

## A DEPRESSÃO: UM RISCO PARA A QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA DEPRESSION: A RISK TO THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY

**Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques**

Instituto Politécnico da Guarda/ Escola Superior de Saúde  
Unidade de Investigação para o Desenvolvimento do Interior do IPG  
Avenida Rainha D. Amélia, s/n  
6300-749  
emarques@ipg.pt 966771136

**Carmen Serdio Sánchez**

Facultad de Educación  
Universidad Pontificia de Salamanca  
C/ Compañía, 5 Salamanca 37002  
cserdiosa@upsa.es 923277100 ext 7070

**Beatriz Palacios Vicario**

Facultad de Psicología  
Universidad Pontificia de Salamanca  
C/ Compañía, 5 Salamanca 37002  
bpalaciosvi@upsa.es 923277100 ext 7621

*Fecha de recepción: 14/10/2014*  
*Fecha de aceptación: 23/10/2014*  
*Fecha de publicación: 05/11/2014*

### RESUMO

A depressão é um dos problemas psicológicos mais comuns no idoso.

O principal objetivo deste trabalho consistiu em avaliar a perceção dos idosos sobre a sua qualidade de vida, bem como, investigar se a depressão constitui um fator de risco para a qualidade de vida.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, analítico, transversal e de natureza quantitativa. A investigação centrou-se nos 1419 idosos inscritos num Centro de Saúde da Região Centro de Portugal. Destes, 247 constituíram a amostra deste estudo, obtida de forma aleatória e probabilística, a partir das listagens dos utentes inscritos. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica; o questionário do Estado de Saúde (SF-36) e a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, aplicados através de entrevista.

Como resultados principais, aponta-se que os idosos estudados evidenciam uma qualidade de vida razoável e que a níveis mais elevados de depressão corresponde pior qualidade de vida.

Este trabalho permitiu reconhecer que a depressão é um fator de risco para a qualidade de vida da pessoa idosa, tornando-se necessário promover uma boa saúde mental deste grupo etário, surgindo o Centro de Saúde como o local privilegiado para dinamizar e coordenar uma adequada intervenção.

**Palabras chave:** Envelhecimento, depressão; qualidade de vida; pessoa idosa

### ABSTRACT

Depression is the most common psychological problem in elderly people. Depression is one of the most common psychological problem in the elderly people.

The main objective of this study was the evaluation of the perception of the elderly people on their quality of life as well as the enquiry whether depression is a risk factor for the quality of life or not.

This study is exploratory, descriptive, analytical, cross-sectional and of quantitative nature. The research is focused on the 1419 seniors who remain in a Health Center in the Central Region of Portugal. 247 of them, who have been chosen randomly and probabilistically from registration lists, form part of the study sample. The following information, applied through interviews, was used for the data collection: a questionnaire on sociodemographic characterization, the Health Status Questionnaire (SF-36) and the Geriatric Depression Scale of Yesavage.

The main results show that the elderly people studied have a reasonable quality of life and higher levels of depression are related to a poorer quality of life.

This work allowed us to recognize that depression is a risk factor for the quality of life on older age. Thus the promotion of a good mental health in this age group is required. A Health Center is the principal location to streamline and to coordinate an appropriate intervention.

**Keys words:** Aging, depression; quality of life; elderly people

## INTRODUÇÃO

Padecer de estados depressivos torna-se uma autêntica ameaça para a qualidade de vida do idoso em qualquer etapa do seu processo de envelhecimento. A depressão incrementa, consideravelmente, a sua vulnerabilidade e a sua fragilidade, acentuando aspetos negativos do envelhecimento que fazem desta etapa um período de perdas e de danos. Neste sentido, torna-se imprescindível a articulação de medidas e estratégias preventivas que favoreçam a vivência saudável e feliz do envelhecimento e que afastem o fantasma da depressão.

Para Figueiredo (2007) a depressão é o problema psicológico mais comum no idoso, sendo considerada por Ruipérez & Llorente (1998) uma manifestação frequente de alteração psíquica na idade pré-senil e senil, independentemente dos estados de melancolia que, habitualmente, ocorrem neste grupo etário. O idoso está numa situação de perdas contínuas a diversos níveis, como por exemplo: diminuição do suporte sociofamiliar, perda do estatuto profissional e económico, algum declínio físico, maior frequência de doenças, entre outros, o que pode estar associado ao aparecimento de estados depressivos (Salgueiro, 2007).

Na opinião de Ruipérez & Llorente (1998), muitos idosos apresentam a primeira depressão da sua vida, por outro lado, outros tiveram a primeira na juventude, sofrendo nesta fase de uma segunda depressão. Há ainda determinados casos que tiveram fases depressivas repetidas e que acabaram por desaparecer na velhice. Pode contribuir para alterações consideráveis na saúde do idoso e aumentar a mortalidade, uma vez que passa muitas vezes despercebida e sem tratamento.

