

Qualidade de vida e sintomas depressivos em idosos de três faixas etárias praticantes de atividade física

Quality of life and depressive symptoms in elderly of three age groups practitioners of physical activity

Andréa Kruger Gonçalves
Eliane Mattana Griebler
Vanessa Dias Possamai
Adriane Ribeiro Teixeira

RESUMO: O objetivo desse estudo foi verificar se existe diferença entre sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos de diferentes faixas etárias praticantes de atividade física, por meio dos protocolos: Geriatric Depression Scale (GDS-15) e SF-36. Os indivíduos foram divididos em grupos de acordo com a faixa etária: G1 = 60 a 69 anos (n=34; md= 63,44±2,09), G2 = 70 a 79 anos (n=24; md=72,54±1,71) e G3 = 80 anos e mais (n=11; md=83,09±2,25). A análise foi realizada através do Anova One-Way ($p \leq 0,05$), não tendo sido indicada diferença estatística significativa. Os idosos ativos apresentam qualidade de vida satisfatória e ausência de sintomas depressivos, em todos os grupos de idade.

Palavras-chave: Atividade física; Qualidade de vida; Depressão; Idoso.

ABSTRACT: *The aim of this study was to evaluate the presence of depressive symptoms and quality of life in elderly practitioners of regular physical activity in three age groups. Was used Geriatric Depression Scale (GDS-15) and SF-36. The subjects were divided into groups according to age group G1 = 60-69 years (n = 34; md = 63.44 ± 2.09), G2 = 70-79 years (n = 24; md = 72.54 ± 1.71) and G3 = 80 and more (n = 11; md = 83.09 ± 2.25). The analysis was performed using One-Way ANOVA (p ≤ 0.05). There was no statistically significant difference. The elderly practicing physical exercises have satisfactory quality of life and the absence of depressive symptoms in all age groups.*

Keywords: *Physical Activity; Quality of life; Depression; Elderly.*

Introdução

Com o aumento da expectativa de vida da população, amplia-se a preocupação com a qualidade de vida na velhice. Isso pode ser observado pela crescente busca dos idosos por programas e grupos que oferecem atividades de ensino, saúde e lazer, auxiliando na manutenção da qualidade de vida. O envelhecimento da população tem demandado a atenção de pesquisadores de diversas áreas, tendo em vista que a expectativa de vida no Brasil está crescendo de forma acelerada.

Nos últimos 50 anos, a população brasileira aumentou: em 1960 eram 70 milhões de pessoas; em 2010 totalizou 190,7 milhões. O grupo etário que mais aumentou foi aquele das pessoas com idade igual ou superior aos 60 anos: em 1960 eram 3,3 milhões e representavam 4,7% da população; em 2000 existiam 14,5 milhões, ou seja, 8,5% dos brasileiros estavam nessa faixa etária. Nos últimos anos, o salto foi ainda maior e, em 2010, este número passou para 10,8% da população, quase 20,5 milhões de pessoas (IBGE, 2010).

Berquó (1999) destaca que o envelhecimento da população brasileira vem ocorrendo muito rapidamente, tanto em termos absolutos quanto proporcionais, contribuindo para o crescimento de estudos sobre esse público em específico.

Em decorrência desse envelhecimento populacional, pode-se perceber um aumento no número de indivíduos com sintomas depressivos, uma vez que o percentual de pessoas com depressão aumenta nas faixas etárias mais avançadas (Beekman *et al.*, 1995; Kay *et al.*, 1985; Kramer, German, Anthony, Van Korff, & Skinner, 1985; Prince *et al.*, 1999). De acordo com Borges, Benedetti, Xavier, & d'Orsi (2013), a literatura tem indicado que a idade avançada prevalece como um dos fatores associados aos sintomas depressivos.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, geralmente caracterizado por alterações morfológicas, físicas, psicológicas, fisiológicas e bioquímicas que tendem a agravar as condições de vida da pessoa idosa (Coelho, Gobbi, S., Costa, & Gobbi, L.T.B. (2013). Segundo Spirduso (2005), o corpo humano acaba tendo limitações com o avançar da idade que se manifestam na realização de atividades da vida diária, sendo mais difícil realizá-las.

