

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

CAROLINE PISTOIA KRAEMER

**RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
IDOSOS PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA REGULAR NO PROJETO
CELARI-ESEF/UFRGS**

Porto Alegre
2011

CAROLINE PISTOIA KRAEMER

**RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
IDOSOS PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA REGULAR NO PROJETO
CELARI-ESEF/UFRGS**

Monografia apresentada ao Departamento de Educação Física da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Educação Física.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Kruger Gonçalves

Porto Alegre
2011

Em especial à minha mãe, à Andréa e a todos que de alguma forma contribuíram
para a minha formação.

Agradeço a todas as pessoas que participam do projeto CELARI, em especial aos que foram meus alunos e amigos, e a Andréa pelo carinho, incentivo e auxílio em toda a elaboração desse trabalho.

“Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a, Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem, Mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos anos, estes ainda reservam prazeres” (Sêneca).

RESUMO

Atualmente, sabe-se que uma boa qualidade de vida está diretamente ligada à ausência de sintomas depressivos. Idosos fisicamente ativos inseridos em um grupo social, provavelmente serão mais saudáveis física e emocionalmente, tendo assim uma melhor qualidade de vida. Esse estudo teve como objetivo analisar a relação entre qualidade de vida e sintomas depressivos em idosos praticantes de exercício físico. O estudo foi do tipo descritivo. Fizeram parte da amostra 65 idosos de ambos os sexos e com idade a partir de 60 anos participantes do projeto de extensão universitária “Centro de Esporte, Lazer e Recreação do Idoso - CELARI” do curso de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul selecionados por acessibilidade. Para a verificação da qualidade de vida foi utilizado o questionário SF-36 e para a avaliação da sintomatologia depressiva, o questionário GDS. Para avaliação dos resultados utilizou-se a estatística descritiva do programa SPSS 18.0 com cálculos de média e desvio padrão, além do teste de correlação de Pearson. A média da pontuação no SF foi de 116,052 e no GDS de 6,08. Tais valores indicam uma avaliação satisfatória da qualidade de vida e a presença de sintomatologia leva a moderada de sintomas depressivos. A correlação de Pearson indicou correlação negativa estatisticamente significativa entre o somatório do SF-36 e o somatório do GDS com $p < 0,05$. A partir do estudo desenvolvido é possível afirmar que existe relação entre qualidade de vida e sintomas depressivos em idosos praticantes de atividade física regular, indicando a necessidade de mais estudos relacionados à temática, especificamente com diferentes tipos de amostra. É importante ressaltar a importância de estudos relacionados à saúde física e emocional da população idosa, pois eles fornecem dados fundamentais para a implantação de programas na saúde pública.

Palavras-chaves: idoso – qualidade de vida – depressão

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estatística descritiva (frequência e percentual) do gênero sexual de idosos participantes do CELARI	33
Tabela 2 - Estatística descritiva (frequência e percentual) do estado civil dos idosos participantes do CELARI	33
Tabela 3 - Estatística descritiva (frequência e percentual) da ocupação dos idosos participantes do CELARI	34
Tabela 4 - Estatística descritiva (frequência e percentual) da escolaridade dos idosos participantes do CELARI	35
Tabela 5 - Estatística descritiva (frequência e percentual) da renda mensal dos idosos participantes do CELARI.....	35
Tabela 6 - Estatística descritiva (frequência e percentual) da moradia dos idosos participantes do CELARI	36
Tabela 7 - Estatística descritiva (média e desvio padrão) do somatório do GDS, do somatório do SF-36 e dos domínios do SF-36	37
Tabela 8 - Correlação de Pearson entre Somatório do GDS e Somatório do SF-36	41
Tabela 9 - Correlação de Pearson entre Somatório do GDS e Domínios do SF-36..	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 OBJETIVOS GERAIS.....	9
1.2 DEFINIÇÃO DE TERMOS.....	9
1.3 JUSTIFICATIVA	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 CONCEITUAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA.....	11
2.2 O IDOSO	15
2.3 SINTOMAS DEPRESSIVOS E DEPRESSÃO	18
2.4 ATIVIDADE FÍSICA, ENVELHECIMENTO, QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DEPRESSIVOS.....	22
3 METODOLOGIA	27
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO.....	27
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	27
3.3 INSTRUMENTOS E MATERIAIS	27
3.4 CONTROLE DAS VARIÁVEIS	28
3.5 PLANO DE COLETA DE DADOS	28
3.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO	29
3.7 LIMITAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	32
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	44
REFERÊNCIAS	46
ANEXO A - GDS – GERIATRIC DEPRESSION SCALE – VERSÃO ABREVIADA.	50
ANEXO B – QUESTIONÁRIO SF-36	51

1 INTRODUÇÃO

A noção de qualidade de vida é baseada no nível de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e a própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem estar. O conceito abrange diversos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que modificam de acordo com a época, espaço e história, sendo portanto uma construção social que varia de acordo com cultura dos indivíduos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Considerando-se que atualmente a população está vivendo mais e com cada vez mais atividades e obrigações, torna-se importante entender quais são os fatores capazes de proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Devido ao crescimento da população de idosos no mundo todo, houve um aumento do interesse de pesquisadores a respeito do envelhecimento e também por questões ligadas à qualidade de vida na terceira idade. O reconhecimento de que a qualidade de vida constitui um tema importante para a promoção da saúde física e mental e para o bem-estar social das pessoas tem estimulado o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde a realizar estudos envolvendo esse tema. É importante salientar que a qualidade de vida pode aumentar a longevidade de um indivíduo. Frutuoso (1999 *apud* CARNEIRO *et al*, 2007, p.230) afirma que muitos estudos fazem referência a um aumento da qualidade de vida e da longevidade em idosos que apresentam vida social intensa. Além disso, diversos estudos afirmam que há uma relação direta entre relacionamentos sociais, qualidade de vida e capacidade funcional e uma relação inversa desses fatores com a depressão. Esses fatores sustentam a importância de estudos ligados à qualidade de vida da população idosa.

Com o aumento da idade surgem diversos fatores que contribuem para surgimento de sintomas depressivos. As doenças crônicas que afetam a independência, sentimentos de frustração, perdas de amigos e parentes, isolamento social sensação de inutilidade, aposentadoria entre outros fatores comprometem a qualidade de vida do indivíduo e conseqüentemente estimulam o surgimento de sintomas depressivos. Diversos estudos afirmam que há uma relação inversa entre qualidade de vida e sintomas depressivos.

Atualmente sabe-se que o exercício físico contribui para a diminuição dos sintomas depressivos e melhora da qualidade de vida. A prática regular de exercício físico além de prevenir e reduzir os declínios causados pelo envelhecimento, também proporciona uma maior interação social e contribui para manter a independência física na realização das atividades de vida diária. Um indivíduo fisicamente ativo e pertencente a um grupo social melhora a sua aptidão física, evita o surgimento de sintomas depressivos e aumenta a sua qualidade de vida.

1.1 OBJETIVOS GERAIS

Analisar a relação entre qualidade de vida e sintomas depressivos em idosos praticantes de exercício físico.

1.2 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Qualidade de vida: Percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores, nos quais ele está inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de alcance abrangente, afetado de forma complexa por sua saúde física, estado psicológico e nível de independência, por suas relações sociais e relações com as características do seu meio ambiente (WHOQOL GROUP, 1994)

Sintomas depressivos: Estado de tristeza, ou humor rebaixado, com duração e intensidades pequenas, com pouca interferência na vida de relação de seu portador, sem necessidade de um tratamento específico para que desapareça (OKUMA, 1998).

Depressão: Condição patológica na qual há um rebaixamento do humor, com características clínicas (OKUMA, 1998).

Exercício Físico: Atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem como objetivo final ou intermediário aumentar ou manter a saúde e a aptidão física (CHEIK *et al*, 2003).

Idoso: indivíduos com 65 anos de idade, ou mais, que residem em países desenvolvidos e com 60 anos, ou mais, que vivem em países em desenvolvimento. (OMS)

1.3 JUSTIFICATIVA

O número de idosos vem aumentando em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento. Por esse motivo, é importante investigar se esses idosos estão vivendo de maneira saudável.

Através desse estudo buscou-se identificar se qual a relação entre qualidade de vida e sintomas depressivos em idosos praticantes de atividade física regular no projeto CELARI.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONCEITUAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Há cerca de quatro décadas, vem ocorrendo um aumento da população idosa, principalmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, por exemplo, o envelhecimento populacional tem revelado crescimento exponencial e a projeção do número de idosos para o ano de 2025 mostra que o número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos será de 32 milhões (GUERRA; CALDAS, 2010).

Tendo em vista que os idosos representam uma parte significativa do total da população, torna-se necessário investigar quais são os fatores capazes de lhes proporcionarem uma melhor qualidade de vida. Segundo Pereira et al, (2006), a avaliação do estado de saúde está diretamente ligado à qualidade de vida, influenciada pelo sexo, escolaridade, idade, condição econômica e incapacidades. Até o século XX, saúde significava ausência de doença, estar em harmonia consigo mesmo e com o meio. Já em 1948, a Organização Mundial da Saúde-OMS traz a definição de saúde como “o estado mais complexo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade ou invalidez”. Essa definição aumenta a abrangência de saúde do aspecto unicamente físico para o mental e o social (PAULA, 2010).

A noção de qualidade de vida é relativa, podendo ser classificada de três maneiras diferentes: histórica: conceito muda em uma mesma sociedade, mas em tempos diferentes; cultural: pode variar entre diferentes povos e culturas, dependendo de seus valores, necessidades e tradições, e relativa às estratificações ou classes sociais. Segundo os autores, amor, liberdade, solidariedade e inserção social fazem parte do conceito de qualidade de vida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O conceito de qualidade de vida pode ter diversos significados, desde os mais populares (relacionados a sentimentos, emoções, relações sociais, entre outros) até a perspectiva científica, com grande parte do significado baseado na literatura médica. De acordo com Souza, Galante e Figueiredo (2002), os modelos de qualidade de vida vão desde a “satisfação com a vida” a modelos que têm como base conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas.

