

Universidades Lusíada

Mendes, Andréa Rodrigues, 1970-

Envelhecimento, depressão e qualidade de vida no adulto mais velho

<http://hdl.handle.net/11067/6091>

Metadados

Data de Publicação

2021

Resumo

O envelhecimento populacional é considerado um dos fenómenos demográficos mais preocupantes da atualidade com implicações globais e individuais multidimensionais, cuja relevância da temática justifica a presente investigação. A depressão é apontada como a perturbação psiquiátrica que mais acomete os idosos, se configurando como relevante e crescente problema de saúde pública, especificamente na população idosa, estima-se que sua prevalência se aproxime em torno do 15% entre idosos da população g...

Population aging is considered one of the most worrying demographic phenomena of our time with multidimensional global and individual implications, whose thematic relevance justifies the present investigation. Depression is identified as the psychiatric disorder that most affects the elderly, configuring itself as a relevant and growing public health problem, specifically in the elderly population. Its prevalence is estimated to be close to 15% among the elderly in the general population, althou...

Palavras Chave

Envelhecimento - Aspectos psicológicos, Depressão na terceira idade, Qualidade de vida

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:24:38Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**Envelhecimento, depressão e qualidade
de vida no adulto mais velho**

Realizado por:
Andréa Rodrigues Mendes

Orientado por:
Prof.^a Doutora Mayra Armani Delalibera

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Orientadora: Prof.^a Doutora Mayra Armani Delalibera
Arguente: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Dissertação aprovada em: 11 de janeiro de 2022

Lisboa

2021



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

Envelhecimento, depressão e qualidade de vida no adulto mais velho

Andréa Rodrigues Mendes

Lisboa

julho 2021



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

Envelhecimento, depressão e qualidade de vida no adulto mais velho

Andréa Rodrigues Mendes

Lisboa

julho 2021

Andréa Rodrigues Mendes

Envelhecimento, depressão e qualidade de vida no adulto mais velho

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Doutora Mayra Armani Delalibera

Lisboa

julho 2021

FICHA TÉCNICA

Autora Andréa Rodrigues Mendes
Orientadora Prof.^a Doutora Mayra Armani Delalibera
Título Envelhecimento, depressão e qualidade de vida no adulto mais velho
Local Lisboa
Ano 2021

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

MENDES, Andréa Rodrigues, 1970-

Envelhecimento, depressão e qualidade de vida no adulto mais velho / Andréa Rodrigues Mendes ; orientado por Mayra Armani Delalibera. - Lisboa : [s.n.], 2021. - Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - DELALIBERA, Mayra Armani, 1981-

LCSH

1. Envelhecimento - Aspectos psicológicos
2. Depressão na terceira idade
3. Qualidade de vida
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Aging - Psychological aspects

2. Depression in old age

3. Quality of life

4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. BF724.55.A35 M46 2021

In memoriam

Aos meus amados pais, Manoel e Neuza,
por todo apoio e amor incondicional.

Saudades eternas!

Agradecimentos

À Professora Doutora Tânia Gaspar pelo incansável empenho, dedicação, sensibilidade e excelência como coordenadora do mestrado em psicologia clínica e na orientação do estágio acadêmico.

À Professora Doutora Mayra Delalibera por sua excelência, mestria e disponibilidade, por sua sensibilidade e apoio nos momentos mais difíceis, por seu empenho e motivação em todas as horas na orientação do trabalho e ao longo de todo mestrado.

À Professora Doutora Elisa Kern de Castro por seu carinho, sugestões, disponibilidade e partilha de conhecimento, bem como a todos os professores do mestrado em psicologia clínica, da Universidade Lusíada de Lisboa, por todo o apoio e ensino durante o mestrado.

Aos meus queridos amigos Sara Rodrigues, Hugo Gaspar, Kelly Pereira, Alberto Funda e Catarina Teixeira, que percorreram comigo este caminho, partilharam as angústias, dúvidas e dificuldades, bem como as alegrias, sorrisos e conquistas. E a todos os queridos colegas de mestrado pelo ambiente de companherismo que tornou mais fácil esse processo.

E, principalmente, à minha família, Flávio e Manuela, por serem a luz da minha vida, por estarem sempre ao meu lado, por todo apoio, paciência e por acreditarem em mim, mesmo nos momentos mais difíceis.

A todos que colaboraram para a conclusão dessa etapa... Muito obrigada!

Resumo

O envelhecimento populacional é considerado um dos fenómenos demográficos mais preocupantes da atualidade com implicações globais e individuais multidimensionais, cuja relevância da temática justifica a presente investigação. A depressão é apontada como a perturbação psiquiátrica que mais acomete os idosos, se configurando como relevante e crescente problema de saúde pública, especificamente na população idosa, estima-se que sua prevalência se aproxime em torno do 15% entre idosos da população geral, embora muitas vezes não seja devidamente diagnosticado e tratado. A ocorrência da depressão em idosos pode ser responsável pela perda de autonomia e pelo agravamento de doenças preexistentes e de forma frequente se associa ao acréscimo do risco de morbidade e mortalidade, ocasionando aumento na utilização dos serviços de saúde, negligência no autocuidado e adesão reduzida aos tratamentos. O presente estudo tem como objetivo principal compreender e caracterizar a relação entre o envelhecimento, depressão e qualidade de vida no adulto mais velho. Objetivou-se ainda, investigar a relação das variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, escolaridade e situação profissional) na depressão e na qualidade de vida dos idosos portugueses. Por meio de um estudo quantitativo, transversal e correlacional, para o qual utilizou-se de um questionário de dados sociodemográficos, do questionário de qualidade de vida - WHOQOL-Bref e do questionário de saúde geral - GHQ28, numa amostra não-clínica, constituída por 423 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 99 anos, com uma média de idades de 78,98 anos. Os sujeitos eram 77,3% do género feminino e 22,5% do género masculino, sendo a maioria da amostra viúvos (50,4%), reformados (95,1%) e com o ensino básico completo(53,5%). Os dados obtidos foram analisados e tratados no programa estatístico SPSS versão 26.0 utilizou-se as correlações de Pearson para analisar a relação entre as variáveis quantitativas, o teste t-student para

comparar grupos, a Anova one way para identificar as diferenças nas variáveis com mais de dois grupos. A normalidade dos dados foi avaliada por meio dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. O pressuposto de homogeneidade de variância foi avaliado por meio do teste de Levene. Os resultados evidenciaram comprometimentos em todos os domínios da qualidade de vida nos idosos com depressão, sobretudo nos domínios físico e psicológico. Na relação da qualidade de vida e a depressão, evidenciou-se maiores comprometimentos em mulheres, nos indivíduos com mais idade, viúvos, sem filhos, reformados, com baixa escolaridade, com doença crónica e residentes em instituições. Espera-se que este estudo possa contribuir para intervenções mais eficazes na melhoria da qualidade de vida no adulto mais velho com depressão em Portugal.

Palavras-chave: envelhecimento, qualidade de vida, depressão, variáveis sociodemográficas, WHOQOL-Bref, GHQ-28.

Abstract

Population aging is considered one of the most worrying demographic phenomena of our time with multidimensional global and individual implications, whose thematic relevance justifies the present investigation. Depression is identified as the psychiatric disorder that most affects the elderly, configuring itself as a relevant and growing public health problem, specifically in the elderly population. Its prevalence is estimated to be close to 15% among the elderly in the general population, although often it is not properly diagnosed and treated. The occurrence of depression in the elderly can be responsible for the loss of autonomy and the damage to preexisting diseases and is often associated with an increased risk of morbidity and mortality, causing an increase in the use of health services, negligence in self-care and reduced adherence to treatments. The main objective of this study is to understand and characterize the relationship between aging, depression and quality of life in older adults. It was also aimed to investigate the relationship of sociodemographic variables (age, gender, marital status, education and professional status) in depression and quality of life in the Portuguese elderly. Through a quantitative, cross-sectional and correlational study, which used a questionnaire of sociodemographic data, the quality-of-life questionnaire - WHOQOL-Bref and the general health questionnaire - GHQ28, in a non-clinical, constituted sample by 423 participants, aged between 65 and 99 years, with an average age of 78.98 years. The subjects were of both genders, 77.3% female and 22.5% male, with the majority of the sample having completed basic education (53.5%), widowed (50.4%) and retired (95.1%). The data obtained were analyzed and treated in the SPSS version 26.0 statistical program, Pearson's correlations were used to analyze the relationship between quantitative variables, the t-student test to compare groups, the Anova one way to identify differences in variables with more of two groups. Data normality was assessed using the Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests. The assumption of homogeneity of variance was evaluated using the

Levene test. The results showed impairments in all domains of quality of life in elderly people with depression, especially in the physical and psychological domains. The relationship between quality of life and depression showed greater impairment in women, older individuals, widowed, childless, retired, with low education, with chronic illness, living in institutions. It is hoped that this study can contribute to more effective interventions in improving the quality of life of older adults with depression in Portugal.

Keywords: aging, quality of life, depression, sociodemographic variables, WHOQOL-Bref, GHQ-28.

Índice de tabelas

Tabela 1- Articulação das teorias contextualistas -Adaptada de Fonseca (2010).....	13
Tabela 2- Dados do PORDATA (2020).....	18
Tabela 3- Características sociodemográficas da amostra.....	57
Tabela 4 - Dados clínicos da amostra.....	58
Tabela 5- Média e Desvio Padrão da escala de qualidade de vida.....	58
Tabela 6- Teste post-hoc de Games-Howell com Bootstrapping (95% IC BCa) na comparação do estado civil e o nível de depressão.....	61
Tabela 7- Teste post-hoc de Games-Howell com Bootstrapping (95% IC BCa) na comparação da escolaridade e o nível de depressão.....	61
Tabela 8 - Teste da ANOVA na qualidade de vida total e a variável do estado civil.....	63
Tabela 9 - Teste da ANOVA na qualidade de vida total e a variável escolaridade.....	64
Tabela 10 - Regressão linear preditores da qualidade de vida.....	64

Lista de abreviaturas, siglas, acrónimos e símbolos

APA – American Psychiatric Association

DGS - Direção-Geral da Saúde

ENEAS - Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

EUA – Estados Unidos da América

EUROSTAT- Gabinete de Estatística da União Europeia

FFMS – Fundação Francisco Manuel dos Santos

INE - Instituto Nacional de Estatística

NICE - Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PORDATA - Base de Dados de Portugal Contemporâneo

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHO – World Health Organization

Índice

Resumo.....	IX
Abstract	XI
Índice de tabelas	XIII
Lista de abreviaturas, siglas, acrónimos e símbolos	XV
Introdução	1
Enquadramento Teórico	5
Modelos da psicologia do desenvolvimento	5
A teoria ecológica do desenvolvimento de Urie Bronfenbrenner	5
A teoria do desenvolvimento do ciclo da vida lifespan	9
Envelhecimento	15
Envelhecimento populacional	17
Envelhecimento individual.....	22
Fatores de proteção e fatores de risco no envelhecimento	25
Depressão	29
Depressão no Idoso	30
Qualidade de Vida	37
Qualidade de vida em idosos.....	39
Qualidade de vida e Envelhecimento Ativo	44
Objetivos	53

Objetivo Principal.....	53
Objetivos Específicos	53
Método	55
Participantes	55
Instrumentos	55
Questionário de Dados Sociodemográficos	56
Questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF).....	56
Questionário de Saúde Geral (GHQ28)	57
Procedimentos	58
Análise dos dados	59
Resultados	59
Correlações.....	62
Anova	64
Regressão.....	67
Discussão.....	69
Conclusão.....	79
Limitações e Contributos	82
Sugestões para futuras publicações	84
Implicações na prática	84
Referências	89

Introdução

O mundo está a envelhecer de uma forma acelerada e global. Esse fenômeno deve ser considerado um dos mais preocupantes da atualidade. O envelhecimento mundial deve-se sobretudo, ao aumento da longevidade e da esperança de vida da população idosa e à redução da natalidade e da mortalidade. Fatores considerados positivos, mas que, paradoxalmente, geram uma série de consequências complexas e de difícil solução, tornando as demandas relacionadas ao envelhecimento mundial um desafio emergencial de saúde pública (Cabral et al., 2013, OMS, 2017).

Portugal, atualmente, é o terceiro país mais envelhecido da União Europeia, apresentando um aumento significativo no número de adultos mais velhos. Tal como outros países da Europa, tem registado nas últimas décadas, profundas transformações demográficas frente às quais necessita de propostas e soluções (INE,2020). O impacto do envelhecimento da no mundo vai depender, em parte, da natureza das políticas que vão dar resposta a esta nova realidade (Bloom et al., 2020).

O crescente aumento do envelhecimento da população está a provocar uma mudança etária no mundo, isso é um acontecimento que apresenta múltiplas faces, exigindo um enfrentamento multimodal. Uma vez que, o aumento da longevidade da população mundial não equivale a uma melhoria da qualidade de vida na população idosa, viver mais tempo não é sinónimo de viver melhor (Dawalibi, 2014).

O envelhecimento não é uma doença, mas ainda pode ser visto com uma representação negativa, remetendo a uma etapa de decrepitude, enfermidade e incapacidade, promovendo sofrimento psíquico e consequências estigmatizantes no idoso. Conceber o envelhecimento como uma jornada de perdas, potencializa as crenças disfuncionais, a autoperceção depreciativa, amplifica os sentimentos de inutilidade e isolamento social,

acarreta prejuízo na saúde mental e fomenta a depressão (Lima et. al, 2014, Simões e Sapeta, 2017).

A depressão é considerada como a perturbação psiquiátrica mais prevalente entre os adultos mais velhos, configurando-se como um importante e crescente problema de saúde pública que gera custos na saúde e afeta diretamente a qualidade de vida da população idosa. (DGS,2017, Silva et al, 2012).

Apesar da sua relevância clínica, a depressão em idosos é pouco verificada e valorizada. Os sintomas muitas vezes são vistos como consequências da vulnerabilidade dos idosos. Estima-se que 50% dos idosos com perturbações depressivas não são diagnosticados, nem devidamente tratados pelos profissionais de saúde (Almeida, 2015, Lima et al., 2016).

A depressão negligenciada, subdiagnosticada e não tratada, contribui para o surgimento e agravamento de doenças crônicas, ocasiona aumento na utilização dos serviços de saúde, distanciamento social, prejudica na adesão do tratamento de doenças já existentes, causa incapacidade funcional, compromete a qualidade de vida, incorrendo no risco de morte e suicídio (Dominiak et al., 2021, Teston, et al., 2014).

Envelhecer com qualidade de vida é um desafio, pois esse é um construto multidimensional que envolve fatores relacionados a saúde, bem-estar físico, emocional, social e mental, com fatores subjetivos e singulares, de cada indivíduo (Santos & Sousa, 2015). Proposto como um importante indicador de saúde da população, a qualidade de vida possibilita que sua avaliação seja utilizada para estimular ações de promoção da saúde no âmbito individual e coletivo (Almeida-Brasil, 2017).

O processo de envelhecimento é variável em todos os indivíduos, não sendo exceção no que tange a qualidade de vida do adulto mais velho (Blessmann & Gonçalves, 2015). A longevidade com qualidade de vida em seus múltiplos aspetos, de forma ativa, saudável e participativa, é um objetivo defendido por diversas organizações de saúde que empenham-se

na promoção do envelhecimento ativo e saudável, como uma possível resposta aos desafios relacionados com o envelhecimento mundial (Barreto et al., 2015, OMS, 2012, ENEAS, 2017).

O estudo apresentado, toma por base conceptual uma articulação entre dois modelos teóricos de enfoque contextualistas, advindos da psicologia do desenvolvimento, nomeadamente, a teoria ecológica de Bronfenbrenner (1977) e a teoria do ciclo da vida *lifespan* de Baltes (1987). Concebe-se, portanto, o envelhecimento enquanto processo heterogéneo, integrante do ciclo vital e interrelacionado com o contexto que o rodeia.

O presente estudo objetiva compreender e caracterizar a relação entre o envelhecimento, a depressão e a qualidade de vida em adultos mais velhos à luz dos aspetos sociodemográficos. Pretende-se ainda, analisar o impacto da depressão na qualidade de vida, percebendo quais as dimensões mais afetadas, bem como, investigar a relação das variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, escolaridade e situação profissional) na depressão e na qualidade de vida dos idosos portugueses.

Trata-se, portanto, de um estudo quantitativo, transversal e correlacional, onde aplicou-se os seguintes instrumentos: um questionário sociodemográfico criado para a investigação em questão, o instrumento de avaliação de qualidade de vida - WHOQOL-BREF e o questionário de saúde geral – GHQ-28, numa amostra não-clínica, constituída por 423 participantes com idades compreendidas entre os 65 e os 99 anos.

Os dados foram trabalhados no programa estatístico SPSS versão 26.0. Realizaram-se análises descritivas e de frequências para estabelecer a prevalência das variáveis, utilizou-se as correlações de Pearson para analisar a relação entre as variáveis quantitativas, o teste *t-student* para comparar grupos, a *Anova one way* para identificar as diferenças nas variáveis com mais de dois grupos. A normalidade dos dados foi avaliada por meio dos testes

Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. O pressuposto de homogeneidade de variância foi avaliado por meio do teste de Levene.

“O presente estudo insere-se num projeto de investigação mais vasto desenvolvido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social pelo grupo de investigação “Qualidade de vida, intervenção psicossocial e cidadania” coordenado pela Professora Doutora Tânia Gaspar.”

Relativamente à estrutura do trabalho, está organizado em três partes: Numa primeira parte deste estudo, será apresentado o enquadramento teórico de modo a contextualizar os temas a abordar. Na segunda parte é feita uma descrição dos objetivos, métodos, participantes, procedimentos, instrumentos, análise dos dados e resultados. Na terceira parte, por fim, discorre-se sobre a discussão das principais conclusões inferidas, conclusão final, limitações e contributos, sugestões para futuras investigações e implicações para prática.

Espera-se que o presente trabalho possa contribuir para o alcance dos objetivos propostos e para um maior entendimento da temática abordada, derivando pesquisas futuras e propiciando uma maior eficácia nas estratégias de intervenção da saúde pública, de forma a promover mais qualidade de vida para a população idosa portuguesa com depressão.

Enquadramento Teórico

Modelos da psicologia do desenvolvimento

A partir da metade do século XX, foram emergindo concepções de natureza multidisciplinar que refletiam conceitos diferenciados e alargados do desenvolvimento humano, reconhecendo que o processo de envelhecimento não se restringe a uma etapa, mas decorre ao longo de todo o ciclo de vida do ser humano, e que, não há só o fator da idade para determinar o desenvolvimento, mas existem vários fatores com múltiplos caminhos possíveis para a pessoa em desenvolvimento (Fonseca, 2010). Com vista a uma maior perspetiva acerca do processo abrangente do envelhecimento, serão apresentadas duas teorias da psicologia do desenvolvimento de abordagem contextualistas para possível articulação.

A teoria ecológica do desenvolvimento de Bronfenbrenner

A teoria ecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (TBDH) surgiu da sua insatisfação em relação à abordagem positivista vigente na psicologia da sua época, que concebia o desenvolvimento humano em etapas compartimentadas que não dialogavam entre si, de forma descontextualizada do meio (Albuquerque et al., 2018).

Influenciado pelas teorias de Vygotski e Lewin, Bronfenbrenner consolidou o seu modelo ecológico em 1979, no livro “A Ecologia do Desenvolvimento Humano: experimentos naturais e planejados”, destacando a importância do ambiente como fator fundamental para a compreensão do desenvolvimento do indivíduo, sendo considerado um marco de cariz sistémico no estudo do desenvolvimento humano (Schaffer & Kipp, 2012).

Para Carvalho Barreto (2016), Bronfenbrenner foi o principal articulador da ênfase sistêmica na pesquisa do desenvolvimento, rompendo com o paradigma positivista vigente e abrindo caminho para abordagens contextualistas. O desenvolvimento humano deixou de ser definido como estudo das etapas etárias e passou a configurar um fenômeno contínuo e em constantes mudanças biopsicossociais dos indivíduos e dos grupos inter-relacionados.

Bronfenbrenner atribui ao seu modelo ecológico a capacidade de perceber como a pessoa se desenvolve ao longo de toda a sua vida, como alcança uma consciência intelectual e emocional e como se torna um protagonista influente no seu meio social. Assim, define a ecologia do desenvolvimento humano da seguinte forma:

A ecologia do desenvolvimento humano é o estudo científico da acomodação progressiva e mútua, ao longo do ciclo de vida, entre um ser humano ativo e em desenvolvimento, e os contextos imediatos e em transformação em que a pessoa vive, sendo este processo afetado pelas relações que se estabelecem entre estes contextos. (Bronfenbrenner, 1989, citado por Fonseca, 2010, p.187).

Bronfenbrenner reavaliou sua teoria diversas vezes e em 1999, alargou o seu construto, baseando-o em quatro aspetos inter-relacionados: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo (modelo PPCT). Considerando-o como uma teoria bioecológica, atribuiu mais ênfase ao indivíduo nos seus aspetos estruturais e funcionais - biológicos, cognitivos, emocionais e comportamentais. Deu maior importância à linguagem e aos símbolos, na compreensão da interação pessoa-contexto, destacou a importância dos processos proximais e incluiu o tempo no desenvolvimento humano (Collodel-Benetti et al., 2013).

Na sua teoria, Bronfenbrenner considera o desenvolvimento humano dependente de quatro dimensões que interagem entre si constantemente de forma dinâmica e em multiníveis, denominadas de Modelo PPCT – Processo, Pessoa, Contexto e Tempo (Diniz & Koller, 2010).

Definiu por “processo”, as interações recíprocas e diretas com as pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato, com os quais estabelece relações proximais, diretas e de afeto, que são os motores do desenvolvimento. Realizadas pela interação dos indivíduos “pessoa”, que apresentam características biopsicossociais específicas, heterogêneas, singulares com recursos, habilidades e comportamentos que possibilitam ou não sua interação com o “ contexto”, sendo este, qualquer evento ou condição fora do organismo que pode influenciar ou ser influenciado ao interagir com o indivíduo, estabelecendo relações distintas com os ambientes e pessoas, ao longo do “ tempo”, do seu desenvolvimento (Carvalho Barreto, 2016).

Tais relações incidem em cinco níveis: o *Microsistema*, definido pelas relações proximais imediatas do indivíduo em contextos, onde a interação é direta, face-a-face com pessoas e ambientes mais significativos; o *Mesosistema*, formado por dois microsistemas que compõem as dinâmicas vivenciais de cada indivíduo com seus pares; o *Exossistema*, indicando que a pessoa pode ser afetada por acontecimentos que ocorrem em ambientes nos quais a pessoa não está presente (p.e. trabalho do conjugue); o *Macrossistema*, representado pelos aspetos socioculturais de cada sociedade, cultura e grupo social; e o *Cronossistema*, determinado pelas mudanças que a passagem do tempo acarreta ao indivíduo e/ou contextos em que se insere e se inter-relaciona (Albuquerque et al., 2018).

Nessa direção, aponta Collodel-Bennetti (2013), a visão ecológica concebe o ambiente como um conjunto de estruturas repartidas por diferentes níveis que se articulam entre si e entende que o desenvolvimento humano ocorre através da interação entre a pessoa e os contextos do ambiente (micro, meso, exo, macro e cronossistema), que se influenciam e interagem dinamicamente ao longo da vida. Sendo, portanto, um processo contínuo,

interativo e contextualizado onde o indivíduo é percebido como um ser ativo, co-participante no seu próprio desenvolvimento.

Segundo Diniz & Koller (2010), Bronfenbrenner concebe o desenvolvimento como um processo recíproco, resultante da interação dos vários sistemas multimodais que o compõem. Assim, a transição entre cada um desses ambientes e a qualidade relacional nele estabelecidas, influenciarão o trajeto desenvolvimental por haver um envolvimento recíproco entre o indivíduo e o seu meio, onde ocorrem transformações e, assim, o indivíduo sofre influência do ambiente, mas é também influenciado por este em um processo multidimensional.