O envelhecimento é caracterizado como uma fase de mudanças e adaptações, embora não da mesma forma e nem na mesma época para todas as pessoas. Pesquisadores têm indicado que o estilo de vida ativo e saudável pode contribuir para a manutenção da independência, o que pode ser verificado mediante os níveis de aptidão física (Hallal, Victora, Wells & Lima, 2003; Spirduso, 2005). Além disso, estudos na área do envelhecimento abordam a relação entre idosos e os benefícios da prática de atividades físicas regulares (Gobbi, S., Corazza, Costa, Ueno, & Gobbi, L.T.B., 2013; Coelho *et al.*, 2013; Alves, R.V., Costa & Alves, J.G.B., 2004; Mazo, Liposchi, Ananda & Prevê, 2007). Essas mudanças que ocorrem com o envelhecimento influenciam diretamente a qualidade de vida do idoso.

Para a OMS (2011), qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida do contexto cultural, assim como a percepção sobre o sistema de valores envolvido em suas metas, expectativas, normas e preocupações da vida. Entende-se que a qualidade de vida é um conceito multidimensional e complexo que inclui aspectos bastante pessoais como a saúde, autonomia, independência, satisfação com a vida e aspectos ambientais como, por exemplo, redes de apoio e serviços sociais, entre outros. A saúde está diretamente ligada à qualidade de vida e é vista pela OMS não apenas como a ausência de doenças, mas como situação de bem-estar físico, mental e social. As mudanças psicológicas, sociais e biológicas ao longo da vida podem tornar o idoso vulnerável a

desenvolver determinadas patologias, entre elas a depressão. Existe, na literatura, uma relação direta entre as relações sociais, a qualidade de vida e a capacidade funcional e uma relação inversa desses fatores com a depressão.

Batistoni (2005) define a depressão como uma síndrome psiquiátrica cujos principais sintomas são o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Em idosos, ela se manifesta de forma heterogênea, tanto em relação a sua etiologia, quanto aos aspectos relacionados a sua apresentação e a seu tratamento.

Os sintomas depressivos envolvem aspectos de natureza biológica, psicológica e social e tem forte impacto funcional na vida de indivíduos de todas as idades. Na velhice, podem estar associados com diversas perdas, tais como limitação do acesso àquelas atividades que promovem satisfação e bem-estar, além do aumento do risco para o aparecimento e o agravamento de doenças crônicas. O sedentarismo, assim como hábitos de vida prejudiciais à saúde, são fatores de risco para essa população. A depressão, sendo uma doença incapacitante e que expõe o sujeito a riscos de aumento da morbidade, torna-se uma das doenças que mais tem demandado a necessidade de atenção para a sua prevenção ou minimização (Strawbridge, Deleger, Roberts & Kaplan, 2002; Lampinen, Heikkinen & Ruoppila, 2000).

A prática de atividade física para pessoas idosas tem sido considerada um importante fator para a melhora e manutenção no desempenho, melhorando assim a sua qualidade de vida. Estudos sugerem que o exercício e a atividade física estão associados com melhorias em vários aspectos da qualidade de vida relacionada à saúde (Rajeski, Craven, Ettinger, McFarlane & Shumaker, 1996). A atividade física é um recurso essencial para a manutenção da saúde e das capacidades funcionais, a prevenção de doenças crônicas e o tratamento primário ou secundário de alguns distúrbios de saúde em idosos (Domingues & Neri, 2009). Além desses benefícios, a prática regular de exercício físico promove melhora nos aspectos psicossociais, como a melhora na autoestima (Benedetti, 1999), assim como na diminuição da depressão e da ansiedade (Cheik *et al.*, 2003).

Segundo dados da OMS, a participação em atividades físicas leves e moderadas pode retardar o declínio funcional e uma vida ativa proporciona melhora na saúde mental, contribuindo para a prevenção de desordens como a depressão. Grande parte da população mantém um estilo de vida sedentário e não adere a programas de exercícios, não

percebendo as possibilidades de comprometimento da saúde e da qualidade de vida. A preocupação com a promoção e a manutenção da saúde deve ser ressaltada para a população, que necessita cada vez mais, incluir uma rotina diária de exercícios, em favor da saúde e da funcionalidade física e mental.

Este estudo se justifica inicialmente pelo aumento da população idosa, os índices maiores de sintomas depressivos nesse grupo de idade, além da relação positiva entre qualidade de vida e prática de atividade física. Acredita-se que idosos ativos tenham uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, menor sintomatologia depressiva e, que apesar do aumento da idade, o estilo ativo possa atuar como um fator de proteção. Deste modo, analisar idosos em diferentes faixas etárias é necessário para visualizar esses questionamentos.