Atualmente, para uma correta definição e diagnóstico da depressão, utilizam-se os critérios expostos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10).

A OMS considera que, cerca de 66% de indivíduos com uma perturbação depressiva, estão subdiagnosticados. Consequentemente, verifica-se uma sobrecarga das famílias e instituições que proporcionam cuidados aos idosos, sendo também altamente destruidora da qualidade de vida, impondo, consequentemente, uma carga social e económica para a sociedade. Copeland (1999) citado por Santos (2007) indica-nos que, alguns estudos realizados na união europeia, como por exemplo Eurodep Study, permitem estimar que aproximadamente oito milhões de pessoas, com idade igual ou superior a 65 anos, sofrem de formas de depressão potencialmente tratáveis. Sabe-se que, mais de 80 % das pessoas com depressão são tratadas com sucesso recorrendo à medicação e à psicoterapia ou à combinação de ambas.

Segundo Lapid & Rummans (2003), citados por Salgueiro (2007), a depressão aumenta com o incremento do envelhecimento dos indivíduos, não querendo com isto dizer, como já foi apontado, que o estado depressivo teve o seu início após os 65 anos, no entanto com o aumento da longevidade, é natural que a depressão acompanhe a pessoa que previamente já sofreu algum episódio depressivo. Aparece mais frequentemente no género feminino (Ruipepérez & Llorente, 1998), e tem tendência para a cronicidade, “[...] *é frequente a depressão ser crónica [...] e associar-se a incapacidade significativa [...]*” (Llewellyn-Jones *et al.*, 1999, p. 206).

De acordo com Salgueiro (2007), a altura da reforma é uma fase marcante da vida de uma pessoa, havendo até quem pense que é nesta altura em que se dá a transição da idade adulta para a velhice. Esta interpretação é feita à luz dos mitos e preconceitos da velhice, como sendo uma fase improdutivo e de cariz negativo, o que, na realidade, não o é. Por vezes, os indivíduos são reformados, porque atingem um patamar etário, delimitado somente pela idade cronológica, sendo assim excluídos da actividade laboral, mesmo que seja contra a sua vontade. O idoso vai para casa, verificando-se uma mudança radical nos hábitos de vida; deixa de ter de se preocupar com determinados aspetos, como o cumprimento de horários, cuidar da sua aparência para ir trabalhar, estabelecer contactos com outros indivíduos, responsabilidades a nível profissional, caindo assim num vazio, que até essa altura não existia. A pessoa reformada pode ter uma ocupação cheia de significado para si, tornando-se imperativo que a sociedade reconheça o valor laborativo e ocupacional das pessoas mais velhas e, quando tal acontece, o próprio idoso sente-se mais incentivado e estimulado a desenvolver atividades em várias áreas, assumindo actualmente um papel muito importante a nível do voluntariado.

O facto de o idoso estar numa situação de perdas contínuas, o que envolve sentimentos de tristeza que, em indivíduos com uma personalidade pré-mórbida, ou seja, se já tiverem uma tendência depressiva, é possível que a depressão venha a instalar-se.

Segundo Kane *et al.* (2005), existem diversos fatores que predispoem os indivíduos idosos à depressão, nomeadamente: biológicos (predisposição genética; episódio (s) pregressos de depressão; alterações dos neurotransmissores associados ao envelhecimento); físicos (doenças metabólicas, endócrinas, neurológicas, músculo-esqueléticas, pulmonares, gastrointestinais, infeções, entre outras; distúrbios clínicos crónicos, principalmente quando provocam dor ou perda funcional); uso de fármacos, como por ex.: agentes psicotrópicos, hipnóticos, esteroides, etc.; privação sensorial, como a perda de visão ou audição; perda da função física); psicológicos (conflitos não resolvidos, como por ex.: raiva, culpa; perda de memória e demência; distúrbios de personalidade); sociais (perda de

familiares e amigos; isolamento; perda do emprego; perda de rendimentos). Por outro lado, são fatores protetores, a existência de um bom apoio social, assim como a prática de uma religião (Ruipérez & Llorente, 1998).