Bronfenbrenner considerou que as diversas influências e eventos da vida, configuram o desenvolvimento da pessoa numa relação de interação bidirecional e recíproca, com o tempo em que vive, com os ambientes nos quais participa e com as relações que estabelece. A propósito, ele apontou para os aspectos subjetivos e objetivos relacionados à experiência do desenvolvimento, destacou a importância na qualidade da afetividade e da reciprocidade nas relações emocionais e sociais que se estabelece com as pessoas, os ambientes e os contextos ao longo do tempo (Dulce-Ruiz, 2010).

O indivíduo é entendido como um ser inter-relacional, que estabelece relações proximais e dialoga com as pessoas, objetos e símbolos do ambiente. E, nesse sentido, o desenvolvimento humano emerge das relações constituídas entre o indivíduo, ambiente e o contexto em que ele está inserido no seu tempo. A sua produção científica é, considerada um divisor de águas no estudo do desenvolvimento humano (Collodel-Benetti et al., 2013).

A respeito das idades mais avançadas, Bronfenbrenner ressalta que embora o papel ativo pode modificar-se ao longo do ciclo de vida, continua a expressar-se em idades mais

avançadas de um modo construtivo, contrariando a concepção passiva da velhice. Define que em idades mais avançadas, a orientação ativa e responsiva face ao ambiente é expressa pela capacidade de tomar iniciativas, manter as relações, a curiosidade, a disposição para reconstruir e elaborar o ambiente, e por uma concepção da pessoa como um agente ativo no mundo (Fonseca, 2010).

As concepções de Bronfenbrenner contribuíram com outras abordagens contextualistas do desenvolvimento, dentre elas, a teoria do ciclo da vida *lifespan*, de Paul Baltes, que merece destaque no presente estudo, devido à sua particular importância na percepção do envelhecimento humano.

A teoria do desenvolvimento do ciclo da vida *lifespan*

A teoria ou perspectiva *lifespan*, como é mais conhecida, representa um marco teórico para o estudo do envelhecimento, sendo um importante contributo para a mudança de paradigma, visando desmitificar a visão negativa do envelhecimento humano, considerada como uma etapa de vida caracterizada somente por perdas, doenças e finitude. (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012).

Segundo Faria et al. (2018), o enfoque de Paul Baltes e dos seus colaboradores, deu margem a novos estudos e perspectivas teóricas acerca do envelhecimento, possibilitando a emergência do conceito de envelhecimento bem-sucedido e, posteriormente, o conceito de envelhecimento ativo. Dessa forma, a perspectiva *lifespan* tornou-se uma corrente dominante nos estudos sobre essa temática.

Essa perspectiva, compreende o estudo do desenvolvimento humano como um processo contínuo que ocorre ao longo da vida, inclusive na velhice, enfatizando que nessa etapa, assim como noutras, há crescimento (ganhos) e declínio (perdas). Essa ontogénese,

implica, conseqüentemente, que nenhum período no curso da vida detém supremacia sobre qualquer outro (Barbosa et al., 2020).

Considerando a ocorrência de mudanças em vários níveis do desenvolvimento, relacionados entre si, a perspectiva *lifespan* reconhece o seu caráter pluralista, multidirecional e multidimensional, ao compreender os múltiplos níveis, temporalidades e dimensões do desenvolvimento. Cabe ressaltar o aspecto contextualista dessa perspectiva, atribuindo a importância da interação dinâmica entre indivíduo-ambiente, cujo resultado incide num processo interativo, onde os indivíduos afetam e são afetados pelo contexto do seu próprio desenvolvimento (Carvalho Barreto, 2016).

Lima & Coelho (2011), destacam as três influências que atuam, constantemente, sobre o indivíduo ao longo do seu ciclo vital: influências normativas ou esperadas para a idade, que são os eventos que ocorrem de forma semelhante entre os indivíduos de determinada faixa etária, sendo portanto, relacionados com a idade (p.e., puberdade, climatério, etc.). As influências normativas sócio-históricas que envolvem acontecimentos macroestruturais que originam mudanças biossociais, (p.e., guerras, crises econômicas, novas tecnologias, pandemias etc.). E as influências não normativas ou não esperadas, de caráter biológico ou socioambiental, que são imprevisíveis e individuais (p.e., doenças, lutos, etc.).

Esses fatores compelem o indivíduo a adaptar-se constantemente, fazendo-o buscar o equilíbrio dialético entre as limitações (perdas) e as potencialidades (ganhos), num contínuo movimento de alternância. O êxito desse equilíbrio é o que Baltes, (1987) caracterizou por desenvolvimento bem-sucedido (Faria et al., 2018).

Assim, o envelhecimento sob a ótica da *lifespan*, implica na consideração de outros fatores além da idade cronológica, como fatores contextuais, ecológicos e intraindividuais. Sendo entendido como uma experiência heterogênea, ocorrendo de um modo diferente para

cada indivíduo, remetida ao contexto no qual está inserida, evidenciando a existência de múltiplos padrões de envelhecimento (Fechine & Trompieri, 2012).

Portanto, considera-se a *lifespan* uma abordagem de orientação dialética e contextualista, que ressalta a importância biopsicossocial no desenvolvimento humano ao longo do curso da vida, destacando o envelhecimento como processo heterogêneo e singular (Fonseca, 2010). Propõe a modificação da concepção passiva e doente do idoso, enfatizando a importância da interrelação com o meio, implica o idoso como participante ativo no processo do seu próprio envelhecimento e destaca o quanto o ambiente e as relações socioculturais podem otimizar a plasticidade e favorecer a aquisição de novas potencialidades e competências (Barbosa et al., 2020).

Percebido como um processo influenciado, principalmente, pelos marcadores genéticos, determinantes ambientais e pelo estilo de vida, o envelhecimento pode ser caracterizado como um processo esperado para o organismo, sem estar necessariamente, associado a uma doença. Uma vez que esta, seria um fenômeno não esperado ou não normativo, e geraria a descontinuidade no processo, frente ao qual, por meio da plasticidade, o indivíduo procuraria adequar-se ou compensar, visando estabelecer o equilíbrio a favor das potencialidades (Silva & Pirolo, 2017).

Em função da plasticidade existente em todas as fases do desenvolvimento, inclusive no envelhecimento, o ser humano pode desenvolver habilidades e potencialidades que o auxiliem na sua capacidade adaptativa em qualquer momento ao longo da vida (Scoralick-Lempke, & Barbosa, 2012).

A plasticidade é um conceito central da perspectiva *lifespan* e que se refere ao potencial de mudança de um indivíduo e à sua flexibilidade para lidar com novas situações (Baltes, 1987). O grau de plasticidade é caracterizado por um potencial para a mudança e questões biopsicossociais podem facilitar ou constringer oportunidades de mudança, pelo que

a magnitude da plasticidade pode variar ao longo do ciclo de vida. Em todo o caso, o potencial para a plasticidade constitui uma orientação fundamental do desenvolvimento humano (Fonseca, 2010).

No envelhecimento, a plasticidade diminui, mas não deixa de existir e o potencial de plasticidade vai ser facilitado enquanto interrelacionado com os estímulos do ambiente, do suporte social e da qualidade de vida. Portanto, quanto mais integrados e participativos ao meio social, maior a possibilidade de lidar com situações adversas (Castro, et al., 2020).

Baltes e Baltes em 1990, propuseram um construto teórico visando maior equilíbrio na relação ganho-perda (Ribeiro, 2015). Construto esse composto por três processos adaptativos: seleção, otimização e compensação (SOC), que em conjunto, permitem uma maior atuação e compreensão do indivíduo no seu próprio processo de desenvolvimento. Interessa a *lifespan*, a maneira como as pessoas alocam e realocam os seus recursos internos e externos, visando maximizar os ganhos e minimizar as perdas ao longo do tempo (Rudolph & Zacher, 2017).

A função de seleção implica na diminuição e na especificação da ampla gama de possibilidades permitidas pela plasticidade individual. A otimização diz respeito ao gerenciamento dos recursos ou à articulação de meios, internos ou externos, para viabilizar a conquista dos alvos estabelecidos pela seleção. A compensação envolve a utilização de novas maneiras de manter ou melhorar habilidades. Os resultados esperados ao final da SOC são: a maximização de ganhos, a regulação e a minimização de perdas e a manutenção de funções adquiridas, incluindo a resiliência (Barbosa et al., 2020).

Essas estratégias podem ser utilizadas em cada mudança no curso de vida, em decorrência de influências normativas ou não normativas. A forma de utilizar esses instrumentos de adaptação depende de fatores pessoais e sociais. Atividades educacionais e motivacionais promovidas pelo contexto, contribuem para que os idosos possam utilizar essas

estratégias adaptativas de forma eficaz, adquirindo maior funcionalidade (Baltes & Baltes, 1990) (Lima & Coelho, 2011).

Assim, a perspectiva lifespan foca na compreensão de que a heterogeneidade intra e interindividual do envelhecimento implica em articulá-lo com toda a gama de determinantes contextuais e históricos do desenvolvimento do ciclo vital de cada indivíduo, como os aspetos socioculturais (género, faixa etária, etc.), aspetos socioeconómicos (educação, renda, etc.), aspetos psicossociais (resiliência, autorregulação do self, plasticidade etc.) e biogénéticos (funcionalidade, saúde, etc.) decorrendo daí, envelhecimentos singulares e distintos (Ribeiro, 2015).

Segundo Fonseca (2010), ao encarar o desenvolvimento como um fenómeno biopsicossocial, que envolve e incorpora níveis de organização diversos entre si, a genética, biologia, plasticidade intra-individual, as dinâmicas histórica/sociocultural, as diversas estruturas/sistemas do contexto com o qual o indivíduo interage ativamente ao longo da vida, o paradigma contextualista, assume-se como uma importante base teórica e metodológica para pensar os diversos percursos do desenvolvimento humano, nomeadamente, o envelhecimento (Dulcey-Ruiz, 2010).

Para melhor visualização dos pontos principais de cada teoria referidas, das suas possíveis, articulações e diferenças, apresenta-se a seguir na tabela 1.

Tabela 1

Articulação das teorias contextualistas - Adaptada de Fonseca (2010)

Teoria Bioecológica Bronfenbrenner	Teoria do ciclo da vida <i>lifespan</i>
Pessoa-em-desenvolvimento	Pessoa se desenvolve ao longo da vida
Se desenvolve na relação com o ambiente	Se desenvolve na relação com o ambiente
Fatores dinâmicos biológicos, psíquicos, contexto, temporal se interrelacionam	Fatores dinâmicos, biológicos, históricos, culturais, intra-individuais ao longo do tempo se interrelacionam
Ênfase na integração indivíduo- Contexto-ambiente ecológico, conjunto de estruturas repartidas por diferentes níveis que se articulam entre si: microsistema, meso, exo, macrosistema e cronosistema	Ênfase integração indivíduo- histórica/social influenciado por fatores ligados a idade, coorte e fatores não esperados-impõem à se adaptar
Indivíduo ativo e responsivo no seu desenvolvimento	Indivíduo atuante no seu próprio desenvolvimento
Interação principal face-a-face, relações proximais, vínculos afetivos	Interação biopsicossocial com ênfase na plasticidade-adaptação
Pessoa-em-desenvolvimento em interação com contexto em dado momento, resulta em efeitos interativos, produto-produtor	Desenvolve-se em alternância de ganhos-perdas, busca equilíbrio. SOC seleção, otimização e compensação, permite adaptação, resiliência e <i> coping</i>
Envelhecimento = pessoa -em- desenvolvimento	Envelhecimento bem-sucedido

Envelhecimento

São inúmeras as definições do envelhecimento, variando conforme as perspectivas históricas e os referenciais teóricos nos quais se fundamentam. Este importante e complexo tema, remete-nos à reflexão que incide em diferentes campos do saber. Pode-se definir o envelhecimento humano como um processo inevitável, caracterizado por modificações progressivas durante todo o ciclo de vida, que acarreta alterações nas vertentes biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, apresentando alterações fisiológicas, cognitivas e afetivas características (Paúl & Ribeiro, 2012).

Segundo Jacob (2013), este é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que acompanha o ser humano desde o seu nascimento até à sua morte. Este é um fenómeno pessoal e singular, que varia para cada indivíduo, e que está associado a um conjunto de alterações biopsicossociais que se processam ao longo do ciclo vital (Sequeira, 2010).

Salienta-se que, o envelhecimento se caracteriza como um processo contínuo ao longo da vida, se diferenciando da velhice que se refere apenas a uma etapa específica do desenvolvimento humano (Neri, 2008, citada por Castro et al., 2020). Assim, considerando uma perspectiva multidimensional, o processo de envelhecimento é uma experiência multifacetada que resulta da correlação de múltiplos processos de desenvolvimento, sendo influenciado por diversos fatores (biológicos, sociais e psicológicos), que interagem de modo ininterrupto (Cabral, 2013).

Apesar da existência de várias teorias que tentam explicar as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, nenhuma consegue abarcar a sua totalidade, dividindo-se em duas grandes categorias: biológicas e psicossociais (Simões & Sapeta, 2017)

O envelhecimento implica um conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que resultam em alterações e perdas gradativas no funcionamento dos órgãos e sistemas, e a conseqüente alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, com um aumento gradual do risco de desenvolver comorbidades. Estas alterações nem sempre se convertem em incapacidades, e a ocorrência e intensidade com que ocorrem variam para cada pessoa (Pocinho, et al. 2015).

No campo biológico, entende-se por envelhecimento o processo dinâmico e progressivo, que se inicia desde o momento da concepção, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas da maturação, e que continua ao longo de toda vida até à morte (Fechine & Trompieri, 2012).

No campo psicossocial, o envelhecimento resulta das repercussões psicológicas das alterações corporais, que se traduzem em mudança de atitudes e comportamentos. Influenciado por determinantes externos, implica alterações nos papéis e funções a desempenhar ao nível do familiar, laboral e ocupacional, resultando numa diminuição na participação social e na interação com o contexto social (Cabral et al., 2013).

O envelhecimento não é somente um processo biológico (senescência), pois também abrange outros processos, que envolvem aspetos psicossociais e culturais, que se sucedem e se sobrepõem, tornando-se um fenómeno complexo, multifacetado e multidimensional (Santos et al., 2013).

Ressalta-se, portanto, que o processo do envelhecer implica numa variedade de modos e contextos que, de forma multidimensional, acabam por determinam o próprio envelhecimento, tanto em sua dimensão populacional, quanto em sua dimensão individual. O

envelhecimento deve ser pensado de modo pluralista e contextualizado, referido a heterogeneidade de cada indivíduo (Pocinho et al., 2017).

Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional deve ser considerado um dos fenómenos demográficos mais preocupantes da atualidade, que torna as demandas relacionadas ao envelhecimento mundial um desafio emergencial de saúde pública global, nos mais variados aspectos. Considera-se idoso ou adulto mais velho a pessoa com 65 ou mais anos de idade (OMS, 2017, OPP, 2020),

Segundo Rosa (2012), o envelhecimento diz respeito a dois conceitos diferentes: o envelhecimento coletivo/populacional e o envelhecimento individual que, embora se relacionem, têm significados diferentes. Considera-se que o envelhecimento individual é um processo irreversível, natural e singular do indivíduo, condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, podendo ser definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida (Camarano & Kanso, 2013).

O envelhecimento populacional é definido a nível coletivo, com base na proporção da população de adultos mais velhos, na população total. A classificação demográfica de uma população, como jovem ou envelhecida, depende da proporção de pessoas nas faixas etárias extremas. A sua importância decorre do facto de poder estimar uma série de dados e implementar medidas, visando minimizar os danos (DGS, 2017).

Na União Europeia, em 2019, pessoas com 65 ou mais anos, representavam 20.3%, sendo 5,8% a população com 80 ou mais. Estima-se que esses números dupliquem nos próximos anos, e sobretudo, a população de longevos, aumente de forma significativa, considerando que em 2100 representem 14,6% da população (EUROSTAT, 2020).

Portugal, ocupa hoje, a posição de terceiro país mais envelhecido da União Europeia, apresentando um aumento significativo no número de adultos mais velhos. Tal como outros países da Europa, tem registado, nas últimas décadas, profundas transformações demográficas frente às quais necessita de propostas e soluções (INE, 2020).

O envelhecimento populacional decorre do aumento da longevidade e da esperança de vida, conjugado à diminuição da mortalidade e da natalidade. Fatores socialmente positivos, que são verdadeiras conquistas sociais, fruto de políticas bem-sucedidas de saúde, mas que paradoxalmente, em conjunto, geram o envelhecimento demográfico com uma série de consequências complexas e de difícil solução para a sociedade. (Cabral et al., 2013).

Segundo Pocinho (2016), o aumento da longevidade da população e consequente envelhecimento populacional, resulta dos progressos realizados a nível económico, social, biomédico, tecnológico e na melhoria das condições de vida da população, constituindo um indicador de desenvolvimento social e científico e conduzindo à associação do envelhecimento como um fenómeno positivo, quer para os indivíduos, quer para as sociedades. Portanto, o envelhecimento mundial, constitui uma vitória do desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública que, em simultâneo, gera o desafio de adaptação da sociedade (OMS, 2015). O impacto do envelhecimento da população na sociedade, vai depender, em parte, da natureza das políticas que pretendem dar resposta a esta nova realidade mundial (Bloom et al., 2015).

Em Portugal, os adultos mais velhos, com 65 ou mais anos de idade, passaram de 16% para 22% da população, de 2001 para 2019. Nestes mesmos anos, o índice de envelhecimento no país, passou de 101,6% para 161,3%, aumento substancial que exerce um forte impacto na sociedade como um todo e exige adaptações e medidas em diversos níveis, nomeadamente por parte dos seus sistemas de suporte, como é o caso dos sistemas de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes (PORDATA, 2020, DGS, 2017). O índice de

envelhecimento não é proporcional ao índice de sustentabilidade. O índice de sustentabilidade agravou-se, tendo decrescido de 4,1% para 2,9% ativos na população de idosos, de 2001 para 2019 (INE, 2020).

Nesta perspectiva, verifica-se um agravamento do índice de dependência de adultos mais velhos, aumentando de 24,4% para 34,2%, de 2001 para 2019, ou seja, por cada 100 pessoas em idade ativa, 34 são idosos dependentes inativos (PORDATA, 2020), como pode ser observado na tabela 2. Facto que gera maior ónus financeiro que recai sobre a população ativa, promovendo desequilíbrio entre ativos e inativos. Neste sentido, o crescente aumento de número de idosos e a diminuição do número de jovens é descrito como um problema social e económico do envelhecimento, uma vez que cria pressões, fomenta o idadismo (discriminação por idade) e a visão social negativa do adulto mais velho (Cabral et al., 2013).

Tabela 2

Dados do envelhecimento em Portugal - PORDATA (2020)

Ano	Idoso %	Índice de envelhecimento	Índice de sustentabilidade	Índice de dependência
2001	16%	101,6%	4,1%	24,4%
2019	22%	161,3%	2,9%	32,2%

Pode-se, assim, antever uma sociedade futura em Portugal, cada vez mais envelhecida, com diversas implicações económicas, sociais e de saúde, prevendo-se um aumento considerável do peso relativo da população dos adultos mais velhos (Bezerra et al., 2012).

O envelhecimento é uma tendência global à qual Portugal não conseguirá escapar: a população mundial está a envelhecer. Contudo, Bloom (2020), destaca que a população portuguesa está a envelhecer de forma muito rápida e isso é motivo de preocupação. Segundo as projeções apresentadas, em 2050 o número de portugueses com 65 anos ou mais,

ascendem a 3,2 milhões de indivíduos, o que vai ser o equivalente a 33% da população portuguesa, que atualmente conta com 2,3 milhões de adultos mais velhos. Ressalta-se ainda que, desses 3,2 milhões de indivíduos com idades a partir dos 65 anos, 660 mil terão 85 ou mais anos, ou seja, 7% da população portuguesa.

Assim, o envelhecimento da população gera repercussões em diversas áreas e representa desafios para as economias dos países, sendo a saúde das populações mais velhas um motivo de preocupação. Os idosos têm maiores necessidades de saúde e cuidados a longo prazo, levando ao aumento da carga económica dos serviços de saúde (Silva et al, 2012).

O envelhecimento da população encontra-se a nível coletivo, associado ao aumento de custos de cuidados de saúde, da despesa pública, da sustentabilidade da segurança social e da incapacidade do sistema de saúde, das pensões e da sustentabilidade da rede de cuidados, inclusive informais (PORDATA, 2014).

Bezerra et al. (2012), refere que o principal desafio do envelhecimento no setor da saúde não é o acréscimo de despesa, mas a organização de respostas diferenciadas e adequadas às necessidades da população idosa, bem como a capacidade de utilizar mecanismos já existentes. Neste sentido, Cabral (2013) refere que o verdadeiro problema colocado pelo envelhecimento societal não se resume ao seu custo, mas sim ao lugar que a velhice ocupa na sociedade.

Jacob (2013), acrescenta que as conceções criadas em torno dos custos do envelhecimento, criam representações negativas sobre o envelhecimento e sobre as pessoas idosas, promovendo o preconceito de idade, o idadismo, e o isolamento, colocando-os expostos a exclusão social.

Segundo Bloom (2020), o processo de envelhecimento mundial em ampla escala será um desafio em várias esferas. Os sistemas de pensão necessitarão de ser reavaliados, juntamente com as políticas de aposentadoria. Os sistemas de saúde que, despreparados para

os problemas de saúde e necessidades de cuidados a longo prazo dos idosos, deverão repensar-se, atribuindo mais ênfase na prevenção da saúde e na mudança de hábitos. Além das adaptações comportamentais por parte dos indivíduos e da sociedade, à nova realidade demográfica exige a necessidade da criação de propostas políticas eficientes, que respondam de diferentes maneiras à possibilidade de enfrentar as dificuldades macroeconômicas decorrentes deste fenómeno.

Segundo Dawalibi (2014), o crescente aumento do envelhecimento da população está a criar uma mudança etária no mundo. Isso é um acontecimento que se apresenta com múltiplas faces, exigindo um enfrentamento multidisciplinar e um olhar holístico, uma vez que o aumento da longevidade da população mundial não equivale a uma melhoria na qualidade de vida na população idosa.

Envelhecer bem e de forma saudável é um desafio que preocupa os diversos governos no mundo, que implementam políticas na saúde pública, visando a promoção de um envelhecimento ativo e bem sucedido, com melhoria na qualidade de vida (Rea, 2017).

O aumento da longevidade traduz mudanças na vida das pessoas idosas, mais concretamente no que concerne ao estado de saúde, tornando-as mais predispostas a doenças crónicas, a situações de dependência e, conseqüentemente, a necessidade de depender de apoios sociais e familiares, bem como quanto à participação na sociedade, com a diminuição das redes pessoais e isolamento social (Cabral, 2013).

A necessidade de promoção de um envelhecimento bem-sucedido e com qualidade, ou seja, com saúde, autonomia e independência, traduz-se num desafio individual e coletivo para a prevenção e promoção da saúde. Assim, para evitar que o envelhecimento da população seja encarado como um problema sem solução, é necessário unificar esforços no sentido de promover um envelhecimento ativo (Camarano & Kanso, 2013).

Mais do que nunca, é necessário pensar no envelhecimento de forma ativa e bem-sucedida, daí a importância de articulá-lo com a melhoria na qualidade de vida das pessoas mais velhas que, em breve, serão maioria no cenário mundial. Pensar a qualidade de vida é considerar aspectos de saúde, bem-estar, satisfação e fatores associados (Dalwalabi, 2014).

Envelhecimento individual

O envelhecimento é um fenómeno que desperta interesse há vários séculos, tendo o conceito, sofrido diversas alterações ao longo do tempo, evoluindo consoante as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época (Sequeira, 2010).

Os termos velho, idoso, terceira idade e mais atualmente, adulto mais velho, possuem uma base histórica impregnada de ideologias e mostram como a representação social da velhice se altera com o tempo, em função de novas políticas sociais e da evolução dos contextos sócio-históricos. Cabe destacar que, considera-se envelhecimento a todo o processo e, velhice, a uma fase específica do desenvolvimento humano (Castro, 2020).