A partir dessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi verificar se existe diferença entre sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos de diferentes faixas etárias praticantes de atividade física.

Metodologia

O estudo realizado foi do tipo transversal. A amostra foi composta por idosos participantes de um projeto de extensão universitária que oportuniza exercícios físicos organizados em diferentes modalidades (ginástica, alongamento, hidroginástica, jogging aquático, musculação, dança, jogos adaptados). Os indivíduos foram divididos em grupos de acordo com a faixa etária: G1 = 60 a 69 anos (n=34), G2 = 70 a 79 anos (n=24) e G3 = 80 anos e mais (n=11). A média e desvio-padrão de idades dos grupos G1, G2 e G3 foram respectivamente: 63,44 ($\pm 2,092$), 72,54 ($\pm 1,719$) e 83,09 ($\pm 2,256$). Em relação ao sexo dos participantes, a amostra foi composta por 15 homens (21,73%) e 54 mulheres (78,27%).

Para mensurar os sintomas de depressão, foi utilizado o protocolo GDS-15 – “Geriatric Depression Scale” (Sheikh & Yesavage, 1986), a partir do somatório das quinze questões. De acordo com Almeida e Almeida (1999), a pontuação entre 5 e 6 indica caso e não caso, ou seja, inferior significa que não há presença de sintomatologia depressiva e igual ou superior que há presença de sintomas. Para a avaliação da qualidade de vida, foi

aplicado o questionário SF-36 – “The Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey” (Ciconelli, 2011). Este instrumento é um questionário multidimensional, formado por 36 itens que englobam oito domínios: capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), dor (DOR), estado geral da saúde (EGS), vitalidade (VIT), aspectos sociais (AS), aspectos emocionais (AE) e saúde mental (SM). A pontuação máxima para cada domínio é 100, sendo que a soma total é no máximo 150, sendo zero “pior” e 150 “melhor estado de saúde”. No nosso estudo, utilizou-se o somatório do SF-36.

A análise de dados foi realizada através do ANOVA One-Way ($p \leq 0,05$), para comparação entre os três grupos de idade, a partir das variáveis de qualidade de vida (instrumento SF-36) e sintomas depressivos (instrumento GDS).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS n.º 2010036. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Os resultados são apresentados na forma de tabelas para possibilitar uma melhor visualização. Na tabela indicam-se os dados referentes às variáveis de estudo (SF-36 e GDS) e o resultado da ANOVA.

Tabela – Distribuição dos valores de qualidade de vida (SF-36) e sintomas depressivos (GDS) de três grupos etários de idosos (n=69)

Variáveis	60 a 69 anos (n=34)	70 a 79 anos (n=24)	≥ 80 anos (n=11)	F	P*
SF-36	117,52±11,59	111,60±18,30	114,57±15,64	1,120	0,332
GDS	1,88±1,87	2,21±2,021	2,91±2,212	1,130	0,329

Média±desvio-padrão; *P= Anova

No G1, a média e desvio-padrão do SF-36 foi 117,52 ($\pm 11,58$) e o GDS = 1,88 ($\pm 1,87$). No G2 observa-se uma redução no SF-36 = 111,60 ($\pm 18,30$) e maior valor no GDS = 2,21 ($\pm 2,02$), em comparação ao G1. No G3, os resultados são maiores no SF-36 = 114 ($\pm 15,64$), em relação ao G2 e menores em relação ao G1, já o GDS = 2,91 ($\pm 2,21$) apresenta a maior média em relação aos outros grupos. Contudo, o teste ANOVA não indicou diferença estatística significativa entre os grupos, tanto na avaliação do SF-36 como do GDS-15. A pontuação máxima do SF-36 é de 150 pontos, revelando que a qualidade de vida dos idosos apresenta níveis satisfatórios. Já quanto ao GDS-15, o ponto de corte indicado pela literatura é 5/6 como presença de sintomatologia depressiva (Paradela, Lourenço & Veras, 2005; Sousa, R.L., Medeiros, Moura, Souza, C.L.M., & Moreira, 2007); Borges *et al.*, 2013). Desse modo, a média do GDS não indica presença de sintomatologia depressiva na amostra do estudo, em todos os grupos de idade.