O positivismo trás a idéia de que saúde é a ausência de doença. Com o passar do tempo, começou a ser percebido que a presença de uma doença crônica não fazia com que um indivíduo se sentisse doente, se isso não impedisse seu direito de ir e vir, ou seja, não limitasse sua independência e autonomia. Por outro lado, um indivíduo saudável (sem doença crônica), por várias razões, poderia se sentir doente. Assim, a promoção da saúde passou a ser mais abrangente, incluindo qualidade de vida e bem estar o que tornou o conceito de saúde mais complexo. A independência de um indivíduo é a capacidade que ele tem de ir e vir e realizar atividades desejadas. Já a autonomia é a capacidade de tomar decisões (PAULA, 2010).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000) qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que é relacionada ao grau de satisfação na vida familiar, amorosa, ambiental e à própria estética ambiental. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural do que uma determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo “qualidade de vida” tem diversos significados, que englobam conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades em diferentes épocas, espaços e histórias, sendo dessa maneira uma construção social, que está diretamente relacionada com as diferenças culturais.

Lipp (*apud* PASCOAL; SANTOS; BROEK, 2006) define qualidade de vida como “O viver o que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: Social, afetiva, profissional e a que se refere a saúde”. Já para Silva:

Aplica-se ao indivíduo aparentemente saudável e diz respeito ao seu grau de satisfação com a vida nos múltiplos aspectos que a integram: moradia, transporte, alimentação, lazer, satisfação/realização profissional, vida sexual e amorosa, relacionamento com outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira. (SILVA *apud* PASCOAL; SANTOS; BROEK, 2006, p. 220).

Segundo Lawton *apud* Fleck, (2003), a qualidade de vida do idoso depende de muitos elementos em interação ao longo da vida do indivíduo, ou seja, a qualidade de vida na velhice pode ser entendida como um processo de adaptação multidimensional e que interage não apenas com o período atual, mas também com o passado do indivíduo e como ele percebe o ambiente que o cerca. A capacidade de lidar com as diferentes demandas ao longo da vida também está diretamente ligada à qualidade de vida.

Fleck *et al.* (1999) afirma que atualmente os conceitos de qualidade de vida não se restringem apenas às ciências humanas ou biológicas, havendo uma interação entre as duas. Afirma também que, apesar de não haver um consenso do conceito de qualidade de vida, existem três aspectos fundamentais referentes a esse assunto em diferentes culturas: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas (mobilidade) e negativas (dor). Esses três aspectos reforçam a idéia de que a qualidade de vida tem um conceito bastante abrangente incluindo aspectos como capacidade física, saúde e a própria percepção que o indivíduo possui sobre si mesmo.

Um outro aspecto que está diretamente relacionado a qualidade de vida no idoso é a autonomia e independência. Segundo Baltes e Silverberg (*apud* MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004) na velhice a dependência física muitas vezes é confundida com dependência para a tomada de decisões, levando a um paternalismo social que gera conseqüências, tais como fazer tudo no lugar do idoso e impedir sua liberdade, autonomia e capacidade de escolha. O ambiente pode exercer uma forte influência sobre a otimização e impedimento nos processos comportamentais, como a autonomia e dependência. Para os autores, a autonomia e a segurança são necessidades básicas e universais. O idoso, apesar do aumento da idade, deve sentir-se útil e produtivo para viver melhor e, conseqüentemente, ter uma melhor qualidade de vida. Ainda segundo as autoras, o idoso precisa viver em sociedade, com seus direitos e deveres garantidos, tendo participação e integração com outras pessoas, segurança, renda própria e cuidado adequado.

De acordo com Litvoc e Brito (2004), nas últimas décadas aumentou o interesse não só dos problemas médicos das pessoas idosas, mas também de pesquisas sobre o envelhecimento humano em áreas básicas como fisiologia, assim como psicologia e sociologia. O envelhecimento bem-sucedido pode ser caracterizado pela presença de três situações essenciais que interagem dentro de uma relação dinâmica: baixa probabilidade de doenças e de incapacidades relacionadas a elas, boa capacidade funcional e participação ativa na sua comunidade.

Na primeira delas não basta somente a ausência de doenças, mas também a presença ou gravidade de fatores de risco como obesidade, fumo, intolerância a glicose, entre outros. A idéia antiga de que algumas doenças eram inevitáveis com o envelhecimento não tem se sustentado devido a achados de estudos que têm

mostrado que muitas dessas alterações estão associadas a fatores ambientais extrínsecos, incluindo o estilo de vida,

A segunda situação descrita refere-se à preservação e ao desenvolvimento de uma boa capacidade funcional física e psíquica. Em relação aos determinantes da manutenção de uma boa capacidade física, as pesquisas epidemiológicas realizadas pela Fundação MacArthur em envelhecimento bem-sucedido, nos EUA, têm mostrado que a influência de características socioeconômicas como baixa renda, é um dos fatores que levam ao declínio da capacidade física, assim como atividades de lazer e suporte emocional dos familiares e amigos ajudam na manutenção de uma boa capacidade física.

Já a terceira situação essencial para um envelhecimento saudável e bem sucedido refere-se a necessidade que as pessoas têm de se desenvolverem, através da participação comunitária. As relações interpessoais, que envolvem troca de informações e contatos contínuos, favorecem o surgimento de um suporte emocional e podem ir criando redes de ajuda mútua que caracterizam, também, uma atividade produtiva. Essa atividade não precisa ser remunerada para ser saudável para o indivíduo. Trabalhar como voluntário em uma igreja, um asilo, um hospital ou mesmo em domicílios, auxiliando pessoas com dificuldades para realizar suas atividades de vida diária ajudam o idoso a sentir-se útil, melhorando e/ou mantendo a sua qualidade de vida.

Um dos pontos mais importantes à promoção da saúde e do bem estar de um indivíduo é o exercício de todas as suas capacidades. No que se refere às pessoas idosas, isso depende da capacidade de livre arbítrio e do respeito as suas opções de vida (esta seria uma velhice saudável, coerente com as mais modernas teorias sociais do envelhecimento). Procura-se repensar o papel dos idosos, de modo que eles possam viver por seus próprios meios ou facilitando-lhes o acesso à ajuda, caso necessário. Admite-se que tenham muito a oferecer mas também precisam de ajuda organizada de outros grupos sociais. Entretanto, ajudar o idoso não deve ser uma concepção paternalista. Para auxiliar os indivíduos idosos, deve-se aumentar as oportunidades para que eles exerçam papéis sociais ativos. É esse tipo de ajuda que vai fazer com que eles se sintam úteis e produtivos ao invés de se sentirem frágeis, dependentes e solitários (FARINATTI, 2008).

2.2 O IDOSO

A população idosa vêm crescendo consideravelmente em todo o mundo e esse aumento gera uma maior preocupação da sociedade em relação a essa faixa etária, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida para esses indivíduos. O aumento da idade é acompanhado de diversas mudanças – físicas, psíquicas, sociais, psicológicas, entre outras -, e é necessário que, através de estudos em diferentes áreas, se crie mecanismos para “suavizar” essas mudanças, fazendo com que o idoso viva melhor.

A expectativa de vida (números médios de anos de vida) vem crescendo a cada década, principalmente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, estima-se se que em 2025 ela será de 75,3 anos (VERAS *apud* SANTOS, 2006), gerando, assim, uma grande alteração no perfil da população, que será formada, em grande parte, por idosos. Esse fato é influenciado não apenas pela redução da taxa de fecundidade, mas também pela redução da mortalidade dos próprios idosos (GUERRA; CALDAS, 2010).

A OMS considera idoso todo o indivíduo com 65 anos de idade, ou mais, que residem em países desenvolvidos e com 60 anos, ou mais, os que vivem em países em desenvolvimento. A partir dessa definição, percebe-se que o conceito de idoso está diretamente relacionado com a qualidade de vida de um cidadão.

Segundo Mazo, Lopes e Benedetti, (2004), maioria dos estudos na área de envelhecimento baseia-se em um marco cronológico e considera idoso um indivíduo com 60 anos ou mais. Entretanto, na maioria das vezes, a idade cronológica não corresponde à idade biológica. Essa definição se faz necessária para delimitar a população de um estudo, para se fazer uma análise epidemiológica ou para fins administrativos (SANTOS *apud* MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004),

Segundo Bee (1997) os idosos devem ser separados em dois subgrupos jovem idoso (entre 55 e 75 anos) e idoso velho (acima de 75 anos). A autora afirma também que, apesar de o declínio da função física e mental ser mais acentuado a partir dos 75 anos, o processo de envelhecimento é algo totalmente individual, pois alguns idosos de 65 anos apresentam maiores incapacidades do que um de 75 anos, por exemplo.

O envelhecimento humano é definido de diferentes maneiras, dependendo da maneira que for analisado: ambientais, genéticos, biológicos, psicológicos, sociais, culturais entre outros. O envelhecimento biológico é um processo que se inicia no nascimento e continua até a morte. É um período de mudanças relacionadas à passagem do tempo que causam efeitos deletérios no organismo, ocorrendo alterações em todos os tecidos e órgãos, Teixeira, Guariento (2010). Ao que parece, com o passar do tempo, ocorre uma deterioração geneticamente programada, pois há uma maior dificuldade das células se dividirem e se renovarem. Segundo Fleck, Chachamovich e Trentini (2003) à medida que o sujeito vai ficando mais velho, ocorrem algumas perdas biológicas nas capacidades sensoriais, por exemplo, e alteram-se padrões metabólicos como sono. Os idosos também são mais susceptíveis a doenças, que pode ocorrer por falhas no sistema imunológico ou pelo estilo de vida adotado na juventude. Ocorrem também perdas progressivas na memória e na comunicação que podem ser mais acentuadas em decorrência de problemas orgânicos e psicológicos. Bee (1997) afirma que durante o envelhecimento ocorre uma desaceleração geral das funções do organismo. A diminuição da função neural, doenças artríticas nas juntas, perda da elasticidade muscular entre outras, geram dificuldades e aumento no tempo para escrever, amarrar os sapatos, adaptar-se a mudanças de temperatura ou a mudanças nas condições de iluminação, enfim as atividades da vida diária se tornam bem mais difíceis de serem realizadas.

Ainda em relação aos fatores genéticos e biológicos, são encontradas definições como o envelhecimento sendo uma alteração irreversível de uma substância viva em função do tempo (BÜRGER *apud* MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004). Hayflick citado pelas autoras anteriores, afirma que o envelhecimento representa as perdas na função normal para indivíduos de uma mesma espécie e que elas ocorrem desde a maturação sexual até a longevidade. Já Netto (também citado pelas autoras) associa o envelhecimento a um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que se inicia no nascimento de cada indivíduo e o acompanha por toda a sua vida, terminando com sua morte.