Ruipérez & Llorente (1998) referem que neste grupo etário, os sinais e sintomas de depressão podem ser atribuídos a processos naturais do envelhecimento, o que torna mais difícil ainda o diagnóstico. Por outro lado, Kane *et al.* (2005), alertam para o facto do aspeto físico do indivíduo idoso sob suspeita de estar deprimido ser interpretado com alguma prudência. As alterações associadas ao envelhecimento, podem sugerir um aspeto de depressão. Algumas doenças (ex.: doença de Parkinson, surdez, doenças sistémicas, etc.) podem também causar aparência física de depressão. Alguns sintomas podem ser causados por depressão, por doenças físicas ou por combinação de ambas, pelo que, deve haver algum cuidado na interpretação dos sintomas. Nos idosos, é particularmente comum a depressão que se evidencia principalmente por sintomas físicos, sendo esta conhecida como depressão mascarada. Os idosos, por terem dificuldade em expressar sentimentos como tristeza, culpa e raiva, podem somatizar essas emoções e relatar sintomas físicos.

Apesar da dificuldade em diagnosticar esta patologia e verificando-se que, nos últimos anos, a principal preocupação tem sido dada à avaliação da gravidade da depressão e às alterações ocorridas nos doentes em quem já foi diagnosticada a doença, torna-se imperioso um diagnóstico o mais precocemente possível. Woods (1996) é de opinião que uma completa entrevista de diagnóstico é o melhor instrumento de avaliação para determinar se um idoso sofre ou não uma perturbação de humor. Por outro lado, muitas investigações utilizam, atualmente, auto questionários da depressão ou escalas de bem-estar subjetivo preenchidas pelo próprio sujeito (Fontaine, 2000).

Os objetivos do tratamento da depressão no idoso, segundo Ruipérez & Llorente (1998), são atenuar os sintomas depressivos, reduzir o risco de recaídas, melhorar a qualidade de vida, aumentar o estado de saúde física e diminuir a mortalidade. O tratamento pode ter como modalidades, a terapia farmacológica e a terapia psicossocial. A medicação antidepressiva para ser eficaz deve perdurar o tempo suficiente, de acordo com a prescrição médica, o que não é fácil de controlar neste grupo etário devido a uma maior sensibilidade aos efeitos secundários, falta de apoio familiar para assegurar as tomas, existência de outras doenças, automedicação oculta com outros psicofármacos ou álcool, problemas económicos, entre outros. O tratamento farmacológico não resolve todos os aspetos envolvidos na depressão do idoso, sendo necessário recorrer à terapia psicossocial, que pode envolver terapias interpessoais, familiares, entre outras, as quais têm efeitos duradouros, sobretudo em indivíduos cuja saúde física é adequada.

É muito importante para o idoso sentir-se útil para alguém, habitualmente para a família, o que faz com que a sua autoestima e dignidade se mantenham elevadas. São fontes importantes de mal-estar psíquico nos idosos, a solidão, a perda de autonomia devido a doença e a má tolerância ao envelhecimento numa sociedade que valoriza essencialmente o jovem, procurando a psicoterapia, obter uma melhor adaptação a esses condicionalismos. "Qualquer medida que facilite a autonomia e os cuidados pessoais contribui para melhorar o estado de ânimo e para evitar recaídas afetivas" (Ruipérez & Llorente, 1998, p. 250).

Atualmente, a tendência é para efetuar um tratamento combinado (farmacológico e não farmacológico), como forma de abordagem mais ampla e completa da depressão no idoso, de forma a melhorar a sua qualidade de vida.

A qualidade de vida foi definida, em 1994, pelo grupo de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL) como: uma perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente (WHO, 2001). É um conceito subjetivo e multidimensional que inclui elementos positivos e negativos.

Na opinião de diversos autores (Brow, 2000; Diekstra *et al.*, 1998; Shalock *et al.*, 1999; Wolkenstein & Buder, 1992 citados por Schalock & Verdugo, 2003) e à semelhança do conceito de qualidade de vida no geral, pode dizer-se que as diferentes conceções de qualidade de vida no idoso se caracterizam por um aspeto relevante, a sua multidimensionalidade, que tem em conta, não apenas o funcionamento físico, energia e vitalidade pessoal, mas também o bem-estar psicológico e emocional, a ausência de problemas de comportamento, o funcionamento social e o sexual, os apoios recebidos e percebidos, a par da satisfação com a vida e a perceção do estado de saúde.

Schalock & Verdugo (2003), ao efetuarem uma revisão de 101 estudos, concluem que a dimensão da qualidade de vida que mais frequentemente aparece nas investigações é o bem-estar físico (em 81 estudos), seguindo-se a dimensão de inclusão social (citada 46 vezes) e a de bem-estar emocional (citada em 34 artigos).

O bem-estar emocional, assume-se como um fator promotor da qualidade de vida da pessoa idosa. Neste sentido, torna-se pertinente estudar/analisar em que medida a depressão compromete a qualidade de vida deste grupo de pessoas.

## **MÉTODO**

### **Objetivos e hipóteses**

O principal objetivo deste trabalho consistiu em avaliar a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida e investigar se a depressão constitui um fator de risco para a qualidade de vida, colocando-se as seguintes hipóteses: a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida está relacionada com a percepção do estado depressivo; a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida é diferente conforme a participação em atividades na comunidade.