Guerra e Caldas (2010), ressaltam que a velhice é um conceito historicamente construído, que se integra ativamente na dinâmica dos valores culturais da sociedade e que ao longo da história, sempre foi representada por dois papéis antagónicos: por um lado enquanto sabedoria e respeito e, por outro, decrepitude, incapacidade e fim de vida.

Nas sociedades antigas, a conquista da longevidade era um atributo raro e o idoso era visto como um ancião sábio e respeitado. Na Idade Média, com o advento da burguesia, surge o idoso abastado, detentor de poder económico. Com a Revolução Industrial, em meados do século XVIII, o corpo humano passa a ser considerado uma máquina, cujo desgaste por excesso de utilização gerava inutilidade. Desta forma o idoso era associado à sua capacidade de produção e ao ser considerado improdutivo, era excluído da sociedade que se assentava na produtividade e na competição (Simões & Sapeta, 2017).

Complementam que, desde a Revolução Industrial até meados do século XX, a velhice não existia como categoria social, era invisível. Para além de afastados das sociedades, os idosos eram vistos como um peso, um fardo para a economia das sociedades pós-industriais, perdendo o seu sentido simbólico de sabedoria e passando a significar decrepitude, inutilidade e incapacidade. A velhice, marcada por uma existência sem significado, é um fenómeno das sociedades industrializadas, advindas do conceito de que o valor está agregado ao trabalho, sem o qual perde-se o sentido de si (Rosa, 2012).

O envelhecimento pode ser definido como um processo multidimensional que envolve vários fatores, biopsicossociais (Fechine & Trompieri, 2012). É um processo influenciado pelos marcadores genéticos, determinantes ambientais e pelo estilo de vida, e pode ser caracterizado como algo esperado para o organismo, que não deve ser significado como uma doença (Silva & Pirolo, 2017).

Para Dawalibi (2014), o envelhecimento é definido como um processo biopsicossocial multifacetado e, embora grande parte dos idosos ressalte os comprometimentos e os aspetos negativos da velhice, envelhecer não é sinónimo de doença, mas sim, um processo progressivo e multifatorial que constitui uma etapa da vida. Processo que está intimamente relacionado com a qualidade de vida, sendo um conceito subjetivo que se modifica com as vivências e interações do indivíduo com o meio.

O estudo científico do envelhecimento humano tem contribuído para modificar o olhar social vigente, que se assenta numa visão organicista, centrada no défice, na doença e na incapacidade. O advento de uma perspetiva positiva em torno do envelhecimento tem conduzido cada vez mais à ideia de que a melhor forma de prevenção é focar na valorização das competências para uma adaptação mais bem sucedida, entre as competências individuais e as exigências ambientais. (Pocinho et al., 2015).

Neste sentido, a adoção de uma abordagem de ciclo de vida é fundamental na compreensão do envelhecimento, dando ênfase aos acontecimentos que ocorreram ao longo da vida, abandonando assim a ideia de que o envelhecimento começa a partir de uma determinada idade e acomoda-se a limites cronológicos precisos. O envelhecimento deve ser compreendido como um processo natural, dinâmico, progressivo e inevitável que está presente desde o nascimento até à morte. É um fenómeno pessoal, singular e que varia de indivíduo para indivíduo, associado a um conjunto de alterações biopsicossociais com perdas e ganhos, que se processam ao longo do ciclo vital (Jacob, 2013).

Bronfenbrenner (1989), considera o desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, como um processo recíproco, resultante da interação dos vários sistemas que o compõem. Assim, os múltiplos contextos de desenvolvimento influenciam-se mutuamente e as ações de um sistema afetam o outro, confirmando que o elemento essencial para compreender esse período do ciclo de vida, é o “elemento relacional”, ou seja, as relações que mutuamente se estabelecem entre a pessoa-em-desenvolvimento e os múltiplos sistemas do contexto (Fonseca, 2010).

Diniz & Koller (2010), complementam que a influência das qualidades relacionais de afetos positivos com as pessoas do seu contexto, são imprescindíveis para o desenvolvimento e a sua importância é transversal a todo o ciclo de vida. Facto corroborado pelo estudo da bioecologia em idosos, onde aqueles que contavam com uma rede de apoio e que podiam desenvolver a sua individualidade, as suas capacidades, sentindo-se acolhidos e respeitados, apresentavam maiores níveis de satisfação pela vida e uma boa capacidade para superar as adversidades.

Ao passo que a vivência não ecológica, com isolamento, abandono e solidão nos múltiplos sistemas do contexto, sobretudo nas relações proximais, funcionam como fator de

risco para diversas adversidades e patologias, sobretudo nos adultos mais velhos (Dulcey-Ruiz, 2010).

Para Baltes (1990) e seus seguidores, o envelhecimento bem-sucedido seria uma proposta de intervenção na população idosa, processo que remete ao equilíbrio na relação ganho-perda. Não se pode ter só ganhos ou só perdas. Exatamente nesse sentido, o modelo SOC permite uma maior participação do adulto mais velho na adaptação ou compensação das suas limitações e no bem-estar do seu próprio desenvolvimento.

Moreira (2012) articula ainda que, o desequilíbrio nessa “balança” de ganho-perda, que pende para perdas constantemente, acarreta prejuízos na saúde mental, nomeadamente, a depressão no adulto mais velho.

Fatores de proteção e fatores de risco no envelhecimento

Em relação aos fatores de proteção, diversos estudos apontam para os hábitos saudáveis alimentares, o baixo sedentarismo, a prática de atividade física e a prática de autocuidados preventivos e a participação social. Considerando a autopercepção da saúde e o elevado nível de socialização dos idosos, são indicativos de bem-estar físico, mental e social nos adultos mais velhos (Silva et al., 2012).

Diversos estudos sugerem a importância da atividade física como fator protetor no envelhecimento, como apresentam Marquez et al. (2020), em importante meta-análise conduzida para o Relatório do Comitê Consultivo Científico dos EUA, onde os resultados demonstraram que, principalmente para adultos com 65 anos ou mais, a atividade física melhora a qualidade de vida em todos os domínios e aumenta a sensação de bem-estar quando comparada com controles mínimos ou sem tratamento. Revelando que atividade física é um fator protetor da qualidade de vida nos adultos mais velhos.

Resultado semelhante foi apresentado no estudo de Oliveira et al. (2019), ao analisar os efeitos da atividade física na qualidade de vida e depressão na população idosa, no qual

obteve uma correlação entre baixos níveis de atividade física e elevados índices de depressão em idosos residentes na comunidade, ao passo que o grupo com maiores índices de atividade física, apresentou melhor qualidade de vida e menores índices de depressão. O estudo mostrou que a atividade física é um fator protetor contra depressão e importante aliado para maior qualidade de vida em idosos.

O envelhecimento ativo proposto pela OMS, funciona como uma importante proposta para rentabilizar o potencial dessa fase do ciclo vital e adotar um estilo de vida ativo, funcional, com engajamento social, interação com a comunidade, interação com o contexto, permitindo manter e melhorar a qualidade de vida (WHO, 2015).

Cabe referir que, a importância da interação dinâmica do indivíduo com o ambiente ou contexto, mostra-se atualmente, como um importante fator de proteção ao surgimento e do desenvolvimento da depressão geriátrica (Fonseca, 2010). O envelhecimento ativo pode ser considerado fator de proteção, na medida em que visa promover uma maior interação, engajamento social e uma participação atuante para o indivíduo e para sua comunidade (OMS, 2015).

No entanto, a influência do meio também pode funcionar como um fator de risco, no caso da sociedade promover uma visão depreciativa do idoso, exercendo uma pressão social que pode proporcionar a representação negativa da velhice e da saúde física e sobretudo, da saúde mental (Sequeira, 2010).

O envelhecimento não é uma doença, mas ainda pode ser visto com uma representação negativa, remetendo a uma etapa de decrepitude, enfermidade e incapacidade, promovendo sofrimento psíquico e consequências estigmatizantes no adulto mais velho (Simões e Sapeta, 2017).

Segundo Fulop, et al. (2019) a resposta da sociedade à questão de como lidar com o envelhecimento da população muitas vezes é abordada de forma negativa, culminando no

“preconceito de idade” ou na exclusão parcial do idoso. A crença mais difundida alega que várias doenças decorrem da idade, crença que acaba por igualar envelhecimento com decrepitude.

Complementa Franceschi et al. (2018), não há doença que inevitavelmente ocorra na velhice, como não há garantia de que todos os idosos tenham doenças, no máximo a idade pode ser um importante fator de risco, mas não é a causa única das doenças. Ao se observar de perto, a causa está relacionada, muito mais, a um estilo de vida ruim, maus hábitos, stress elevado, dentre outros fatores biopsicossociais que já estavam presentes há muitos anos, e pode-se conjecturar que muitas doenças já poderiam ter sido tratadas ou evitadas ao longo da vida.

Do ponto de vista social, há uma necessidade de uma resposta sobre como lidar com o “tsunami de prata” econômica, social e psicologicamente. É necessário definir de forma clara que o envelhecimento não é uma doença sendo necessário sugerir outras formas de abordar a questão do envelhecimento que é um processo universal, inevitável, irreversível, progressivo e heterogêneo, mas não é algo que necessite ser “curado” (Bartels et al, 2013, Bowen et al., 2019).

O envelhecimento é sobretudo, uma adaptação biopsicossocial a passagem do tempo. Podendo haver lugar para intervenções e modulações que considerem o indivíduo ao longo do ciclo vital. O reconhecimento do envelhecimento como um processo ao longo da vida e de que as doenças crônicas começam cedo, ajudaria a projetar intervenções mais cedo, de forma a preconizar um estilo de vida saudável desde cedo, com alimentação saudável, atividades físicas e diminuição do stress que certamente, resultaria em um processo de envelhecimento com menos doenças e maior *heathspan* (Fulop et al., 2019).

Conceber o envelhecimento como apenas, uma jornada de perdas, potencializa as crenças disfuncionais, a autopercepção depreciativa, amplifica os sentimentos negativos de

inutilidade e isolamento social, acarretando prejuízo na saúde mental e processos depressivos (Lima, 2014).

Menezes et al. (2016), ressalta que viver muitos anos nem sempre é viver bem, devido à possibilidade das pessoas se tornarem dependentes, incapacitados ou pelas limitações físicas. As doenças associam-se à representação negativa do envelhecimento, gerando uma baixa autoestima baixa e funcionando como fator de risco para o surgimento da depressão.

Seangpraw et al. (2019), evidenciou que os idosos com menos capacidade de se adaptarem às limitações, apresentavam pior autopercepção da velhice e autoestima mais baixa. Assim, o idoso tem a sua imagem associada a algo decadente e vergonhoso, comparado-se à juventude, que impera como sendo o ideal a ser buscado. É um paradoxo de uma sociedade cada vez mais envelhecida, mas que, cada vez mais nega o envelhecimento (Castro, 2020).

Segundo Menezes (2014), é importante investigar a autopercepção do envelhecimento no idoso, sobretudo na população feminina, de baixa renda e baixa escolaridade que apresentam autopercepção negativa da velhice e isolamento social, com prejuízo na qualidade de vida.

Condizente com o estudo de Chafir et al. (2018) sobre a autopercepção negativa da velhice enquanto geradora de stress, resulta em prejuízo no sentimento de bem-estar subjetivo do indivíduo, que pode desencadear isolamento social, depressão, dentre outros.

Embora o envelhecimento não seja uma doença e as doenças tenham por etiologia fatores associados ao longo da vida, existe no idoso uma maior vulnerabilidade do organismo para que as doenças crônicas surjam e/ou se desenvolvam, a ponto de causar diminuição da capacidade funcional, sendo uma das principais queixa dos idosos, a perda da autonomia e da possibilidade de ser funcional nas atividades da vida diária (Paiva et al, 2016).

A perda da capacidade funcional está diretamente associada aos sentimentos de ansiedade e autodepreciação, acarretando prejuízos na saúde mental e cognitiva, deflagrando

isolamento social e solidão, stress, doenças somáticas, declínios cognitivos e depressão (Clark et al., 2016).

A depressão é uma das perturbações mais prevalentes nas pessoas idosas, sendo importante a necessidade de maior entendimento dessa temática.

Depressão

A depressão é uma perturbação psiquiátrica de elevada prevalência, que condiciona maior incapacidade e morbilidade, ao anos de vida, gerando enormes custos a nível mundial. Em 2017, mais de 300 milhões de pessoas sofriam de depressão, equivalente a 4,4% da população mundial. Estima-se que esse número duplique em dez anos (WHO, 2017).

A depressão, a nível mundial, possui elevada predominância nos adolescentes e idosos, sendo que os efeitos da depressão nos adultos mais velhos, pode ser bem mais prejudicial. Essa prevalência varia conforme as regiões e contextos sociodemográficos (Fernades-Eloi, 2018).

Em Portugal, o “Programa Nacional Para a Saúde Mental” (2015) indicou que 21% da população portuguesa sofria de depressão, sendo um número em crescimento (DGS, 2017). Apresenta índices mais elevados no género feminino e em adultos mais velhos, a depressão acarreta incapacidade e prejuízo do funcionamento global, afetando de forma negativa os domínios afetivo-emocional, cognitivo, somático, motor e comportamental, podendo levar ao suicídio (Almeida, 2015).

A depressão, nome clínico para o grupo de perturbações depressivas, fazem parte dos transtornos de humor/afetivos, e juntamente com as perturbações ansiosas constituem as perturbações mentais comuns, assim chamadas, devido a grande incidência na população (Conselho nacional de saúde- CNS, 2019).

As perturbações depressivas podem ser classificadas por depressão major que se caracterizam por: tristeza, perda de interesse e prazer, diminuição da energia, sentimento de culpa, autoestima baixa, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração. Pode ser duradoura ou recorrente, prejudica a capacidade laboral, académica, social e quotidiana, e pode ser categorizada como ligeira, moderada ou grave, em função do número e da gravidade dos sintomas. Representa um importante fator de risco para o suicídio. Já a distimia, é uma depressão ligeira, mas persistente, com sintomas semelhantes, mas, com menor intensidade a durar por mais tempo. Pode apresentar-se com variações em função da fase do ciclo de vida e da região (OMS, 2017).

O quadro da depressão é multideterminado, resultante de fatores genéticos, biológicos e psicossociais (Eulalio, 2015). O diagnóstico é realizado através da análise clínica dos sinais e sintomas: a intensidade, gravidade, duração e o impacto que causam no funcionamento psicossocial do indivíduo. (Carvalho, 2017).

A depressão cursa com diversas comorbidades, como a ansiedade, abuso de álcool, doenças crónicas, prejuízos cognitivos, etc., sendo fator de risco para as demências e suicídio, nomeadamente nos idosos (Bastos, 2015).

Desta forma, é necessário compreender a perturbação depressiva no adulto mais velho, ressaltando que no presente estudo, os termos depressão e perturbação depressiva serão referidos de forma equivalente.

Depressão no Idoso

Perante o envelhecimento populacional do mundo, a temática do idoso tem adquirido especial destaque nas investigações, sobretudo pelos diversos transtornos que afetam os idosos, dentre os quais, a depressão merece especial atenção, por se destacar como a perturbação psiquiátrica mais prevalente entre os adultos mais velhos (Almeida, 2015, DGS, 2017, Silva et al., 2012).

A depressão na população idosa configura-se como um importante e crescente problema de saúde pública. Estima-se que a sua prevalência se aproxime dos 15% entre idosos da população geral (Eulálio et al., 2015), implicando em uma carga económica alta, que deverá duplicar até 2030 (Bueno-Antequera, 2020).

A ocorrência da depressão em idosos têm pior prognóstico, pois pode interferir na sua capacidade funcional com perda de autonomia e, conseqüentemente, na sua capacidade de autocuidado e nas relações sociais. Está, frequentemente, associada à elevação do risco de morbidade e mortalidade, ocasionando um aumento na utilização dos serviços de saúde e uma fraca adesão a tratamentos terapêuticos, com agravamento dos quadros patológicos preexistentes e maior incidência de suicídio (Teston, et al., 2014).

Segundo Köhler et al. (2018), a depressão é um distúrbio muito grave, cujo desenvolvimento pode envolver uma interação complexa de fatores de risco, ambientais e genéticos, afetando diretamente a qualidade de vida da população idosa. No entanto, o sub-reconhecimento e o sub-tratamento de idosos são problemas graves e recorrentes que agravam a problemática e suas decorrentes implicações (Mojtabai, 2014).

Estima-se que 50% dos idosos com perturbações depressivas não são diagnosticados nem tratados pelos profissionais de saúde, exigindo maior atenção aos sinais e sintomas depressivos, à população idosa no cuidado primário. A depressão subdiagnosticada e não tratada, contribui para o surgimento e agravo de doenças crónicas, distanciamento social e prejudica na adesão do tratamento de doenças já existentes, incorrendo no risco de morte e suicídio (Almeida, 2015).

As características das perturbações depressivas nos idosos nem sempre são típicas, sendo que a presença de humor deprimido ou tristeza são insuficientes para caracterizá-los. Irritabilidade, dificuldade em expressar sentimentos e emoções, culpa, desamparo, perda do prazer em atividades que antes eram prazerosas e autodepreciação podem ser indicativos de

depressão. Deve-se avaliar ainda a função cognitiva, visto que o prejuízo cognitivo pode estar associado com o não relato de sintomas depressivos (CNS, 2019).

Segundo Frost et al. (2019), os idosos com depressão não recebem tratamento adequado, sobretudo os adultos mais velhos. A prioridade observada, geralmente, são as queixas físicas. Somente quando a depressão acarreta danos na vida do idoso é que se atenta para esta questão. A saúde psicológica deveria ser mais importante no cuidado dos idosos, com maior oferta de assistência psicoterapêutica, desde os cuidados primários. Isso poderia facilitar a gestão da depressão, da sua evolução e promover uma melhor qualidade de vida (Oliveira, 2016).

Kenbubpha, et al. (2018), destaca que, aproximadamente 15% das pessoas com 65 anos ou mais, sofrem de depressão. E que idosos com depressão apresentam menos probabilidade de envelhecer com sucesso em comparação aos sem depressão, motivo pelo qual necessitam ainda mais do apoio de profissionais de saúde. Entretanto seu estudo mostrou que existem poucas evidências sobre a promoção do envelhecimento ativo em idosos com depressão. Revelando a existência de uma grande preocupação dos profissionais de saúde voltada para a saúde física dos idosos, enquanto as questões de saúde mental são ainda negligenciadas.

Segundo Cuijpers, et al. (2019), vários estudos em países de baixa e média renda mostraram que terapias não farmacológicas, sobretudo as terapias psicológicas podem ser ministradas com eficácia considerada. Seu estudo mostrou que as terapias psicológicas são tão eficazes quanto as farmacológicas em adultos mais velhos com depressão mesmo com comorbidades no tratamento da depressão desde a atenção primária.

A sintomatologia de depressão no idoso associa-se a múltiplos fatores biopsicossociais, tais como, alterações estruturais e funcionais do sistema nervoso central, comorbidades, doença incapacitante, abandono e/ou maus-tratos, uso crônico de

medicamentos, reforma, recursos escassos, mudanças de papéis na sociedade e na família, solidão, perda do cônjuge e de filhos, entre outros (Montain et al., 2018).

Muitas vezes, os sintomas depressivos são considerados decorrentes da velhice ou reações esperadas na vigência de doenças físicas. A dificuldade em diagnosticar a depressão no idoso também é influenciada pelos métodos de mensuração, falta de marcadores biológicos e de se considerar o contexto sociocultural no qual está inserido (Eulálio, 2015).

Segundo o estudo de Voros et al., (2020), o reconhecimento precoce dos sintomas depressivos é importante, não apenas para tratar o transtorno de humor subjacente, mas também para melhorar a qualidade de vida dos idosos. Concordando com os estudos de Ghio et al. (2014), no qual revela que a detecção precoce da depressão e a implementação do tratamento melhoram os resultados e o prognóstico, além de reduzir a taxa de mortalidade.

Apesar da sua relevância clínica, a sintomatologia depressiva em idosos é pouco verificada e valorizada por parte dos profissionais de saúde. Os sintomas de depressão muitas vezes são vistos como consequências da vulnerabilidade dos idosos. A depressão é negligenciada, para além de levar ao aumento da carga econômica dos serviços de saúde, da incapacidade funcional, do absentismo laboral e do suicídio (Almeida & Maia, 2010).

A depressão major é o principal fator de risco para o suicídio em idosos em todo o mundo. Em Portugal (2017), a cada 100.000 pessoas com 65 anos ou mais, cerca de 18% morreram por suicídio, sendo 32% homens e 8,7% mulheres. Estima-se que por cada óbito por suicídio, houve cerca de 10 a 15 tentativas com insucesso de suicídio, na sua grande maioria feitas por mulheres (INE, 2019). Nota-se uma evidente desproporção de gênero. A população masculina é a que mais realiza o ato suicidário, ao passo que a população feminina é a que mais realiza tentativas de suicídio (Oliveira, 2016).

Embora ambas as populações tenham 65 anos ou mais, e cursem com depressão major, geralmente não tratada, existem diferenças sociodemográficas que merecem

relevância. Na população masculina, são residentes em regiões mais isoladas, que moram sozinhos ou são viúvos, com histórico de abuso de álcool. Não necessariamente com uma baixa escolaridade, mas tem baixa ou nenhuma ocupação. Enquanto, na população feminina, são as que apresentam baixa renda económica, baixa escolaridade, isolamento social, que vivem sozinhas, as que mais tentaram e consumaram o suicídio (Almeida, 2015).

Ainda segundo os autores, percebe-se a importância da detecção precoce dos sintomas no adulto mais velho. O não reconhecimento dessa enfermidade e a consequente ausência de tratamento, podem contribuir com o aumento da morbidade e, provavelmente, da incidência de óbitos nessa faixa etária. Silva et al., (2012) ressaltam que, frequentemente, os sintomas de depressão são negligenciados, o que altera a qualidade de vida e a gravidade da perturbação depressiva, além de levar ao aumento da carga económica dos serviços de saúde, por seus custos diretos e indiretos.

França e Murta (2010), defendem a implementação de ações de conscientização da população para combater a depressão no idoso, dos cuidados com saúde física e mental, do fortalecimento de uma rede de cuidados e apoio aos idosos, do envolvimento da família, de voluntários e da comunidade.

Lima et al., (2016) defendem que a identificação da depressão em idosos é relevante na prática clínica, pois possibilita intervenções precoces e efetivas, além da prevenção baseada nos fatores de risco ou preditores

Bueno-Antequera (2020), destaca que os principais preditores de perturbações depressivas são: género feminino, baixa escolaridade, doença somática, prejuízo cognitivo, prejuízo funcional, falta ou perda de contactos sociais próximos e histórico de episódio depressivo anterior. Aponta que, podem ocorrer variações geográficas e transculturais na prevalência e preditores de depressão.

Em importante estudo transcultural sobre idosos com perturbação depressiva, realizado em seis países europeus e associados, demonstrou-se que os aspetos sociodemográficos como sexo, idade, estado civil e renda, foram nomeadamente, associados como fatores de risco às perturbações depressivas, evidenciando a prevalência em mulheres de baixa renda, com baixa escolaridade, identificando altas taxas de comorbilidades e elevada gravidade nos sintomas depressivos, afetando diretamente a qualidade de vida. A afiliação religiosa, engajamento social e a prática de atividades físicas se apresentaram como possíveis fatores de proteção à depressão (Andreas et. al., 2019).

Os resultados de vários estudos, como os apresentados por Yo-Chen et al. (2015), mostraram que as mulheres apresentam maior sintomatologia depressiva e menor qualidade de vida. Os idosos mais velhos apresentam mais depressão, pior funcionamento cognitivo e pior qualidade de vida. Quanto menor a escolaridade, a renda económica e o contacto social, maior a sintomatologia depressiva e menor qualidade de vida, e o inverso também procede.

Em estudo realizado por Dominiak et al. (2021), para o Ministério da Saúde polonês no âmbito do Programa de Prevenção da Depressão 2016-2020, os dados epidemiológicos indicam que a depressão está se tornar um problema social e de saúde, cada vez mais importante, ocorrendo em todas as idades. Entretanto, nos idosos a depressão é mais difícil de detectar, revelando-se um importante problema, indicado pela lacuna existente entre o número de pacientes tratados e a prevalência de depressão nos idosos da comunidade, discrepância que ressalta as necessidades não atendidas e aponta para importância da intervenção nessa população.