Quanto aos fatores psicológicos e sociais do envelhecimento, acredita-se que conforme se envelhece, há perda de funções sociais e conseqüente, afastamento do convívio com outras pessoas (OTTO *apud* MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004). Já Salgado (citado pelas autoras anteriores) afirma que muitos indivíduos se vêem com

um corpo velho, mas não se sentem velhos. Este entendimento parte do princípio que embora o corpo e a mente envelheçam junto, este processo não acontece em ambos no mesmo período, ou que, devido a fatores sociais e preconceitos, nega-se o auto-envelhecimento.

O perfil atual do idoso está diferente se comparado ao passado. Silva (2008) afirma que as manifestações culturais e sociais dos idosos que envelhecem atualmente são diferentes das que ocorriam no passado. Atualmente, além das representações características da velhice (descanso, quietude, inatividade...), existem também outras manifestações como o engajamento em outras atividades, aprendizagem, vínculos amorosos e afetivos inéditos, entre outras. Ou seja, atualmente o idoso está mais ativo, participante e não vive mais apenas esperando a hora da morte.

Segundo Mendes et al. (apud PAULA, 2010), a função social do idoso exerce grande influência no envelhecimento, pois ele depende do estilo de vida que o indivíduo levou, como também das condições de vida em que o indivíduo se encontra. A aposentadoria é um marco importante, pois a partir daí o indivíduo passa a ter mais tempo livre para o descanso e lazer mais ao mesmo tempo deixa de produzir, o que não é bem aceito por uma sociedade capitalista e, muitas vezes, pelo próprio indivíduo. Nesse mesmo período, o idoso deixa de exercer a função de comando sobre sua família e começa a depender de filhos e parentes, o que, muitas vezes, pode gerar um isolamento. Devido a essas circunstâncias, é extremamente importante que o idoso mantenha relações interpessoais, ou seja, ele precisa fazer parte de um grupo e sentir-se útil.

A saúde mental na velhice está diretamente relacionada com a interação e as trocas do indivíduo com a sociedade. Entretanto, essas trocas devem ser balanceadas, ou seja, ele não deve contribuir e receber numa mesma proporção (RAMOS, 2007). Baseado nisso, é importante ressaltar que o idoso necessita de cuidados, mas isso não é suficiente, pois precisa também, da mesma maneira, contribuir com o grupo ao qual pertence.

Um estudo feito por Carneiro *et al.* (2007) investigou as habilidades sociais, o apoio social, a qualidade de vida e a depressão de idosos da Universidade Aberta da Universidade do Estado Rio de Janeiro (UnATI/UERJ), de contextos familiares e de asilos e concluiu que os idosos que viviam em asilos apresentavam menores habilidades sociais, menor rede de apoio social e uma pior qualidade de vida.

Além da participação em um grupo social, também é importante que o idoso mantenha a sua independência nas atividades do dia a dia. Moraes e Souza, (2005) através de um estudo transversal com 400 idosos concluiu que a manutenção da independência para as atividades da vida diária, autonomia e satisfação com relacionamentos familiares e amigos são fundamentais para um envelhecimento bem sucedido.

Um outro fator importante no processo de envelhecimento é a representação social, que significa a expressão do sujeito em relação ao outro e entre os grupos sociais. Levando em consideração as diferentes visões do envelhecimento quando comparadas entre populações ou grupos sociais, percebe-se a influência do fator socioeconômico, da participação em atividades e da ocupação individual. Isso mostra que existem mecanismos para melhorar a qualidade de vida e dar suporte, significado e motivação para um indivíduo durante o envelhecimento (GUERRA; CALDAS, 2010).

Levando em consideração que o envelhecimento é um processo multifatorial, com o planejamento precoce para essa fase da vida, analisando as idades anteriores, qualidade e estilo de vida, dietas apropriadas, atividades físicas e mentais, é possível não só prolongar o tempo de vida mas também fazer com que ela seja mais saudável (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009).

Para que o idoso consiga interagir socialmente, manter sua funcionalidade, contribuir com a sociedade, realizar suas atividades de vida diária e outras atividades que lhe proporcionem prazer, é importante manter-se saudável fisicamente e mentalmente. A atividade física é um fator importante para isso, pois, além de contribuir para o aspecto físico-motor e para a saúde em geral, ela também está diretamente ligada com a interação social e o bem estar do indivíduo (SANTANA; MAIA, 2009).

2.3 SINTOMAS DEPRESSIVOS E DEPRESSÃO

Quando se fala em depressão, é importante esclarecer que ela pode referir-se a um sintoma, a reações depressivas, depressões reativas ou à doença depressiva, (GUZ *apud* OKUMA, 1998).

Segundo Okuma (1998), o sintoma depressivo é um estado de tristeza ou humor baixo, com duração e intensidade pequenas, com pouca interferência na vida de relações da pessoa, sem necessidade de um tratamento específico para que ele desapareça. Já as reações depressivas são um conjunto de sintomas e sinais, como tristeza, pessimismo, desânimo, alterações no sono, apetite e sexualidade, que surgem antes durante ou após a ocorrência de alguns fatos como patologias físicas e psíquicas, situações morais, sociais e econômicas ou ainda a morte de alguém significativo. As reações depressivas desaparecem quando suas causas deixam de existir ou quando a pessoa se adapta à nova condição de vida. A doença depressiva refere-se às condições patológicas nas quais há um rebaixamento do humor com características clínicas. Os sintomas e sinais que essa doença apresenta têm intensidades e duração bem definidas pela hereditariedade, pelos tipos das manifestações apresentadas, pelas conseqüências negativas que trazem à vida e pelas respostas positivas dadas aos tratamentos farmacológicos.

A depressão é mais comum entre as mulheres, pessoas divorciadas ou separadas, vivendo sozinhas, com baixo nível de escolaridade e renda, desempregados e moradores de zonas urbanas. A depressão também gera um grande impacto social, que inclui tanto a incapacidade individual como o fardo familiar associado à doença. Os custos da assistência médica, o tempo de trabalho perdido e a diminuição da qualidade de vida, associam-se diretamente com os transtornos depressivos (LIMA, 1999).

Depressão é a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos e muitas vezes não é diagnosticada e nem tratada. Ela afeta a qualidade de vida, aumentando a carga econômica por seus custos diretos e indiretos podendo também levar o indivíduo ao suicídio. As pessoas que sofrem de depressão mostram-se insatisfeitas com o que lhes é oferecido, havendo interrupção em seus estilos de vida e redução do nível socioeconômico quando ficam impossibilitadas de trabalhar. Além disso, há uma privação interpessoal principalmente naqueles que se isolam em decorrência da depressão e naqueles que encurtam suas expectativas de vida, seja por suicídio ou por doenças somáticas relacionadas à depressão (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006).

Ainda segundo os autores, a depressão afeta todos os indivíduos em alguma fase da vida, seja como humor transitório ou como uma forma mais séria que pode prejudicar o desempenho físico e psicológico. Os idosos, por dificuldade de inserção

no mercado de trabalho, constituem uma parcela da população potencialmente sujeita ao estado de pobreza. Características como produtividade e empregabilidade declinam com a idade a partir de um determinado momento, fazendo com que as pessoas dependam cada vez mais dos rendimentos de familiares ou outros moradores da residência para sobreviverem e manterem o seu padrão de vida. Esse fato interfere diretamente na qualidade de vida do indivíduo, pois a independência e a sensação de utilidade são fundamentais para que ela exista. De acordo com os autores anteriores, a depressão é um problema cada vez mais presente na saúde pública e é preciso identificar seus sintomas, causas, além de estratégias de prevenção e intervenção.

No idoso, a depressão é caracterizada como uma síndrome que envolve vários aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento. Quando se inicia em uma fase mais avançada da vida (segunda metade), a depressão é frequentemente associada a doenças clínicas gerais e anormalidades estruturais e funcionais do cérebro. Se não for tratada, aumenta o risco de morbidade clínica e de mortalidade, principalmente em idosos hospitalizados e com enfermidades gerais. As enfermidades crônicas e incapacitantes constituem fatores de risco para a depressão. É importante ressaltar que a depressão está diretamente ligada com a qualidade de vida e o isolamento social associado ao surgimento de doenças clínicas graves diminuem a qualidade de vida, levando o indivíduo a depressão (STELLA *et al.*, 2002).

As enfermidades crônicas e que levam o indivíduo a perder a sua independência, constituem fatores de risco para a depressão. Sentimentos de frustração perante os planos que foram feitos durante a vida e não foram realizados e a própria história do sujeito marcada pelas perdas (do companheiro, dos laços afetivos e da capacidade e trabalho), além do abandono, do isolamento social, a incapacidade de retornar para as atividades produtivas, a ausência de retorno social do investimento escolar, a aposentadoria que é suficiente apenas para os recursos mínimos de sobrevivência, são fatores que comprometem a qualidade de vida e, conseqüentemente, predisõem o idoso ao desenvolvimento da depressão (PACHECO, 2002 *apud* STELLA *et al.*, 2002)

Com o aumento da idade, ocorrem inúmeros fatores que podem levar um indivíduo à depressão. A perda da capacidade funcional e, conseqüentemente, da independência levam o indivíduo a ficar mais isolado, começando a apresentar

sintomas depressivos. Segundo Nieman (*apud* SANTOS, 2006) constataram que 7% da população masculina e 11% da feminina apresentam sentimentos de depressão durante um período de aproximadamente duas semanas. Os indivíduos idosos inseridos na sociedade apresentam 15%, sendo essa taxa mais alta na população asilada. A gravidade da depressão pode variar desde sintomas discretos até formas mais graves. Ainda segundo a autora, há um risco três vezes maior de depressão em adultos sedentários do que em fisicamente ativos. Em geral, pacientes deprimidos são sedentários e quando iniciam um programa de atividade física, a depressão diminui consideravelmente. Quando a depressão é leve ou moderada os exercícios são tão eficazes quanto a psicoterapia individual ou em grupo.

Na população idosa, os quadros depressivos têm características peculiares. Nessa população, há uma diminuição da resposta emocional (erosão afetiva), acarretando de um predomínio de sintomas, perda de prazer nas atividades habituais, ruminação sobre o passado e perda de energia. Para Mann (*apud* GAZELLE *et al.*, 2004) essa diferença na apresentação dos quadros de depressão nos idosos em relação aos adultos jovens, ocorre porque há uso de instrumentos inadequados para medir a depressão em pessoas mais velhas, os quais não parecem contemplar as manifestações clínicas mais típicas dessa faixa etária.