Os resultados indicam que os idosos ativos, neste estudo, apresentam diferenças entre as médias nas variáveis de sintomatologia depressiva e qualidade de vida; porém, a análise estatística não revelou diferença significativa entre os três grupos de idade. Os resultados do GDS não expressam a presença de depressão nos grupos de estudo, bem como a avaliação de qualidade de vida está num patamar razoável considerando a pontuação máxima. É conveniente indicar que o tempo médio de participação dos idosos no projeto de extensão é de 3,8 anos. Indica-se que, em estudos futuros, seja considerada essa variável e sua interferência.

A literatura tem indicado que existe uma maior presença de sintomas depressivos com a passagem do tempo. No estudo de Oliveira *et al.* (2010), que avaliou a sintomatologia da depressão autorreferida por idosos, considerando diferentes faixas etárias e variáveis sociodemográficas, verificou-se que 75,8% não apresentaram grau de sintomatologia de depressão e 24,2% manifestaram depressão leve ou severa. Os pesquisadores acharam, em seus resultados, com relação à faixa etária, que a sintomatologia depressiva de grau leve e severo se destaca com maior frequência entre 71 a 76 anos. Convém ressaltar que, neste estudo, os idosos não eram considerados ativos, diferentemente da amostra da nossa pesquisa, assim como do próximo estudo apresentado.

Xavier *et al.* (2001) avaliaram uma amostra de idosos octogenários, objetivando descrever a prevalência de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e relacionar com padrões de sono, função cognitiva e taxa de prevalência de outros diagnósticos psiquiátricos. De acordo com os autores, acima de 80 anos existem mais casos de pessoas ‘frágeis’ que podem predispor a um maior risco de TAG. Os resultados indicaram que a prevalência estimada de TAG foi de 10,6%, estando associada com maior ocorrência de depressão e maior número de sintomas depressivos. Destaca-se que, nos idosos com TAG, ocorreu uma associação com significativo pior padrão de qualidade de vida relativa à saúde, avaliado pelo SF-36.

Snowdon (2002) cita vários estudos internacionais relacionados à presença de depressão e idade, indicando que, com o aumento da idade, ocorre um aumento da prevalência; porém, também indica pesquisas em que esta relação não se confirma. Ao longo do trabalho, indica, contudo, que há uma prevalência elevada na população idosa. O autor indica que, em idosos, a presença de depressão está associada com doença física ou incapacidade, sendo que após os 75 anos relaciona-se com demência. De acordo com sua revisão, vários fatores demográficos, sociais e biológicos podem predispor o idoso a ficar deprimido; por exemplo, pobreza, solidão, e uma história familiar positiva podem emergir fatores de predisposição; já eventos adversos (particularmente luto) e deterioração da saúde física são os fatores precipitadores mais poderosos. A saúde física debilitada é o fator mais provável para impedir a recuperação, mas o apoio social tem a função de proteção social, mesmo em face de adversidade.

Irigaray e Schneider (2007), ao investigarem a intensidade e a prevalência de sintomatologia depressiva em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade (UNITI) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, observaram a ausência de sintomatologia depressiva na amostra estudada a partir do GDS-15. Do total de idosas, 80,6% apresentaram escores normais na GDS e nenhuma apresentou depressão grave. Houve diferença significativa entre depressão e tempo de participação na UNITI igual ou superior há 1 ano. Tendo em vista a idade avançada das participantes deste estudo, seu achado se torna relevante, pois este é um dos fatores associados à sintomatologia depressiva. Verificou-se também que as participantes apresentaram melhoras no humor e nas áreas pessoal, intelectual, afetiva e social. Este estudo aponta para a existência de uma

associação, a ser mais bem-investigada, entre menor intensidade de sintomatologia depressiva e tempo de participação na UNITI superior a um ano. Assim como nosso estudo também sugere que a participação em programas para idosos produz resultados positivos, ou seja, o envolvimento nessas atividades interfere nos níveis de depressão podendo refletir na qualidade de vida dessa população.

Em relação à associação entre a depressão e a faixa etária, o estudo desenvolvido por Leite, Carvalho, Barreto e Falcão, I.V. (2006) analisou a frequência de depressão, dentre os participantes do Programa UnATI/UFPE, relacionando-a com as variáveis demográficas e socioeconômicas. A maioria dos idosos deprimidos estava entre 70 a 79 anos. Ramos *et al.* (1998) também observaram que a depressão aumentou com a idade no seu estudo. Por outro lado, os resultados do presente estudo corroboram a pesquisa desenvolvida por Oliveira, D.A.A.P., Gomes e Oliveira, R.F. (2006) que também não encontrou associação positiva entre essas variáveis.