Segundo Oliveira et al. (2016), existe a necessidade de incentivar intervenções que promovam a participação ativa do idoso na melhoria dos aspetos da saúde física, nutricional, interpessoal, cognitiva e que forneçam estratégias de gestão do stress, de enfrentamento ou *coping* e da ansiedade, para uma efetiva melhoria na qualidade de vida do idoso.

Há uma quantidade crescente de evidências científicas que confirmam que a atividade física juntamente com a aquisição de hábitos saudáveis, práticas de relaxamento, dentre outras, são altamente consideradas benéficas para a prevenção e tratamento dos transtornos depressivos (Bueno-Antequera, 2020).

Em concordância com um estudo sobre a depressão geriátrica na Escandinávia, onde evidenciou-se que a presença de sintomas depressivos interferem negativamente nos recursos cognitivos, na capacidade de adaptação, de resolução de problemas e que prejudicam a utilização de estratégias de *coping*., Desta forma, torna-se importante um destaque global ao tratamento, propiciando ao indivíduo recursos e estratégias de enfrentamento, sobretudo nas populações mais idosas e portadores de doenças graves (Bjørkløf et al., 2013).

Segundo Tayaa et al. (2020), a depressão em idosos é muito frequente e está associada a impacto funcional, comprometimento da qualidade de vida e risco significativo de suicídio. Muitas vezes não detetado, também pode ser tratado de forma insuficiente quando diagnosticado. Embora seja uma temática de grande importância, poucos ensaios terapêuticos abordaram especificamente a depressão em idosos e as diretrizes para o envelhecimento ativo nesta população. Segundo os autores, cabe ressaltar a importância de uma triagem direcionada e, por outro lado, a importância de um manejo personalizado decorrente de uma avaliação global e multidisciplinar.

As políticas de saúde pública, como o “Programa Nacional Para Saúde Mental” (2015), visam contribuir para que um maior número de pessoas alcance a idade avançada com a melhor saúde possível. Melhorar a saúde mental possibilita mais qualidade de vida no adulto mais velho. Deve-se considerar saúde de forma ampliada, fomentando mudanças no enfoque clínico atual (OMS, 2015, DGS, 2017).

O Programa de Prevenção da Depressão da Polônia (2020), apresenta recomendações baseadas, sobretudo, nas diretrizes do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados -NICE, que enfocam o manejo da depressão no ambiente de atenção primária e fornecem orientações para profissionais de saúde não psiquiatras para a detecção precoce (NICE, 2018).

Dominiak et al. (2021), referem ainda, as experiências bem-sucedidas de combate a depressão advindas do programa realizado em Nuremberg, que permitiu uma redução significativa no número de suicídios (em cerca de 20%) e melhorou a detecção precoce e o atendimento a pacientes com depressão. O conceito do programa é baseado no treinamento para profissionais de saúde, campanhas sociais para conscientização, conhecimento básico sobre depressão para profissões-chave da comunidade (professores, padres, polícia, cuidadores de idosos), criação de grupos de apoio e facilidades para acesso a cuidados profissionais para pacientes com maior risco de suicídio. Este programa, foi implementado em outros países, onde a avaliação de sua eficácia se confirmou com a diminuição no número de suicídios e a melhora na detecção precoce da depressão.

Portanto, as intervenções para a melhoria da depressão no idoso e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida, condizem com a proposta de envelhecimento ativo e saudável da OMS (2015). Cabe, portanto, um maior enfoque na temática da qualidade de vida e no envelhecimento ativo do idoso.

Qualidade de Vida

Apesar da sua importância, o conceito de qualidade de vida é complexo, subjetivo e apresenta divergências teóricas importantes, facto que dificulta a objetividade e o diálogo entre as diversas áreas que trabalham com essa temática (Pereira, 2012).

Embora ainda não exista um consenso sobre o seu significado, segundo Karini et al. (2013), há uma certa unanimidade entre os estudiosos em utilizar a definição do grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, onde estabelece que:

A qualidade de vida é a percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se vive e em relação com os objectivos, expectativas, padrões e preocupações de cada indivíduo. É um amplo conceito de classificação afectado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, relações sociais, nível de independência e suas relações com características salientes do seu meio ambiente e padrão espiritual (World Health Organization Quality of Life Assessment - WHOQOL, 1995, p. 28).

Portanto, a Organização Mundial de Saúde considera que o conceito de qualidade de vida incorpora de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as redes sociais, as crenças pessoais e as relações dos indivíduos no seu meio ambiente. Define assim a qualidade de vida, como a percepção dos indivíduos sobre a sua posição na vida, dentro do contexto cultural e dos sistemas de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1997).

A qualidade de vida é um conceito multidimensional, complexo e subjetivo, exatamente por isso, de difícil concetualização e elevada variabilidade, vinculada à percepção do indivíduo e de vários aspetos que envolvem o seu quotidiano, o seu bem-estar, autonomia, independência, capacidade, satisfação pessoal, competências pessoais e os papéis que estabelece na sociedade (Brandão & Zatt, 2015).

Assim, o conceito de qualidade de vida é subjetivo e singular, dependendo do nível sociocultural, das vivências ao longo da vida, do estilo de vida, das relações ecológicas com o contexto e das aspirações e crenças pessoais de cada indivíduo. Varia conforme a cultura, comunidade, grupo e até em relação ao mesmo indivíduo em épocas diferentes (Garbaccio et al., 2018).

Nessa perspetiva, a qualidade de vida concebe a saúde num sentido amplo, não apenas enquanto ausência de doenças, mas vinculando-a ao bem-estar físico, psicológico e

social, bem como, ao nível de independência, relações pessoais, relação com o contexto ou ambiente, crenças pessoais, suporte social e suporte social percebido (OMS, 2005, 2018).

Assim, a qualidade de vida é um construto multidimensional proposto como um importante indicador de saúde da população e a sua avaliação é utilizada para estimular ações de promoção da saúde no âmbito individual e coletivo (Almeida-Brasil, 2017).

Interessados em possibilitar a mensuração da qualidade vida, O WHOQOL group (1995), elaborou um instrumento, com enfoque transcultural e generalista, com o objetivo de compreender as múltiplas dimensões das percepções, estados, crenças, comportamentos e capacidades dos indivíduos, de forma ampla e generalista, respeitando as suas três principais características: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade (WHO,1995).

A OMS baseia-se no pressuposto de que qualidade de vida é uma construção subjetiva da percepção do indivíduo em questão, multidimensional e composta por elementos positivos e negativos (Ermel et al. 2018).

É um conceito complexo, de difícil definição, multideterminado por variáveis biopsicossociais que implicam em considerá-la de forma alargada, multidimensional e abarcando os inúmeros vetores, que de forma transversal a constituem (Silva et al., 2016).

Com base na abrangência do conceito da qualidade de vida, torna-se relevante articulá-lo com o envelhecimento e com os transtornos decorrentes pensando em intervenções mais efetivas de saúde para os idosos (Meirelles et. al, 2010).

Qualidade de vida em idosos

Cada vez mais as pessoas querem viver mais anos, de forma saudável, ou seja, com bem-estar físico, funcional, psicológico, psíquico e social (Carvalho & Dias, 2011). De forma que, atualmente, existe uma grande preocupação com os indicadores da qualidade de vida, sendo um conceito entendido pelo senso comum como preditor da saúde, levando o indivíduo mais velho, a esforçar-se para alcançá-lo (Marques, 2014).

Mais do que em outros grupos etários, a saúde dos idosos sofre a influência de diversos fatores, tais como: físicos, psicológicos, cognitivos, económicos e socioculturais, que devem ser analisados para possíveis intervenções eficazes. Assim, avaliar e promover a saúde do idoso implica considerar as diversas dimensões cujo somatório perfazem o conjunto que se denominou de qualidade de vida (Lopes, 2016).

Considerou-se, enquanto saúde, a definição concebida pela OMS (1947), que a define como um estado de bem-estar físico, mental e social, não consistindo somente na ausência de doença ou de enfermidade. De forma que os conceitos de qualidade de vida e bem-estar não são sinónimos, mas complementares e associados (Silva et al, 2017).

O processo de envelhecimento é variável em todos os indivíduos, não sendo exceção no que tange a qualidade de vida do adulto mais velho, considerada um processo desafiante e complexo. Diverge conforme a cultura e a auto percepção da saúde e da qualidade de vida, de forma heterogénea, subjetiva e multidimensional para cada pessoa (Blessmann & Gonçalves, 2015).

A qualidade de vida em pessoas idosas é um desafio, pois envolve fatores relacionados a saúde, bem-estar físico, emocional, social e mental, com fatores subjetivos e singulares, de cada indivíduo. Esses fatores associam-se ainda a aspetos económicos, psicológicos, biomédicos e ambientais e se estendem para as vivências do quotidiano do indivíduo, rede social e familiar, atividades de lazer, trabalho, satisfação, vínculos afetivos, auto percepção, autonomia, entre outros (Silva & Neto, 2019).

Várias têm sido as questões e temas estudados sobre a qualidade de vida e envelhecimento, no entanto, exige-se uma maior investigação para melhor compreender a qualidade de vida da pessoa idosa com depressão (Dawalibi et al., 2013).

A qualidade de vida é importante em todas as idades, mas manter uma qualidade de vida elevada no envelhecimento é especialmente crucial para melhorar as capacidades funcionais e diminuir os sintomas depressivos, nas populações idosas (Silva & Neto, 2015).

Considerar a qualidade de vida na velhice, implica necessariamente pensar nos ajustamentos que o idoso tem que elaborar nas diferentes dimensões da vida, para aprender a enfrentar os diversos fatores que o envelhecimento acarreta e mudanças biopsicossociais que podem ser vivenciadas como fatores ansiogénicos e depressivos (Pereira et. al, 2012).

Ao considerar a saúde do adulto mais velho, é importante investigar e monitorar a depressão e a capacidade funcional ao longo do tempo. Num estudo longitudinal na Suécia, evidenciou que estes importantes indicadores afetam significativamente a qualidade de vida ao longo do tempo e contribuem para a presença de comorbilidades de saúde no idoso (Klompstra et al., 2019).

O declínio da saúde é o fator frequentemente associado à idade e ao processo de envelhecimento, em particular quando se encontram presentes situações de doença crónica e quando estas conduzem a incapacidades físicas e psicológicas que afetem o quotidiano das pessoas idosas e a sua autonomia, fatores que comprometem a qualidade de vida da população idosa (Salk et al. 2018).

Souza et al. (2019), destacou em seu estudo, fatores que influenciam a qualidade de vida do idoso, ressaltando a importância dos aspetos sociodemográfico, psicossocial e a da capacidade funcional que possibilitam interagir socialmente com uma rede de relacionamentos pessoais, como a família, amigos, vizinhança, grupos religiosos, entre outros.

O envelhecimento e a qualidade de vida são processos interligados e determinados pelas vivências e autoperceções do indivíduo. A percepção do idoso, considerando-se produtivo com ocupação, ativo e com algum grau de responsabilidade, implica uma melhor

qualidade de vida. Ao passo que, a falta desse fator, acarreta sentimentos de autodesvalorização, sensação de inutilidade e depressão, sobretudo, perante uma sociedade competitiva, que valoriza a produção (Lopes, 2016).

Segundo Marques et al. (2014), a dimensão principal para a qualidade de vida deve ser a obtenção do bem-estar e da satisfação pessoal. É um fator diretamente relacionado com a percepção que o indivíduo tem de si e do seu meio. Que se ligam ao facto da pessoa ter uma função ou ocupação, ter independência e autonomia, ter um funcionamento cognitivo satisfatório e manter as suas relações interpessoais.

A redução do isolamento e o aumento da inserção do idoso nas atividades de lazer, nas atividades sociais, na interação com o mundo que o cerca pode ser considerado fator essencial para incentivar e promover a ampliação da autoestima, estimular as capacidades funcionais e cognitivas e promover uma maior percepção de saúde e bem-estar global (Silverten et al., 2015)

Em estudo, Beckert et. al, (2012), demonstrou que os idosos com percepção positiva da qualidade de vida, sobretudo, na dimensão psicológica, apresentam melhor senso de autoeficácia e resiliência, com maior capacidade de enfrentamento e com menos ansiedade e depressão. Ratificou a nítida relação existente entre a qualidade de vida e os fatores de qualidade da saúde mental no idoso, como a depressão. A melhoria na qualidade de vida possibilitou uma maior autoeficácia dos recursos cognitivos, do desempenho das funções executivas e dos recursos psicológicos, com uso de estratégias de enfrentamento (*coping*) mais adequadas e eficazes.

Por outro lado, a diminuição da qualidade de vida do idoso demonstrou ter relação com o declínio cognitivo, bem como com a presença de doenças crónicas, do uso prolongado de medicamentos, de dificuldades financeiras, de dependência funcional e do surgimento de

sentimentos depressivos, sobretudo na população feminina, com baixa escolaridade e com baixa renda económica (Cardoso et. al, 2019).

Condiz com o estudo de Chang et. al., (2017), que investigou como os sintomas depressivos afetam os diferentes domínios e facetas da qualidade de vida em idosos, e se os sintomas depressivos mediam a relação entre a incapacidade física e a qualidade de vida nessa população. Concluiu que a depressão afeta todos os domínios e facetas do WHOQOL-BREF em idosos, para além de mediar a relação entre incapacidade e qualidade de vida. Considera, assim, os sintomas depressivos como uma variável crucial ao investigar a qualidade de vida dos idosos.

Tavares et al. (2016), evidenciou uma relação entre a autoestima e a qualidade de vida, igualmente mediada pela depressão. Apresenta que, a autoestima se relaciona com a visão da sociedade de envelhecimento, tornando-se um fator preditivo de depressão, que media a relação com menores índices de qualidade de vida em todos os domínios. Os resultados fornecem dados que contribuem para uma melhor compreensão de que os aspetos subjetivos influenciam a qualidade de vida dos idosos, assim, as estratégias de saúde devem considerá-los igualmente importantes.

Segundo Cardoso et al. (2016), a qualidade de vida, além de ser multidimensional, deve levar em consideração as condições físicas, de saúde, de interação com a comunidade, de funções e ocupações, incluindo ainda, a experiência de vida, a perceção de mundo, de bem-estar, aspetos subjetivos e singulares para cada pessoa que envelhece, todos esses fatores devem ser pensados ao se considerar a qualidade de vida na população mais velha.

Atualmente, devido ao maior índice de longevidade e ao aumento dos gastos com a saúde, torna-se cada vez mais necessário o estudo dos aspetos psicológicos, sociais e de saúde da população idosa. É necessário adotar um enfoque biopsicossocial que considere a multidimensionalidade da qualidade de vida e tendo em conta os diversos fatores que

influenciam a saúde enquanto bem-estar no adulto mais velho. Desde questões objetivas, como os transportes, as habitações, vizinhança, até questões subjetivas como autopercepção, crenças, afetos etc. (Almeida-Brasil, 2017).

Para Medeiros et al. (2016), o envelhecimento acompanha as mudanças no ciclo de vida do indivíduo, afetando a saúde e a diminuindo a participação na sociedade, levando a necessidade de promover a saúde enquanto bem-estar e de envolver as pessoas idosas em atividades sociais, com a valorização do seu papel enquanto cidadãos. Exige-se, assim, a necessidade de mais ações que promovam a saúde, maior engajamento social do idoso em diversos níveis e conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida dessa população.

O prolongamento da vida com qualidade e de forma ativa, saudável e participativa é um objetivo almejado por todos os governos para os seus cidadãos. Diversos países e organizações de saúde têm defendido a promoção de um envelhecimento ativo e saudável como a melhor forma de dar resposta aos desafios relacionados com o envelhecimento mundial promovendo a qualidade de vida em seus múltiplos aspetos (Barreto et al., 2015, OMS, 2012, ENEAS, 2017).

A qualidade de vida é, nitidamente, a tônica dominante da proposta da OMS (2002), para um envelhecimento ativo e saudável, que devido a sua importância crucial na temática torna-se relevante abordá-la.

Qualidade de vida e Envelhecimento Ativo

O paradigma de envelhecimento ativo e saudável, lançado pela Organização Mundial de Saúde em 2002, surge como uma tentativa de dar resposta aos múltiplos desafios do envelhecimento, caracterizando-se por três alicerces fundamentais: a saúde, a participação social e a segurança. Compreende o envelhecimento como um processo contínuo que se estende ao longo do ciclo de vida, ressalta a importância da integração com a sociedade, enfatiza a necessidade de melhores condições de acesso a população idosa e destaca a

importância da saúde não apenas na assistência e no acompanhamento, mas ainda, na prevenção com hábitos saudáveis, atividades físicas, estilos de vida saudáveis e na educação em saúde (Nunes, 2017).

Schulz et al. (2020) ratifica que a proposta da OMS (2002) para o envelhecimento ativo representa um marco político de ação e conscientização para a problemática do envelhecimento populacional. Sendo uma estratégia promotora de saúde e da funcionalidade dos idosos. Compreende a promoção e manutenção da saúde, a participação na vida social, bem como a integração e a segurança social dos idosos.

Assim, o objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a esperança de vida saudável e promover a qualidade de vida nos adultos mais velhos, podendo esta ser referida a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto cultural e de valores no qual vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Ribeiro & Paúl, 2011).

O envelhecimento ativo e saudável, é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (WHO, 2015).

A própria definição de envelhecimento ativo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), refere-se ao estímulo à participação da pessoa idosa na vida social, cívica, económica da sociedade, e representa uma oportunidade para a saúde, que permite reformar os processos de resposta às suas necessidades. Neste processo é fundamental o contributo de toda a sociedade em parceria com a família, cuidadores e pares, na busca por uma maior qualidade de vida (Cabral, et al., 2013).

O Envelhecimento ativo considera o adulto mais velho, capaz de engajar-se e de atuar amplamente nos diversos contextos ao seu redor. É uma abordagem multifacetada, holística, voltada para busca de novas estratégias de suporte, direcionada ao cuidado e a melhoria da saúde do idoso, do ponto de vista interrelacional e multidisciplinar (Tavares et al., 2016).

A proposta da OMS (2015), tem como objetivo que as pessoas mais velhas se sintam empoderadas, proativas e motivadas para fazer mudanças em várias áreas, mediante hábitos saudáveis, com atividade física, alimentação saudável, qualidade de sono, saúde física e mental, apoio social, segurança e capacidade funcional. Além da contribuição de cada pessoa para o seu próprio bem-estar, é importante envolver a família e redes de apoio, os centros de saúde e sociais, a comunidade na qual a pessoa mais velha convive e os órgãos de gestão, para promover um ambiente ecológico mais dinâmico e amigável às pessoas idosas (Ferraz, 2011, Fullop et al. 2019).

Ramos et al. (2019) complementa que há necessidade de agir de modo preventivo para com os idosos, contribuindo para o envelhecimento ativo, tornando-o participativo na sociedade, com maior autonomia sobre a própria velhice. A promoção de hábitos saudáveis, atividades de lazer, juntamente com práticas de atividade física, educacionais, socio-integrativas e o maior engajamento na sociedade são fatores que contribuem para uma maior sensação de bem-estar no caso dos adultos mais velhos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) ressalta ainda, a heterogeneidade do envelhecimento e a diversidade das capacidades e necessidades que advêm de eventos vivenciados de forma singular ao longo da vida do indivíduo. Assim como, destaca a importância da capacidade funcional, ou seja, a capacidade do indivíduo cuidar de si, sendo capaz de desempenhar um conjunto de tarefas na vida diária que lhe possibilitam ter autonomia e maior possibilidade de convívio social, considerando esse fator promotor de saúde e bem-estar no idoso (Malhi & Mann, 2018).

Segundo Fulop et al. (2019) a capacidade funcional é fundamental para o alcance de uma qualidade de vida positiva no envelhecimento. Defendem que o objetivo dos idosos é ter um envelhecimento mais tardio e saudável possível, com a manutenção da funcionalidade independente, portanto, a aspiração de muitos idosos é permanecer funcional. O mais importante não é quanto tempo se vai viver, mas como deve-se viver os últimos anos de vida. Sugerem ainda que o conceito de *healthspan* deva ser combinado com *functionspan* que poderia ser considerado como *healthspan funcional* que deveria ser a prioridade na promoção de saúde nos idosos.

Ribeiro & Paúl (2011), destacam que os anos a serem vividos, devem ser passados com melhor qualidade de vida, capacidade funcional e bem-estar, com uma boa saúde e com uma vida ativa, quer em termos de funcionamento físico, quer em participação social. Isto significa que é importante desenvolver estratégias para que as pessoas mais velhas, vivam da melhor maneira possível o processo de envelhecimento, requerendo um enfoque multidimensional para a melhoria da qualidade de vida no adulto mais velho.

Segundo Zanjari et al. (2017), as sociedades devem oferecer oportunidades para que os idosos participem de programas nacionais, incluindo seguridade social, planejamento ambiental e urbano, serviços de saúde, sociedade civil e legislação, para promover o envelhecimento ativo. Os autores defendem que o índice de Envelhecimento Ativo da OMS, embora não seja uma forma de avaliação perfeita, é um meio de classificar diferentes países com base em medidas sociais adotadas para fornecer melhor qualidade de vida a sua população idosa.

Portugal tem valorizado a importância desta temática e procurado desenvolver políticas direcionadas para a melhoria da qualidade de vida no adulto mais velho, como uma resposta necessária a sociedade com vista a promover um envelhecimento ativo e saudável (Quaresma & Ribeirinho, 2016).

Segundo Amaro (2012) e Freitas et al. (2013), o envelhecimento ativo em Portugal ainda é afetado pela existência de discriminação das pessoas idosas em razão da idade, associadas ao estado de dependência, doenças e demências, que são condições ainda muito encontradas nessa faixa etária. Essas construções pré-concebidas e negativas da velhice, conhecidas como idadismo, acabam por afetar o autoconceito, a autoestima e geram isolamento social do adulto mais velho. Outros fatores que prejudicam a práxis do paradigma, segundo Souza-Guides, & Lodovici (2017) são a falta de oportunidades laborais, de integração social, a fraca cobertura de apoio à pessoa idosa e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Portugal com vista na adoção de medidas mais eficazes na promoção do envelhecimento ativo e saudável, reuniu várias áreas e setores da sociedade para desenvolver uma ampla proposta articulada, a "Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável" (ENEAS), para o período 2017-2025, alinhada com o Plano Nacional de Saúde, com o Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da Organização Mundial da Saúde, com as Propostas de Ação da União Europeia para a Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e com a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ENEAS, 2017).

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, pretende promover a saúde com bem-estar, a participação social, a inclusão do idoso, a interação entre geração, a não discriminação, a segurança, criação de ambientes favoráveis, investigação, adoção de estilos de vida saudáveis, no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem. E adaptando o Serviço Nacional de Saúde à pessoa idosa, com maior monitoramento, prestando assistência em todos os níveis e ampliando a formação dos profissionais de saúde, com ações de educação em saúde aos pacientes, suas famílias e cuidadores. Assim, Portugal pretende criar as condições até 2025, para promover uma política efetiva direcionada ao envelhecimento ativo e saudável, com

mais qualidade de vida, esperança de vida, reduzindo a exposição aos riscos e a mortalidade prematura (Morais, 2017).

No entanto, o termo envelhecimento ativo tem sido utilizado para se referir a diferentes aspetos nos últimos anos. Segundo Rodriguez-Rodriguez et al. (2017), vários pesquisadores classificaram e ofereceram uma definição do fenótipo do envelhecimento ativo de acordo com a OMS, equivalendo a boa capacidade funcional, aptidão física, envolvimento na família e /ou grupo de pares, manutenção do bem-estar subjetivo positivo, uma boa saúde física, social e mental, e maior engajamento com a comunidade ao longo do processo de envelhecimento. Esses fatores têm sido propostos como aspectos-chave e descrevem um fenótipo de envelhecimento ativo.

