, com duração aproximada de 3 anos para a seleção de todos os indivíduos.

A avaliação clínica dos pacientes foi feita por uma única médica de acordo com os dados obtidos em seus prontuários clínicos.

Paralelamente à avaliação clínica, os pacientes foram atendidos por uma única psicóloga que aplicou um conjunto de quatro questionários validados internacionalmente e no Brasil: *Health Assessment Questionnaire (HAQ)*<sup>17</sup>, *Short-Form Health Survey (SF-36)*<sup>18</sup>, *New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care (PRIME-MD)*<sup>19</sup> e Mini Exame do Estado Mental (MEEM)<sup>20</sup>.

Todas as doenças foram classificadas como presentes ou ausentes.

De acordo com grau de dependência, o grupo foi dividido em dois:

- Independente e com dependência leve: HAQ com escore de 0 a 1,4;
- Dependência moderada e dependência grave: HAQ com escore entre 1,5 e 3,0.

A qualidade de vida foi avaliada de acordo com os domínios do SF-36. A partir da média dos escores, dividiu-se o grupo em dois: acima e abaixo da média.

Excluíram-se dos cálculos os pacientes que apresentavam déficit cognitivo, o que poderia interferir no resultado final desta análise. A população foi então dividida em tercís do escore do SF-36: escore entre 0 e 33; > 33 e 66; e aqueles com escore > 66. Todos os indivíduos com MEEM < 18 foram considerados com possível demência.

### Cálculo do Tamanho Amostral e Análise Estatística

Para este estudo, considerando-se as chances de eventos listadas acima, pela teoria da Inferência Estatística, e levando-se em conta que o intervalo de confiança em nível de  $(1-\Omega)$  %, onde  $\Omega$  é 5%, obtemos a estimativa de tamanho amostral de 870 pacientes. Optamos por ampliar esta amostra para 1020 pacientes (aproximadamente 25% a mais), para garantir que a análise da força das associações dos múltiplos diagnósticos avaliados fosse possível e minimizasse a chance de um erro estatístico tipo beta.

### Análise Estatística

Com o objetivo de testar a significância das associações das doenças cardiovasculares e as outras comorbidades com HAQ foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson. Para avaliar a associação das doenças cardiovasculares e as outras comorbidades com cada um dos 8 domínios do SF36 foi utilizado o teste t-Student.

Testes uni e multivariados foram aplicados para estudar as possíveis associações entre as variáveis analisadas e a qualidade de vida dos pacientes. A fim de verificar a força destas relações, calculou-se o odds ratio de cada uma dessas variáveis em função da dependência e da qualidade de vida. No sentido de avaliar quais, dentre as variáveis analisadas, se associavam de forma significativa e independente com os graus de dependência (HAQ) e qualidade de vida, foi desenvolvido um modelo multivariado de regressão logística "stepwise", no qual foram incluídos as associações estatisticamente significativas nas análises univariadas. Foi utilizado um nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ) nos testes estatísticos e o programa empregado foi o Statistical Analysis Software (SAS Institute Inc., NC, USA).

## Resultados

### Características demográficas e clínicas da população estudada

O estudo incluiu 1020 indivíduos com 60 anos ou mais. Obteve-se 646 mulheres e 374 homens. As idades variaram entre 60 e 97 anos (média: 75,56 anos / desvio padrão: 6,62 anos) sendo que 17,74% tinham entre 60 e 69 anos; 55%, entre 70 e 79 anos; 25,88% entre 80 e 89 anos e 1,37%

entre 90 e 97 anos. Brancos somaram 74,9% do total, sendo os outros indivíduos classificados como negros (9,5%), amarelos (2,0%) e pardos (13,5%).

Dentre as doenças cardiovasculares mais prevalentes, destacaram-se: insuficiência cardíaca (IC), doença arterial coronária (DAC) e fibrilação atrial (FA) seguidos por infarto agudo do miocárdio prévio (IAM) e acidente vascular cerebral prévio (AVC). Outras comorbidades que mais prevaleceram no grupo foram: ausência de atividade física regular, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemia (DLP), além de obesidade, diabetes melitus (DM), tabagismo, osteoartrite (OA), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência renal crônica (IRC), déficit cognitivo e depressão (Tabela 1).