Estudos sobre a relação entre idosos participantes de programas de atividade física e sintomas depressivos têm indicado efeito positivo no sentido de minimização a partir da prática regular. Bittar, Guerra, Lopes, Mello, e Antunes (2013) investigaram o efeito de um programa de jogos pré-desportivos nos aspectos psicobiológicos de idosas, através das baterias de testes: mini-exame do estado mental; escala de sonolência de Epworth; índice de qualidade de sono de Pittsburgh; SF-36; escala geriátrica de depressão; IDATE-Traço/Estado; escala de humor de Brunel; nível de atividade física habitual e questionário de imagem corporal. Os dados sugerem que o programa de jogos pré-desportivos utilizado foi efetivo em promover modificações benéficas na qualidade de vida, no humor e na qualidade de sono das voluntárias.

Outro estudo relacionado à sintomatologia depressiva em idosos foi de Oliveira (2005), que comparou as alterações nos níveis de depressão de idosos em três grupos: exercício, medicamento e combinados (medicamento e exercício) após 4 meses de intervenção. A redução da depressão ocorreu nos três grupos; porém, sem diferença significativa. Além disso, o grupo exercício apresentou maior recuperação e menor recaída do que os outros observados; dessa forma, indicando a influência positiva da prática de exercícios físicos regulares no tratamento da depressão. Embora nosso estudo não seja de intervenção, porém se refere a uma amostra composta por idosos engajados em programas

de atividades físicas regulares; pode ser constatado que a característica de ser ativo parece atuar como efeito protetor da sintomatologia depressiva em idosos.

Para Moraes, Deslandes, Fernando, Pompeu e Jerson (2007), é possível observar que ocorre uma relação inversa entre prática de atividade física e níveis de depressão. Neste estudo de revisão sistemática, os autores indicam que há duas vertentes que procuram explicar esta situação. A primeira acredita que a atividade física influencia na redução da intensidade dos sintomas depressivos; já a segunda aposta, que a depressão influencia a atividade física, ou seja, idosos com sintomas depressivos ou depressivos não realizam ou diminuem essa prática. Pesquisas afirmam que a atividade física tem um efeito protetor na depressão, sendo que idosos menos ativos possuem maiores riscos de depressão do que aqueles ativos, além do que o exercício físico diminui a depressão. Os fatores explicativos estariam associados com liberação de hormônios como epinefrina, norepinefrina, somatotrofina, endorfina e cortisol. Percebem-se alterações no fluxo sanguíneo e no metabolismo de várias regiões do cérebro associadas com atenção, psicomotricidade, capacidade executiva e tomada de decisão, pensamentos tristes, aprendizado emocional. O fato de a amostra desse estudo ser fisicamente ativa parece estar de acordo com os achados destes pesquisadores.

O estudo de Carneiro *et al.* (2007) investigou as habilidades sociais, o apoio social, a qualidade de vida e a depressão de idosos da Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ (UnATI), de contextos familiares e de asilos, com amostra de 75 idosos, sendo 63 do sexo feminino e 12 do sexo masculino, idades variando de 61 a 95 anos. A amostra foi organizada em três grupos: 30 idosos que frequentam ambientes de ensino, como a Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (GUF); 30 idosos residentes em seus lares não engajados em atividades sociais em instituições (GF); e 15 idosos que vivem em asilos (GA). A partir do GDS-15, foi constatado que, entre os participantes do GF, 30% apresentaram possível caso de depressão, enquanto que, no GUF, a percentagem ficou em apenas 10%. Já no GA, verificou-se uma maior porcentagem, alcançando um total de 40% dos sujeitos com depressão. Observou-se que os idosos da instituição de longa permanência apresentaram um menor repertório de habilidades sociais, uma menor rede de apoio social, e uma pior

qualidade de vida. Os resultados indicam que, em idosos ativos, a depressão se manifesta em menor proporção.