Segundo Nari et al. (2021), esse fenótipo ou status de envelhecimento ativo pode não ser uma construção positiva para os idosos mais vulneráveis. Embora a proposta da OMS do envelhecimento ativo seja de grande importância para a população idosa com o foco mudando para um envelhecimento mais saudável ao invés da longevidade, a influência do envelhecimento ativo e sua relação com a saúde mental, sobretudo com a depressão, continua sendo uma área pouco explorada.

Os mesmos autores, investigaram em estudo longitudinal a associação entre o envelhecimento ativo e a depressão em idosos da comunidade. Os resultados revelaram que os idosos que continuamente falharam em atingir ou manter o status de envelhecimento ativo, tiveram resultados mais elevados na depressão. Indicando com isso que, a construção de um padrão considerado como ativo e saudável, pode funcionar como fator de risco para depressão.

Motivo pelo qual o estabelecimento de políticas e intervenções que promovam o envelhecimento ativo, deve ter um olhar multidimensional, considerar a heterogeneidade e

incluir a promoção da saúde mental e combate da depressão na população idosa (Azevedo et al, 2019).

Conforme Cabral et al. (2013), a participação social é fundamental para o bem-estar da população idosa, constituindo um dos pilares do envelhecimento ativo. Os idosos são particularmente mais vulneráveis por vivenciarem uma fase da vida marcada por transições como a reforma, a viuvez, perda de familiares, que podem levar ao isolamento social e a depressão (Kok & Reynolds, 2017). Através do reforço dos laços sociais, das relações estabelecidas com os diversos subsistemas do meio ambiente, como a família, a vizinhança e os pares, é possível encontrar bem-estar, sensação de satisfação, promover estratégias de *coping* e resiliência para o enfrentar os decorrentes percalços do processo (Dominiak et al, 2021). Desta forma, a participação social, a interação da pessoa que envelhece com o meio, encontra-se associada a melhores níveis de satisfação, saúde e qualidade de vida (Eulálio, 2015, OMS, 2015).

Lak et al (2020), investigaram o envelhecimento ativo referido a perspectiva ecológica e apontam para a natureza multidimensional do conceito. Destacam as interrelações entre a pessoa que envelhece e o meio ambiente nos níveis individual, interpessoal e ambiental, considerando o ambiente nos multisistemas que o constituem: o micro (pessoa/saúde), o meso (processo) e os macrossistemas (local e formulação de políticas).

Os autores evidenciaram que a interação dos aspetos pessoais, ambientais, socioculturais, econômicos, do local e da formulação de políticas, levam a mais qualidade de vida, promoção de saúde e a vida mais ativa dos idosos. As condições ambientais ruins estavam entre os fatores que mais afetam a capacidade funcional dos idosos, enquanto os ambientes favoráveis possibilitam maior interação e adaptação no envelhecimento ativo e saudável.

Cabe referir a importância de elaborar planos de intervenção que proporcionem estados psicológicos positivos às pessoas idosas, de forma que, possam perceber que seu percurso é um processo à se empoderar, à se apropriar, se adaptando no equilíbrio de ganhos e perdas. A modificação da percepção da velhice se inicia com a aceitação de uma nova visão quanto ao seu próprio processo de envelhecimento, para que se adquira qualidade de vida com bem-estar físico, bem-estar psicológico e bem-estar social (Mendes, 2020).

Objetivos

Objetivo Principal

O presente estudo tem como objetivo principal compreender e caracterizar a relação entre o envelhecimento, a depressão e qualidade de vida em adultos mais velhos, bem como, analisar essas variáveis à luz dos fatores sociodemográficos.

Objetivos Específicos

1. Compreender e caracterizar o impacto da depressão na qualidade de vida no idoso.
2. Compreender e caracterizar quais as dimensões da qualidade de vida são mais afetadas na depressão.
3. Compreender e caracterizar a relação dos fatores sociodemográficos (idade, género, estado civil, escolaridade e situação profissional) e a qualidade de vidas dos idosos.
4. Compreender e caracterizar a relação dos fatores sociodemográficos (idade, género, estado civil, escolaridade e situação profissional) na sintomatologia depressiva dos idosos.

Frente a literatura científica pesquisada, poucos estudos relacionavam estas variáveis de forma independente. Quanto aos fatores sociodemográficos muitos estudos surgiram, contudo com distintas conceções e diferentes instrumentos de avaliação de qualidade de vida e da depressão nos idosos. Fez-se notar estudos escassos que articulassem a relação das principais variáveis com a conceção teórica, bem como, com o envelhecimento ativo em Portugal, tornando o presente objetivo relevante e um contributo.

Método

“O presente estudo insere-se num projeto de investigação mais vasto desenvolvido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social pelo grupo de investigação “Qualidade de vida, intervenção psicossocial e cidadania” coordenado pela Professora Doutora Tania Gaspar”.

Tendo em conta os objetivos em perspectiva, optou-se por utilizar uma abordagem quantitativa, que possibilita a análise direta dos dados, possui força demonstrativa, permite generalização pela representatividade da amostra, possibilita estabelecer relação entre variáveis e a inferência para outros contextos (Marques & Melo, 2017).

Participantes

A amostra do presente estudo é constituída por 423 participantes com idades compreendidas entre os 65 e os 99 anos, apresentando uma média de idades de 78,98 anos (DP=8,23). O estudo evidenciou que a maioria dos participantes é do género feminino (77,5%), viúvos (50,6%), reformados (95,1%), com ensino básico (53,5%) e cursam com alguma doença crônica (68,1%).

Instrumentos

Uma vez que a pesquisa quantitativa tem seu foco voltado na objetividade e percebe a realidade com base na análise de dados coletados com o apoio de instrumentos padronizados e neutros, destaca-se, portanto, o importante papel que os instrumentos adotados exercem na investigação quantitativa. Os resultados dos instrumentos permitem generalizações frente a representatividade das amostras, comumente grandes e significativas, ou seja, as amostras são consideradas representativas da população, cujos resultados dos instrumentos possibilitam conclusões que demonstram um reflexo da população alvo (Fonseca, 2012).

De forma que o presente estudo, utilizou como instrumentos para investigação, inicialmente, um questionário de recolha de dados sociodemográficos, a seguir o questionário de qualidade de vida WHOQOL-BREF e o questionário geral de saúde GHQ-28, sendo utilizado somente a subescala de depressão para o estudo em pauta.

Questionário de Dados Sociodemográficos

Foi construído um questionário sociodemográfico para a recolha das informações dos participantes, nomeadamente, os dados sociodemográficos, tais como: dados clínicos pessoais relevantes para o estudo. A recolha da informação social e demográfica dos participantes, permitiu o maior conhecimento da amostra, possibilitando, também, uma possível análise entre as variáveis.

Questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)

O WHOQOL-BREF foi o instrumento escolhido para avaliar a qualidade de vida dos indivíduos do estudo, tendo como base conceptual a definição de qualidade de vida da OMS. Inicialmente desenvolvido pelo WHOQOL Group (1994), foi validado para Portugal, por Canavarro et al. (2007), a partir da versão portuguesa do WHOQOL-100 (1985), tendo menor duração de aplicação, mas mantendo características psicométricas satisfatórias (Paschoal, 2015). Apesar do questionário ter sido desenvolvido como um instrumento auto-referido, a sua aplicação pode, se necessária, ser feita através de entrevista ou assistida pelo entrevistador (Emel et. al, 2017). WHOQOL- BREF é constituído por 26 questões, que avaliam quatro domínios: físico (7 itens), psicológico (6 itens), relações sociais (3 itens) e ambiente (8 itens). Inclui ainda, uma faceta acrescentada para avaliar a qualidade de vida e saúde geral (2 questões). O instrumento apresenta bons índices de consistência interna, com alfa de Cronbach 0,92. Mostrando-se, portanto, um instrumento fiável para avaliação de qualidade de vida da população portuguesa. Foi utilizada a versão portuguesa do WHOQOL-BREF traduzida e adaptada por Canavarro, et al. (2007) e Vaz Serra, et al. (2006).

Questionário de Saúde Geral (GHQ28)

A Saúde Global dos participantes foi medida através do Questionário de Saúde Geral de 28 itens (GHQ28) validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro e Antunes (2003). O GHQ-28 é um questionário de auto-preenchimento criado por Goldberg e Hillier em 1979, a partir da versão inicial do General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, 1972).

É composto por 28 itens aos quais o indivíduo responde através de uma escala do tipo Likert, de 0 a 3 valores. Inclui quatro subescalas: sintomas somáticos, ansiedade, insónia, disfunção social e depressão grave, onde em cada uma existem sete itens (Pais Ribeiro & Antunes, 2003).

O GHQ foi descrito originalmente por Goldberg (1972) como um questionário de rastreio de perturbação psiquiátrica em populações sem doença. Foi concebido para identificar, quer a incapacidade para realizar as atividades que são usuais nas pessoas, quer o aparecimento de fenómenos stressantes novos (Goldberg & Hillier, 1979). Não visa detetar traços estáveis, mas sim quebras no funcionamento usual. Não é um questionário de saúde geral é, antes, um questionário apropriado para avaliar a saúde mental ou o bem-estar psicológico. Segundo o manual do questionário, o GHQ-28 é utilizado para detetar a existência de provável perturbação psiquiátrica na população em geral, de entre a população da comunidade ou em contextos não psiquiátricos, tais como na saúde pública e nos cuidados primários como é o caso deste estudo. O GHQ-28 avalia o estado atual do indivíduo e identifica se este estado difere do seu estado normal. É sensível a perturbações psiquiátricas recentes, mas não a estados estáveis com existência prolongada (Ribeiro et al., 2015).

O General Health Questionnaire é um questionário autoaplicável usado para medir distúrbios psiquiátricos não psicóticos. A versão portuguesa do GHQ-28 possui uma medida internamente consistente de Cronbach $\alpha = 0,922$ para a escala total do GHQ-28. Os

resultados sugerem que o GHQ-28 é um instrumento de rastreamento adequado para a população portuguesa adulta em contextos não clínicos (Viera et al., 2011).

Procedimentos

Em vista da seleção dos participantes foi utilizado o método de amostragem não probabilística, não aleatória, por conveniência, procedendo-se à seleção dos locais onde se encontravam indivíduos dentro da faixa etária pretendida para a investigação. Assim, o procedimento de recolha de dados consistiu primeiramente, em contactar diversos locais tais como: centros de dia, residências seniores, lares, centros comunitários, universidades seniores, entre outros. A participação no estudo teve carácter voluntário, sendo o anonimato e a confidencialidade dos participantes e os dados recolhidos, garantida ao longo do estudo.

Durante a recolha de dados, os participantes foram informados do objetivo do estudo em que iriam participar, sendo solicitado o seu consentimento livre e esclarecido. Após a recolha de dados, foi atribuída uma numeração a cada questionário e inserido numa base de dados para posterior análise estatística. Na fase seguinte, quanto aos procedimentos estatísticos, procedeu-se à inserção e análise dos dados no programa estatístico SPSS, os quais serão apresentados no capítulo seguinte. Esses dados foram organizados, de forma a permitir a sintetização da informação, realizada através do agrupamento dos mesmos em tabelas que ajudam a identificar e compreender relações importantes entre as variáveis e que permitem uma análise descritiva dos dados.

Análise dos dados

Para a análise dos dados recolhidos foi utilizado o programa estatístico SPSS, versão 26 para o Windows (Statistical Package for the Social Sciences). Realizaram-se análises descritivas e de frequências para estabelecer a prevalência das variáveis em estudo. Utilizou-se as correlações de Pearson para analisar a relação entre as variáveis quantitativas, o teste t-student para comparar grupos, a Anova one way para identificar as diferenças nas variáveis com mais de dois grupos. A normalidade dos dados foi avaliada por meio dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. O pressuposto de homogeneidade de variância foi avaliado por meio do teste de Levene.

Para analisar os níveis de depressão nesses grupos, visto que a depressão não apresentava uma distribuição normal e homogénea foram realizados procedimentos de *bootstrapping* (1000 re-amostragens; 95% IC BCa) para se obter uma maior confiabilidade dos resultados, para corrigir desvios de normalidade da distribuição da amostra e diferenças entre os tamanhos dos grupos e, também, para apresentar um intervalo de confiança de 95% para as diferenças entre as médias (Haukoos & Lewis, 2005). Considerando a heterogeneidade de variância, foi solicitada a correção de Welch e a avaliação de post-hoc por meio da técnica de Games-Howell (Field, 2015).

Resultados

A apresentação dos resultados descreve os dados da recolha de dados e do tratamento estatístico com base nas questões de investigação que os nortearam. A fim de observar os resultados obtidos neste estudo para e posteriormente, reflexão.

A amostra do presente estudo é constituída por 423 participantes com idades compreendidas entre os 65 e os 99 anos, apresentando uma média de idades de 78,98 anos (DP=8,23). Relativamente ao género, 77,5% (n=327) dos participantes é do género feminino e 22,5% (n=95) dos participantes é do género masculino. A maioria dos sujeitos 53,5%

(n=223) completou a escolaridade básica, 22,2% não completou o ensino básico, 13,2% da amostra completou o ensino secundários e os restantes da amostra tem pelo menos um curso superior. Relativamente à situação profissional a maioria da amostra encontra-se reformada (95,1%). No que se refere ao estado civil existe uma maior percentagem de indivíduos viúvos 50,4%, a grande maioria dos participantes tem filhos, cerca de 83,6%, com prevalência de um ou dois filhos. Relativamente ao local de residência, a maior parte da amostra (46,3%) residem em casa própria, enquanto 123 (29,2%) dos participantes residem numa instituição, como pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3*Características sociodemográficas da amostra*

	n	%
Género		
Feminino	327	77,5
Masculino	95	22,5
Estado civil		
Solteiro	34	8,1
União de fato / casados	127	30,2
Separado / divorciado	47	11,2
Viúvo	213	50,4
Escolaridade		
Sem ensino básico	94	22,5
Ensino básico	223	53,5
Ensino secundário	55	13,2
Ensino superior	45	10,8
Situação profissional		
Ativo	7	1,7
Reformado(a)	390	95,1
Reformado(a) mas ativo	13	3,2
Tem filhos?		83,6
Sim	353	
Não	69	16,4
Se sim, quantos?		
1 filho	138	38,9
2 filhos	145	40,8
3 filhos ou mais	72	20,3

Tabela 3*Características sociodemográficas da amostra*

	n	%
Onde reside atualmente		
Casa própria	195	46,3
Casa dos filhos	33	7,8
Casa alugada	57	13,5
Instituição	123	29,2
Outra	13	3,1

Relativamente aos dados clínicos da amostra, 68,1% da amostra refere que tem pelo menos uma doença crónica, sendo as mais frequentes: a diabetes (20,6%), os problemas cardíacos (13,7%), a asma (6,9%), o cancro (5,2%), as doenças psiquiátricas e depressão (4,7%), as doenças neurodegenerativas e neurológicas (4,7%). Cerca de 73,6% dos participantes referem que tomam medicação referente às doenças mencionadas (tabela 4).

Tabela 4*Dados clínicos da amostra*

	n	%
Tem doença crónica?		
Não	131	31,9
Sim	280	68,1
Se sim, qual?		
Diabetes	48	20,6
Problemas cardíacos	32	13,7
Asma	17	6,9
Cancro	13	5,2
Doenças neurodegenerativas e neurológicas	11	4,7
Doenças psiquiátricas e depressão	11	4,7
Toma medicamentos relativos a esta doença?		
Não	97	26,4
Sim	270	73,6

Com relação a qualidade de vida, os sujeitos apresentaram uma média de 3,59 e analisados por domínios, o domínio físico apresenta uma média de 3,49 o psicológico de

3,57, o social de 3,71 e o ambiente de 3,59, o que indica que os participantes referem ter uma qualidade de vida mais próximo do satisfatório, como pode ser observado na tabela 5.

Tabela 5

Média e Desvio Padrão da escala de qualidade de vida

	M	DP
Domínio físico	3,49	0,76
Domínio psicológico	3,57	0,77
Domínio social	3,71	0,62
Domínio ambiente	3,59	0,60
Qualidade de vida geral	3,59	0,54

Relativamente a depressão grave o valor médio encontrado para a população do estudo foi de $M = 2,25$ ($DP = 3,40$), sendo que apenas 1,5% dos participantes apresentavam níveis de depressão

Correlações

Correlacionado as características sociodemográficas com a qualidade de vida e depressão foi possível encontrar algumas diferenças estatisticamente significativas nomeadamente com relação a idade, o género, ter ou não filhos, possuir uma doença crónica e residir em uma instituição, as quais passamos a descrever.

Idade aparece correlacionada negativamente com o domínio físico da qualidade de vida ($r = -0,158$, $p < 0,01$), com o domínio psicológico da qualidade de vida ($r = -0,224$, $p < 0,01$), com o domínio ambiente da qualidade de vida ($r = -0,196$, $p < 0,01$), e com os escores de qualidade de vida total ($r = -0,230$, $p < 0,01$), ou seja, os participantes com mais idade apresentam uma pior qualidade de vida geral e nos domínios físico, psicológico e ambiente.

Idade está positivamente correlacionada com a depressão ($r = 0,164$, $p < 0,01$), ou seja, os participantes mais velhos apresentam maiores índices de depressão.

Comparando os participantes relativamente ao género, encontramos uma diferença estatisticamente significativa na qualidade de vida domínio físico ($t(410) = -2,617$; $p =$

0,009), psicológico ($t(403) = -3,925; p = 0,000$), e na qualidade de vida geral ($t(303) = -2,52; p = 0,012$), sendo que os homens apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida no domínio físico ($M = 3,66, SE = 0,63$), no domínio psicológico ($M = 3,83, SE = 0,69$) e de qualidade de vida total ($M = 3,72, SE = 0,48$) do que as mulheres (Domínio Físico $M = 3,42, SE = 0,63$, Domínio Psicológico $M = 3,48, SE = 0,77$ e Qualidade de Vida Geral $M = 3,55, SE = 0,55$).

Analisando os níveis de depressão dos participantes que têm filhos encontramos uma diferença estatisticamente significativa ($t(406) = -2,308; p = 0,021$), sendo que os participantes que não têm filhos apresentam níveis mais elevados de depressão ($M = 3,11, SE = 4,06$) do que os que têm ($M = 3,23, SE = 3,23$).

Relativamente a qualidade de vida encontramos uma diferença estatisticamente significativa nos participantes que apresentam doença crónica especificamente no domínio físico ($t(410) = -2,617; p = 0,009$), psicológico ($t(403) = -3,925; p = 0,000$), e na qualidade de vida geral ($t(303) = -2,52; p = 0,012$), sendo que os participantes que não indicaram ter doença crónica apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida no domínio físico ($M = 3,82, SE = 0,65$), no domínio psicológico ($M = 3,73, SE = 0,76$) e de qualidade de vida total ($M = 3,76, SE = 0,54$) do que os participantes que apresentam alguma doença crónica (Domínio físico $M = 3,32, SE = 0,76$, Domínio Psicológico $M = 3,47, SE = 0,77$ e Qualidade de Vida Geral $M = 3,50, SE = 0,52$).

Encontramos uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de depressão ($t(406) = -2,476; p = 0,014$) dos participantes que vivem em uma instituição, sendo que os participantes que residem em uma instituição apresentam níveis mais elevados de depressão ($M = 2,85, SE = 3,44$) do que os que vivem em casa própria ou com familiares ($M = 1,96, SE = 3,36$). Também encontramos diferenças estatisticamente significativas com relação a esses participantes que vivem em instituições, relativamente a qualidade de vida geral ($t(330) =$

3,225; $p = 0,001$), ao domínio físico ($t(410) = 2,436$; $p = 0,015$) e ao domínio psicológico ($t(403) = 3,637$; $p = 0,000$), sendo que os que residem em instituições apresentam níveis mais baixos de qualidade de vida geral ($M = 3,45$, $SE = 0,51$), qualidade de vida física ($M = 3,35$, $SE = 0,77$) e qualidade de vida psicológica ($M = 3,36$, $SE = 0,78$), do que os que vivem em casa própria ou da família (Qualidade de Vida Geral $M = 3,65$, $SE = 0,54$, D. físico $M = 3,54$, $SE = 0,74$, D. Psicológico $M = 3,65$, $SE = 0,78$).

A Depressão está negativamente correlacionada com o domínio físico da qualidade de vida - Qualidade de Vida Domínio Físico ($r = -0,415$, $p < 0,01$), com o domínio psicológico da qualidade de vida - Qualidade de Vida Domínio Psicológico ($r = -0,516$, $p < 0,01$), com o domínio social da qualidade de vida - Qualidade de Vida Domínio Social ($r = -0,225$, $p < 0,01$), com o domínio ambiente da qualidade de vida - Qualidade de Vida Domínio Ambiente ($r = -0,371$, $p < 0,01$), e com qualidade de vida geral - Qualidade de Vida Geral ($r = -0,484$, $p < 0,01$), ou seja, os participantes com maiores níveis de depressão apresentam uma pior qualidade de vida geral e em todos os domínios da qualidade de vida, com destaque para o domínio psicológico da qualidade de vida que apresenta o resultado mais comprometidos dentre todos os domínios da qualidade de vida dos participantes.

Anova

Os testes de distribuição de normalidade demonstraram que a variável depressão não apresentava distribuição normal (Kolmogorov-Smirnov = 0,255, $p < 0,001$; Shapiro-Wilk = 0,688, $p < 0,001$), e o teste de Levene demonstrou que os grupos referentes ao estado civil não apresentam homogeneidade de variância (Levene (3,403) = 7,267, $p < 0,001$).

Os resultados da ANOVA demonstraram que havia diferenças entre o estado civil relativamente aos níveis de depressão [Welch's F (3, 112,885) = 4,046, $p = 0,009$]. O teste post-hoc de Games-Howell demonstrou que foram encontradas diferenças significativas

entre o grupo de viúvos e casados/união de facto e entre os viúvos e os separados/divorciado, como pode ser observado na tabela abaixo (Tabela 6).

Tabela 6

Teste post-hoc de Games-Howell com Bootstrapping (95% IC BCa) na comparação do estado civil e o nível de depressão.

Comparações entre grupos		Diferença de Médias	Estimativas de Bootstrapping (95% IC BCa)		
			Erro-padrão	Limite inferior	Limite Superior
Viúvo(a)	Solteiro(a)	0,469	0,542	-6,92	1,53
	Casado(a)/ união de facto	1,134	0,357	0,450	1,81
	separado(a)/ divorciado(a)	1,282	0,470	0,322	2,13

Já na análise relativamente a escolaridade, os resultados da ANOVA demonstraram que haviam diferenças entre os grupos relativamente aos níveis de depressão [Welch's $F(3, 133,814) = 5,545, p = 0,001$]. O teste post-hoc de Games-Howell demonstrou que foram encontradas diferenças significativas entre o grupo sem ensino básico e o grupo com ensino secundário e entre o grupo sem ensino básico e o grupo com ensino superior, como pode ser observado na tabela abaixo (Tabela 7).

Tabela 7

Teste post-hoc de Games-Howell com Bootstrapping (95% IC BCa) na comparação da escolaridade e o nível de depressão.

Comparações entre grupos		Diferença de Médias	Estimativas de Bootstrapping (95% IC BCa)		
			Erro padrão	Limite inferior	Limite Superior
Sem ensino básico	Ensino básico	1,137	0,482	0,281	2,06
	Ensino secundário	1,859	0,603	0,661	2,96
	Ensino superior	2,115	0,540	1,081	3,09

Com relação a qualidade de vida os testes de distribuição de normalidade mostraram que a variável apresentava distribuição normal (Kolmogorov-Smirnov = 0,056, $p = 0,115$; Shapiro-Wilk = 0,993, $p < 0,118$) e o teste de Levene demonstrou que os grupos referentes ao estado civil apresentam homogeneidade de variância (Levene (3,329) = 1,466, $p = 0,224$). O teste da ANOVA demonstra que existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos [F (3,329) = 5,119, $p = 0,002$] e esta diferença encontra-se entre o grupo de casados/união de facto e os viúvos, como apresentado na tabela 8.