Importante salientar que 57,1% da população estudada apresentou depressão (maior ou menor). Deste pacientes, 37% apresentou depressão por doença física.

Além disso, a maior parte da população (61,4%) mostrou-se independente ou com dependência leve (Tabela 2).

Ao analisar sua qualidade de vida, verifica-se que o escore total de qualidade de vida mostrou-se elevado, sendo que nenhum paciente apresentou escore de SF-36 inferior a 33. A maioria dos pacientes estudados (87,7%) apresentou escore total do SF-36  $\geq 66$  (Tabela 3).

**Tabela 1 – Prevalência dos diagnósticos mais frequentes na população**

| Diagnósticos            | Número de pacientes (n) | Frequência (%) |
|-------------------------|-------------------------|----------------|
| HAS                     | 882                     | 86,5           |
| DLP                     | 492                     | 48,2           |
| DPOC                    | 95                      | 9,31           |
| Obesidade               | 279                     | 27,4           |
| DM                      | 267                     | 26,2           |
| Déficit cognitivo       | 118                     | 11,6           |
| IRC                     | 100                     | 9,8            |
| IC                      | 338                     | 33,2           |
| DAC                     | 331                     | 32,5           |
| FA                      | 215                     | 21,2           |
| IAM                     | 136                     | 13,3           |
| AVC                     | 85                      | 8,3            |
| TDMaior                 | 472                     | 46,3           |
| TDMenor                 | 111                     | 10,8           |
| TDDçaFísica             | 378                     | 37,0           |
| Ausência de Ativ.Física | 990                     | 96,9           |
| Tabagismo               | 65                      | 6,4            |

HAS: hipertensão arterial sistêmica; DLP: dislipidemia; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; DM: diabetes melitus; IRC: insuficiência renal crônica; IC: insuficiência cardíaca; DAC: doença arterial coronária; FA: fibrilação atrial; IAM: infarto agudo do miocárdio; AVC: acidente vascular cerebral; TDMaior: transtorno depressivo maior; TDMenor: transtorno depressivo menor; TDDçaFísica: transtorno depressivo por doença física.

**Tabela 2 – Graus de dependência, de acordo com o HAQ**

| Dependência (HAQ) | Número de pacientes (n) | Frequência (%) |
|-------------------|-------------------------|----------------|
| < 1,5             | 624                     | 61,2           |
| ≥ 1,5             | 396                     | 38,8           |

HAQ: Health Assessment Questionnaire

**Tabela 3 – Qualidade de vida da população, de acordo com o SF-36**

| SF-36 (escore total) | Número de pacientes (n) | Frequência (%) |
|----------------------|-------------------------|----------------|
| 33 – 66              | 110                     | 12,2           |
| ≥ 66                 | 792                     | 87,8           |

SF-36: Short-Form Health Survey

### Associação entre Diagnósticos e Graus de Dependência

À análise multivariada, a associação entre os diagnósticos e graus elevados de dependência foi significante apenas para acidente vascular cerebral prévio ( $p = 0,014$ ), obesidade ( $p < 0,001$ ), ausência de atividade física ( $p = 0,016$ ), osteoartrite ( $p < 0,001$ ), déficit cognitivo ( $p < 0,001$ ), e depressão maior ( $p < 0,001$ ) (Tabela 4).

### Associação entre Diagnósticos e Qualidade de Vida

Ao ser realizada a análise multivariada, as variáveis abaixo são as que melhor explicam uma menor qualidade de vida em cada um de seus domínios (Tabela 5).