Para Antunes, Stella, Santos, Bueno e Mello (2005), transtornos de humor são frequentes na população idosa. Seus sintomas representam uma questão de saúde pública, e afetam a qualidade de vida, principalmente por restringir atividades sociais. A participação em um programa de exercícios físicos regulares parece ser bastante efetiva na redução e prevenção do declínio funcional decorrente do envelhecimento. Em seu estudo, os autores examinaram o efeito de um programa de exercício físico aeróbio na intensidade do limiar ventilatório 1 (VT-1), nos escores indicativos de depressão e ansiedade e na qualidade de vida de idosos saudáveis, divididos em grupo-controle (sem exercício) e grupo-experimental (com exercício). Os voluntários foram submetidos a uma avaliação, utilizando-se uma avaliação composta pelas escalas: GDS (depressão), STAI traço/estado (ansiedade) e SF-36 (qualidade de vida). A comparação dos grupos, após o período de estudo, revelou que o grupo experimental obteve redução dos escores de depressão e ansiedade e aumento da qualidade de vida, enquanto no grupo-controle não foram observadas alterações. O estudo sugere que um programa de exercício na intensidade do VT-1 é suficiente para promover modificações favoráveis nos escores indicativos de depressão e ansiedade, além de melhorar a qualidade de vida de idosos.

Em relação à qualidade de vida, os idosos do nosso estudo indicaram resultados satisfatórios, salientando que a amostra era praticante de atividade física regular. Conforme Toscano e Oliveira (2009), a prática de atividade física influencia a qualidade de vida relacionada com a saúde, indicando efeitos positivos do exercício no estilo de vida. Corroborando com nossos achados, Orlando, Silva e Junior (2013) avaliaram a qualidade de vida, força muscular, equilíbrio e capacidade física de 74 idosos praticantes e não-praticantes de atividade física. Os resultados indicaram diferença significativa na qualidade de vida, força muscular, equilíbrio e capacidade física entre os grupos da amostra. O mesmo ocorreu num estudo de Pires, Dias, Couto e Castro (2013), ao comparar a qualidade de vida entre idosos praticantes de atividades físicas, regulares e sedentários, sendo que o grupo ativo indicou melhores resultados nos oito domínios da qualidade de vida a partir do SF-36. Na pesquisa de Mota, Ribeiro e Matos (2006) também foram encontradas diferenças significativas entre idosos ativos e não-ativos, sendo que o grupo praticante de exercício

apontou desempenho superior em todos os domínios do SF-36. Um aspecto que os autores chamam a atenção é de que as limitações funcionais influenciam o comportamento da pessoa idosa. No caso de idosos ativos, a avaliação destes itens no SF-36 são superiores aos idosos não ativos. Quando relacionamos este aspecto, com sintomatologia depressiva, podemos perceber que os resultados do SF-36 e do GDS são congruentes. Dados similares, também com SF-36, são explanados na investigação de Orlando, Silva e Junior (2013).

Considerações Finais

A atividade física regular, bem como a participação em grupos de convivência voltados para idosos, trazem benefícios para diferentes faixas etárias nessa população. Percebe-se que os idosos praticantes de exercícios físicos da amostra deste estudo possuem uma avaliação de qualidade de vida satisfatória e sem presença de sintomas depressivos. Mesmo a literatura indicando que, quanto mais idade, maiores são os níveis de depressão, a análise estatística não indicou este resultado na nossa amostra de idosos. A característica de ser ativo parece ser mais determinante na avaliação das variáveis de estudo (sintomas depressivos e qualidade de vida) do que a variável idade, embora se destaque que o estudo foi realizado com amostra de idosos (variando entre 60 a 89 anos) não tendo sido comparados com idades inferiores aos 60 anos. Sugerem-se estudos relacionados às variáveis de idade, nível de aptidão física, sintomas depressivos e qualidade de vida. Estudos longitudinais seriam interessantes para verificar o efeito protetor da atividade física regular ao longo do processo de envelhecimento.

Referências

Almeida, O.P. & Almeida, S.A. (1999, jun.). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. São Paulo (SP): *Arqu.Neuro-Psiquiatr.*, 57(2B). (<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>).

Alves, R.V., Costa, M.C., & Alves, J.G.B. (2004, jan.-fev.). Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. São Paulo (SP): *Rev Bras Med Esporte*, 10(1), 31-37.

Gonçalves, A.K., Griebler, E.M., Possamai, V.D. & Teixeira, A.R. (2014, setembro). Qualidade de vida e sintomas depressivos em idosos de três faixas etárias praticantes de atividade física. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(3), pp.79-94. ISSN 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

Antunes, H.K.M., Stella, S.G., Santos, R.F., Bueno, O.F.A., & Mello, M.T. (2005). Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Rev Bras Psiquiatr*, 27(4), 266-271.

Batistoni, S.S.T. (2005). Depressão. In: Neri, A.L. *Palavras-chave em gerontologia*, 59-61. Campinas (SP): Alínea.

Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Van Tilburg, T., Smit, J.H., Hooijer, C., & Van Tilburg, W. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord*, 36, 65-75.

Benedetti, T.R.B. (1999). Resumo de dissertação: Idosos Asilados e a Prática de Atividade Física. *Rev Bras de Cineantrop & Desemp Hum*, 1(1), 108.

Berquó, E. (1999). Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Neri, A.L. & Debert, G. (Orgs.). *Velhice e Sociedade*, 11-40. Campinas (SP): Papirus.

Bittar, I.G.L., Guerra, R.L.F., Lopes, F.C., Mello, M.T., & Antunes, H.K.M. (2013). The effects of a program of teaching games in psychobiological aspects of elderly women. Rio de Janeiro (RJ): *Rev Bra Geriat Gerontol*, 16(4), 713-725.

Borges, L.J., Benedetti, T.R.B., Xavier, A.J., & d'Orsi, E. (2013). Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo Epi Floripa. *Rev Saúde Pública*, 47(4), 701-710.

Carneiro, R.S., Falconea, E., Clarka, C., Pretteb, Z.Del, & Pretteb, A.D. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.

Cheik, N.C., Reis, I.T., Heredia, R.A.G., Ventura, M.L., Tufik, S., Antunes, H.K.M., & Melo, M.T. (2003). Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Rev Bras Ciênc Mov*, 11(3), 45-52.

Ciconelli, R.M. (2011). Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item Short-Form 419. Porto Alegre (RS): *Estud Interdiscipl Envelhec*, 16(edição especial), 407-420.

Coelho, F.G.de M., Gobbi, S., Costa, J.L.R., & Gobbi, L.T.B. (2013). *Exercício físico no envelhecimento saudável e patológico: da teoria à prática*. Curitiba (PR): CRV.

Domingues, P.C. & Neri, A.L. (2009). Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças autorrelatadas em idosos da comunidade. *Rev Bras de Atividade Física & Saúde*, 14(3), 164-173.

Gobbi, S., Corazza, D.I., Costa, J.L.R., Ueno, D.T., & Gobbi, L.T.B. (2013). Atividade física e saúde no envelhecimento: a experiência do Programa de Atividade Física para a Terceira Idade (PROFIT). In: Rosa, T.E.da C., Barroso, Á.E.S., & Louvison, M.C.P. (Orgs.). *Velhices: experiências e desafios nas políticas do envelhecimento ativo*, 283-296. São Paulo (SP): Instituto de Saúde. (Temas em Saúde Coletiva, v. 14).

Hallal, P.C., Victora, C.G., Wells, J.C., & Lima, R.C. (2003). Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. Madison (EUA): *Med Sci Sports Exerc*, 35, 1894-1900.

IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas*. Recuperado em 25 junho, 2012, de: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1.

Irigaray, T.Q. & Schneider, R.H. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Rev Psiquiatr RS*, 29(1), 19-27.

Irigaray, T.Q. & Schneider, R.H. (2008). Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade. Campinas (SP): *Estudos de Psicologia*, 25(4), 517-525.

Kay, D.W.K., Henderson, A.S., Scott, R., Wilson, J., Rickwood, D., & Grayson, D.A. (1985). The prevalence of dementia and depression among the elderly living in the Hobart community: the effect of the diagnostic criteria on the prevalence rates. *Psychol Med*, 15, 771-788.

Kramer, M., German, P.S., Anthony, J.C., Van Korff, M., & Skinner, E.A. (1985). Patterns of mental disorders among the elderly residents of Eastern Baltimore. *J Am Geriatr Soc*, 33, 236-245.

Lampinen, P., Heikkinen, R.L., & Ruoppila, I. (2000). Changes in intensity of physical exercise as predictors of depressive symptoms among older adults: an eight-year follow-up. *Preventive Medicine*, 30(5), 371-380.

Leite, V.M.M., Carvalho, E.M.F., Barreto, K.M.L., & Falcão, I.V. (2006). Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev Bras Saúde Matern Infant.*, 6(1), 31-38.

Mazo, G.Z., Liposcki, D.B., Ananda, C., & Prevê, D. (2007, nov.-dez.). Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. São Carlos (SP): *Rev Bras Fisioter*, 11(6), 437-442.

Moraes, H., Deslandes, C.F., Fernando, A.M.S., Pompeu, P.R., & Jerson, L. (2007). O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. *Rev Psiquiatr RS*, 29(1), 70-79.