Tabela 8

Teste da ANOVA na qualidade de vida total e a variável do estado civil

Comparações entre grupos		Diferença de Médias	Intervalo de confiança 95% Erro padrão	Intervalo de confiança 95%	
				Limite inferior	Limite Superior
Viúvo	Solteiro	-0,174	0,112	-0,463	0,115
	Casados/união de facto	-0,256*	0,066	-0,427	-0,85
	Separado/ divorciado	-0,107	0,928	-0,347	0,132

Nota: * $p < 0,05$

Para verificar a existência de diferenças na qualidade de vida entre os grupos na variável escolaridade procedeu-se novamente um teste de ANOVA, e os resultados encontraram diferença estatisticamente significativa entre os grupos [F (3,327) = 10,574, $p < 0,001$]. Numa análise mais detalhada verificou-se que as diferenças estavam presentes entre os grupos sem ensino básico, ensino básico e ensino superior como pode ser observado na tabela 9.

Tabela 9*Teste da ANOVA na qualidade de vida total e a variável escolaridade*

Comparações entre grupos		Diferença de Médias	Erro padrão	Intervalo de confiança 95%	
				Limite inferior	Limite Superior
Sem ensino básico	Ensino básico	-0,269*	0,749	-0,462	-0,752
	Ensino secundário	-0,381*	0,983	-0,635	-0,127
	Ensino superior	-0,543*	0,102	-0,807	-0,278
Ensino Básico	Sem ensino básico	0,268*	0,074	0,075	0,462
	Ensino secundário	-0,112	0,845	-0,330	0,105
	Ensino superior	-0,274*	0,089	-0,5044	-0,044

Nota: * $p < 0,05$ **Regressão**

Realizou-se uma regressão linear, com o interesse de se verificar os principais preditores de qualidade de vida dos idosos (tabela 10). Onde se verifica que a depressão ($B = -0,075$; $p < 0,001$), a escolaridade ($B = 0,120$; $p < 0,001$), o género ($B = 0,119$; $p < 0,001$) e ter doença crónica ($B = -0,239$; $p < 0,001$) são preditores da qualidade de vida dos idosos participantes do estudo. No conjunto, o total das variáveis deste modelo explicam 33% da variância [$F = 96,099$ (21,380), $p = 0,001$].

Tabela 10*Regressão linear preditores da qualidade de vida*

		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t
		B	Erro padrão	Beta	
1	(Constantes)	3,758	,032		118,561
	Depressão	-,082	,008	-,483	-9,803**
2	(Constantes)	3,457	,073		47,394
	Depressão	-,075	,008	-,445	-9,153**
	Escolaridade	,130	,029	,221	4,559**
3	(Constantes)	3,852	,115		33,486
	Depressão	-,075	,008	-,442	-9,356**
	Escolaridade	,128	,028	,218	4,619**
	Doença crónica	-,233	,054	-,203	-4,359**
4	(Constantes)	3,731	,129		28,967
	Depressão	-,075	,008	-,441	-9,370**
	Escolaridade	,120	,028	,205	4,305**
	Doença crónica	-,239	,053	-,208	-4,490**
	Género	,119	,058	,096	2,040*

Nota: ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$

Discussão

Os resultados do presente estudo evidenciaram que a depressão está negativamente correlacionada com o domínio físico, com o domínio psicológico, com o domínio social, com o domínio ambiente e com a qualidade de vida geral. De forma que os participantes com maiores níveis de depressão apresentaram resultados significativos, indicando uma pior qualidade de vida geral, com comprometimento em todos os domínios da qualidade de vida, com destaque, sobretudo, nos domínios físico e psicológico. Portanto, a depressão afeta todos os domínios da qualidade de vida no adulto mais velho, sendo um importante fator de risco que deve ser considerada ao se pensar em políticas públicas de saúde voltada aos idosos.

Os resultados obtidos concordam com estudos de Chang et al. (2015), onde evidenciam que a depressão pode afetar as facetas do WHOQOL-BREF em idosos, indicando com isso que a presença da depressão compromete todos os domínios da qualidade de vida do idoso. Aponta ainda, que a depressão pode mediar a relação entre o nível de incapacidade funcional e a qualidade de vida. A presença da depressão aumenta o comprometimento funcional, diminui a autonomia e piora a qualidade de vida do adulto mais velho.

Corroboram ainda, com a ampla revisão sistemática sobre a depressão em idosos, na qual Ramos et al. (2019), evidenciaram que a depressão nos idosos é um das perturbações mais frequentes, agravada pelo aumento da idade, das doenças crônicas e da ansiedade no adulto mais velho. Indicando a necessidade de intervenções preventivas que estimulem o apoio e participação social, a prática de atividade física, o lazer e hábitos saudáveis, com vista à diminuição do sofrimento psíquico e uma maior autonomia e qualidade de vida.

No presente estudo, ao correlacionar as características sociodemográficas com a qualidade de vida e a depressão, foi possível encontrar algumas diferenças estatisticamente significativas nomeadamente com relação à idade, género, escolaridade, possuir doença crónica e residir numa instituição, ser ou não casado/união de fato e ter ou não filhos.

Os resultados revelaram que os participantes mais velhos apresentaram maiores índices de depressão e denotaram uma pior qualidade de vida geral, sobretudo nos domínios físico, psicológico e ambiente. De forma a evidenciar a idade como um fator de risco a depressão e, conseqüentemente, de pior qualidade de vida.

O resultado apresenta concordância com o estudo de Sivertsen et al. (2015), no qual verificou maior prevalência da depressão em relação à idade mais avançada e na sua relação com a doença crónica e declínio funcional, cuja relação afeta a qualidade de vida dos idosos.

Condiz ainda, com o amplo estudo de Van der Vorst et al., (2016) ao identificar fatores de risco e proteção em idosos com mais de 75 anos, residentes da comunidade, onde apontou como fatores de risco mais prevalentes a maior idade, o sexo feminino e a presença de doença crónica. A idade mais avançada é destacada como um importante fator de risco para o desenvolvimento de limitações em atividades de vida diária, com o aumento do declínio funcional nas idades mais avançadas, que acaba por culminar em depressão e isolamento social. Desta forma, a idade é um fator de risco para a depressão e para os baixos índices de qualidade de vida. No entanto, fatores protetores em múltiplos estudos apontam para a prática regular de atividade física, ser casado e residir com a família.

Embora concorde com a importância da idade como fator de risco para a depressão e para a baixa qualidade de vida, o estudo de Han et al. (2020), discorda da relação da idade com a doença crónica e declínio funcional. Ao investigar a associação entre depressão e qualidade de vida em 1.002 idosos centenários na China, os resultados mostraram que a idade aparece como fator de risco importante para a depressão, afetando negativamente a qualidade de vida dos mais idosos em todos os domínios, sobretudo em mulheres, de baixa escolaridade. No entanto, a idade não se relacionou com a existência de doenças crónicas, sendo que os mais idosos sem doenças crónicas apresentaram mais depressão e maior comprometimento na qualidade de vida, indicando o fator idade como uma variável

independente e revelando a sua importância enquanto fator de risco para a depressão e a pior qualidade de vida, mesmo sem comorbilidades associadas.

Em relação ao género, o presente estudo encontrou uma diferença estatisticamente significativa, indicando que os homens apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida do que as mulheres. Contudo, o presente estudo não apontou, especificamente, diferença significativa do género em relação à depressão. Essa inferência não significa que esse dado inexistia, apenas não se conseguiu demonstrar a relação do género com a depressão neste estudo, facto que pode ter ocorrido devido a amostra ser predominantemente feminina.

A relação da diferença do género com a depressão foi apontada pela primeira vez na década de 1970, (Weissman & Klerman, 1977 citado por Salk et al., 2017) ao observar que aproximadamente duas vezes mais mulheres sofriam de depressão do que os homens, entre adultos e idosos em amostras clínicas e comunitárias. A partir deste artigo, a relação da depressão com a diferença de género está a ser amplamente estudada.

Os resultados encontrados condizem com diversos estudos que revelam a existência da feminização da depressão, com prevalência de cerca de duas vezes mais acometimentos da perturbação depressiva major no género feminino do que no masculino, dado já considerado como fator de risco indicativo, apresentado pela OMS (2016), que aponta a depressão como uma prioridade de saúde global, responsável por 10% da carga total de doenças não fatais em todo o mundo, recaindo desproporcionalmente sobre as mulheres.

Segundo o estudo de Ferrari et al. (2013), a prevalência global de perturbação depressiva major em 12 meses foi de 5,8% em mulheres e 3,5% em homens. A diferença de género na depressão é um importante fator de risco, geralmente considerada duas vezes mais prevalente nas mulheres do que homens, representa uma grande disparidade de saúde.

Consistente com o estudo meta analítico amplo de Salk et al. (2017), abarcando cerca de 90 países, no qual apresentam que a diferença de género na depressão já aparece desde a

adolescência e permanece preponderante na adultez e no adulto mais velho, indicando que a feminização da depressão não ocorre somente na idade avançada, mas ao longo da vida.

Os autores alertam para o perigo de uma estereotipia da depressão que seria prejudicial para ambos os géneros. O estereótipo poderia levar a um diagnóstico excessivo de depressão em mulheres e, potencialmente, a um excesso de medicação. Pelo contrário, para o género masculino poderia significar a negligência da depressão por preconceitos de género.

Ainda segundo os autores, embora os homens tenham menos probabilidade de desenvolver depressão, isso não significa que não a desenvolvam e que tenham seus efeitos deletérios em vários domínios das suas vidas. A depressão nos homens não deve ser negligenciada. Cabe lembrar que, em Portugal, o género preponderante a cometer atos suicidários em idosos, são do género masculino, com depressão geralmente negligenciada e isolados socialmente (Salk et al., 2017, INE, 2019).

Relativamente à escolaridade, o presente estudo encontrou uma diferença estatisticamente significativa, indicando que a baixa escolaridade é um fator de risco para a depressão e para uma pior qualidade de vida.

Resultado que concorda com estudo de Nóbrega et al. (2015), onde apresenta que grau de instrução associado à depressão, pode ser justificado por uma reação em cadeia, em que o baixo nível de escolaridade pode levar à inadequação da renda e impedir o acesso a cuidados de saúde, lazer e apoio social, causando isolamento social e índices mais baixos na qualidade de vida.

Diversos estudos realizados mostram que a baixa escolaridade é considerada um fator altamente influenciador no acometimento dos sintomas depressivos, particularmente relacionado à perturbação depressiva major em idosos da comunidade (Almeida et al, 2015, Apóstolo et al, 2014).

Os resultados concordam com o estudo de Maximiano-Barreto e Oliveira (2017), ao considerar as restrições decorrentes dos baixos níveis de escolaridade e socioeconómico presentes em idosos da comunidade. Concluindo que essas variáveis podem corroborar para o aumento da depressão, sendo fatores de risco para depressão e desencadeadores de comprometimento na qualidade de vida de idosos. Apontam ainda, para a dificuldade de acesso à saúde, de medicamentos, na capacidade de leitura, na interpretação de textos, no baixo acesso à informação e na adesão de tratamentos. Desta forma, a escolaridade é um importante aspeto a ser considerado para a eficácia das políticas públicas para promoção de saúde nos idosos.

O estudo de Janini et al. (2015), demonstra que a escolaridade tem incontestável papel na qualidade de vida e que a aprendizagem pode desempenhar um importante fator de proteção contra a depressão. O acesso à educação possibilita uma maior autonomia, autoestima e autocuidado. E aponta para a crucial importância do papel desempenhado pela dimensão da aprendizagem para a melhoria da qualidade de vida do adulto mais velho. Além da educação prévia, a formação contínua e as novas oportunidades, com advento da tecnologia, podem ser aliados na qualidade de vida dos idosos.

O presente estudo evidenciou piores índices de qualidade de vida em idosos com doença crónica não transmissível, apresentando diferença significativa em relação aos participantes sem doença crónica. De forma que, os participantes que não indicaram ter doença crónica, apresentaram níveis mais elevados de qualidade de vida. Assim, foi possível entender a existência da doença crónica não transmissível como um fator preditivo da depressão e do comprometimento da qualidade de vida.

Condizente com estudo de Pereira et al. (2017), ao analisar a relação da qualidade de vida em idosos com doença crónica, onde verificou a existência de uma significativa correlação inversa entre o agravamento de comorbidades/complicações da doença crónica e a

qualidade de vida, sobretudo em relação ao domínio psicológico que foi considerado o mais prejudicado. Contrariamente, os idosos que tinham menos comorbidades/complicações apresentavam o domínio das relações sociais mais fortalecido.

Concorda com o estudo apresentado por Silva et al. (2017), ao analisar 1.391 idosos, constatou que 81% da amostra referiu existência de doença crônica associada a sintomas depressivos, com destaque para o género feminino, a baixa escolaridade e a viuvez. Em contrapartida o facto de ter mais de oito anos de escolaridade e ser casado/união de fato, mostraram-se fatores protetores em relação à depressão e à qualidade de vida nos idosos, mesmo com a presença de doenças crónicas. A relação da doença crónica e depressão é um importante fator preditivo da qualidade de vida nos idosos.

No estudo de Read et al. (2017), foi evidenciado que a depressão é duas a três vezes mais prevalente em adultos mais velhos, com comorbidade em comparação com pessoas sem comorbidade ou sem condição física crônica. Aferiu-se 45% mais possibilidade do idoso desenvolver uma perturbação depressiva com a presença de uma doença crônica em comparação com idosos sem nenhuma condição física crónica. Um maior conhecimento desse risco pode auxiliar na identificação e no controle da depressão.

Segundo Nóbrega et al. (2015), a associação entre doenças crónicas e depressão é bimodal, de modo que a depressão pode precipitar o surgimento de doenças crónicas ou estas podem exacerbar sintomas depressivos por meio dos efeitos diretos na função cerebral ou através de alterações psicológicas e psicossociais, que podem levar à incapacidade funcional nas atividades de vida diárias, causando maior dependência, perda de autonomia e pior qualidade de vida.

Ao comparar os indivíduos que vivem em instituição com os que vivem em casa própria ou de familiares, o presente estudo encontrou diferença estatisticamente significativa

nos níveis de depressão, revelando que os participantes que vivem em instituição, apresentam níveis mais elevados de depressão do que os que vivem em casa própria ou com familiares.

Os resultados foram concordantes com estudos de Apóstolo et al. (2014) que referem pior qualidade de vida de idosos que residem em instituições, com índices mais baixos de qualidade de vida, sobretudo no domínio físico e psicológico, do que os que vivem em casa própria ou da família, revelando a importância do agregado familiar para a qualidade de vida do idoso.

Alinhado com o estudo de Cucato et al. (2016), ao comparar os indicadores de qualidade de vida relacionados à saúde dos idosos de ambos os géneros institucionalizados e residentes na comunidade. Revelou que os idosos homens institucionalizados apresentaram *scores* mais baixos nos domínios físico e psicológico, em comparação aos idosos que moram na comunidade. Ao passo que nas mulheres, as pontuações em todos os domínios (físico, psicológico, social e ambiente) foram piores entre indivíduos institucionalizados do que os residentes na comunidade. Desta forma, percebe-se que os idosos institucionalizados independentemente do género, relataram piores *scores* na qualidade de vida em comparação com seus pares residentes na comunidade.

Quanto aos resultados encontrados a respeito do estado civil e da presença de filhos, o presente estudo evidenciou que os indivíduos viúvos ou sozinhos, apresentavam pior qualidade de vida em relação ao grupo de indivíduos casados/união de facto. Revelou-se ainda que, os participantes que não têm filhos, apresentaram níveis mais elevados de depressão do que os que têm filhos.

Os resultados vão de encontro com estudo de Fidecki et al. (2015), no qual mostraram que os idosos casados e aqueles que permanecem com a família têm melhor qualidade de vida do que aqueles que vivem sozinhos.

Concorda com os estudos de Silva et al. (2017) e Moudi et al. (2020), que analisaram a qualidade de vida em relação ao estado civil de adultos mais velhos, mediante o qual identificaram como resultado que ser casado, desempenham papel importante em todos os aspectos da qualidade de vida dos idosos, indicando que ser casado/união de facto é um importante fator protetor em relação a depressão e a qualidade de vida nos idosos.

Condizente com o estudo de Alibasic et al. (2018) e de Lou et al. (2016), onde afirmam que os idosos que moram sozinhos, com solidão, são mais depressivos do que os idosos que vivem em ambiente familiar ou com a presença do cônjuge. Ressalta-se que os idosos que vivem sozinhos, frequentemente, sofrem de depressão sem que ninguém perceba.

Os resultados do presente estudo foram consistentes com os estudos anteriores que demonstraram que o estado civil desempenha um papel importante na qualidade de vida dos idosos. Assim, ser casado ou ter um cônjuge e ter a presença de familiares, pode ser um fator protetor contra a depressão e positivo quanto à qualidade de vida na velhice. Desta forma, os resultados apontaram para a importância dos familiares e do cônjuge como apoio social para a qualidade de vida do idoso.

Em concordância com o recente estudo longitudinal Li e Tung (2020), sobre envelhecimento e depressão, em amostra de 2.426 idosos em Taiwan, indicou que o apoio social e familiar é um dos mais importantes fatores de proteção em relação à depressão na população idosa, desempenhando um papel mediador entre a participação social e a depressão. O fortalecimento do apoio social e familiar tende a melhorar a resiliência dos idosos e a permitir que eles cursem com melhor prognóstico diante da depressão, bem como ajuda a restaurar o estado de saúde e a desfrutar de uma vida satisfatória com bem-estar e índices positivos de qualidade de vida.

Segundo a revisão sistemática meta-analítica de Tengku Mohd et al. (2019), sobre a associação entre o apoio social e a proteção contra a depressão, evidenciou que as fontes de

apoio variaram com os diferentes períodos de vida, enquanto adultos e idosos dependem mais dos cônjuges, da família e dos amigos. Observou-se que em idosos da comunidade, o apoio social foi medido por múltiplos componentes, demonstrando que um apoio social geral é considerado positivo, (como ter um cônjuge ou companheiro, morar com a família, ter uma rede social, participação social, residir na mesma vizinhança por vários anos, ter mais contacto com a família e amigos, ter apoio emocional e instrumental, sentir o apoio da família e cuidadores) e estão associados a proteção da depressão entre os adultos mais velhos.

Os resultados apontam para a importância da existência de uma rede de suporte e/ou apoio social como importante aspeto de proteção contra a depressão ao passo que a falta de uma rede de proteção e de um agregado familiar, é fator de risco para depressão e, consequentemente, para a baixa qualidade de vida do adulto mais velho (Köhler, 2018).

Concordando com estudo de Gariépy et al. (2016), ao investigar em revisão sistemática, a importância do apoio social como fator de proteção contra a depressão, evidenciou que o apoio social aparece associado à proteção contra a depressão em diferentes períodos de vida. Revelando que, para os idosos, os resultados dependiam mais da presença dos cônjuges, seguidos pela família e dos amigos, ressaltando a heterogeneidade significativa na medição do apoio social e indicando que cada cultura pode ter elementos diferentes que constituam o que consideram apoio social.

De acordo com estudo de Bélanger et al. (2016), a associação entre o apoio social e os indicadores de saúde e qualidade de vida diferem entre os idosos canadenses e latino-americanos. Revelando que entre os idosos, diferentes fontes de apoio foram relevantes para a saúde entre as sociedades. O apoio de amigos e ter um parceiro eram a prioridade no Canadá, enquanto na América Latina, o apoio da família, dos filhos e do parceiro estava associado a menos depressão e melhor qualidade de vida.

Os resultados do presente estudo vão de encontro com a investigação de Lee et al. (2019) explorou as medidas de apoio social em estudos que examinam a associação entre o apoio social e a depressão entre idosos residentes na comunidade. Os resultados enfatizaram a associação entre o apoio social e a diminuição da depressão entre os idosos. Assim, o apoio familiar tem maior influência sobre a depressão entre os idosos, indicando que a instituição familiar precisa ser incorporada em programas e intervenções projetadas para o combate da depressão no adulto mais velho. Por outro lado, a solidão estava correlacionada com piores índices de qualidade de vida e saúde mental.

A importância do suporte social condiz com os modelos teóricos que alicerçam o presente estudo, destacando a relevância da interrelação do indivíduo com o contexto com o qual está dinamicamente interligado de forma heterogénea e ativa nessa etapa do ciclo vital. Aspecto que deve ser considerado para implementar projetos de envelhecimento ativo, saudável e com qualidade de vida (Han et al., 2020).

Em suma, pode dizer-se que o presente estudo evidenciou que a presença da depressão compromete todos os domínios da qualidade de vida dos idosos. A existência de baixa escolaridade, do género feminino, da idade mais avançada, da presença de doença crónica, da viuvez ou não ter um companheiro, de não ter filhos, de não ter uma atividade profissional e de residir em instituição, podem ser fatores de risco para a depressão e para o comprometimento da qualidade de vida nos idosos.

Salienta-se, sobretudo, os resultados relativos ao impacto negativo da presença da depressão e, em contrapartida, a relevância positiva do apoio social para a qualidade de vida do adulto mais velho em Portugal.

Todos os aspetos evidenciados pelo atual estudo devem ser considerados tanto no atendimento, como na implementação de políticas públicas para uma efetiva melhoria na qualidade de vida do adulto mais velho.

Conclusão

A população global está a envelhecer. Em todo o mundo, a proporção da população com 65 anos ou mais aumentou e continuará a aumentar e, em breve, irá representar grande parte da população mundial (Bloom, 2020).

Devido às mudanças drásticas na estrutura populacional, os problemas relacionados com o envelhecimento têm condicionado significativamente o desenvolvimento social e económico, os padrões de prevalência de saúde e doenças e o estilo de vida dos indivíduos, sendo uma temática de grande importância, frente à qual cabe a relevância do presente estudo.

Portugal, ocupa hoje, a posição de terceiro país mais envelhecido da União Europeia, apresentado um aumento significativo do número de adultos mais velhos. Assim como outros países da Europa, tem registado nas últimas décadas profundas transformações demográficas frente as quais necessita de propostas e soluções.

Com o aumento do envelhecimento aumenta a possibilidade de desenvolver a depressão, que é considerada a perturbação da saúde mental mais comum em idosos. A depressão é uma doença grave que limita severamente o funcionamento psicossocial e diminui a qualidade de vida em todos os domínios. Contudo, é muitas vezes negligenciada e subclínica nos idosos, não recebendo tratamento adequado podendo produzir efeitos devastadores na vida da pessoa que envelhece (Malhi & Mann, 2018, Lamper & Ferreira, 2018)

Classificada pela OMS como importante problema de saúde pública a depressão, sobretudo no idoso, acarreta um impacto negativo em todos os domínios da qualidade de vida. Na prática, a sua deteção, diagnóstico e gestão muitas vezes representa desafios para os clínicos por causa de suas diversas apresentações, curso, prognóstico e resposta variável ao tratamento (Salk et al., 2017)

A depressão é um importante problema de saúde mental da sociedade desenvolvida, pois ainda é fracamente descoberta e insuficientemente tratada nos idosos. É mais comum em idosos fisicamente doentes ou com doenças crónicas, do que em seus contemporâneos fisicamente saudáveis. Necessita de intervenção de abordagem multimodal já na atenção primária com diferentes níveis de abordagens e diretrizes para melhorar a prevenção, deteção e tratamento dos idosos com depressão (Dominiak et al., 2021).

Ao considerar a qualidade de vida do idoso todas as dimensões devem ser contempladas, considerando a pessoa que envelhece com olhar biopsicossocial, entendendo que os múltiplos domínios que constituem a promoção da qualidade de vida no idoso. Aspeto que torna inevitável considerar o envelhecimento ativo e saudável em Portugal.

Nos últimos anos, houve um maior ênfase na promoção do envelhecimento saudável e ativo proposto pela OMS como paradigma para a promoção de saúde e da qualidade de vida. A qualidade de vida, de forma abrangente, reflete diversos fatores relacionados à saúde dos idosos, abrangendo importantes aspetos biopsicossociais, sendo considerada um importante indicador de envelhecimento saudável (Han et al., 2020),

O presente estudo objetivou compreender e caracterizar a relação entre o envelhecimento, a depressão e a qualidade de vida dos idosos portugueses, considerando-os em relação às variáveis sociodemográficas: idade, género, estado civil, escolaridade e situação profissional.