Realizou-se um estudo descritivo, analítico e transversal.

### **Participantes**

Para a realização deste estudo selecionou-se como unidade de análise um Centro de Saúde da Região Centro de Portugal.

Segundo os resultados provisórios dos Censos de 2011, a região Centro, logo a seguir à região do Alentejo, é das mais envelhecidas de Portugal, representando os indivíduos de 65 ou mais anos 22,5 % da população; 20,0% para os homens e 24,9% para as mulheres (INE, 2012).

A população alvo é constituída por idosos (indivíduos de 65 e mais anos), os quais foram identificados através das listas de utentes inscritos no Centro de Saúde selecionado para o estudo. Dos 1419 idosos inscritos, mais de metade tem 75 ou mais anos (52.29%), verificando-se também que o sexo feminino é o que tem uma maior representatividade (57.15 %).

Identificado o número de indivíduos inscritos no Centro de Saúde, procedeu-se, de seguida, ao cálculo do número de elementos que viria a integrar a amostra deste estudo. Com uma probabilidade do erro tipo I de 5%, com um grau de confiança de 95% e N = 1419 determinou-se o tamanho da amostra, cujo valor foi de 302 Sujeitos.

Obtido o número de indivíduos da amostra e partindo das listagens de todos utentes com idade igual ou superior a 65 anos, os mesmos foram agrupados por sexo e grupos etários (a partir do ano de nascimento), criando-se assim novas listagens. Com estas novas listagens, ficou-se a conhecer o número de utentes idosos por grupo etário e por sexo, o que permitiu, de forma aleatória e sistemática, definir os elementos a incluir na amostra.

Utilizou-se como critério de exclusão: idosos com defeito cognitivo (avaliado através do Mini Exame do Estado Mental).

Dos 302 idosos selecionados para fazerem parte do estudo, 15 recusaram responder ao questionário e 40 foram excluídos por apresentarem defeito cognitivo (20) ou por não terem terminado a entrevista (20) obtendo-se no final uma amostra constituída por 247 idosos, o que corresponde a 81.79% da amostra selecionada e a 17.41 % dos idosos inscritos no Centro de Saúde. A amostra final do estudo é representativa da população alvo, com um grau de confiança de 95% e um erro máximo de 5.7%.

Caraterização da amostra: fizeram parte da amostra 247 sujeitos, dos quais 101 homens e 146 mulheres, situando-se a média de idades nos 76,74 anos e o desvio padrão em 6.85 anos, apresentam idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos. 145 sujeitos da amostra eram casados, 87 eram viúvos, 12 eram solteiros e 3 eram divorciados.

### **Instrumentos**

Foram utilizados diversos instrumentos, nomeadamente: Mini Exame do Estado Mental (*Mini-Mental State Examination*) de Folstein *et al.* (1975), segundo adaptação portuguesa de Guerreiro *et al.* (1994); Questionário elaborado especificamente para o estudo de forma a permitir um melhor conhecimento dos indivíduos em estudo; Questionário do Estado de Saúde (*SF - 36*), traduzido e validado pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, na População Portuguesa (versão portuguesa 2) (Ferreira, 1998) - avalia a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida relacionada com a saúde; Escala de Depressão Geriátrica (GDE) de Yesavage, versão reduzida. Yesavage - Adaptada por Paradela, Lourenço & Veras *et al.* (2005).

Para estudar a fiabilidade das escalas utilizadas procedeu-se ao estudo da sua consistência interna. Para tal, foi calculado o coeficiente alpha de Cronbach para cada uma das escalas e/ou dimensões. Obtiveram-se, em todas as escalas, valores superiores a 0.700. Este valor é considerado pela maioria dos autores como sendo revelador de boa consistência interna. Atendendo a este facto, pode concluir-se que, as escalas utilizadas revelaram boa consistência interna e, conseqüentemente, podem ser consideradas fiáveis.

### **Procedimentos para a colheita de dados**

Para a execução deste trabalho, foram efetuadas diligências junto do Diretor e da Enfermeira Chefe do Centro de Saúde para, em primeiro lugar, obter os dados acerca dos idosos inscritos e, posteriormente, para obter autorização para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados. Nestes contactos, foram explicados os objetivos do trabalho que iria ser desenvolvido.

A cronologia na recolha de dados, obedeceu a um plano prévio e todos os instrumentos foram aplicados através de entrevista, a qual foi planeada de acordo com a marcação de consultas médicas e de enfermagem no Centro de Saúde, a realização de visitas domiciliárias e a disponibilidade dos idosos.