Gazelle *et al.* (2004) analisou a relação entre a média de sintomas depressivos e variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais e determinou a frequência de alguns sintomas depressivos em idosos. O questionário utilizado foi desenvolvido pelos autores e composto por oito sintomas depressivos comuns na população idosa: tristeza, ansiedade, perda de energia, dificuldade para dormir, falta de disposição, ruminções sobre o passado, preferir ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas e achar que as pessoas da família dão menos importância às opiniões do idoso do que quando ele era jovem. Segundo o autor, o sintoma depressivo mais freqüente foi a ausência de disposição para realizar as atividades habituais. Além disso, as mulheres, indivíduos mais velhos, com menos escolaridade, tabagistas atuais e que tiveram morte de familiar ou pessoa importante no último ano apresentam uma maior quantidade de sintomas depressivos.

De acordo com Fleck, (2002) estudos afirmam que existe uma relação entre qualidade de vida e sintomas depressivos, ou seja, quanto melhor a qualidade de vida de um indivíduo, menos sintomas depressivos ele vai apresentar. Dessa maneira, Neri (2000) *apud* Fleck, (2003), afirma que os sintomas relacionados com

uma boa qualidade de vida como os níveis de renda e escolaridade, boas condições de vida e de saúde, rede de amigos, relações familiares, dentre outros fatores, contribuem diretamente para a ausência dos sintomas depressivos.

Um estudo feito por Gazelle *et al* (2002), afirma que na população idosa os quadros depressivos têm características clínicas peculiares. Nessa população há uma diminuição da resposta emocional, acarretando sintomas como perda de sono, perda de prazer nas atividades habituais e perda de energia, o que se diferencia dos sintomas depressivos apresentados pela população mais jovem. Por esse motivo, torna-se importante que existam instrumentos adequados e específicos para medir depressão em pessoas mais velhas, considerando suas características.

A depressão é uma condição mental que muitas vezes não é diagnosticada, o que favorece a cronificação dessa doença, agravando o sofrimento psíquico do paciente. Além disso, devido a direta relação entre depressão e doenças clínicas gerais no idoso, a não identificação e a falta de tratamento contribuem para o agravamento eventuais doenças orgânicas que acometem o paciente, aumentando a morbidade e o risco de morte (STELLA *et al.*, 2002).

2.4 ATIVIDADE FÍSICA, ENVELHECIMENTO, QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DEPRESSIVOS

Existe uma relação entre e sintomas depressivos e qualidade de vida, sendo que o exercício físico pode contribuir positivamente para a melhora desses dois fatores. Sabe-se também que hoje o exercício físico pode ser usado para retardar, ou até mesmo atenuar, o declínio das funções orgânicas que ocorre durante o envelhecimento.

Quando se aborda a qualidade de vida é importante ressaltar que um dos fatores que está diretamente relacionado é a autonomia funcional nas atividades de vida diária. Sabe-se que a expectativa de vida vem aumentando e o ser humano está vivendo mais, entretanto algumas vezes uma vida mais longa é acompanhada do surgimento de algumas doenças e as alterações ocasionadas podem levar a uma redução na autonomia funcional, independência, auto-imagem, auto-estima e, conseqüentemente, na qualidade de vida (ARAGÃO, DANTAS; DANTAS, 2002).

Participar de um exercício físico regular é fundamental para reduzir ou prevenir os declínios associados ao envelhecimento.

As ações de prevenção e promoção de saúde são fundamentais, tanto para idosos com a capacidade funcional preservada, quanto para aqueles que já tem incapacidade. No caso de indivíduos com suas capacidades preservadas, essas ações são necessárias para a manutenção da sua boa capacidade funcional, já os que desenvolveram incapacidade, as ações de prevenção e promoção da saúde são necessárias, mas não são suficientes, pois esses idosos necessitam também de ações de reabilitação (BRITO; LITVOC, 2004) . Neste último caso, o exercício físico não é suficiente no combate a incapacidade funcional.

Além da melhora na saúde física do indivíduo, o exercício físico leva o indivíduo a uma maior participação social, o que aumenta o bem-estar e contribui para a melhoria da qualidade de vida. Além disso, durante a realização do exercício físico, ocorre a liberação de endorfina e dopamina, que propiciam um efeito tranqüilizante e analgésico no indivíduo, propiciando um efeito relaxante e um estado de equilíbrio psicossocial mais estável frente às ameaças do meio externo. É importante salientar que o exercício físico deve ser executado de forma preventiva, ou seja, durante toda a vida, antes que as doenças apresentem suas manifestações clínicas (CHEIK *et al.*, 2003).

Santana e Maia (2009) investigaram as representações sociais do exercício físico para a terceira idade e identificaram três tipos de elementos: dimensão psicológica (felicidade, bem-estar), dimensão social (dança) e dimensão biofísica (ginástica, hidroginástica e saúde). O termo felicidade foi o que mais se destacou durante os testes. Esse estudo concluiu que os idosos associaram positivamente o exercício físico com a interação social e a sensação de bem-estar, além de repercutir também no aspecto físico-motor e na saúde em geral. Para Guimarães e Caldas (2006) é importante esclarecer se ocorre apenas uma relação da atividade física em si com a diminuição da depressão, ou se o convívio social que a atividade física proporciona estaria mais ligado a essa diminuição.

Numa revisão de 12 estudos sobre experiências clínicas com depressão e atividade física, onde os pacientes tinham idades entre 17 e 60 anos, Martissen (*apud* OKUMA, 1998) afirma que todos os estudos indicaram que a atividade física é mais eficaz que qualquer outro tratamento, tendo o mesmo valor que tratamentos

psicoterápicos no combate a depressão. Já em casos de depressão mais severa os efeitos da atividade física são limitados.

Fasting (*apud* OKUMA, 1998) relata que a atividade física está fortemente associada à redução da depressão, mas que não seria eficaz no tratamento da depressão em todas as pessoas. O estudo concluiu também que, entre pessoas com menos de 50 anos, parece não existir relação entre atividade física e saúde mental, mas entre aquelas com mais de 50 anos praticantes de atividade física, observou-se uma melhora na saúde mental se comparadas com pessoas não praticantes. Esse estudo mostrou que em idosos o exercício físico é mais eficaz no tratamento da depressão.

Um estudo feito por (MOTA *et al.*, 2006), avaliou a qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de um programa de atividade física, e constatou que no grupo ativo era mais elevada, comprovando que o exercício físico, nesse caso, contribuiu de forma positiva na qualidade de vida dos participantes. No trabalho de Pacheco *et al.* (2005) sobre a comparação entre qualidade de vida e performance motora de indivíduos idosos, indicou-se a relação positiva entre capacidade aeróbia e teste de sentar e alcançar e o SF-36.

A resistência muscular localizada também está relacionada à autonomia funcional, e a qualidade física em idosos. Um estudo feito por Aragão, Dantas e Dantas, (2002) investigou os efeitos de resistência muscular localizada dos membros inferiores, superiores e da coluna dorsal visando à autonomia funcional no desempenho das atividades da vida diária e qualidade de vida em indivíduos idosos. Os indivíduos com autonomia nas atividades de vida diária possuem melhor qualidade de vida e, quanto maior o estado de resistência muscular localizada de um indivíduo, melhor a autonomia no desempenho das atividades de vida diária e melhor a autonomia expressa pela autopercepção.

A atividade física e a qualidade de vida de mulheres idosas também foi verificada em um estudo feito por Mazo, Mota e Gonçalves, (2005) concluindo que há uma associação positiva entre a prática de atividade física e melhor qualidade de vida. As idosas mais ativas estavam satisfeitas com a sua auto-imagem e auto-estima e consideraram que sua vida tem sentido. Além disso, o fato de praticar atividade física por parte da idosa, era visto com bons olhos pela família e amigos, produzindo uma sensação de bem estar e melhora na auto-estima.

Cheik (2003) realizou um estudo em que dividiu os participantes em dois grupos: desportistas (indivíduos sedentários que começaram a praticar exercícios físicos regularmente) e grupo de lazer (indivíduos que participam de programas de atividade física não sistematizada), e concluiu que o grupo de lazer demonstrou uma tendência à redução nos escores indicativos para ansiedade e depressão respectivamente, mas não foi suficiente para que alterasse o grau de severidade da doença. Especificamente em relação a depressão, o programa de lazer não foi suficiente para reduzir os escores indicativos para a depressão, ou seja, os indivíduos praticantes de atividades de lazer apresentaram alguns traços indicativos de depressão moderada. Já no grupo dos desportistas, os resultados foram mais satisfatórios, os praticantes de exercícios físicos regulares (com frequência, duração, volume e intensidade previamente estabelecidos), diminuíram os escores indicativos para ansiedade, e passaram de levemente deprimidos a não deprimidos. Isso mostra que, além do convívio e participação social, o exercício físico previamente planejado e executado de forma contínua é fundamental na prevenção e no combate da depressão.

Mazo, Mota e Gonçalves (2005) verificou a tendência ao estado depressivo em idosos praticantes de atividade física e constatou que a maioria dos idosos (91%) não apresentou tendência, já os que apresentaram (9%), afirmaram não ter esperança em relação ao futuro, ter pouca energia e não estar animado na maior parte do tempo, entretanto, apesar desses problemas emocionais, ainda se sentiam estimulados a continuar participando do programa de atividade física.

Durante o planejamento de um programa de exercícios físicos para os idosos é importante levar em consideração o tipo de atividade mais recomendado para esse grupo. Os exercícios mais recomendados são os de baixo impacto, como a caminhada, bicicleta, natação, dança, ioga, entre outros. Um dos aspectos fundamentais no programa de exercícios é o fortalecimento e o incremento da musculatura e, conseqüentemente, da força muscular, evitando assim a inabilidade e as quedas. Embora sejam recomendados para a população idosa, tanto exercícios aeróbicos como os de treinamento de força muscular, é o treinamento de força que pode parar ou reverter de alguma maneira a perda da massa muscular, sendo dessa forma o treinamento preferencial na manutenção da capacidade funcional e independência. Apesar disso, a melhor opção para os indivíduos que estão envelhecendo, é um programa de atividades que inclua tanto o treinamento aeróbico

como o de força muscular, além de exercícios específicos de flexibilidade e equilíbrio (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

Como um dos critérios da avaliação da qualidade de vida é a independência física e o exercício físico contribui com vários fatores que podem garantir essa independência, é provável que exercício físico, a qualidade de vida e, conseqüentemente, a ausência de sintomas depressivos estejam diretamente relacionados. É importante lembrar também que o convívio social gerado pela atividade física é um fator que está diretamente ligado com a diminuição dos sintomas depressivos.