Conclui-se por meio do presente estudo, que a presença da depressão está relacionada a uma pior qualidade de vida global e funcional. Os resultados apontaram para o efeito negativo da depressão que compromete todos os domínios da qualidade de vida no adulto mais velho. Indicando a necessidade de maior cautela na avaliação do idoso, por ser uma perturbação muitas vezes, subdiagnosticada que pode acarretar grandes prejuízos na qualidade de vida dos idosos.

Evidenciou-se ainda que piores níveis de qualidade de vida estão associados a idosos do género feminino, com maior idade, menor escolaridade, viúvas, sem filhos, com doença crónica, residentes em instituições e reformadas. Por outro lado, os maiores níveis de qualidade de vida relacionam-se a ausência de depressão e de doenças crónicas, a idosos do género masculino, a pessoas com menor idade, com maior escolaridade, que vivem com conjuge, que tem filhos, que residem em casa própria ou com familiares e que são ativos profissionalmente.

Os dados obtidos no estudo, permitem compreender que a qualidade de vida dos idosos não está relacionada apenas com a ausência de doenças, mas é dependente também de um conjunto de fatores associados, como: rede de proteção, suporte familiar, capacidade funcional, saúde mental, engajamento social, apoio social, entre outros.

Ressalta-se a importância dos aspetos sociodemográficos nos domínios biopsicossociais da qualidade de vida do adulto mais velho, que interferem como fatores de risco ou fatores de proteção na qualidade de vida do adulto mais velho. É importante que as ações propostas devam ser repensadas, elaboradas e direcionadas para atender e contribuir a partir de dados obtidos do presente estudo e de estudos semelhantes, para que tais medidas sejam efetivas e possam ter adesão dessa esfera da população.

Pode-se conjecturar que, se a depressão afeta todos os domínios da qualidade de vida no adulto mais velho, certamente compromete o envelhecimento ativo e saudável proposto pela OMS, que recebe algumas críticas por não incluir com a devida magnitude a saúde mental como medida prioritária no processo do envelhecimento saudável. Entretanto, é uma proposta que dialoga com a teoria *lifespan* e pode ser entendida com uma forte vertente ecológica considerando a importância da interação com o ambiente e o quanto este pode contribuir para o equilíbrio de ganhos e perdas, no processo do envelhecimento ao longo da vida.

Espera-se que o presente estudo possa servir como contributo para um maior entendimento sobre o envelhecimento e sua relação com o ambiente, com a depressão e com a qualidade de vida no adulto mais velho em Portugal, destacando a importância dos fatores sociodemográficos associados, bem como a importância do apoio familiar e social. Pretende-se assim, propiciar futuras investigações com maior aquisição de conhecimento e possibilidade efetiva de implementação de políticas públicas de saúde, que promovam a diminuição dos sintomas depressivos, possibilitem um envelhecimento ativo e saudável com a melhoria da qualidade de vida do idoso.

Finalmente, é importante destacar a importância de se reconhecer a heterogeneidade da população idosa quando se avalia a qualidade de vida. Considera-se, portanto, que os objetivos do estudo foram alcançados e espera-se que este estudo possa contribuir para intervenções mais eficazes na melhoria na qualidade de vida no adulto mais velho com depressão em Portugal.

Limitações e Contributos

Como limitações do estudo pode-se apontar o modelo transversal, quantitativo, sendo um recorte que limita um aprofundamento da temática e nenhuma inferência causal pode ser desenhada. Outro aspeto a ser apontado, é quanto ao grupo amostral compreender uma elevada amplitude intervalar relativamente à idade dos participantes, compreendidas entre os 65 e os 99 anos, que pode ter influenciado os resultados.

Outro aspeto ainda, diz respeito à assimetria da amostra em relação ao género, com a amostra predominantemente feminina, pode ter afetado os resultados do estudo. Assim como, a homogeneidade da amostra em relação à situação profissional, cuja predominância encontrava-se reformada, podendo ter comprometido alguns resultados.

Outro ponto importante a ser destacado, refere-se ao facto de o estudo apenas considerar a depressão severa ou major, avaliada pelo QSG-28, e não por um diagnóstico

clínico. Embora seja um instrumento sensível para amostras não clínicas, pode não ter sido o mais indicado para a avaliação específica da depressão em adultos mais velhos.

Ressalta-se, por fim, a carência de artigos nacionais de psicologia, direcionados para a realidade dos idosos portugueses, indicando uma maior necessidade de publicações científicas com essa temática, sobretudo, voltada para a articulação da depressão com a população idosa e longeva em Portugal.

Em compensação, espera-se que o presente estudo possa contribuir frente à problemática do envelhecimento mundial e da sua relação com a depressão e a consequente diminuição da qualidade de vida dos idosos.

O presente estudo forneceu dados obtidos da população idosa portuguesa, além de ampla pesquisa bibliográfica, que podem servir para futuros estudos e intervenções mais precisas, sendo ainda um contributo para a produção científica voltada a essa população em Portugal.

Além de apresentar uma articulação teórica, pouco encontrada na literatura, entre duas correntes teóricas contextualistas da psicologia do desenvolvimento, (a teoria ecológica de Bronfenbrenner e a teoria *lifespan* de Baltes) por entender que elas se complementam e fornecem um importante alicerce teórico para se pensar o envelhecimento.

O presente estudo pretendeu destacar a importância da interação dos idosos com o apoio social e com a rede de suporte para o alcance da melhoria na qualidade de vida dos idosos em Portugal, bem como apresentou algumas implicações para a prática clínica com idosos com depressão.

Procurou-se ainda, ressaltar a importância da saúde mental, nomeadamente da depressão na qualidade de vida dos idosos. Pretendeu-se chamar à atenção para os efeitos comprometedores da depressão, que embora relevantes, ainda são negligenciados, tanto na

prática clínica, quanto na sua inclusão em programas que buscam promover o envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Dessa forma, o presente estudo pretendeu contribuir ainda, para novas e futuras intervenções mais eficazes no combate e prevenção da depressão e na promoção de um maior engajamento social, possibilitando assim, uma melhor qualidade de vida ao adulto mais velho em Portugal.

Sugestões para investigações futuras

Sugere-se que novos estudos sejam realizados de forma a aprofundar a temática, ressaltando a importância de ensaios longitudinais sobre a depressão e a qualidade de vida dos idosos portugueses. Podendo assim, esclarecer ainda mais os fatores preditivos do declínio da qualidade de vida e possibilitar um maior entendimento sobre a temática, fornecendo metas potenciais para futuras intervenções.

Indica-se que novas investigações possam realizar estudos mistos utilizando também metodologia qualitativa para corroborar com os dados quantitativos e ainda, dividir o grupo amostral em dois grupos comparativos, possibilitando evidenciar diferenças entre os grupos, sendo o mais indicado para aferir maiores detalhamentos.

Recomenda-se ainda, que haja a possibilidade de um maior equilíbrio comparativo com amostras mais heterogêneas (género, idade, situação profissional, escolaridade) em estudos no futuro.

Por fim, aconselha-se, a possível utilização de outros instrumentos de recolha de dados, sobretudo mais direcionados para a avaliação da depressão em adultos mais velhos portugueses em futuros estudos.

Implicações na prática

O presente estudo possibilitou refletir sobre as possibilidades de implicações, na prática, para melhorar a qualidade de vida do adulto mais velho com depressão.

Torna-se nítida a importância de promover a saúde mental dos idosos, nomeadamente no que se refere à depressão, que é negligenciada e compromete todos os aspetos da qualidade de vida no envelhecimento.

A depressão prejudica a capacidade funcional, a participação social, causa isolamento e solidão, autopercepção negativa, maiores índices no agravamento das doenças crónicas, aumento da carga económica nos serviços de saúde, além de maiores índices de morbilidade e mortalidade entre os adultos mais velhos.

Cabe, portanto, destacar algumas medidas para combater a depressão nos idosos que apesar de relevante ainda é pouco valorizada na implementação do envelhecimento ativo e saudável.

O combate à depressão deve ser amplo e em diversos níveis da sociedade, sendo necessário um plano de ação de abrangência multifatorial favorecendo a prevenção e o diagnóstico precoce, desde maior capacidade de rastreio por todos os profissionais da área de saúde, maior treinamento para os profissionais não médicos, ampliação dos tratamentos não farmacológicos, como as psicoterapias para atendimento desde a atenção primária.

Além de ações de conscientização e educação ampla à população, promoção de grupos terapêuticos de apoio, monitorização e benefícios para idosos com risco, fortalecimento da rede de cuidados e apoio, com envolvimento da família, voluntários, cuidadores e comunidade, além das medidas para o envelhecimento ativo, visando o bem-estar físico, ambiental, social e mental.

Destaca-se ainda a importância de promover o envelhecimento ativo e saudável segundo a proposta da OMS (2002), a fim de otimizar o envelhecimento por três pressupostos fundamentais: a saúde, a participação social e a segurança, de forma que o envelhecimento seja considerado como um processo contínuo, que se estende ao longo de todo o ciclo vital, diminuindo com isso, o preconceito por idade.

Vincula-se, assim, à perspectiva *lifespan* de Baltes, entendendo o envelhecimento como um constante processo de adaptação com ganhos e perdas ao longo do ciclo vital de forma a possibilitar uma esperança de vida mais positiva com autonomia, independência e qualidade de vida.

A importância da interação da pessoa com o contexto possibilita pensar na visão ecológica de Bronfenbrenner, na medida em que o adulto mais velho se torna atuante no seu processo de envelhecimento, numa interrelação ativa com os diversos sistemas que formam o contexto. Abrangendo também, diversos aspetos dos múltiplos sistemas que interagem com a pessoa, desde aspetos físicos, de saúde, estilos de vida saudáveis, como questões ambientais como a mobilidade e os transportes, como aspetos psicológicos de auto percepção e autocuidados, como os aspetos sociais de interação com a sociedade, com os quais estabelece suas relações proximais.

A importância da participação social no processo de envelhecimento aponta para o reforço dos laços sociais através das relações estabelecidas com os diversos subsistemas institucionais, como a família, a vizinhança e o grupo de pares. A participação social é considerada como um fator preponderante para o bem-estar dos idosos, encontrando-se associada a melhores níveis de satisfação, saúde e qualidade de vida (Cabral et al., 2013).

Segundo as diretrizes da OMS, é importante priorizar a promoção de saúde, a promoção de maior engajamento do idoso na sociedade e criar possibilidades efetivas de maior prolongamento da vida laboral, de inclusão social e participativa dos idosos. É fundamental a qualidade nas relações com os idosos, sobretudo nos mais vulneráveis como os idosos com depressão.

O Programa Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável de Portugal (ENEAS, 2017) também defende diretrizes no sentido do autocuidado, da segurança, dos ambientes favoráveis, da promoção de saúde e de hábitos saudáveis, desenvolvimento de rastreio mais

eficazes, promoção da autonomia, do combate a polimedicação, da monitorização de riscos e promoção de uma maior participação social do idoso.

Muitas diretrizes estão a ser consideradas para o envelhecimento mais ativo e saudável, visando fornecer uma maior qualidade de vida e bem-estar ao idoso, como promoção de hábitos saudáveis, atividades físicas, voluntariado, participação em grupos religiosos e/ou comunitários, dentre outras possíveis implicações na prática, que são importantes para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos.

Por fim, é fundamental destacar a crucial importância da promoção da saúde mental, sem a qual não é possível alcançar a eficácia em nenhum programa de qualidade de vida no envelhecimento. Ao compreender que o envelhecimento é um processo contínuo ao longo da vida e, que se caminha para uma população mundial cada vez mais idosa, entende-se a relevância de promover a saúde mental ao longo do ciclo vital e, sobretudo, a necessidade de oferecer ao adulto mais velho a possibilidade efetiva de um envelhecimento ativo, saudável e com qualidade de vida.

Referências

- Alibasic, E., Ramic, E., Bajraktarevic, A., Karic, E., Batic-Mujanovic, O., Ramic, I., & Alibasic, E. (2018). Geriatric Depression in Family Medicine. *Materia socio-medica*, 30(1), 26–28. <https://doi.org/10.5455/msm.2018.30.26-28>
- Albuquerque, D. D. S., Amancio, D. A. R., Günther, I. D. A., & Higuchi, M. I. G. (2018). Contribuições teóricas sobre o envelhecimento na perspectiva dos estudos pessoa-ambiente. *Psicologia Universidade de São Paulo*, 29, 442-450. <https://doi.org/10.1590/0103-656420180142>
- Almeida, A..K, & Maia, E..M.C.(2010). Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. *Estudos de Psicologia*.15, 743-50.
- Almeida, M. A. S. O., Lemes, A. G., Nascimento, F. V., Fonseca, M. N. P. I., Rocha, E. M. D., Volpato, R. J. & Cardoso, T. P. (2015). Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 39(3), 627. http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1895/pdf_648
- Almeida-Brasil, C. C., Silveira, M. R., Silva, K. R., Lima, M. G., Faria, C. D. C. M., Cardoso, C. L., Menzel, H. J. K. & Ceccato, M. G. B. (2017). Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (5) 1705-1716. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>
- Amaro, R. (2012). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas. Covilha, Portugal: Universidade da Beira Interior.

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-V (5ª Edição)*. Washington, DC: Climepsi Editores.
- Andreas, S., Dehoust, M., Volkert, J., Schulz, H., Sehner, S., Suling, A., Wegscheider, K., Ausín, B., Canuto, A., Crawford, M. J., Da Ronch, C., Grassi, L., Hershkovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Belén Santos-Olmo, A., Shalev, A. Y., Weber, K., Wittchen, H. U., ... Härter, M. (2019). Affective disorders in the elderly in different European countries: Results from the MentDis_ICF65+study. *PloSone*, *14*(11),e0224871.
<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0224871>
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., ... & Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry*, *210*(2), 125-131.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180463>
- Apóstolo, J.L.A., Leal, M.C.C., Mendes, A.M.D.O.C., & Marques, A.P.D.O. (2014). Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados. *ACTA Paulista de Enfermagem* *27*(3) 208-214.
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201400036>
- Azevedo, C., Pessalacia, J.D.R., Mata, L.R.F., Zoboli, E.L.C.P., & Pereira, M.G. (2017). Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*.51:e03245. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016038003245>

- Barbosa, P., Frade, J., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem*, 4(4) 41-49. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239974004>
- Barbosa, C. G., Faria, T. K., Ribeiro, P. C. C., & Mármora, C. H. C. (2020). A relação entre fatores biopsicossociais e os desfechos clínicos de hospitalização, institucionalização e mortalidade segundo o paradigma de desenvolvimento lifespan. *Brazilian Journal of Development*, 6(11), 85823-85846. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-124>
- Barreto, M. da S., Carreira, L., & Marcon, S. S. (2015). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós Gerontologia*, 18(1), 325-339 <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092/18731>.
- Beckert, M., Irigaray, T. Q., Trentini & C. M. (2012) Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Revista Estudos de Psicologia Psicológicos*, 29(2), 155-162
- Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., Kouwenhoven, S. E., & Helvik, A. S. (2013). Coping and depression in old age: a literature review. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 35(3-4), 121–154. <https://doi.org/10.1159/000346633>
- Bélangier, E., Ahmed, T., Vafaei, A., Curcio, C. L., Phillips, S. P., & Zunzunegui, M. V. (2016). Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ open*, 6(6), e011503. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011503>

- Bezerra, F. C., Almeida, M. I. & Nóbrega-Therrien, S. M. (2012). Estudos sobre envelhecimento no Brasil: revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15 (1), 155-167. . <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000100017>
- Blessmann, A. & Gonçalves, K. (2015). Envelhecimento: equilíbrio, cognição, audição e qualidade de vida. Coleção Envelhecimento. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1-213.
- Bloom D. E. (2020, Fevereiro 12). Demografias nacionais. consequências globais. In Fundação Francisco Manuel dos Santos- FFMS & PORDATA (Orgs.), *Nós Portugueses: Quem Somos?*. Conferência PORDATA 10 anos.
- Bloom D. E., Chatterji, S., Kowal, P., Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Rechel, B., Rosenberg, L., & Smith, J. P. (2015) Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *Lancet*. 385(9968):649-657. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61464-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61464-1).
- Bartels, S. J., and Naslund, J. A. (2013). The underside of the silver tsunami — older adults and mental health care. *New England Journal of Medicine*. 368, 493–496. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1211456>
- Bowen, P. G., Mankowski, R. T., Harper, S. A., and Buford, T. W. (2019). Exercise is medicine as a vital sign: challenges and opportunities. *Transl. J. Am. Coll. Sports Med.* 4, 1–7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6392189/?report=reader>
- Brandão, V. C. & Zatt, G. B. (2015). Percepção de idosos, moradores de uma instituição de longa permanência de um município do interior do Rio Grande do Sul, sobre qualidade de vida. *Revista Aletheia*, (46), 90-102.

Pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942015000100008&lng=es&tlng=pt.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.

Bueno-Antequera, J., & Munguía-Izquierdo, D. (2020). Exercise and Depressive Disorder. *Advances in experimental medicine and biology*, 1228, 271–287.
https://doi.org/10.1007/978-981-15-1792-1_18

Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida. Fundação Francisco Manuel dos Santos

Camarano, A. A., & Kanso, S. (2013). Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA- Texto para discussão nº1890, 1-38.
http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2171/1/TD_1890.pdf

Canavarro, M.C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M.R., Quintais, L., Quartilho, M.J. et al. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23

Cao, W., Guo, C., Ping, W., Tan, Z., Guo, Y., & Zheng, J. (2016). A Community-Based Study of Quality of Life and Depression among Older Adults. *International journal of environmental research and public health*, 13(7), 693.
<https://doi.org/10.3390/ijerph13070693>

- Cardoso, A. (2014). Livro Branco sobre a solidariedade entre as gerações e envelhecimento ativo, Cesis.
- Cardoso, S. & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em deficiência institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (4), 41-49. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239974004>
- Cardoso, K.V., Martins, R.S., Komoni, G., Oliveira, J. A. & Chaud, D. M. A. (2019) Qualidade de Vida, Depressão e Inapetência em Idosos: Uma Revisão Bibliográfica. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*. 20 (1), 109-121.
- Carvalho, M. I. (2013). Cartografia das Políticas de Combate à Violência em Idosos. Um Estudo Exploratório. *Research on Ageing and Social Policy*, 1(1), 54-76. doi: 10.4471/rasp.2013.03
- Carvalho Barreto, A. (2016). Paradigma sistêmico no desenvolvimento humano e familiar: a Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Psicologia em Revista*, 22 (2), 275-293. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P275>
- Castro, J. L. D. C., Passos, Á. L. V., Araújo, L. F. D., & Santos, J. V. D. O. (2020). Análise psicossocial do envelhecimento entre idosos: as suas representações sociais. *Actualidades en Psicología*, 34(128), 1-15. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i128.35246>
- Collodel Benetti, I., Vieira, M. L., Crepaldi, M. A., & Ribeiro Schneider, D. (2013). Fundamentos de la teoría bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicología*, 9(16), 89-99. <https://doi.org/10.16925/pe.v9i16.620>
- Chang, Y. C., Yao, G., Hu, S. C., & Wang, J. D. (2015). Depression Affects the Scores of All Facets of the WHOQOL-BREF and May Mediate the Effects of Physical Disability among Community-Dwelling Older Adults. *PloS One*. May 26;10(5):e0128356. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128356>.

- Clark, M. M., Jenkins, S. M., Hagen, P. T., Riley, B. A., Eriksen, C. A., Heath, A. L., Douglas K. S., Werneburg, B. L., Lopez-Jimenez, F., Sood, U., Benzo, R. P. & Olsen, K. D. (2016) High Stress and Negative Health Behaviors: A Five-Year Wellness Center Member Cohort Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 58(9), 868-873. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000826>.
- Conejero, I., Olié, E., Courtet, P., & Calati, R. (2018). Suicide in older adults: current perspectives. *Clinical interventions in aging*, 13, 691–699. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130670>
- CNS. (2019). Conselho nacional de saúde. Sem tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2020/02/%E2%80%9CSem-mais-tempo-a-perder%E2%80%9DCNS-2019.pdf>
- Cucato, G. G., Ritti-Dias, R. M., Cendoroglo, M. S., Carvalho, J. M., Nasri, F., Costa, M. L., Matos, L. D., & Franco, F. G. (2016). Health-related quality of life in Brazilian community-dwelling and institutionalized elderly: Comparison between genders. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 62(9), 848–852. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.09.848>
- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current psychiatry reports*, 21(12), 129. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>
- Dawalibi, N. W.; Goulart, R. M. M., & Prearo, L. C. (2014). Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 19 (8), 3505-3512. ISSN 14138123. doi.org/10.1590/1413-81232014198.21242013.

- Debeuf, T., Verbeken, S., Boelens, E., Volkaert, B., Van Malderen, E, Michels, N. & Braet, C. (2020) Emotion regulation training in the treatment of obesity in young adolescents: protocol for a randomized controlled trial. *Department of Developmental, Personality and Social Psychology, Ghent University, Ghent, Belgium – Trials*. 21 (1): 153. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-4020-1>.
- Diniz, E., & Koller, S. H. (2010). O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. *Educar em Revista*, 65-76. <https://doi.org/10.1590/S0104-40602010000100006>
- Direção-Geral de Saúde. (2008). Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas: Envelhecimento Saudável. Ministério da Saúde, <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/envelhecimento-saudavel.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2015). Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas: Envelhecimento Saudável. Ministério da Saúde, <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/envelhecimento-saudavel.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas: Envelhecimento Saudável. Ministério da Saúde, <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/envelhecimento-saudavel.aspx>
- Dominiak, M., Antosik-Wójcińska, A. Z., Baron, M., & Mierzejewski, P. (2021). Screening and treatment of depression - recommendations for Polish health professionals. *Przegląd menopauzalny = Menopause review*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.5114/pm.2021.104207>

- ENEAS. (2017). Grupo de trabalho para a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável. Governo de Portugal. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Ermel, R. C., Caramelo, A. C., Fracolli, F. V. B., Ortiz, C., Zutin, T. L. M., Gianini, S. H. S., Silva, L. M. P., Cardin, M. A., Guimarães, E. R., Dorvalino, J. S., & Vieira, M. (2017). Perception on the life quality of Portuguese and Brazilian elderly. *Electronic Journal Collection Health*, 9 (2),1315-1320 https://doi.org/10.25248/REAS98_2017
- EUROSTAT. (2021). <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/home>
- Eulálio, M. C., Andrade, T. F., Melo, R. L. P., & Neri, A. L. (2015). A estrutura latente da depressão em idosos: uma análise taxométrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(3), 555-64.
- Faria, T. K., Barbosa, G. C., & Mármora, C. H. C. (2018). Novos Paradigmas de Desenvolvimento do Adulto. *Conceitos Aplicados em Psicologia*. 1ª ed., Autografia.
- Felden, E., Teixeira, C.S. & Santos, A. (2012) Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*. 26(2) CDD. 20.ed. 613.7
- Fernandes, M.G; Nascimento, M.F.S; Costa, K.N.F.M. (2010). Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Revista Rene*. Fortaleza, v.11(1), p.19-27.
- Fernandes-Eloi, J., Dias, M. D. F., & Nunes, T. R. T. (2018). Percepção da Qualidade de Vida de Idosos: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(4), 389-407. ISSNprint 1516-2567. ISSNe 2176- 901X. <https://doi.org/>

- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PloS medicine*, *10*(11), e1001547 <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>
- Ferraz, M. J. (2011). Manual de envelhecimento ativo. Ribeiro, O., & Paúl, C. (ed)
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using SPSS (5th Ed.)*, SAGE: London.
- Fonseca, A. M. (2010). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *20*(2), 277-289. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722007000200014>
- Fonseca, S. C. da. (Org.). (2016). *O Envelhecimento Ativo e seus Fundamentos*. Portal Edições.
- França, C.L & Murta, S.G. (2014). Prevenção e Promoção da Saúde Mental no Envelhecimento: Conceitos e Intervenções. *Revista Ciência e Profissão*, *34* (2), 318-29.
- Fechine, B. & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, *1*(7), 106-132. <https://doi.org/10.6020/1679-9844/2007>
- Fidecki, W., Widomska, E., Wysokiński, M., Wrońska, I., Kędziora-Kornatowska, K., & Kryś, J. (2015). Selected quality of life elements in elderly inhabitants of lublin. *Gerontology Polska*, *4*, 143–58. https://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/07/2015-4_Gerontologia_2.pdf

- Franceschi, C., Garagnani, P., Morsiani, C., Conte, M., Santoro, A., Grignolio, A., ... & Salvioli, S. (2018). The continuum of aging and age-related diseases: common mechanisms but different rates. *Frontiers in medicine*, *5*, 61.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00061>
- Freitas E.V., Py L., Cançado F.A.X., Doll J.& Gorzoni M.L. (2013). Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Guanabara Koogan editora.
- Frost, R., Beattie, A., Bhanu, C., Walters, K., & Ben-Shlomo, Y. (2019). Management of depression and referral of older people to psychological therapies: a systematic review of qualitative studies. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, *69*(680), e171–e181.
<https://doi.org/10.3399/bjgp19X70129>
- Fulop, T., Larbi, A., Khalil, A., Cohen, A. A., & Witkowski, J. M. (2019). Are We Ill Because We Age?. *Frontiers in physiology*, *10*, 1508.
<https://doi.org/10.3389/fphys.2019.01508>
- Garbaccio, J. L., Tonaco, L., Estêvão, W. G., & Barcelos, B. J. (2018). Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Revista brasileira de enfermagem*, *71* Suppl 2, 724–732. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>
- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *209*(4), 284–293.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>

- Ghio, L., Gotelli, S., Marcenaro, M., Amore, M., & Natta, W. (2014). Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 152-154, 45–51.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.002>
- Goldberg, D.P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. Oxford U. Press.
- Gonçalves, E.M.B., Sánchez, C. S., Vicario, B.P. (2014) Percepção Da Qualidade De Vida De Um Grupo De Idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 1(4)
<https://doi.org/10.12707/RIII1314>
- Guerra, A. C. L. C. e Caldas, C. P. (2010). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2931-2940. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600031>
- Hajek A, Brettschneider C, Ernst A, Lange C, Wiese B, Prokein J (2015). Coevolução complexa da depressão e qualidade de vida relacionada à saúde na velhice. *Qual Life Res.* 24:2713–22. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1005-8>
- Han, K., Yang S, Jia W, Wang S, Song Y, Cao W, Wang J, Liu M and He Y . (2020). Health-Related Quality of Life and Its Correlation With Depression Among Chinese Centenarians. *Front. Public Health* 8:580757.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.580757>
- Haukoos, J. S., & Lewis, R. J. (2005). Advanced statistics: Bootstrapping confidence intervals for statistics with “difficult” distributions. *Academic Emergency Medicine*, 12, 360-365.