Assim, à análise multivariada, associaram-se significativamente aos graus mais baixos de qualidade de vida, de acordo com os seguintes domínios do SF-36:

- Limitação para atividades físicas por problemas de saúde (D1): IC, DAC, IAM, ausência de atividade física, HAS, Obesidade, OA, TDMaior e TDDça Física;
- Limitação para atividades sociais por problemas físicos e emocionais (D2): IC, FA, ausência de atividade física, OA, TDMaior e TDDça Física;
- Limitação para atividades diárias por alterações físicas (D3): FA, ausência de atividade física, HAS, Obesidade, OA, TDMaior e TDDça Física;
- Dor (D4): HAS, DPOC, TDMaior e TDDça Física;
- Pior saúde mental geral - stress e bem estar - (D5): DPOC, TDMaior, TDMenor e TDDça Física;
- Limitação para atividades básicas por problemas emocionais (D6): IC, AVC, DLP, TDMaior e TDDça Física;
- Menor vitalidade (D7): DAC, DLP, TDMaior e TDDça Física;
- Pior percepção de sua saúde (D8): IRC, TDMaior e TDDça Física.

### Discussão

Entre os pacientes idosos estudados, a depressão apresentou alta prevalência, com grande impacto sobre a independência e qualidade de vida desses indivíduos.

**Tabela 4 – Análise multivariada entre diagnósticos e graus elevados de dependência**

| Diagnósticos                 | Odds ratio | IC a 95% |      | p       |
|------------------------------|------------|----------|------|---------|
|                              |            | LI       | LS   |         |
| AVC                          | 1,97       | 1,15     | 3,37 | 0,014   |
| IC                           | 1,25       | 0,89     | 1,75 | 0,203   |
| HAS                          | 1,60       | 0,99     | 2,59 | 0,053   |
| DM                           | 1,21       | 0,82     | 1,77 | 0,336   |
| Obesidade                    | 2,24       | 1,59     | 3,15 | < 0,001 |
| Ausência de atividade física | 0,08       | 0,01     | 0,62 | 0,016   |
| OA                           | 1,64       | 1,14     | 2,37 | 0,008   |
| Déficit cognitivo            | 3,17       | 2,02     | 4,98 | < 0,001 |
| TDMaior                      | 2,76       | 1,86     | 4,10 | < 0,001 |
| TDMenor                      | 1,14       | 0,65     | 1,99 | 0,642   |
| TDDçaFis.                    | 1,31       | 0,90     | 1,89 | 0,160   |

AVC: acidente vascular cerebral; IC: insuficiência cardíaca; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes mellitus; OA: osteoartrite; TDMaior: transtorno depressivo maior; TDMenor: transtorno depressivo menor; TDDçaFísica: transtorno depressivo por doença física.

Este fato surpreende, pois estamos analisando um grupo com múltiplas comorbidades, aparentemente, mais graves que o quadro depressivo.

Recentemente, três importantes desafios foram identificados por médicos interessados em melhorar o tratamento de seus pacientes idosos com múltiplas comorbidades:

1. Dificuldade em aplicar as diretrizes e necessidade de individualizá-las à realidade dos pacientes;
2. Dificuldade em escolher uma das estratégias: priorizar certas entidades clínicas, tratar doenças individualmente considerando o risco de cada uma delas ou iniciar o tratamento antes que ocorram efeitos adversos;
3. O conflito entre as preferências do médico e de seus pacientes<sup>21</sup>.

Os resultados deste estudo podem contribuir para minimizar esses desafios e aprimorar o atendimento dos idosos, visto que a redução de dependência e melhoria de qualidade de vida são os objetivos fundamentais no atendimento desses pacientes<sup>22</sup>.

Além disso, sabe-se que existe uma forte associação entre depressão em idosos e fatores que aumentam sua mortalidade<sup>23,24</sup>, tais como baixa adesão ao tratamento médico ou ausência de auto cuidado<sup>25</sup> para condições como diabetes, doenças cardiovasculares, tabagismo, sedentarismo<sup>26</sup>, declínio cognitivo<sup>27</sup> e dependência<sup>28</sup>. Assim, torna-se fundamental não somente o mapeamento desses fatores, mas, sobretudo a correlação entre eles.

Na população estudada, chama à atenção a frequência muito elevada de depressão: quase a metade com depressão maior, 11% com depressão menor, sendo 37% dos casos relacionados à doença física.