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Esta investigação caracterizou-se como um estudo descritivo. Os estudos descritivos são investigações que têm por objetivo analisar determinados fenômenos, definir seus pressupostos, identificar suas estruturas ou esclarecer possíveis relações com essas variáveis. A finalidade principal do método descritivo é proporcionar um perfil capaz de caracterizar precisamente as variáveis envolvidas em um determinado fenômeno (GAYA *et al*, 2008)

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS sob número 2010036.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo caracterizou-se por indivíduos com idade acima de 60 anos praticantes de exercício físico. A amostra foi composta por participantes do projeto de extensão universitária “Centro de Esporte, Lazer e Recreação do Idoso-CELARI” do curso de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foram selecionados por acessibilidade e totalizaram 65 pessoas, sendo 52 mulheres e 13 homens .

Os critérios de inclusão foram ser participantes do projeto há no mínimo três meses e serem freqüentes às aulas. Os critérios de exclusão foram não compreender a língua portuguesa e possuir algum tipo de patologia que interferisse na aplicação dos testes, tais como Alzheimer ou problemas de memória.

3.3 INSTRUMENTOS E MATERIAIS

No estudo foram utilizados dois instrumentos: o primeiro para avaliação da qualidade de vida (SF-36) e o segundo para avaliação da sintomatologia depressiva (GDS).

O Short-Form 36 Health Survey (SF-36) é um questionário genérico de saúde, formulado a partir do Medical Outcomes Study. O SF-36 foi validado no Brasil em 1997 (CICONELLI, 1997) (vide anexo). O SF-36 é um questionário genérico multidimensional, formado por 36 itens englobados em 8 domínios: (1) capacidade

funcional, (2) aspectos físicos, (3) dor, (4) estado geral de saúde, (5) vitalidade, (6) aspectos sociais, (7) aspectos emocionais, (8) saúde mental. Compõem-se também de uma questão que avalia o estado atual de saúde à aquele encontrado há um ano atrás.

Para a verificação da tendência dos indivíduos a estados depressivos e de ansiedade em mulheres e homens da terceira idade foi utilizado o GDS.

O GDS com 15 itens é uma versão curta da escala original que foi elaborada por Sheiky e Yesavage (1986), composta por 30 itens, a partir dos itens que mais fortemente se relacionavam com o diagnóstico de depressão (vide em anexo). Esses itens em conjunto levaram a um diagnóstico confiável. Essa versão reduzida é atraente para a verificação dos transtornos de humor, pois o tempo necessário para a sua administração é menor (PARADELA, LOURENÇO e VERAS, 2005)

3.4 CONTROLE DAS VARIÁVEIS

Para que o estudo obtivesse resultados quanto aos objetivos específicos da investigação foi necessário controlar a forma de abordagem do entrevistador. Deste modo, explicou-se o objetivo do estudo e orientou-se o modo de preenchimento das respostas. Foi controlado o tempo de participação nas aulas para que todos fossem classificados como ativos regulares, assim como a frequência. Para o preenchimento dos instrumentos é imprescindível a compreensão da língua portuguesa para não prejudicar a compreensão das perguntas.

3.5 PLANO DE COLETA DE DADOS

Foram realizados contatos com a coordenadora do projeto de extensão “CELARI” do curso de Educação física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para verificar a possibilidade de realização deste estudo.

Os procedimentos para a coleta de dados foram organizados da seguinte forma:

a) Antes de o indivíduo ser submetido ao questionário foi explicado a importância do estudo e esclarecimento de dúvidas que possam surgir;

b) A aplicação do questionário foi efetuada em um ambiente calmo onde o avaliado tivesse a possibilidade de permanecer concentrado e responder tranqüilamente;

c) O indivíduo foi auxiliado quando necessário, para o entendimento das questões não havendo interferência em suas respostas;

d) Após a aplicação, os instrumentos foram avaliados de acordo com os protocolos e, posteriormente, entregue aos idosos.

3.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados foram analisados a partir dos protocolos dos testes. O GDS é uma escala composta por 15 itens onde os sujeitos concordam ou discordam com a assertiva. A resposta não é atribuído o valor 0 e a resposta sim o valor 1, após a soma total dos 15 itens realiza-se a classificação de acordo com: valor inferior a 5 pontos = ausência de depressão; valor entre 5 e 10 pontos = depressão leve a moderada; valor superior a 10 pontos = depressão grave.

O SF-36 é calculado pelo somatório dos itens de cada questão e transformados em uma escala de 0 a 100 pelo cálculo de Raw Scale, ou seja, quanto mais alto o escore alcançado mais satisfeito o indivíduo está com sua qualidade de vida, fato diretamente associado aos estados de ânimo do indivíduo.

A partir dos protocolos foi utilizada a estatística descritiva no programa SPSS 18.0. Para a caracterização da amostra com os dados sobre sexo, estado civil, escolaridade, renda e moradia utilizou-se a frequência e o percentual de respostas em cada categoria. No GDS e SF-36 calculou-se a média e o desvio padrão do somatório do GDS, do SF-36 e seus domínios. Para verificar a relação entre a qualidade de vida e os sintomas depressivos, utilizou-se o teste de Correlação de Pearson entre somatório do GDS e somatório do SF-36, além do somatório do GDS e de cada um dos domínios do SF-36, com nível de significância de $p < 0,05$.

Pontuação do questionário SF-36

Questão	Pontuação
01	1=> 5,0 2=> 4,4 3=> 3,4 4=> 2,0 4=> 1,0
02	Soma Normal
03	Soma Normal
04	Soma Normal
05	Soma Normal
06	1=> 5 2=> 4 3=> 3 4=> 2 5=> 1
07	1=> 6,0 2=> 5,4 3=> 4,2 4=> 3,1 5=> 2,2 6=> 1,0
08	Se 8 => 1 e 7 => 1 =====>>>>>> 6 Se 8 => 1 e 7 => 2 a 6 =====>>>>>> 5 Se 8 => 2 e 7 => 2 a 6 =====>>>>>> 4 Se 8 => 3 e 7 => 2 a 6 =====>>>>>> 3 Se 8 => 4 e 7 => 2 a 6 =====>>>>>> 2 Se 8 => 5 e 7 => 2 a 6 =====>>>>>> 1 <u>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</u> 1=> 6,0 2=> 4,75 3=> 3,5 4=> 2,25 5=> 1,0
09	a,d,e,h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=3, 4=3, 5=2, 6=1) Vitalidade= a+e+g+i Saúde mental= b+c+d+f+h
10	Soma Normal
11	a, c = valores normais b, d = valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

Cálculo do Raw Scale (0 a 100)

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+ h+i+j)	10,30	20
Aspectos físicos	4 (a+b+c+d)	4,8	4
Dor	7 + 8	2,12	10
Estado geral de saúde	1 + 11	5,25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4,24	20
Aspectos sociais	6 + 10	2,10	8
Aspecto emocional	5 (a+b+c)	3,6	3
Saúde mental	9 (b+c+d+f+h)	5,30	25

Raw Scale

Ex.: Item = $\frac{\text{Valor obtido} - \text{Valor mais baixo}}{\text{Variação}} \times 100$

Ex.: Capacidade funcional = 21 Ex.: $\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$
 Valor mais baixo = 10
 Variação = 20

Obs.: A questão nº 2 não entra no cálculo dos domínios.

Dados perdidos

Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média.

Na primeira coluna encontram-se os oitos componentes que são avaliados de forma individualizada, e na segunda coluna, as questões correspondentes, que são interpretadas numericamente através da pontuação anteriormente citada. Os limites correspondentes à somatória mínima e máxima possível, de acordo com a resposta escolhida, e a última coluna indica a variação dos limites possíveis.

3.7 LIMITAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Foram fatores limitadores na pesquisa a subjetividade dos instrumentos, não foram controlados o grau de instrução dos participantes, a ocorrência de uso de medicamentos e acompanhamento psicológico, histórico de doenças, a situação ocupacional vivenciada, a prática de atividades físicas adicionais.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados são apresentados a partir da estatística descritiva, iniciando pela caracterização da amostra com informações sobre sexo, estado civil, escolaridade, renda e moradia. Após, indica-se a média e o desvio padrão do somatório do GDS, do SF-36 e seus domínios. No final, o teste de Correlação de Pearson entre GDS e SF-36 e seus domínios são discutidos.

Tabela 1 - Estatística descritiva (frequência e percentual) do gênero sexual de idosos participantes do CELARI

Variável	Frequência	Percentual
masculino	13	20,0
feminino	52	80,0
Total	65	100,0

Tabela 2 - Estatística descritiva (frequência e percentual) do estado civil dos idosos participantes do CELARI

Estado civil		Frequência	Percentual
Valid	Solteiro	4	6,3
	Divorciado	6	9,5
	Casado	36	57,1
	Viúvo	17	27,0
	Total	63	100,0

A partir da tabela anterior, podemos observar que a maioria dos participantes analisados são casados e a minoria são solteiros. Esse fato pode interferir diretamente nos resultados obtidos, pois o fato de ter uma companhia, do cônjuge, filhos ou netos, mesmo não morando na mesma residência, é um fator importante tanto para os aspectos emocionais, como para a ausência de sintomas depressivos. Os divorciados e viúvos apesar de não terem mais um marido ou esposa, provavelmente, tenham a companhia de netos e filhos, mesmo que eventualmente. O fato desses indivíduos não terem a sensação de abandono melhora as suas vidas em diversos aspectos (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006)

Tabela 3 - Estatística descritiva (frequência e percentual) da ocupação dos idosos participantes do CELARI

	ocupação	Frequency	Valid Percent
Valid	Nunca	4	6,3
	Aposentado	43	68,3
	Trabalha	4	6,3
	Trabalha e aposentado	8	12,7
	Outro	3	4,8
	Dado Perdido	1	1,6
	Total	63	100,0

A partir da tabela anterior, podemos observar que a maioria dos participantes são aposentados. Esse fato interfere diretamente no emocional do idoso, pois a aposentadoria é vista como um momento em que deixa de ser útil e produtivo e passa a ser um “peso” para a sociedade. Entretanto, nesse grupo em específico os indivíduos se engajaram na prática regular da atividade física, o que contribui para que se mantenham física e emocionalmente saudáveis, além de terem a oportunidade de conviverem e trocarem experiências com outras pessoas de faixa etária semelhante.