Mota, J., Ribeiro, J.L., & Matos, M.G. (2006). Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. São Paulo (SP): *Rev Bras Educ Fís Esp*, 20(3), 219-225.

Oliveira, M.F., Bezerra, V.P., Silva, A.O., Alves, M.S.C.F., Moreira, M.A.S.P., & Caldas, C.P. (2012). Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2191-2198.

Oliveira, A.C.B. (2005). Estudo comparativo dos efeitos da atividade física com os da terapêutica em medicamentos a idosos com depressão maior. (114 f.). Tese de doutorado. São Paulo (SP). Curso de Medicina, Faculdade de Medicina.

Oliveira, D.A.A.P., Gomes, L., & Oliveira, R.F. (2006). Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Rev Saúde Pública*, 40(4), 734-736.

Orlando, M.M., Silva, M.S.P., & Junior, I.L. (2013). The influence of the practice of physical activity on the quality of live, muscle strength, balance, and physical ability in the elderly. Rio de Janeiro (RJ): *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 16(1).

OMS. (2011). Organização Mundial da Saúde. *A atividade física*. Recuperado em 28 março, 2013, de: <http://www.who.int/topics/pysical_activity/es/index.html>

Paradela, E.M.P., Lourenço, R.A., & Veras, R.P. (2005, dez.). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. São Paulo (SP): *Rev. Saúde Pública*, 39(6). (<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>).

Pires, F.de O., Dias, P.H.P.C., Couto, T.H.V., & Castro, H.de O. (2013). Perfil da qualidade de vida de idosos ativos e sedentários. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 5(1). (doi: 10.3895/S2175-08582013000100002).

Prince, M.J., Beekman, A.T., Deeg, D.J., Fuhrer, R., Kivela, S.L., Lawlor, B.A., Lobo, A., Magnusson, H., Meller, I., Van Oyen, H., Reischies, F., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., & Copeland, J.R. (1999). Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. *Br J Psychiatry*, 174, 339-345.

Rajeski, W.J., Craven, T., Ettinger, W.H.Jr., McFarlane, M., & Shumaker, S. (1996). Self-efficacy and pain in disability with osteoarthritis of the knee. *J Gerontol B Psychol Sci Soc*, 51(1), 24-29.

Ramos, L., Toniolo, J.N., Cendoroglo, M.S., Garcia, J.T., Najas, M.S., Perracini, M., *et al.* (1998). Two-year follow-up study od elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública*, 32(5), 397-407.

Sheikh, J.I. & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*, 5, 165-173.

Snowdon, J. (2002). How high is the prevalence of How high is the prevalence of How high is the prevalence of depression in old age depression in old age? *Rev Bras Psiquiatr*, 24(Supl I), 42-47.

Sousa, R.L., Medeiros, J.G.M., Moura, A.C.L., Souza, C.L.M., & Moreira, I.F. (2007). Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *J Bras Psiquiatr*, 56(2), 102-107.

Spiriduso, W. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. Barueri (SP): Manole.

Strawbridge, W.J., Deleger, S., Roberts, R.E., & Kaplan, G.A. (2002). Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American Journal of Epidemiology*, 156(4), 328-334.

Toscano, J.J.O. & Oliveira, A.C.C. (2007). Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. São Paulo (SP): *Rev Bras Med Esporte*, 15(3).

Xavier, F.M., Ferraaz, M.P.T., Trentia, C.M., Argimona, I., Bertolluccic, P.H., Poyaresd, D., & Moriguchi, E.H. (2001). Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Rev Saúde Pública*, 35(3), 294-302.

Recebido em 24/03/2014

Aceito em 30/09/2014

Andréa Kruger Gonçalves - Doutora em Psicologia e Prof.^a Adjunta do Curso de Educação Física UFRGS.

E-mail: <andreakg@terra.com.br>

Eliane Mattana Griebler - Bacharel em Educação Física pela UFRGS, acadêmica do curso de Fisioterapia/UFRGS e bolsista PROEXT/MEC/UFRGS.

E-mail: <nani_griebler@hotmail.com>

Vanessa Dias Possamai - Acadêmica do curso de Educação Física/ UFRGS e bolsista de Iniciação Científica UFRGS.

E-mail: <vanessa.possamai@ufrgs.br>

Adriane Ribeiro Teixeira - Doutora em Gerontologia e Prof.^a Adjunta do Curso de Fonoaudiologia UFRGS.

E-mail: <adriane.teixeira@gmail.com>