Antes de iniciar cada entrevista para obtenção de dados era dada uma explicação acerca dos objetivos do estudo e solicitado aos participantes que assinassem o consentimento informado (no caso de idosos que não sabiam assinar ou com outro tipo de dificuldade autorizaram através da digitopressão), garantindo a cada idoso o anonimato das mesmas.

A recolha de dados foi efetuada durante os meses de abril, maio, junho, julho e setembro de 2013.

### **Tratamento estatístico dos dados**

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), na versão 22. As variáveis em estudo não apresentam uma distribuição normal, como mostraram os resultados da aplicação do teste *Kolmogorov-Smirnov* ( $p < 0.050$ ). Este facto levou a optar pela aplicação de testes não paramétricos, fixando-se, em todos, o valor de 0.050 para o nível máximo de significância, ou seja, para o valor máximo da probabilidade de ocorrer o erro tipo I.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Estilos de vida**

A maioria dos idosos ocupa os tempos livres a ver televisão (53.0%), seguindo-se a ida à igreja/rezar (36.0%), a horticultura/jardinagem/cuidar de animais (35.6%), os trabalhos manuais (29.1%) e as viagens/turismo (22.3%).

Ocupar os tempos livres a ver televisão aparece também com maior percentagem em outros estudos (Mourata da Silva, 2005; Santos, 2007, entre outros). Verifica-se também uma percentagem significativa de idosos que vão à igreja para ocupar os tempos livres, o que poderá justificar-se pelas características da amostra que referiu ser, na quase totalidade, praticante da religião católica (o que também está de acordo com a tradição do nosso país, onde a religião católica, historicamente, é a mais praticada) e onde as tradições religiosas são cultivadas, particularmente por este grupo etário.

Em Portugal, existe um programa específico de Turismo Sénior, realçando-se o facto de 22,3% dos idosos ter referido que ocupava os tempos livres em viagens/turismo.

Salienta-se o facto de 84 idosos referirem ocupar os tempos livres com atividades que poderão estimular as suas capacidades intelectuais (leitura, jogos, dinâmica de grupo, escrever poesia, utilização do computador, entre outros), o que assume uma grande importância na diminuição da deterioração cognitiva do idoso, e consequentemente na melhoria da qualidade de vida. É também um facto que, muitas das atividades referenciadas pelos idosos são realizadas em grupo, o que é benéfico para a sua socialização e redução da solidão/isolamento e, consequentemente, da depressão.

A maioria dos idosos, concretamente 66.4%, afirmou que não praticava exercício físico. Dos 83 idosos que praticavam exercício físico, 91.6% disseram que faziam caminhadas, seguidos de 12.0% que praticavam ginástica.

A maioria dos idosos (81.8%) não participava em atividades comunitárias. Dos 45 idosos que o faziam, 35.6% dos inquiridos referiram atividades religiosas, 28.9% pertenciam a associações de apoio social e 20.0% integravam grupos corais, atividades que, à semelhança de algumas que foram referenciadas na ocupação dos tempos livres permitem a conservação do empenho social e bem-estar subjetivo, salientando-se também a importância que tem assumido, nos últimos tempos, o associativismo para este grupo etário. Portugal desenvolve uma quantidade notável de projetos intergeracionais, aumentando, cada vez mais, o voluntariado sénior em diversas instituições, verificando-se que 11,1% dos idosos da amostra em estudo que referiram participar em atividades da comunidade, praticam voluntariado, o que, à semelhança das outras atividades referenciadas, está em consonância com "Promover o funcionamento psicossocial e a participação", uma das componentes a ter em conta nas políticas que favorecem um envelhecimento ativo, segundo a OMS. Embora não esteja suficientemente valorizado, os europeus concordam que os idosos dão uma grande contribuição como voluntários em organizações comunitárias e caritativas (Abellán & Esparza, 2009).

Uma larga maioria dos idosos (94.3%), afirmou que não participava em atividades de formação ou educativas. Os que participavam, faziam-no, em média, cerca de 5 vezes por mês. Os principais temas abordados nas atividades de formação/educação eram a saúde e a informática, com 28.6% para cada tema, seguindo-se, com a mesma percentagem (14,3%) a agricultura, as experiências de vida, a pintura e a cultura geral.

### Visitas de filhos e/ou outros familiares

A maioria dos idosos (95.5%) referiu ter a visita de filhos e/ou outros familiares, o que vai de encontro à opinião de Relvas (1996), citado por Imaginário (2008), ao afirmar que os idosos não estão tão abandonados pelas famílias como se pensa, considerando este aspeto, como um mito da sociedade ocidental. Apenas 11 idosos referiram não ter visitas. Para 29.5% a frequência destas visitas era de uma vez por semana, seguidos de 25.9% que eram visitados todos os dias.

### Perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde

A aplicação do Questionário do Estado de Saúde (*SF-36*) permitiu avaliar a perceção dos idosos sobre a sua qualidade de vida relacionada com a saúde e da análise dos resultados apresentados no quadro 1 constata-se que os valores das medidas de tendência central (média e mediana) situam-se em torno do valor central da escala pelo que, pode afirmar-se que os idosos evidenciam uma perceção de qualidade de vida razoável. Verifica-se também que os idosos percecionam melhor qualidade de vida em termos da função social, do desempenho emocional e da saúde mental e pior qualidade de vida ao nível do desempenho físico, saúde geral, vitalidade e função física. Quanto à mudança de saúde, ou seja, a saúde atual comparativamente com o que acontecia há um ano atrás, a tendência foi no sentido de a considerar um pouco pior.

Quadro 1 - Perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde

Dimensões	$\bar{x}$	S
Função física	49.33	28.00
Desempenho físico	47.09	26.12
Dor corporal	51.65	28.63
Saúde geral	47.43	18.68
Vitalidade	49.29	17.71
Função social	67.56	23.37
Desempenho emocional	60.56	24.62
Saúde mental	59.51	21.31
Mudança de saúde	62.85	19.11

### Perceção do estado depressivo

Relativamente à perceção do estado depressivo (Quadro 2) os resultados da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica revelaram que a maioria dos idosos, concretamente 65.6%, evidenciou resultados entre 0 e 5 pontos, o que corresponde ao estado normal, seguidos de 23.5% que evidenciavam depressão ligeira ou moderada ao apresentarem resultados entre 6 e 10 pontos; 27 idosos (10,90 %) evidenciaram ter uma depressão grave.

Não deve descorar-se o facto de 34,5% dos idosos em estudo evidenciarem suspeita de depressão, ligeira ou grave, sabendo-se também que a depressão está subdiagnosticada devido a diversos fatores. A OMS considera que, cerca de 66 % de indivíduos com uma perturbação depressiva, estão subdiagnosticados, impondo, conseqüentemente, uma sobrecarga para a família e para sociedade. A dificuldade em diagnosticar esta patologia pode dever-se ao facto de os sinais e sintomas de depressão poderem ser atribuídos a processos naturais do

envelhecimento (Ruipérez & Llorente, 1998). Copeland (1999), citado por Santos (2007), indica que, alguns estudos realizados na união europeia, como por exemplo Eurodep Study, permitem estimar que aproximadamente oito milhões de pessoas, com idade igual ou superior a 65 anos, sofrem de formas de depressão potencialmente tratáveis.

É de salientar ainda que, os resultados obtidos através da escala de depressão geriátrica, revelam a percepção que o idoso tem face ao estado depressivo, carecendo, o diagnóstico definitivo, de confirmação médica.

Quadro2 - Percepção do estado depressivo

Estado de depressão	N	%
Normal (0 a 5 pontos)	162	65.6
Depressão ligeira ou moderada (6 a 10 pontos)	58	23.5
Depressão grave (11 a 15 pontos)	27	10.9
$\bar{x} = 4.85$		$s = 3.83$

### Qualidade de vida e depressão

O idoso está numa situação de perdas contínuas a diversos níveis, o que pode estar associado ao aparecimento de estados depressivos (Salgueiro, 2007). A depressão pode assim, comprometer a qualidade de vida do idoso, sendo mesmo considerada, pela OMS, altamente destruidora da qualidade de vida. Alguns estudos corroboram esta ideia, como por exemplo o de Trentini (2004) que revelou uma associação entre maior intensidade de sintomas depressivos e pior qualidade de vida.

Procedeu-se neste estudo ao teste da hipótese “a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida está relacionada com a percepção do estado depressivo” através do estudo da correlação existente entre as duas variáveis presentes, aplicando o coeficiente de correlação de Spearman e respetivo teste de significância.

Como se constata pelos dados apresentados no quadro 3, todas as correlações são estatisticamente significativas ( $p < 0.001$ ) e são negativas ao nível de todas as dimensões, mas é positiva na mudança de saúde, concluindo-se que os idosos com níveis mais elevados de depressão tendem a evidenciar menor qualidade de vida e um maior agravamento do estado de saúde durante o último ano.