O fato de alguns idosos ainda trabalharem ou serem aposentados e continuarem trabalhando, na mesma ou em outra profissão, é favorável, pois além de continuarem produzindo, o que é visto com bons olhos por uma sociedade capitalista e muitas vezes pelo próprio indivíduo, conseguem também aumentar a renda familiar, que é um fator que pode interferir diretamente na qualidade de vida desse indivíduo.

É importante para o idoso manter-se engajado em algum tipo de atividade, mesmo que não seja um trabalho formal, como ocorre com os indivíduos que nunca trabalharam. Para Moraes e Souza (2005), o fato de exercitar-se em um grupo é importante para idosos, pois possibilita um tipo de papel social (MORAES; SOUZA, 2005).

Tabela 4 - Estatística descritiva (frequência e percentual) da escolaridade dos idosos participantes do CELARI

escolaridade		Frequência	Percentual
Valid	Primário incompleto	6	9,4
	Ginasial incompleto	4	6,3
	Primário completo	7	10,9
	Ginasial completo	4	6,3
	Secundário completo	10	15,6
	Superior incompleto	6	9,4
	Superior completo	27	42,2
	Total	64	100,0

Um fato que chamou a atenção nesse estudo é o grau de escolaridade dos participantes, sendo que a maioria possui curso superior, diferentemente do que foi encontrado no estudo feito por Ramos (2007) que analisou os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade, onde os idosos participantes tinham apenas o ensino fundamental incompleto ou não possuíam instrução.

O grau de escolaridade é um fator que interfere na qualidade de vida dessas pessoas, pois na maioria das vezes está associado com bons empregos e melhores salários, facilitando acesso à saúde, moradia, alimentação, cultura, lazer, entre outras coisas (PEREIRA *et al.*, 2006).

Tabela 5 - Estatística descritiva (frequência e percentual) da renda mensal dos idosos participantes do CELARI

renda		Frequência	Percentual
Valid	Sem Renda	3	5,2
	Até 1 SM	6	10,3
	2 à 4 SM	19	32,8
	5 à 7 SM	13	22,4
	Mais que 8 SM	17	29,3
	Total	58	100,0

A partir da tabela 5, verifica-se que os participantes possuem uma boa renda, o que provavelmente está associado ao alto grau de escolaridade apresentado na tabela 4. Como foi dito anteriormente, uma renda mais elevada interfere positivamente na qualidade de vida dos indivíduos, pois dá acesso ao conforto e

diversos outros benefícios. Oliveira, Gomes e Oliveira (2006) indicam que ocorre uma relação inversa entre sintomas depressivos e poder aquisitivo.

Tabela 6 - Estatística descritiva (frequência e percentual) da moradia dos idosos participantes do CELARI

	moradia	Frequência	Percentual
Valid	Cônjuge	24	38,1
	Filhos	7	11,1
	Conjuge e filhos	9	14,3
	Neto	1	1,5
	Sozinho	11	17,5
	Outro	11	17,5
	Total	63	100,0

A maior parte dos idosos analisados vive com o cônjuge, ou na companhia de outras pessoas. Esse fato é importante, pois como foi dito anteriormente, diminui a solidão (provavelmente sentida por idosos que vivem em asilos, clínicas geriátricas ou pelos que foram abandonados por parentes e amigos), além de proporcionar convívio social, interação e trocas. O idoso tem o amparo de alguém quando necessário, mas também tem a oportunidade de oferecer auxílio eventualmente, seja nas atividades domésticas, cuidando de um neto, de um parente ou amigo doente, entre outras coisas (RAMOS, 2007)

A partir dos resultados obtidos, pode-se afirmar que, de maneira geral o perfil dos participantes do projeto CELARI é de pessoas do sexo feminino, casadas e residem com o cônjuge. Possuem nível superior e atualmente são aposentados.

Pelo fato do projeto ter um custo mensal, o público não é composto por pessoas que possuem grandes dificuldades financeiras. Entretanto, o estudo feito por Carneiro *et al.* (2007), investigou, além de idosos da Universidade Aberta da Universidade do Estado Rio de Janeiro (UnATI/UERJ), os de contextos familiares, os de asilos, concluindo que os primeiros e segundos apresentam níveis significativamente mais elevados de habilidades sociais, de apoio social e de qualidade de vida do que os idosos do grupo do asilo, os quais apresentaram níveis significativamente mais elevados de depressão.

Esse fato mostra que dependendo do contexto social em que a pesquisa for aplicada, o nível de qualidade de vida será alterado significativamente, ou seja,

fatores como renda, escolaridade e moradia são determinantes para a qualidade de vida (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006)

Tabela 7 - Estatística descritiva (média e desvio padrão) do somatório do GDS, do somatório do SF-36 e dos domínios do SF-36

Variável	N	Média	Desvio padrão
Soma GDS	65	6,08	1,40
Soma SF-36	65	116,05	16,05
CF	65	72,62	23,50
AF	65	87,70	24,26
AE	65	87,72	26,06
DOR	65	71,86	22,85
VIT	65	59,46	15,16
SM	65	77,35	19,29
AS	65	84,62	22,29
EGS	65	74,65	14,73

Legenda: GDS – instrumento de avaliação de sintomas depressivos, SF-36-instrumento de avaliação da qualidade de vida, CF –capacidade física, AF-aspectos físicos, AE-aspectos emocionais, DOR, VIT-vitalidade, SM-saúde mental, AS-aspectos sociais, EGS-estado geral de saúde.

A tabela anterior apresenta a pontuação alcançada nos testes GDS e SF-36, seguido da pontuação obtida em cada um de seus domínios.

Em relação ao GDS, que avalia os sintomas depressivos, os participantes do projeto CELARI obtiveram 6,08 pontos de uma pontuação máxima de 15 pontos, sendo que pontuação menor é indicação de sintomatologia depressiva diminuída. A pontuação obtida nesse estudo indica que os idosos possuem uma depressão leve à moderada. De acordo com o protocolo do teste, uma pontuação entre 0 e 4 indica ausência de sintomas depressivos, entre 5 e 10 sintomatologia leve a moderada, acima de 10 pontos sintomatologia de depressão grave. É importante ressaltar que os sintomas depressivos podem ter diversas causas, como um fato ruim que possa ter ocorrido na vida do idoso antes da sua participação na pesquisa, ou fatores orgânicos que necessitam de medicamentos para serem amenizados.

São vários os fatores que contribuem para que os indivíduos analisados não apresentem um quadro grave de depressão. Entre eles, está a boa saúde e capacidade física, que possivelmente está relacionada com a prática regular de exercícios físicos. Além disso, também possuem relações sociais com colegas e professores, o que contribui positivamente para a diminuição dos sintomas

depressivos. Ramos (2007) investigou a teoria da equidade e da integração social sobre o efeito das trocas sociais entre idosos e concluiu que o desbalanço nas trocas, ou seja, quando o idoso recebe mais ajuda do que pode oferecer, tende a aumentar os sintomas depressivos. Já a integração social contribui para a diminuição.

Oliveira, Gomes e Oliveira (2006), verificaram a prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência e concluiu que 31% dos idosos tinham depressão. Os outros 70% restantes não foram caracterizados como depressivos. Entre os deprimidos, 26% foram caracterizados como tendo depressão leve à moderada e 4 % como portadores de depressão grave

Um outro estudo feito por Almeida e Almeida (1999), que teve como objetivo avaliar a confiabilidade da versão brasileira do GDS, analisou os sintomas depressivos dos pacientes atendidos na Unidade de Idosos do Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo. Os indivíduos analisados nesse estudo, além de já serem pacientes psiquiátricos, possuíam baixa escolaridade e renda. A média do GDS encontrada nessa amostra foi de 7,45, indicando que esse grupo apresenta depressão leve à moderada.

Gazelle *et al* (2004), verificou os sintomas depressivos e os fatores associados em uma população idosa do sul do Brasil (zona urbana da cidade de pelotas), sendo que os resultados indicaram médias elevadas. Ainda segundo o autor, os sintomas depressivos podem se manifestar em decorrência de diversos fatores como idade, sexo, escolaridade, nível social, entre outros.

A pontuação da amostra indicou sintomatologia leve a moderada, o que corrobora o resultado com amostras de idosos de outros estudos. Como não foi realizada uma comparação entre outro grupo de idosos não praticantes de atividade física regular, não é possível indicar se esta opção de estilo de vida agiria como um fator de proteção à depressão, apesar de existirem pesquisas neste sentido.

A pontuação máxima do SF-36, que avalia a qualidade de vida, é de 145 pontos e os idosos que participaram desse estudo alcançaram 116,052 pontos. A partir disso, pode-se inferir que possuem qualidade de vida com nível satisfatório. Os resultados obtidos mostram que os participantes dessa pesquisa têm qualidade de vida, mas apresentam sintomas depressivos leves à moderados.

O domínio CF questiona sobre as atividades que o avaliado poderia realizar atualmente, durante um dia comum, e se, devido à sua saúde, tem dificuldades para

realizar determinadas atividades e o quanto de dificuldade apresenta para tal. O componente AF está diretamente associado ao impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias, e ou profissionais, se houve limitações no período de quatro semanas. O componente DOR refere-se à dor no corpo que o paciente sentiu durante as últimas quatro semanas, e quanto essa dor interferiu no trabalho normal. Já o VIT, relaciona-se ao modo como a pessoa se sente, e como tudo tem acontecido durante as últimas semanas, em relação à sua disposição, considerando, tanto nível de energia, como de fadiga, para enfrentar novas tarefas. O AS está diretamente associado à percepção do sujeito a respeito de sua saúde física e de problemas emocionais e como esses afetam suas atividades sociais normais, em relação à família, aos vizinhos e aos amigos, ou nas atividades realizadas em grupo, durante as últimas quatro semanas. O AE relaciona-se ao reflexo das condições emocionais, ou problemas (sentir-se deprimido ou ansioso) no desempenho das atividades da vida diária, e ou profissionais. O SM associa-se à percepção do sujeito, a respeito de como se sentiu e como transcorre sua vida, no período de quatro semanas, em relação ao seu ânimo. Ele tem como função analisar a ansiedade, a depressão, as alterações de comportamento, ou descontrole emocional e o bem-estar psicológico. E, por último, o EGS refere-se à percepção subjetiva do estado geral de saúde do indivíduo (GONÇALVES et al., 2000).