- INE. (2019). Estatísticas da população residente, Portugal 2019. Instituto Nacional de Estatística.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010030&contexto=bd&selTab=tab2
- INE. (2020). Estatísticas da população residente, Portugal 2019. Instituto Nacional de Estatística.
- Jacob, L. (2013). Envelhecimento da população *in* Jacob, Luís; Santos, Eduardo; Pocinho, Ricardo; Fernandes, Hélder (eds.) *Envelhecimento e Economia Social: Perspetivas Atuais*. Viseu: Psicossoma, 43-49.
- Janini, J. P., Bessler, D., & Vargas, A. B. D. (2015). Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde em Debate*, 39, 480-490.
<https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002015>
- Karimi M, Brazier J. (2016) Saúde, qualidade de vida relacionada à saúde e qualidade de vida: qual é a diferença? *Farmacoeconomia*. 34:645–9. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Kenbubpha, K., Higgins, I., Chan, S. W., & Wilson, A. (2018). Promoting active ageing in older people with mental disorders living in the community: An integrative review. *International journal of nursing practice*, 24(3), e12624.
<https://doi.org/10.1111/ijn.12624>
- Klompstra, L., Ekdahl, AW, Krevers, B., Milberg, A., & Eckerblad, J. (2019). Fatores relacionados à qualidade de vida relacionada à saúde em idosos com multimorbidade e alto consumo de serviços de saúde em um período de dois anos. *BMC geriatrics* , 19 (1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1194-z>

- Köhler, C. A., Evangelou, E., Stubbs, B., Solmi, M., Veronese, N., Belbasis, L., Bortolato, B., Melo, M., Coelho, C. A., Fernandes, B. S., Olfson, M., Ioannidis, J., & Carvalho, A. F. (2018). Mapping risk factors for depression across the lifespan: An umbrella review of evidence from meta-analyses and Mendelian randomization studies. *Journal of psychiatric research, 103*, 189–207.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.020>
- Kok, R. M., & Reynolds, C. F., 3rd (2017). Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA, 317*(20), 2114–2122. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.5706>
- Lak, A., Rashidghalam, P., Myint, P. K., & Baradaran, H. R. (2020). Comprehensive 5P framework for active aging using the ecological approach: an iterative systematic review. *BMC public health, 20*(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8136-8>
- Lamper, C. D. T., & Ferreira, V. R. T. (2018). Fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos. *Avaliação Psicológica, 17*(2), 205-212. <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1702.14022.06>
- Lee, E. E., Depp, C., Palmer, B. W., Glorioso, D., Daly, R., Liu, J., Tu, X. M., Kim, H. C., Tarr, P., Yamada, Y., & Jeste, D. V. (2019). High prevalence and adverse health effects of loneliness in community-dwelling adults across the lifespan: role of wisdom as a protective factor. *International psychogeriatrics, 31*(10), 1447–1462.
<https://doi.org/10.1017/S104161021800212>
- Li, Y. T., & Tung, T. H. (2020). Effects of protective factors on the depressive status of elderly people in Taiwan. *Medicine, 99*(1), e18461.
[Doi.org/10.1097/MD.00000000000018461](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018461)

- Lima, P. A. M., Ramos, S. J. L., Bezerra, J. L. P., Bezerra, P. M. I., Rocha, R. P. B. & Teixeira Batista, H. M., & Pinheiro, W. R. (2016). Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 6 (2), 97-103. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570463798010>
- Lima, A. P. (2014), *Envelhecimento(s), Estado da Arte*, Coimbra, Impressa da Universidade de Coimbra.
- Lima, P. M. R. D., & Coelho, V. L. D. (2011). The art of aging: an exploratory study on life history and aging. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(1), 4-19. DOI:10.1590/S1414-98932011000100002
- Lopes, A. & Gonçalves, C. (2012). Envelhecimento ativo e dinâmicas sociais contemporâneas in Paúl, Constança; Ribeiro, Óscar (eds.) *Manual de Gerontologia*. Lidel, 203-229
- Lopes, A., & Gonçalves, C. (2012) Envelhecimento ativo e dinâmicas sociais contemporâneas in Paúl, Constança; Ribeiro, Óscar (eds.) *Manual de Gerontologia*. Lidel, 203-229.
- Lopes, M. J., Araújo, J. L. de, & Nascimento, E. G. C. do. (2016). O envelhecimento e a qualidade de vida: a influência das experiências individuais. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(2), pp. 181-199. ISSN 2176-901X
- Luo, J. Y., Kong, L. L., Zhang, Z. X., Ye, Y. S., Bao, C. Y., Tu, L. J., & Yang, Y. Z. (2016). An investigation of the health value and self-care capabilities of the elderly in urban-rural fringe area nursing homes and the related influencing factors. *Chinese Nursing Research*, 3(3), 125-128.

Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *Lancet*. 392(10161), 2299–2312.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)

Marques, B. M., Maria, E., Sánchez, S., & Vicario, B. C. P. (2014). A depressão: um risco para a qualidade de vida da pessoa idosa depressão: um risco à qualidade de vida do idoso. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 225-234. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349833719020>

Marquez, D. X., Aguinãga, S., Vásquez, P. M., Conroy, D. E., Erickson, K. I., Hillman, C., Stillman, C. M., Ballard, R. M., Sheppard, B. B., Petruzzello, S. J., King, A. C., & Powell, K. E. (2020). A systematic review of physical activity and quality of life and well-being. *Translational behavioral medicine*, 10(5), 1098-1109. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz198>

Maximiano-Barreto, M. A. & Fermoseli, A.F.D. (2017). Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió. *Revista Psicologia, Saúde e Doenças*, 18 (3), 801-813 Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde Lisboa, Portugal <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36254714014>

Meirelles, B.H.S., Arruda, C., Simon, E., Vieira, F.M.A., Cortezi, M.D.V., & Natividade, M.S.L.(2010). Condições Associadas à Qualidade de Vida dos Idosos com Doença Crônica. *Revista Cogitare Enfermagem*. 15(3):433-40

Mendes, J. (2020). Envelhecimento (s), qualidade de vida e bem-estar. *Intelecto, psicologia & investigação*. 3(11), 132-139. <https://orcid.org/0000-0003-3612-5772>

Menezes, J. N. R., Costa, M. D. P. M., Iwata, A. C. D. N. S., de Araujo, P. M., Oliveira, L. G., de Souza, C. G. D., & Fernandes, P. H. P. D. (2018). A visão do idoso sobre o seu

processo de envelhecimento. *Revista Contexto & Saúde*, 18(35), 8-12.

<https://doi.org/10.21527/2176-7114.2018.35.8-12>

Menezes, J. N. R., Betina, S. T., Pontes, V. F., & Belchior, L. D. (2016). A Autopercepção de Idosas sobre o Processo de Envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento* 21(1) <https://doi.org/10.22456/2316-2171.59349>

Mojtabai R (2014) Diagnosticar depressão em idosos na atenção primária . *The New England Journal of Medicine*, 370 (13), 1180-1182. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1311047>

Morais, A. (2017). Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde. *Tribuna Abierta*. artigo de revisão, 32, 31-45.

<https://www.imserso.es/InterPresent/imserso/documents/binario/enl32tabierta.pdf>

Moreira, J. D. O. (2012). Mudanças na percepção sobre o processo de envelhecimento: reflexões preliminares. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 28(4), 451-456.

<https://doi.org/10.1590/S0102-37722012000400003>

Moudi, A., Shahinfar, S., Razmara, M. R., & Salehiniya, H. (2020). Is the quality of life different in single and remarried elderly?. *Journal of education and health promotion*, 9, 44. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_613_19

Moulaert, T. & Paris, M. (2013) Social policy on ageing: the case of Active Ageing as a Theatrical Metaphor. *International Journal of Social Science Studies*, 1 (2), 113-123 <https://doi.org/>

Mountain, G., Windle, G., Hind, D., Walters, S., Keertharuth, A., Chatters, R., Sprange, K., Craig, C., Cook, S., Lee, E., Chater, T., Woods, R., Newbould, L., Powell, L., Shortland, K., & Roberts, J. (2017). A preventative lifestyle intervention for older

adults (lifestyle matters): a randomised controlled trial. *Age and ageing*, 46(4), 627–634. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx021>

Nari, F., Jang, B. N., Kim, S., Jeong, W., Jang, S. I., & Park, E. C. (2021). Association between successful aging transitions and depressive symptoms among older Korean adults: findings from the Korean longitudinal study of aging (2006-2018). *BMC geriatrics*, 21(1), 352. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02250-6>

National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE. (2018). Clinical guideline. *Depression in adults: recognition and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>

Nóbrega, A.P., Rayanne, I., Carréra Campos Leal, C. C. M, de Oliveira, M. A. P., & Vieira, C. M. J. (2015). Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, 39 (105), 536-550. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341748021>

Nunes, A. M. (2017). Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde. *Revista Kairós - Gerontologia*, 20(4), 49-71. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i4p49-71>

Oliveira, D. C. D., Neri, A. L., & D'Elboux, M. J. (2016). Lack of anticipated support for care for community-dwelling older adults. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 566-573. doi: 10.1590/0034- 7167.2016690321

Oliveira, L., Souza, E. C., Rodrigues, R., Fett, C. A., & Piva, A. B. (2019). The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in

the community. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 41(1), 36–42.

<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0129>

OMS. (2002). Organização Mundial de Saúde. Active ageing: a policy framework. WHO publishing.

OMS. (2012). Organização Mundial de Saúde. Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012. WHO publishing.

OMS. (2015). Organização Mundial de Saúde. World report on ageing and health. (v. 1). WHO publishing

OMS. (2017). Organização Mundial de Saúde. Relatórios de avaliação da Organização Mundial da Saúde para sistemas de saúde mental (OMS-AIMS).

OPP . (2020).. Ordem dos Psicólogos Portugueses.O papel do psicólogo no envelhecimento.

Pais Ribeiro, J. L., & Antunes, S. (2003). Contribuição Para O Estudo De Adaptação Do Questionário De Saúde Geral De 28 Itens (General Health Questionnaire Ghq28. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 37-45.

Paiva, M. H. P. D., Pegorari, M. S., Nascimento, J. S., & Santos, Á. D. S. (2016). Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 3347-3356.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.14822015>

Pereira, E.F., Teixeira, C.S. & Santos, A. (2012) Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*. 26(2), 241-250. ISSN 1807-5509 doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007

Pereira, R., Batista, M. A., Meira, A. S., Oliveira, M. P., & Kusumota, L. (2017). Quality of life of elderly people with chronic kidney disease in conservative treatment. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(4), 851–859. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0103>

Perista, H. & Perista, P. (2012) Género e envelhecimento: Planear o futuro começa agora! Estudo de diagnóstico. Comissão para a Cidadania e a Igualdade De Género.

Pocinho, R., Castro, J., Santos, G. & Rosa, C. M. (2015). Redes de amigos e vizinhança como fator de proteção social para pessoas idosas isoladas: Estudo piloto em aldeias concelho da Guarda. *Polêm!ca*. 15(3)11-24.

Pocinho, R., Neves, T., Belo, P. & Martins, A. (2017) A depressão geriátrica e sua relação com a solidão numa amostra de utentes com serviço de apoio domiciliário. *Egitania Scientia* 21 39-49.
http://ubik.ipg.pt/egitania_sciencia/index.php/egitania_sciencia/article/view/139/pdf_1.

PORDATA (2014) Esperança de vida aos 65 anos da população do sexo feminino e masculino: total e por anos de vida saudável e não saudável – Europa
<http://www.pordata.pt/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

PORDATA (2020), - Portugal, disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/>

Power M., Kuyken W., Orley J. (1998) Avaliação da Qualidade de Vida na Organização Mundial da Saúde (WHOQOL): Desenvolvimento e propriedades psicométricas gerais. *Soc. Sci. Med.*; 46 : 1569-1585.

- Quaresma, M. L., & Ribeirinho, C. (2016). Envelhecimento – Desafios do Séc. XXI. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(3), 29-49. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30900/21382>.
- Ramos, F. P., Silva, S. C. da, Freitas, D. F. de, Gangussu, L. M. B., Bicalho, A. H., Sousa, B. V. de O., Rametta, Z. M. de J., Rametta, F. de J., Rametta, F. de J., Rametta, L. P. M., Nascimento, C. I. C., Santos, S. H. S., & Guimarães, T. A. (2019). Factors associated with depression in the elderly. *Electronic Journal Collection Health*, (19), e239. <https://doi.org/10.25248/reas.e239.2019>
- Rea, I. M. (2017) Towards ageing well: Use it or lose it: Exercise, epigenetics and cognition. *Journal of Biogerontology*. 18(4):679-691. <https://doi.org/10.1007/s10522-017-9719-3>. Epub 2017.
- Read, J. R., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B. F. (2017). Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 221, 36–46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.009>
- Ribeiro, J. P., Neto, Cecília, Silva, Mafalda, Abrantes, Carla, Coelho, Marina, Nunes, Jorge, & Coelho, Vítor. (2015). Ulterior validação do questionário de saúde geral de Goldberg de 28 itens. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 278-285. http://scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862015000300001&lng=pt&tlng=pt.
- Rodriguez-Rodriguez V, Rojo-Perez F, Fernandez-Mayoralas G, Morillo-Tomas R, Forjaz J, Prieto-Flores ME. Índice de envelhecimento ativo: aplicação às regiões espanholas. *J Popul Aging*. 2017; 10 (1): 25–40. doi: 10.1007 / s12062-016-9171-1

- Rosa, M. J. V. (2012). O envelhecimento da sociedade Portuguesa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rudolph, W. C., & Zacher, H. (2017). Considering generations from a lifespan developmental perspective. *Work, Aging and Retirement*, 3, (2), 113-129. <https://doi.org/10.1093/workar/waw019>
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological bulletin*, 143(8), 783–822. doi.org/10.1037/bul0000102
- Santos, M. S. S., Ferreira, S. M. S., & Santana, M. D. R. (2016). Saúde mental do idoso com enfoque na depressão. *Revista e-ciência*, 4(1),26-33. <http://doi.org/10.19095/rec.v4i1.95>
- Santos, V., Tura, L., & Arruda, A. (2013). As representações sociais de “pessoa velha” construídas por idosos. *Saúde e Sociedade*, 22(1), 138-147. doi: 10.1590/S0104-12902013000100013
- Schaffer, A. R. & Kipp, K. (2012). *Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência*. Cengage editora.
- Schulz, A., Lederle, M., & Bitzer, E. M. (2020). Die WHO-Strategie Aktiv Altern aus kommunaler Sicht – Eine qualitative Befragung im Landkreis Konstanz [The WHO Concept of Active Aging from the Local Perspective: A Qualitative Survey in the District of Constance]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 82(3), 267–273. <https://doi.org/10.1055/a-1010-6248>

- Scoralick-Lempke, N. N., & Barbosa, A. J. G. (2012). Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. *Estudos de Psicologia*, 29, 647-655.
<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500001>
- Seangpraw, K., Auttama, N., Kumar, R., Ratana, S., Tonchoy, P & Panta, P. (2019) Stress and associated risk factors among the elderly: a cross-sectional study from rural area of Thailand. *F1000Res*. 8: 655. Published online 2020 <https://doi.org/10.12688/f1000research.17903.2>
- Sequeira, C. (2010) Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel- edições técnicas, lda.
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Corona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
<https://eg.uc.pt/bitstream/10316/21539/1/2006%20Estudos%20psicom%C3%A9tricos%20do%20WHOQOL-Bref.pdf>
- Silva, J. G., Caldeira, C. G., Cruz, G. E. C. P., & Carvalho, L. E. D. de. (2020). Envelhecimento ativo, qualidade de vida e cognição de idosos: um estudo transversal em uma cidade de Minas Gerais. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(1), e1796.
<https://doi.org/10.25248/reas.e1796.2020>
- Silva, G. C. & Neto, J. L.C. (2019). Quality of life and functional capability of elderly Brazilian women *Journal IOS Press content library*. 62(1), 97-106.
<https://doi.org/10.3233 / WOR-182844>

- Silva, A. P. & Pirolo, S. M. (2017). Percepção do Homem Acerca do Envelhecimento. *Revista de Enfermagem*, 11(Supl. 3), 1388-1397. doi: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1103sup201710
- Silva, A. R. Sgnaolin, V., Lopes, E., Nogueira, F., Loureiro, P., & Gomes, P. E. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66 (1) 45-51. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000149> 1982-0208. doi.org/10.1590/0047-2085000000149.
- Silva, P. L. N., Teixeira, C. I. D. B. F., Soares, E. D., & dos Reis, C. (2016). Avaliação da qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física de uma unidade básica de saúde de Minas Gerais. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 14(2), 24-35.
- Silva, E. R., Sousa, A. R. P., Ferreira, L. B., & Peixoto, H. M. (2012). Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, v.46(6), p.1387-93.
- Simões, Â. L. & Sapeta, P. (2017). Construção Social do Envelhecimento Individual. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(2), 09-26. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p09-26>
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G.H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik A.S. (2015). Depressão e qualidade de vida em idosos: uma revisão. *Dementia Geriatric Cognition Disorders*. 40:311–39. <https://doi.org/10.1159/000437299>

- Souza, E M, Silva, D P P B, Soares, A. (2021). Promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 (4) 1355-1368. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.09642019>
- Sousa, C. M. S., Sousa, A. A. S., Gurgel, L.C., Brito, E.A.S., Sousa, F.R.S., Santana, W. J. & Vieira, P.D. (2019). Qualidade de vida dos idosos e os fatores associados: uma revisão integrativa. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia* 13 (47) 320-326, Edição eletrônica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id> <https://doi.org/10.14295/idonline.v13i47.1988>
- Souza-Guides, A. C. N. de, & Lodovici, F. M. M. (2017). O idadismo sob a escuta dos idosos: efeitos de sentido e a utopia de um novo envelhecer. In: Lodovici, F. M. (Org.). *Envelhecimento e Cuidados – Uma chave para o viver*. Portal Edições.
- Tavares, D. M., Matias, T. G., Ferreira, P. C., Pegorari, M. S., Nascimento, J. S., Paiva, M. M. (2016). Quality of life and self-esteem among the elderly in the community. *Ciência e Saúde Coletiva*. 21(11),3557-3564. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.03032016>.
- Tayaa, S., Berrut, G., Seigneurie, A. S., Hanon, C., Lestrade, N., Limosin, F., & Hoertel, N. (2020). Diagnostic et prise en charge de la dépression chez le sujet âgé [Diagnosis and management of depression in the elderly]. *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 18(1), 88–96. <https://doi.org/10.1684/pnv.2019.0833>
- Tengku Mohd, T., Yunus, R. M., Hairi, F., Hairi, N. N., & Choo, W. Y. (2019). Social support and depression among community dwelling older adults in Asia systematic review. *BM Jopen*, 9(7), e026667. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026667>

- Teston, E.F, Carreira, L., & Marcon, S.S. (2014). Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 450-6, 2014.
- Van der Vorst, A., Zijlstra, G. A., Witte, N., Duppen, D., Stuck, A. E., Kempen, G. I., Schols, J. M., & D-SCOPE Consortium. (2016). Limitations in Activities of Daily Living in Community-Dwelling People Aged 75 and Over: A Systematic Literature Review of Risk and Protective Factors. *PloS one*, 11(10), e0165127.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165127> PloS One 2016 Oct 19;11(10):e0165127.doi: 10.1371/journal.pone.0165127. eCollection 2016.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., et al. (2006b). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.
- Vieira Monteiro, A.P. (2011). Assessment of the factor structure and reliability of the Portuguese version of the General Health Questionnaire-28 among adults. *Journal of Mental Health*, 20, 15-20. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.492414>.
- Volkert, J., Härter, M., Dehoust, M. C., Schulz, H., Sehner, S., Suling, A., ... & Andreas, S. (2017). Study approach and field work procedures of the MentDis_ICF65+ project on the prevalence of mental disorders in the older adult European population. *British journal of psychiatry*, 17(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1534-5>
- Voros, V., Martin Gutierrez, D., Alvarez, F., Boda-Jorg, A., Kovacs, A., Tenyi, T., ... & Osvath, P. (2020). The impact of depressive mood and cognitive impairment on

quality of life of the elderly. *Psychogeriatrics*, 20(3), 271-277.

<https://doi.org/10.1111/psyg.12495>

Weissman, M. M. & Klerman, G. L. (1977). Sex Differences and the Epidemiology of Depression. *Archives of General Psychiatry*. 34(1), 98–111.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1977.01770130100011>

WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.

WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science e Medicine*, 41 (10), 1403-1409.

World Health Organization. (2015). *Global health and aging*.

http://www.who.int/ageing/publications/global_health

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates* World Health Organization.

https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/en/

Yu-Chen, C., Yao, G., Chu, S., & Jung-Der, W. (2015) Depression Affects the Scores of All Facets of the WHOQOL-BREF and May Mediate the Effects of Physical Disability Among Community-Dwelling Older Adults. *Journal eCollection* 26; 10(5) e0128356. PMID: 26010571 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128356>. eCollection 201

Zaidi, A. (2014). Life cycle transitions and and vulnerabilities in old age: a review. New York.

Zanjari, N., Sharifian Sani, M., Chavoshi, M. H., Rafiey, H., & Mohammadi Shahboulaghi, F. (2017). Successful aging as a multidimensional concept: An integrative review. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 31, 100.
<https://doi.org/10.14196/mjiri.31.100>