Quadro 3 - Correlação da percepção da qualidade de vida com a percepção do estado depressivo

Variáveis	Depressão geriátrica	
	rs	P
Função física	-0.31	<0.001
Desempenho físico	-0.27	<0.001
Dor corporal	-0.29	<0.001
Saúde geral	-0.64	<0.001
Vitalidade	-0.56	<0.001
Função social	-0.60	<0.001
Desempenho emocional	-0.51	<0.001
Saúde mental	-0.64	<0.001
Mudança de saúde	+0.30	<0.001

Tendo em conta os benefícios da participação do idoso em atividades na comunidade, testamos também a hipótese “A percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida é diferente conforme a participação em atividades na comunidade”

O estudo de comparação da qualidade de vida em função da participação em atividades na comunidade (quadro 4), aplicando o teste U de Mann-Whitney para diferença de médias, revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões função física ( $p=0.030$ ), desempenho físico ( $p=0.021$ ), vitalidade ( $p=0.037$ ) e desempenho emocional ( $p=0.016$ ). Comparando os valores das medidas de tendência central verifica-se que os idosos que participam em atividades na comunidade tendem a evidenciar melhor qualidade de vida, o que vai de encontro a alguns parâmetros preconizados pela OMS para envelhecer com qualidade (existência de interesses, ocupações e atividades produtivas e socialização através da interação social e participação comunitária).

Fontaine (2000) refere que a velhice bem-sucedida está associada ao conjunto de três grandes categorias de condições, sendo uma delas a conservação de empenhamento social (onde pode englobar-se a participação em atividades na comunidade) e bem-estar subjetivo. Favorecem o “envelhecer bem”, entre outros, fatores como, manter hábitos e estilos de vida saudáveis, atividades culturais que fomentem as políticas de promoção social e muitos outros fatores dependentes do meio envolvente (Fernández-Ballesteros, 2009)

Salienta-se assim a grande importância da participação do idoso na comunidade, o que contraria a Teoria da desvinculação, defendida por Cumming & Henry, ao demonstrar que o envelhecimento é acompanhado de uma desvinculação recíproca do indivíduo e da sociedade, ou seja, o indivíduo põe um fim de forma gradual, ao seu empenhamento e retira-se da sociedade. Por outro lado, e na opinião de Moreno (2004) não deve descorar-se o importante papel das atitudes e das ações da sociedade, em que o indivíduo envelhece, no processo de saber viver a velhice. Já a Teoria da atividade, sendo uma das mais antigas e divulgadas teorias psicossociais do envelhecimento, corrobora estes resultados e vem de encontro ao primeiro dos objetivos estabelecidos na II Assembleia Mundial de Madrid sobre o envelhecimento (o envelhecimento tem que ser ativo) e que deve estar na base das políticas de qualquer inovação Gerontológica. Após um estudo cuja amostra era constituída por pessoas entre os 50 e 90 anos, Havighurst, verificou que as pessoas mais adaptadas e que sobreviviam mais anos e em melhor estado, eram as que realizavam mais atividade, quer porque mantinham as mesmas tarefas e papéis, quer porque mudavam para tarefas e papéis mais de acordo com as suas preferências (Fernández-Ballesteros, 2000).

Quadro 4 - Comparação da percepção da qualidade de vida em função da participação em atividades na comunidade

<b>Qualidade de vida</b>						
<b>Participação em atividades</b>	<b>n</b>	$\bar{X}_p$	$\bar{X}$	<b>Md</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
Função física						
Sim	45	144.91	57.78	60.00	-	0.030
Não	202	119.34	47.45	45.00	2.174	
Desempenho físico						
Sim	45	146.09	55.14	50.00	-	0.021
Não	202	119.08	45.30	46.88	.316	
Dor corporal						
Sim	45	120.93	49.89	51.00	-.320	0.749
Não	202	124.68	52.04	51.00		
Saúde geral						
Sim	45	126.44	48.40	47.00	-.254	0.799
Não	202	123.46	47.21	45.00		
Vitalidade						
Sim	45	143.97	53.33	56.25	-.085	0.037
Não	202	119.55	48.39	46.88		
Função social						
Sim	45	142.27	73.61	75.00	-.924	0.054
Não	202	119.93	66.21	75.00		

Desempenho emocional	45	146.50	68.70	75.00		
Sim	202	118.99	58.75	50.00	- .400	0.016
Não						
Saúde mental	45	130.51	61.00	65.00	-	0.498
Sim	202	122.55	59.18	60.00	0.678	
Não						
Mudança de saúde	45	125.39	62.78	75.00	-	0.875
Sim	202	123.69	62.87	50.00	0.157	
Não						

Este estudo permitiu corroborar que as pessoas idosas com níveis mais elevados de depressão, tendem a perceber pior qualidade de vida, podendo assim considerar-se, a depressão, como um fator de risco para a qualidade de vida da pessoa idosa.