Em relação ao SF-36, são apresentadas as médias de cada um dos domínios analisados, sendo 100 pontos o máximo de cada domínio. Observa-se, a partir dos resultados obtidos, que os aspectos físicos e emocionais foram os que obtiveram a pontuação mais alta. De acordo com diversos estudos realizados, os aspectos físicos são fundamentais para se ter uma boa qualidade de vida. Baltes e Silverberg (*apud* MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004) afirmam que a dependência física é confundida com a dependência para a tomada de decisões o que faz com que o idoso deixe de se sentir útil, diminuindo assim a sua qualidade de vida. Os aspectos emocionais, que obtiveram uma pontuação elevada, podem estar diretamente relacionados com os aspectos físicos, ou seja, o idoso consegue cumprir satisfatoriamente as suas atividades de vida diária, auxiliar outras pessoas, produzir e se sentir útil, melhorando dessa maneira os seus aspectos emocionais.

Pimenta *et al* (2006), utilizou o SF-36 para avaliar a qualidade de vida em aposentados. Na amostra, haviam indivíduos aposentados por invalidez, que continuavam trabalhando, alguns fumantes e dependentes de álcool. Entre os

domínios analisados nesse grupo, os que apresentaram pontuação mais elevada foram os AS e a CF. Os com pontuação mais baixa foram os aspectos físicos e emocionais. O estudo também concluiu que os aposentados que praticavam atividade física regular ou que tinham alguma atividade de trabalho no momento da pesquisa apresentaram uma melhor qualidade de vida.

Um outro estudo feito por Navega e Oishi (2007), utilizou o SF-36 para comparar a qualidade de vida relacionada à saúde entre mulheres na pós-menopausa praticantes de atividade física com e sem osteoporose. Entre os domínios analisados no teste apenas os AF e o EGS apresentaram diferenças significativas entre os grupos, onde as que não tinham osteoporose fizeram uma pontuação mais alta. O fato de não haver grandes diferenças entre os domínios pode ser explicado pela prática regular de atividade física em ambos os grupos, que apresentaram uma boa qualidade de vida.

Mota *et al* (2006), analisou a atividade física relacionada a saúde em idosos participantes e não participantes de programas regulares de atividade física, concluindo que os idosos que praticavam atividade física regularmente tinham uma melhor qualidade de vida. Os praticantes de atividade física apresentaram uma pontuação mais elevada em todos os domínios do SF-36, quando comparados aos indivíduos que não praticavam. Entre os domínios, os que se destacaram no grupo ativo foram os AF e a SM.

Se for analisado os domínios do SF-36 um a um, percebe-se que todos indicaram uma média satisfatória. Além disso, os domínios relacionados a saúde física e emocional dos indivíduos também são satisfatórias, partindo do princípio que eles tem motivação suficiente para freqüentar assiduamente as aulas e eventualmente participar de atividades sociais com colegas e professores.

Um estudo feito por (MOTA *et al.*, 2006), avaliou a qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de um programa de atividade física, e constatou que no grupo ativo era mais elevada, comprovando que o exercício físico, nesse caso, contribuiu de forma positiva na qualidade de vida dos participantes. No trabalho de Pacheco *et al.* (2005) sobre a comparação entre qualidade de vida e performance motora de indivíduos idosos, indicou-se a relação positiva entre capacidade aeróbia e teste de sentar e alcançar e o SF-36.

Franco, Barros e Martins (2005) avaliaram a qualidade de vida e os sintomas depressivos em residentes de enfermagem e concluiu que os aspectos relacionados

à qualidade de vida mostraram-se comprometidos no componente mental do SF-36: AE, VIT e SM, além disso, houve prevalência de depressão em 27,9% dos participantes.

Tabela 8 - Correlação de Pearson entre Somatório do GDS e Somatório do SF-36

GDS X SF-36	
Correlação de Pearson	-,273*
Sig.	,028

O teste de Correlação de Pearson permite avaliar se existe algum tipo de relação entre duas variáveis. Neste estudo, avaliou-se se existe relação entre o somatório do GDS e o somatório do SF-36, sendo que o Pearson indicou correlação negativa estatisticamente significativa (com $p < 0,05$), sendo assim quanto menor a pontuação do GDS (menor sintomatologia depressiva) maior a pontuação do SF (melhor qualidade de vida).

Esses resultados se assemelham obtidos em estudos semelhantes, entre eles o de Fleck (2002), que concluiu que quanto melhor a qualidade de vida, menos sintomas depressivos o indivíduo vai apresentar.

Sullivan *et al.* (*apud* FLECK, 2002) avaliaram a relação entre sintomas físicos, funcionamento físico e sintomas psicológicos e como cada um desses fatores interferia na qualidade de vida e concluíram que os sintomas como ansiedade e depressão parecem mediar a percepção do indivíduo a respeito do seu estado geral de saúde e da sua qualidade de vida, ou seja, um indivíduo deprimido tende a avaliar como ruim a sua qualidade de vida.

Tabela 9 - Correlação de Pearson entre Somatório do GDS e Domínios do SF-36

DOMÍNIO		GDS
CF	Pearson	-,256*
	Sig.	,039*
AF	Pearson	-,445**
	Sig.	,000**
AE	Pearson	-,202
	Sig.	,106
DOR	Pearson	-,174
	Sig.	,165
VIT	Pearson	-,131
	Sig.	,298
SM	Pearson	-,345**
	Sig.	,005**
AS	Pearson	-,087
	Sig.	,491
EGS	Pearson	-,189
	Sig.	,131

A tabela indica o teste de Correlação de Pearson entre o somatório do GDS e cada um dos domínios do SF-36. Entre oito domínios, três indicaram correlação negativa significativa: CF, AF, SM.

A correlação avalia a existência de relação entre duas variáveis. No estudo foi possível perceber a associação negativa entre sintomatologia depressiva e aos domínios CF, AF e SM. Nesta amostra do estudo, a menor presença de sintomas depressivos está relacionada com a pontuação mais elevada dos domínios anteriores. Talvez o fato da questão da independência ser importante nesses estudos, até para permitir a permanência no projeto, essas características tenham se sobressaído.

Os resultados obtidos na tabela acima indicam que os idosos que apresentaram menos sintomas depressivos possuem uma melhor qualidade de vida. Na correlação indicada na tabela anterior, três domínios apresentaram correlação negativa significativa: CF, AF e SM, entre os oito domínios.

Os domínios CF, AF e SM estão diretamente relacionados com a independência, a qual para idosos é importante para a qualidade de vida. O fato dessa amostra ser composta por pessoas praticantes de atividade física regular influencia os resultados obtidos. No estudo de Pimenta et al (2006) que avaliou a

qualidade de vida em idosos não necessariamente praticantes de exercício físico, obteve uma pontuação mais elevada nos domínios AS e CF.

Um fato que chamou a atenção nesse estudo, foi que o domínio AS não indicou correlação significativa, porém é indicado a sua associação com diminuição de sintomas depressivos. Ramos (2007) afirma que a integração social contribui significativamente para a diminuição dos sintomas depressivos.

Um outro estudo feito por Santana e Maia (2009) concluiu que os idosos associaram positivamente o exercício físico com a interação social e a sensação de bem-estar, além de repercutir também no aspecto físico-motor e na saúde em geral, diferentemente do que foi encontrado nessa pesquisa.

Em relação ao domínio DOR, embora tenha sido uma das menores pontuações entre os domínios e não tenha sido identificada correlação significativa, pode-se inferir que os idosos possuem dor em decorrência de problemas quase sempre crônicos. Deste modo, aprendem a lidar com a percepção de dor e conviver com suas limitações.

A partir dos resultados foi possível avaliar a qualidade de vida e a presença de sintomas depressivos em idosos praticantes de atividade física regular. Os resultados confirmaram achados de outras pesquisas, assim como indicaram a necessidade de maior aprofundamento em algumas questões, especificamente a relação entre domínios da qualidade de vida e depressão, avançando na compreensão do porquê alguns parecem interferir mais do que outros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Devido ao aumento da expectativa de vida da população, o interesse a assuntos ligados à qualidade de vida também tem aumentado. O conceito de qualidade de vida é bastante variado, pois ele depende de questões culturais e cronológicas. Geralmente ela está ligada a uma síntese de fatores que uma determinada sociedade em um determinado tempo considera essencial para seu conforto, satisfação e bem-estar.

É importante ressaltar que a qualidade de vida pode estar diretamente relacionada com a longevidade de um indivíduo. Também podemos afirmar, a partir da análise de diversos estudos que uma boa qualidade de vida está diretamente relacionada com a ausência de sintomas depressivos.

O envelhecimento favorece o surgimento de sintomas depressivos, pois junto com ele geralmente ocorre o surgimento de doenças crônicas, a perda de amigos e familiares, um isolamento social, entre outros acontecimentos que tendem a diminuir a qualidade de vida do indivíduo.

A prática regular de exercícios físicos é fundamental para aumentar a qualidade de vida, pois um indivíduo fisicamente ativo, além manter ou aumentar seu condicionamento físico, que é fundamental para a independência e para a saúde, também estará inserido em um grupo social, que é um fato que também está fortemente ligado à qualidade de vida.

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa realizada, os idosos participantes do projeto CELARI apresentaram uma boa qualidade de vida, mas mesmo assim possuem sintomas depressivos leves a moderados. Podemos observar que entre os domínios analisados no SF-36, os que atingiram uma pontuação mais elevada foram os aspectos físicos e emocionais. Esse resultado provavelmente está relacionado ao fato dos indivíduos analisados serem fisicamente ativos e estarem dispostos a praticar algum tipo de exercício físico, ou seja, seria improvável encontrar um idoso com grandes dificuldades físicas e com aspectos emocionais comprometidos, depressão grave, por exemplo, disposto a participar assiduamente do projeto.

Analisando a correlação de Pearson entre o somatório do GDS e cada um dos domínios do SF-36, a capacidade física, os aspectos físicos e a saúde mental foram os que apresentaram correlação estatística significativa, ou seja, foram eles os

domínios que mais contribuíram para que pudéssemos concluir que os indivíduos que possuem uma melhor qualidade de vida apresentam menos sintomas depressivos.

Como sugestão, indica-se a necessidade de mais estudos com essa faixa etária e com instrumentos capazes de avaliar a saúde física e emocional desses indivíduos. Esses estudos fornecem dados fundamentais para a implantação de programas na saúde pública, que deve dar atenção, além da saúde física do indivíduo, também para a saúde emocional, visto que a depressão, juntamente com as doenças é atualmente uma das principais causas de morte atualmente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Osvaldo P.; ALMEIDA, Shirley A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria** v. 57, n. 2-B, p. 421-426.

ARAGÃO, Jani Cléria Bezerra de; DANTAS, Bernardo Henrique Alexander; DANTAS; Estélio Henrique Martins. Efeitos da resistência muscular localizada visando a autonomia funcional e qualidade de vida do idoso. **Fit Perfil**, Rio de Janeiro, n. , p.29-37, 2002.

BATISTONI, Samila Sathler Tavares; NERI, Anita Liberalesso; CUPERTINO, Ana Paula Fabrino Bretãs. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, dez. 2010.

BEE, Helen. **O Ciclo Vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CARNEIRO, Rachel Shimba *et al.* Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2007.

CHEIK, Nadia Carla *et al.* Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, Brasília, v. 11 n. 3 p. 45-52 jul./set. 2003.

CICONELLI, RM. **Tradução para o português e validação para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “medical outcome study 36-item short-form health survey (SF-36)** Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

FARINATTI, P.T.V. **Envelhecimento: promoção da saúde e exercício**. Barueri: Manole, 2008.

FRANCO, Gianfábio Pimentel; BARROS, Alba Lucia Botura Leite de; NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. Qualidade vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 139-44, mar./abr. 2005.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida *et al.* Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, 1999.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003.

GAYA, Adroaldo *et al.* **Ciências do movimento humano**: introdução a metodologia da pesquisa. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GAZALLE, Fernando Kratz *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 365-371, 2004.

GUERRA, Ana Carolina Lima Cavaletti; CALDAS, Célia Pereira. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, 2010.

GUIMARÃES, Joanna Miguez Nery; CALDAS, Célia Pereira. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 4, p. 481-492, 2006.

LIMA, Maurício Silva de. Epidemiologia e impacto social. **Depressão**, v. 21, maio 1999.

LITVOC, L.; BRITO, F.C. (Org.). **Envelhecimento**: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu; 2004.

MATSUDO, Sandra Mahecha; MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; BARROS NETO, Turíbio Leite. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 7, n. 1, jan./fev. 2001.

MAZO, Giovana Zarpellon *et al.* Tendência a estados depressivos em idosos atividade física. **Motriz**, Rio Claro, v. 8, n. 3, p. 91-98, ago./dez. 2002.

MAZO, Giovana Zarpellon; LOPES, M.A.; BENEDETTI, T.B. **Atividade física e o idoso**. Porto Alegre, Sulina, 2001.

MAZO, Giovana Zarpellon; MOTA, Jorge A. Pinto da Silva; GONÇALVES, Lucia H. Takase. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 115-118, jan./jun. 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORAES, João Feliz Duarte de; SOUZA, Valdemarina Bidone de Azevedo e. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 4, p. 302-308, 2005.

MOTA, Jorge *et al.* Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 219-225, jul./set. 2006.

NAVEGA, Marcelo Tavella; OISHI, Jorge. Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde entre mulheres na pós-menopausa praticantes de atividade física com e sem osteoporose. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 47, n. 4, p. 258-264, jul./ago. 2007.

OKUMA, Silene Sumire; **O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisas.** Campinas, SP., Papirus, 1998.

OLIVEIRA, Deise A A P; GOMES, Lucy; OLIVEIRA, Rodrigo F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 734-736, 2006.

PACHECO, Marcelo Dias de Aguiar *et al.* Qualidade de vida e performance em idosos: Um estudo comparativo. **Saúde em Revista**, São Paulo, n. , p.47-52, 2005.

PACOAL, Miriam; SANTOS, Daniela Sarmento Albertão dos; BROEK, Verônica Van den. Qualidade de vida, terceira idade e atividades físicas. **Motriz**, Rio Claro, v. 12, n. 3, p. 217-228, set./dez. 2006.

PARADELA, Emylucy Martins Paiva; LOURENÇO, Roberto Alves; VERAS, Renato Peixoto. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.

PAULA, Fátima Lima. **Envelhecimento e quedas de idosos.** 1. ed. Rio de Janeiro: Apicuri, 2010.

PEREIRA, Renata Junqueira *et al.* Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p.27-38, jan/ abr. 2006.

PIMENTA, Fausto Aloísio Pedrosa *et al.* Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário sf-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 55-60, 2008.

RAMOS, Marília. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, v. 19, n. 2, p. 397-410, jul./dez. 2007.

SANTANA, Maria da Silva; MAIA, Eulália M. Chaves. Atividade física e bem-estar na velhice. **Revista de Salud Pública**, v. 11, n. 2, p. 225-236, 2009.

SANTOS, Carolina Blaschke Monteiro. **Tendências a estados depressivos e ansiedade em homens e mulheres da meia-idade (idade de 45 aos 59 anos) e da terceira idade (idade superior ou igual a 60 anos) praticantes de**

hidroginástica. Monografia (Conclusão de Curso) - Educação Física, Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2006.

SANTOS, Flávia Heloísa dos; ANDRADE, Vivian Maria; BUENO, Orlando Francisco Amodeo. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2009.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, jan./mar. 2008.

SOUZA, Liana; GALANTE, Helena; FIGUEIREDO, Daniela. Qualidade de vida e bem estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. , p.364-371, 2002.

STELLA, Florindo *et al.* Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz**, Rio Claro, v. 8 n. 3, p. 91-98, ago./dez. 2002.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira; GUARIENTO, Maria Elena. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2845-2857, 2010.

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J, KUYKEN, W. (Ed.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer, 1994. p. 41-60.

ANEXO A - GDS – GERIATRIC DEPRESSION SCALE – VERSÃO ABREVIADA

	sim	Não
1. Em geral, você está satisfeito(a) com sua vida?		
2. Você abandonou várias de suas atividades ou interesses?		
3. Você sente que sua vida está vazia?		
4. Você se sente aborrecido com freqüência?		
5. Você está de bom humor a maior parte do tempo?		
6. Você teme que algo de ruim lhe aconteça?		
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?		
8. Você se sente desamparado(a) com freqüência?		
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		
10. Você acha que apresenta mais problemas de memória do que antes?		
11. Atualmente, você acha maravilhoso estar vivo?		
12. Você considera inútil a forma em que se encontra agora?		
13. Você se sente cheio(a) de energia?		
14. Você considera sem esperança a situação em que se encontra?		
15. Você considera que a maioria das pessoas estão melhor do que você?		
Total de pontos		

AValiação GDS

A escala é composta por 15 itens onde os sujeitos concordam ou discordam com a assertiva. A resposta não é atribuído o valor 0 e a resposta sim o valor 1, após a soma total dos 15 itens realiza-se a classificação de acordo com: valor inferior a 5 pontos = ausência de depressão; valor entre 5 e 10 pontos = depressão leve a moderada; valor superior a 10 pontos = depressão grave.

ANEXO B – QUESTIONÁRIO SF-36

Questionário SF-36

1. Em geral, você diria que sua **saúde** é:

- Excelente.....1
 Muito Boa.....2
 Boa.....3
 Ruim.....4
 Muito Ruim.....5

2. Se comparada há um ano, como você classificaria sua saúde em geral, **agora**?

- Muito melhor agora do que há um ano.....1
 Um pouco melhor agora do que há um ano.....2
 Quase a mesma de um ano atrás.....3
 Um pouco pior agora do que há um ano.....4
 Muito pior agora do que há um ano.....5

3. Os itens abaixo são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades?** Neste caso, quanto?

ATIVIDADES	SIM Dificulta muito	SIM Dificulta um pouco	NÃO Não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3

j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3
-----------------------------	---	---	---

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos problemas abaixo com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	sim	não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos problemas abaixo com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	sim	não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas quatro semanas, de que maneira sua saúde física ou seus problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação á família, aos vizinhos, aos amigos ou em grupos?

De forma nenhuma.....1
 Ligeiramente.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante.....4
 Extremamente.....5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma.....1
 Muito Leve.....2
 Leve.....3
 Moderada.....4
 Grave.....5
 Muito Grave6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu no seu trabalho normal (Incluindo tanto o trabalho fora de casa como o de dentro de casa)?

- De maneira alguma.....1
 Um pouco.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante.....4
 Extremamente.....5

9. Essas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo, sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo.....1

A maior parte do tempo.....2

Alguma parte do tempo.....3

Uma pequena parte do tempo.....4

Nenhuma parte do tempo.....5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	<i>Não sei</i>	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a)Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b)Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c)Eu acho que minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d)Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO SF-36

Pontuação do questionário SF-36

Questão	Pontuação
01	1=> 5,0 2=> 4,4 3=> 3,4 4=> 2,0 5=> 1,0
02	Soma Normal
03	Soma Normal
04	Soma Normal
05	Soma Normal
06	1=> 5 2=> 4 3=> 3 4=> 2 5=> 1
07	1=> 6,0 2=> 5,4 3=> 4,2 4=> 3,1 5=> 2,2 6=> 1,0
08	Se 8 => 1 e 7 => 1 = = = = = >>>>>>> 6 Se 8 => 1 e 7 => 2 a 6 = = = = = >>>>>>> 5 Se 8 => 2 e 7 => 2 a 6 = = = = = >>>>>>> 4 Se 8 => 3 e 7 => 2 a 6 = = = = = >>>>>>> 3 Se 8 => 4 e 7 => 2 a 6 = = = = = >>>>>>> 2 Se 8 => 5 e 7 => 2 a 6 = = = = = >>>>>>> 1 <u>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</u> 1=> 6,0 2=> 4,75 3=> 3,5 4=> 2,25 5=> 1,0
09	a,d,e,h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=3, 4=3, 5=2, 6=1) Vitalidade= a+e+g+i Saúde mental= b+c+d+f+h
10	Soma Normal
11	a, c = valores normais b, d = valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

Cálculo do Raw Scale (0 a 100)

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+ h+i+j)	10,30	20
Aspectos físicos	4 (a+b+c+d)	4,8	4
Dor	7 + 8	2,12	10
Estado geral de saúde	1 + 11	5,25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4,24	20
Aspectos sociais	6 + 10	2,10	8
Aspecto emocional	5 (a+b+c)	3,6	3
Saúde mental	9 (b+c+d+f+h)	5,30	25

Raw Scale

Ex.: Item = $\frac{\text{Valor obtido} - \text{Valor mais baixo}}{\text{Variação}} \times 100$

Ex.: Capacidade funcional = 21 Ex.: $\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$
 Valor mais baixo = 10
 Variação = 20

Obs.: A questão nº 2 não entra no cálculo dos domínios.

Dados perdidos

Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média.