Tabela 5 – Análise multivariada entre diagnósticos e baixos graus de qualidade de vida

|                         | D1   |          | D2   |          | D3   |          | D4   |          |
|-------------------------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|
|                         | OR   | p        | OR   | p        | OR   | p        | OR   | p        |
| IC                      | 1,89 | 0,0057   | 1,56 | 0,0089   |      |          |      |          |
| DAC                     | 1,81 | 0,0092   |      |          |      |          |      |          |
| FA                      |      |          | 1,59 | 0,0110   | 2,03 | 0,0001   |      |          |
| Ausência de ativ.física | 6,77 | < 0,001  | 3,19 | 0,0048   | 4,78 | 0,0001   |      |          |
| HAS                     | 2,21 | 0,0014   |      |          | 1,75 | 0,0085   | 1,70 | 0,0073   |
| Obesidade               | 1,65 | 0,0486   |      |          |      |          |      |          |
| OA                      | 2,14 | 0,0072   | 1,60 | 0,0146   | 2,04 | 0,0012   |      |          |
| DPOC                    |      |          |      |          |      |          | 1,88 | 0,0143   |
| TDMaior                 | 3,05 | < 0,0001 | 3,49 | < 0,0001 | 2,31 | < 0,0001 | 2,22 | < 0,0001 |
| TDDçaFísica             | 2,83 | 0,0008   | 1,76 | 0,0052   | 2,12 | < 0,0001 | 1,80 | 0,0007   |

  

|             | D5   |          | D6   |          | D7   |          | D8   |          |
|-------------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|
|             | OR   | p        | OR   | p        | OR   | p        | OR   | p        |
| IC          |      |          | 2,08 | 0,0006   |      |          |      |          |
| DAC         |      |          |      |          | 1,52 | 0,0046   |      |          |
| AVC         |      |          | 1,90 | 0,0159   |      |          |      |          |
| DLP         |      |          | 1,39 | 0,0206   | 1,53 | 0,0023   |      |          |
| DPOC        | 2,05 | 0,0229   |      |          |      |          |      |          |
| IRC         |      |          |      |          |      |          | 1,98 | 0,0044   |
| TDMaior     | 5,44 | < 0,0001 | 3,16 | < 0,0001 | 2,77 | < 0,0001 | 6,08 | < 0,0001 |
| TDMenor     | 1,91 | 0,0138   |      |          |      |          |      |          |
| TDDçaFísica | 1,66 | 0,0309   | 2,11 | < 0,0001 | 1,43 | 0,0259   | 2,41 | 0,0001   |

IC: insuficiência cardíaca; DAC: doença arterial coronária; FA: fibrilação atrial; HAS: hipertensão arterial sistêmica; OA: osteoartrite; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; TDMaior: transtorno depressivo maior; TDDçaFísica: transtorno depressivo por doença física; AVC: acidente vascular cerebral; DLP: dislipidemia; IRC: insuficiência renal crônica; TDMenor: transtorno depressivo menor.

O número de indivíduos deprimidos supera o esperado, quando comparado a estudos relacionados ao tema<sup>29,30</sup>. Contudo, vários fatores podem influenciar na variação da prevalência de depressão, como diferentes metodologias diagnósticas e características sócio demográficas. Estudos mostram que mulheres e pessoas com menor grau de escolaridade têm mais critérios para o diagnóstico de depressão<sup>31</sup>, enquanto que, entre idosos, esses critérios são menos encontrados, possivelmente porque a depressão nesta população é sub diagnosticada ou pouco referida<sup>32</sup>. Além disso, estudos populacionais mostraram que os maiores fatores de risco para doenças mentais não são apenas as doenças crônicas, mas também as diferenças sócio econômicas e a dificuldade de acesso à saúde geral e mental<sup>31</sup>.

Visto tratar-se de uma população composta exclusivamente por idosos cardiopatas, o índice elevado de depressão poderia ser explicado pela conhecida relação entre depressão e doença cardiovascular. Sabe-se que a presença de depressão maior pode aumentar o risco de doença cardiovascular devido a alterações de microcirculação, apesar de que fatores genéticos parecem estar também envolvidos neste mecanismo<sup>8</sup>.

Dados epidemiológicos recentes mostraram perfil semelhante também entre os grandes idosos, maiores de 85 anos. Chama a atenção que, além das inúmeras comorbidades e da maioria composta por mulheres, esses idosos relataram possuir boa qualidade de saúde e baixo grau de dependência<sup>33</sup>.

No presente estudo, o grau de dependência foi baixo para mais da metade dos pacientes. Contudo, apesar de ser capaz de frequentar o ambulatório, quase 40% tinha dependência elevada ou moderada (HAQ  $\geq$  1,5).

De modo geral, o escore de qualidade de vida pelo SF-36 foi elevado, sendo que nenhum paciente apresentou escore inferior a 33 e quase 90% apresentou escore maior que 66.

Contudo, o escore do domínio emocional foi menor que 65 em 55% dos indivíduos, antecipando uma grande influência da depressão sobre a qualidade de vida.

Quando analisamos as associações entre os diversos diagnósticos e o grau de dependência dos pacientes, verificamos que houve associação significativa para os diagnósticos cardiovasculares de acidente vascular cerebral prévio, ausência de atividade física regular e obesidade, e para os diagnósticos não cardiovasculares de osteoartrite, declínio cognitivo e depressão maior (Tabela 2).

É relativamente simples explicar maiores graus de dependência para pacientes com acidente vascular cerebral prévio, osteoartrite, declínio cognitivo e transtorno depressivo maior. Por outro lado, ausência de atividade física regular e obesidade poderiam ser consequências da própria dependência, justificando a associação encontrada.

Chama a atenção, portanto, a dependência ter se associado mais com as comorbidades não cardiovasculares do que com os diagnósticos de doenças e fatores de risco cardiovasculares. A falta de associação entre dependência e insuficiência cardíaca, apesar desta ter sido diagnosticada em 33% da amostra e ser uma condição relacionada ao aumento de morbidade, pode ser explicada pelo estado de compensação e baixa repercussão clínica no momento em que o estudo foi realizado. Deve ser considerado ainda que os pacientes fossem capazes de frequentar o ambulatório e poderiam representar um grupo de pacientes com menor repercussão clínica. A mesma justificativa pode ser dada para a falta de associação com a doença pulmonar obstrutiva crônica.

Ao analisarmos as associações entre os diagnósticos clínicos e a qualidade de vida dos indivíduos, verificamos que a maioria das condições relaciona-se significativamente com algum dos domínios do SF-36. Porém, o que deve ser salientado é a associação significativa da depressão maior e por doença física com todos os domínios do SF-36. O que não ocorre com os diagnósticos cardiovasculares.

A exemplo do observado com relação à dependência, chama a atenção a pobreza da associação de diagnósticos cardiovasculares com a qualidade de vida enquanto que o diagnóstico de transtorno depressivo associa-se fortemente.

Com o aprimoramento da avaliação e da intervenção sobre os fatores “modificáveis” associados ao aumento do risco de incapacidade<sup>33</sup>, vem ocorrendo uma tendência à redução dos graus de limitação funcional e incapacidade<sup>34</sup>. Entretanto, esse parâmetro tem sido pouco estudado em cardiologia.

Quanto à qualidade de vida, só recentemente houve uma aplicação mais ampla de instrumentos para avaliá-la no meio cardiológico<sup>35-37</sup>.

O presente estudo mostra que as comorbidades não cardiovasculares, com destaque para os transtornos depressivos, têm impacto maior que as doenças cardiovasculares sobre a dependência e a qualidade de vida de idosos que frequentam um ambulatório de cardiologia. Esse cenário ressalta a importância de conhecer o perfil do paciente idoso e da inclusão de uma avaliação geriátrica eficiente, integrando à anamnese tradicional uma ampla avaliação em busca de possíveis perdas funcionais e de qualidade de vida<sup>38,39</sup>.

Em 2008, a American Heart Association já ressaltava essa necessidade. Em importante publicação, preconizou que testes de rastreio para depressão devem ser aplicados em todos os

pacientes com doença cardiovascular, em todos os locais de atendimento: hospitalar, ambulatorial ou centros de reabilitação cardiovascular. A oportunidade de diagnosticar e tratar esses pacientes não deve ser perdida, pois pode promover melhorias importantes às condições de saúde desses pacientes<sup>40</sup>.

Assim, torna-se necessária a adequação dos serviços de atendimento e de programas de ensino e capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento de idosos.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Por se tratar de um estudo observacional de corte transversal, com apenas uma avaliação no tempo de todas as variáveis, as associações observadas podem não representar totalmente a realidade desta população. Outra limitação do presente estudo se refere à fonte dos pacientes estudados, que é um ambulatório de um hospital de alta complexidade, podendo ocorrer assim, um viés de seleção de uma população mais gravemente enferma, o que impede a generalização dos nossos achados para outros grupos. Ainda nessa linha, foram estudados apenas pacientes que puderam vir ao ambulatório, provavelmente excluindo pacientes totalmente dependentes e acamados.

## Conclusão

Em uma população de idosos atendidos em um ambulatório de cardiologia de um hospital de referência, os determinantes clínicos mais relevantes de prejuízos para dependência e qualidade de vida são as comorbidades não cardiovasculares, particularmente a depressão.

## Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Rodrigues GHP, Gebara OCE, Pierri H, Wajngarten M. Obtenção de dados: Rodrigues GHP, Gerbi CCS. Análise e interpretação dos dados: Rodrigues GHP, Gebara OCE, Wajngarten M. Análise estatística: Rodrigues GHP, Gebara OCE. Redação do manuscrito: Rodrigues GHP, Wajngarten M. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Gebara OCE, Pierri H, Wajngarten M.

## Potencial conflito de interesse

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

## Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

## Vinculação acadêmica

Este artigo é parte de tese de Doutorado de Giselle Helena de Paula Rodrigues pela Universidade de São Paulo - FMUSP/ INCOR-SP.

## Referências

1. Najjar SS, Scuteri A, Lakatta EG. Arterial aging: is it an immutable cardiovascular risk factor? *Hypertension*. 2005;46(3):454-62.
2. Forette F. Preventing dependency: the longevity challenge. *Bull Acad Natl Med*. 2009;193(2):455-68.
3. Paixão Jr CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):7-19.
4. Alves TC, Rays J, Fráguas R Jr, Wajngarten M, Meneghetti JC, Prando S, et al. Localized cerebral blood flow reductions in patients with heart failure: a study using 99mTc-HMPAO SPECT. *J Neuroimaging*. 2005;15(2):150-6.

5. de Toledo Ferraz Alves TC, Ferreira LK, Wajngarten M, Busatto GF. Cardiac disorders as risk factors for Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis.* 2010;20(3):749-63.
6. Alves TC, Rays J, Fráguas R Jr, Wajngarten M, Telles RM, Duran FL, et al. Association between major depressive symptoms in heart failure and impaired regional cerebral blood flow in the medial temporal region: a study using 99m Tc-HMPAO single photon emission computerized tomography (SPECT). *Psychol Med.* 2006;36(5):597-608.
7. Vaccarino V, Votaw J, Faber T, Veledar E, Murrah NV, Jones LR, et al. Major depression and coronary flow reserve detected by positron emission tomography. *Arch Intern Med.* 2009;169(18):1668-76.
8. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet.* 2007;370(9590):859-77.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais. uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2010.
10. Nützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L, et al; IMPACT Investigators. Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2002;288(22):2836-45.
11. Davidson KW, Rieckmann N, Clemow L, Schwartz JE, Shimbo D, Medina V, et al. Enhanced depression care for patients with acute coronary syndrome and persistent depressive symptoms: coronary psychosocial evaluation studies randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2010;170(7):600-8.
12. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Albanese E, Guerra M, Huang Y, et al. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Lancet.* 2009;374(9704):1821-30.
13. Weintraub WS, Spertus JA, Kolm P, Maron DJ, Zhang Z, Jurkovic Z, et al; COURAGE Trial Research Group, Mancini GB. Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med.* 2008;359(7):677-87.
14. Gottlieb SS, Kop WJ, Ellis SJ, Binkley P, Howlett J, O'Connor C, et al; HF-ACTION Investigators. Relation of depression to severity of illness in heart failure (from Heart Failure and a Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise Training (HF-ACTION)). *Am J Cardiol.* 2009;103(9):1285-9.
15. Scott IA, Guyatt GH. Cautionary tales in the interpretation of clinical studies involving older persons. *Arch Intern Med.* 2010;170(7):587-95. Erratum in: *Arch Intern Med.* 2010;170(11):927.
16. O'Connor CM, Jiang W, Kuchibhatla M, Silva SG, Cuffe MS, Callwood DD, et al; SADHART-CHF Investigators. Safety and efficacy of sertraline for depression in patients with heart failure: results of the SADHART-CHF (Sertraline Against Depression and Heart Disease in Chronic Heart Failure) trial. *J Am Coll Cardiol.* 2010;56(9):692-9.
17. Fries JF, Spitz PW, Young DY. The dimensions of health outcomes: the health assessment questionnaire, disability and pain scales. *J Rheumatol.* 1982;9(5):789-93.
18. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473-83.
19. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 Study. *JAMA.* 1994;272(22):1749-56.
20. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12:129-138.
21. An PG, Rabatin JS, Manwell LB, Linzer M, Brown RL, Schwartz MD; MEMO Investigators. Burden of difficult encounters in primary care: data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Arch Intern Med.* 2009;169(4):410-4.
22. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA.* 2005;294(6):716-24.
23. Mezuk B, Gallo JJ. Depression and medical illness in late life: race, resources, and stress. In: Lavretsky H, Sajatovic M, Reynolds CF. (editors). *Late-life mood disorders.* Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 270-94.
24. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry.* 2005;58(3):175-89.
25. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med.* 2000;160(21):3278-85.
26. Freedland KE, Carney RM, Skala JA. Depression and smoking in coronary heart disease. *Psychosom Med.* 2005;67 Suppl 1:S42-6.
27. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kalayam B, Kakuma T, Gabrielle M, et al. Executive dysfunction and long-term outcomes of geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(3):285-90.
28. Murray CJ, Lopez AD. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge (MA): Harvard University Press; 1996.
29. Harpole LH, Williams JW Jr, Olsen MK, Stechuchak KM, Oddone E, Callahan CM, et al. Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry.* 2005;27(1):4-12.
30. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Current depression among adults. United States, 2006 and 2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2010;59(38):1229-35.
31. Strine TW, Chapman DP, Kobau R, Balluz L, Mokdad AH. Depression, anxiety, and physical impairments and quality of life in the U.S. noninstitutionalized population. *Psychiatr Serv.* 2004;55(12):1408-13.
32. Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(5):489-96.
33. Collerton J, Davies K, Jagger C, Kingston A, Bond J, Eccles MP, et al. Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. *BMJ.* 2009;399:b4904.
34. Murabito JM, Pencina MJ, Zhu L, Kelly-Hayes M, Shrader P, D'Agostino RB Sr. Temporal trends in self-reported functional limitations and physical disability among the community-dwelling elderly population: the Framingham heart study. *Am J Public Health.* 2008;98(7):1256-62.
35. Manton KG. Recent declines in chronic disability in the elderly U.S. population: risk factors and future dynamics. *Annu Rev Public Health.* 2008;29:91-113.
36. Weintraub WS, Spertus JA, Kolm P, Maron DJ, Zhang Z, Jurkovic Z, et al; COURAGE Trial Research Group, Mancini GB. Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med.* 2008;359(7):677-87.
37. Mark DB, Pan W, Clapp-Channing NE, Anstrom KJ, Ross JR, Fox RS, et al. Quality of life after late invasive therapy for occluded arteries. *N Engl J Med.* 2009;360(8):774-83.
38. Gottlieb SS, Kop WJ, Ellis SJ, Binkley P, Howlett J, O'Connor C, et al; HF-ACTION Investigators. Relation of depression to severity of illness in heart failure (from Heart Failure And a Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise Training (HF-ACTION)). *Am J Cardiol.* 2009;103(9):1285-9.
39. Reuben DB. Medical care for the final years of life: "when you're 83, it's not going to be 20 years". *JAMA.* 2009;302(24):2686-94.
40. Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lespérance F, et al; American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention; American Heart Association Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research; American Psychiatric Association. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation.* 2008;118(17):1768-75.