Neste sentido, torna-se imperioso promover uma boa saúde mental das pessoas idosas, sem esquecer os fatores que podem estar associados ao aparecimento de depressão, destacando-se aqui alguns dos parâmetros, definidos pela OMS, para envelhecer com qualidade: funcionamento positivo ou ideal, que corresponde a um trabalho de desenvolvimento que acompanha o ciclo de vida; capacidade de adaptação às perdas ocorridas durante a velhice e escolha de estilos de vida que promovam a integridade física e mental até aos últimos dias do ciclo vital; estar na posse de um conjunto de estratégias de coping que permitam adaptar-se a circunstâncias adversas ou stressantes, que lhes permitam atingir um bom *status* de qualidade de vida; capacidade de adaptação ao envelhecimento; suporte familiar e social; utilização eficaz dos recursos pessoais e ambientais para dar resposta às necessidades primordiais relacionadas com a manutenção da saúde e com o seu bem-estar emocional e espiritual, entre outros (Fernández-Ballesteros, 2009). A mesma autora, acrescenta ainda que, segundo a WHO (2001), as políticas a favor de um envelhecimento ativo devem, entre outros aspetos, promover o afeto positivo, o controlo e as habilidades para enfrentar o stress e os problemas, através do incremento de acontecimentos agradáveis na velhice, como fatores preventivos da depressão e do isolamento; uma atitude ativa e adequada para enfrentar as dificuldades, a ansiedade e os conflitos; confiança nas suas capacidades; pensamento positivo e a perceção de controlo.

O ponto de referência para este estudo foi o Centro de Saúde, o qual consideramos como o local privilegiado para uma adequada avaliação dos idosos, em todas as suas dimensões, destacando-se a avaliação da depressão que, como foi referenciado, está subdiagnosticada neste grupo etário, passa muitas vezes despercebida, confundindo-se com outras doenças. Só com uma correta identificação/avaliação dos fatores de risco e um diagnóstico em tempo útil, a depressão no idoso pode ser convenientemente tratada, o que, sem dúvida, contribuirá para uma melhor qualidade de vida.

Salienta-se ainda, a necessidade de articulação entre os serviços de saúde, os serviços sociais, as autarquias e a educação, pois, só com um trabalho coordenado e com objetivos comuns, se consegue uma adequada intervenção à pessoa idosa, perspetivando-se uma diminuição da depressão e, conseqüentemente, uma melhoria da qualidade de vida.

## BIBLIOGRAFÍAS.

Abellán García, A. & Esparza Catalán, C. (25 de Novembro de 2009). *La imagen de los mayores en Europa. Datos de 2008 y 2009*. Obtido em junho de 2014, de Informe Portal Mayores, 96: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-eurobarometro-2009-v1.pdf>

.Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo-Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirâmide.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Pirâmide.

Ferreira, P. L. (1998). *A medição do estado de saúde: Criação da versão portuguesa do MOS SF-36*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

.Guerreiro, M. *et al.* (1994). *Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE)*. Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia. Coimbra.

Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal* (2.ª ed.). Coimbra: Formasau.

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 – Resultados Definitivos*. Lisboa: INE, IP.

Kane, R. L. *et al.* (2005). *Geriatría Clínica* (5ª ed.). Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Lda.

Llewellyn-Jones, R. H. (novembro/dezembro de 1999). *Intervenção Multifacetada com Cuidados Partilhados para a Depressão em Idade Avançada, Efectuada em Lares: estudo aleatorizado e controlado*. *Psiquiatria na Prática Médica*, 12, pp. 206-214.

Mourata da Silva, M. M. (2005). *Sobreenvelhecimento e qualidade de vida em Portugal. Estudo de caso (Salvatera de Magos)*. In M. S. Cardoso, *Saúde Pública* 7 (pp. 205-226). Coimbra: Edições Salvador Massano Cardoso.

Moreno, J. M. (2004). *Mayores e calidad de vida*. *Portularia*, 4, pp. 187-197.

Paradela, E.; Lourenço, R. & Veras, R. (2005). *Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral*. *Revista de Saúde Pública*, 39 (6), pp. 918-23 <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>

Ruipérez Cantera, I. & Llorente Domingo, P. (1998). *Geriatría*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill.

Salgueiro, H. D. (junho de 2007). *Determinantes psico-sociais da depressão no idoso*. *Nursing*, 222, pp. 7-11.

Santos, P. M. (2007). *Determinantes da qualidade de vida do idoso: o caso da Cova da Beira*. Tese de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde apresentada à Universidade da Beira Interior. Covilhã.

Schalock, R. L. & Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida – Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Trentini, C. (2004). *Qualidade de vida em idosos*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do sul. Obtido em 28 de setembro de 2012, de [www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo)

Woods, R. (1996). *Handbook of the clinical Psychology of Ageing*. Chichester: John Wiley & Sons.

World Health Organization. (2001). *Ageing and Health. Acheiving health across the span*. Genève: WHO



PEst-OE/EGE/UI4056/2014 — projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT)