

ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO BRASIL E PORTUGAL

Larissa Silva Sadowski Torres¹
Anna Carolyn Vieira Cavalcante²
Gislani Acácia da Silva Toscano³
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda⁴
Gilson de Vasconcelos Torres⁵

RESUMO

Depressão interfere na qualidade de vida, gerando maior busca pelos serviços de saúde, baixa adesão ao tratamento, descaso pelo autocuidado e maior propensão ao suicídio. Objetiva-se analisar a associação entre a depressão e qualidade de vida de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família dos municípios de Natal/RN e Santa Cruz/RN/Brasil e conselho de Évora/Portugal. Estudo transversal, quantitativo e analítico, que se avaliou 160 idosos, sendo 110 no Brasil e 50 em Portugal, através dos instrumentos: questionário sociodemográfico; Inventário de Depressão de Beck (BDI); Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15); Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36). Em ambos os países o projeto foi aprovado pelos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa, em Natal/Brasil (Parecer n. 562.318) e Universidade de Évora/Portugal (Parecer n. 14011). A associação do SF-36 com o Inventário de BECK e GDS-15 demonstrou, nos dois países, que as maiores medianas estão associadas com a ausência de depressão e que com o aumento dos sintomas depressivos, diminui-se a QV. Entretanto, Portugal obteve melhores resultados da qualidade de vida e com mais domínios apresentando significância estatística. Portanto, o mau funcionamento psicossocial maximiza a vulnerabilidade de idosos a depressão e a baixa qualidade de vida, sendo necessárias estratégias de fortalecimento das ações de intervenções e promoção da saúde para esse público alvo, reduzindo complicações clínicas.

Palavras-chave: Depressão, Qualidade de Vida, Saúde do Idoso, Promoção da Saúde, Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento no centro das políticas de promoção da Saúde Pública tornou-se tema central da Organização Mundial de Saúde (OMS), uma vez que os estilos de vida influenciam a forma como se envelhece com autonomia e independência, ou seja, promover

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, larissasadovski@gmail.com;

² Mestranda do Programa de Pós Graduação de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, carolyna_vieira@hotmail.com;

³ Mestranda do Programa de Pós Graduação de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, gislani_94js@hotmail.com;

⁴ Pós Doutor em Enfermagem pela Universidade Évora/Portugal, Prof. Adjunto IV do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, farnoldo@gmail.com;

⁵ Professor orientador: Pós Doutor em Enfermagem pela Universidade de Évora/Portugal, Prof^o titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, gilsonvtorres@hotmail.com.

um envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece. Como políticas públicas sobre o envelhecimento, destaca-se de um lado, o Brasil com Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) e Portugal, do outro lado, com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), ambos programas e países tentam respostas adequadas às novas necessidades da população idosa.

O processo de envelhecimento humano atinge índices nunca verificados na história da humanidade na medida em que se considera a transição epidemiológica, nutricional e demográfica como reflexo dos avanços da ciência, do desenvolvimento tecnológico e da inovação melhorando a expectativa e a qualidade de vida das pessoas em seu ciclo vital. Destarte a população mundial está envelhecendo a passos acelerados e alerta-se que essa mudança será mais rápida e intensa nos países em desenvolvimento (ALVAREZ, SANDRI, 2018).

No envelhecimento, que *per si* não é homogêneo, a qualidade de vida significa envelhecer de modo ativo e independente, preservando a capacidade funcional do organismo, as quais dependem de fatores: pessoais, sociais e ambientais ao longo da vida que juntos e combinados poderão ser determinantes para um envelhecimento saudável ou não (ALVAREZ, SANDRI, 2018).

Frente às demandas do processo do envelhecimento populacional, mediados pelas políticas públicas de saúde, chama-se a atenção, de forma geral, para as perturbações psiquiátricas no idoso. Essas perturbações são comuns e afetam na perda de autonomia, agravamento de quadros patológicos preexistentes e negligência no autocuidado (FRADE, et. al., 2015).

Nesse sentido, destaca-se a depressão como um problema de saúde pública com incidência crescente que atinge cerca de 154 milhões de pessoas mundialmente, na qual afeta o idoso com um percentual de 15% de prevalência para algum sintoma depressivo, o que requer uma atenção especial e ações de prevenção e cuidado para tal população (LIMA, et al., 2016).

Por fim, objetiva-se analisar a associação entre a depressão e qualidade de vida de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família dos municípios de Natal/RN e Santa Cruz/RN/Brasil e conselho de Évora/Portugal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico, comparativo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com idosos da Atenção Primária à Saúde de dois municípios brasileiros do Estado do Rio Grande do Norte (Natal e Santa Cruz) e na Rede Nacional de Cuidados Continuado Integrados (RNCCI), integrante do Sistema Nacional de Saúde, do conselho de Évora, Portugal, realizado entre novembro de 2017 a fevereiro de 2018. Um conjunto de instituições públicas e privadas constitui a RNCCI que prestam cuidados continuados no local de residência do utente e, quando tal não for possível, em locais especificamente equipados para o efeito (CARVALHO, 2014).

No Brasil, lócus da pesquisa, ou seja, em Igapó, existem 350 idosos cadastrados na USF Igapó. Em Santa Cruz, 140 idosos são cadastrados, totalizando uma população de 490 idosos no Rio Grande do Norte. Em Évora/Portugal, existem 152 idosos, sendo 40 cadastrados no Centro Dia do Idoso na Paróquia N. Sra. de Fátima e 110 idosos cadastrados na Universidade Sênior de Évora:

Para o cálculo da amostra aleatória simples, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} \quad n = \frac{N.n_0}{N + n_0}$$

Onde:

N= tamanho da população

E0 = erro amostral tolerável (para a pesquisa, utilizaremos 5%)

n0= primeira aproximação do tamanho da amostra

n= tamanho da amostra

Utilizando o erro amostral (E0 = 0,05) e primeira aproximação do tamanho da amostra (n0 = 400), e o tamanho da população alvo em Natal e Santa Cruz/RN no Brasil (N= 490), foi obtido o tamanho da amostra de 110 idosos, sendo 60 no Grupo Intervenção e 50 no Grupo Controle. Em Évora, Portugal com a população de idoso (N=152) a amostra obtida foi de 100 idosos, sendo 50 no Grupo Intervenção e 50 no Grupo Controle. No geral, há uma previsão de pesquisar 160 idosos (Brasil e Portugal).

Os três instrumentos escolhidos para a realização da pesquisa foram estabelecidos mediante os critérios de validação entre os dois países envolvidos, os quais foram aplicados em atenção às diferenças lingüísticas entre ambos os países de língua portuguesa: o questionário dos dados sociodemográficos, abordando o perfil dos idosos; escala do Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) e Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), a primeira específica para depressão em idosos e a segunda para rastreio de sintomas de depressão na

população em geral, incluindo idosos; e a versão brasileira validada do questionário de qualidade de vida *Medical Outcomes Short-Form Health Survey*(SF-36)(ZUARDI, 2017).

Para a tabulação e análise dos dados, utilizaram-se os programas *Microsoft Excel 2013* e o SPSS IBM versão 20.0. Para as variáveis nominais e ordinais, referentes à caracterização sociodemográfica e de saúde, aplicou-se o teste não paramétrico de *Pearson Qui-quadrado* para verificar a significância da dispersão entre as variáveis comparadas.

Ao testar as variáveis escalares (SF-36 e GDS-15), utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney, não paramétrico, para análise entre as variáveis independentes, domínios e dimensões do SF-36 e os locais de estudo. Optou-se como Intervalo de Confiança (IC) o percentual de 95% e significativos os achados com p -valor $< 0,05$.

O projeto obteve aprovação em ambos os países, objeto do estudo. No Brasil, do Comitê de Ética em Pesquisado Hospital Universitário Onofre Lopes, CEP/HUOL (Parecer n. 562.318) e em Portugal do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Évora (Parecer n. 14011). Antes da realização das entrevistas, realizou-se orientações, esclarecimentos gerais, dúvidas, riscos e benefícios para posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitado os preceitos éticos e da condição de voluntário como participantes da pesquisa.

DESENVOLVIMENTO

Do ponto de vista da instrumentalização da pesquisa, ou seja, na realização processual da coleta de dados nos dois países, foram ministrados cursos de treinamento com todos os docentes, colaboradores, bolsistas e discentes em iniciação científica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e bolsistas, ou seja, bolsistas de mestrado da Universidade de Évora, sobre a aplicação dos instrumentos utilizados na pesquisa. Os cursos tiveram duração de 30 horas para os pesquisadores e colaboradores, realizados nos finais de semana, utilizando-se dos recursos informacionais, a exemplo de *chats* e *skype*.

Com relação às coletas dos dados, elas ocorreram em dias pré-determinados e direcionados às atividades dos grupos de idosos, bem como mediante a busca ativa na comunidade do estudo, seguida de visita domiciliar, sem prévio aviso. Essa busca ocorreu com o auxílio dos agentes comunitários de saúde (ACS), vinculados ao serviço da ESF/BR e RNCCI/PT.

Nessa perspectiva, vale ressaltar a importância do objeto de estudo dessa pesquisa, a depressão e a qualidade de vida de idosos, em que a depressão configura-se como primeiro

transtorno mental mais prevalente, e assume segunda posição entre as principais causas de incapacidades no mundo, atrás apenas de lombalgia. Associa-se com piora do estado geral de saúde, perda de anos de vida ajustados por incapacidade, decréscimo da produtividade e fator de risco para mortalidade precoce e suicídio (SOARES, et al., 2017).

Sabe-se que a depressão geriátrica pode passar despercebida por profissionais de saúde e familiares, sendo provavelmente subtratada. Seus sintomas debilitantes provocam impacto negativo no decurso da vida, estando associada com o declínio do estado geral de saúde. Logo, surge a necessidade de medidas de prevenção e promoção à saúde para combater essa problemática (SOARES, et al., 2017).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi de 160 idosos, sendo que 110 eram idosos do Brasil e 50 de Évora/Portugal. As características sociodemográficas de ambos países, expressos na tabela 1 mostram que há predominância do sexo feminino (75,0%), com faixa etária entre os 60 e 80 anos (88,2%), escolaridade de 1 a 5 anos (71,9%) e moram sozinhos (76,3%). No Brasil, pouco mais da metade não tem companheiro (35,6%) e têm renda maior que um salário mínimo (37,5%), enquanto que em Portugal 17,5% dos idosos têm companheiro e apresentam renda até um salário mínimo (23,8%). Houve significância nos aspectos de escolaridade, com quem moram e renda.

Estudo brasileiro quantitativo, transversal, domiciliar e semelhante a este, sobre a qualidade de vida e situação de saúde de idosos no interior do Ceará/BR mostrou que a maioria dos idosos era do sexo feminino, casada, de cor parda, entre 60 e 69 anos de idade, com ensino fundamental incompleto e renda de até um salário mínimo (PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015).

Tabela 1: Características sociodemográficas dos idosos pesquisados de Brasil e Portugal, 2018.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		BRASIL	PORTUGAL	Total	Qui- quadrado de Pearson
		n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo	Feminino	79 (49,4)	41 (25,6)	120 (75,0)	0,168
	Masculino	31 (19,4)	9 (5,6)	40 (25,0)	
Faixa Etária (anos)	60 a 80	98 (61,3)	43 (26,9)	141 (88,2)	0,575
	81 a 100	12 (7,5)	7 (4,4)	19 (11,9)	

Estado Civil	Com companheiro	53 (33,1)	28 (17,5)	81 (50,6)	0,359
	Sem companheiro	57 (35,6)	22 (13,8)	79 (49,4)	
Escolaridade (anos)	1 a 5	89 (55,6)	26 (16,3)	115 (71,9)	<0,001
	6 a 10	13 (8,1)	10 (6,3)	23 (14,4)	
	11 a 15	8 (5,0)	14 (8,8)	22 (13,8)	
Mora com alguém	Sim	19 (11,9)	19 (11,9)	38 (23,8)	0,004
	Não	91 (56,9)	31 (19,4)	122 (76,3)	
Renda (SM)*	Sem renda	0 (0,0)	12 (7,5)	12 (7,5)	< 0,001
	Até 1	50 (31,3)	38 (23,8)	88 (55,0)	
	Mais de 1	60 (37,5)	0 (0,0)	60 (37,5)	

*Considerando o salário mínimo no Brasil de R\$ 954,00 e em Portugal de 580,00 € (Euros), até o mês de abril em ambos os países.

Segundo a tabela 2, pela escala do Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), os idosos brasileiros apresentaram mais sintomas depressivos, ao contrário da maioria dos de Portugal que, em sua maioria, não apresentaram a sintomatologia depressiva, sendo uma diferença significativa ($p=0,018$). Enquanto que, no Inventário de Depressão de Beck a maioria dos idosos não apresentaram sintomas depressivos, em ambos os países, sem significância estatística.

Diante desse quadro, confrontando com uma revisão sistemática, a depressão é vista como uma condição clínica de grande relevância em idosos, sendo um processo natural que aumenta a morbimortalidade, impacta negativamente a capacidade funcional e a qualidade de vida destes indivíduos na população, corroborando com os dados encontrados em nossa pesquisa (LIMA, et al., 2016).

Tabela 2. Presença e intensidade de depressão segundo Instrumento GDS -15 e Inventário de Depressão de Beck dos idosos pesquisados no Brasil e Portugal, 2018.

VARIÁVEIS	BRASIL	PORTUGAL	TOTAL	Qui- Quadrado de Pearson
	n (%)	n (%)	n (%)	
Depressão GDS-15				
Ausente	46 (28,8)	31 (19,4)	77 (48,1)	0,018
Presente	64 (40,0)	19 (11,9)	83(51,9)	
Depressão por Beck				
Ausente	64 (40,0)	30 (18,8)	94 (58,8)	0,829
Presente	46 (28,8)	20 (12,5)	66 (41,3)	

De acordo com a caracterização da qualidade de vida dos idosos expressa pelo quadro 1, observa-se que Portugal apresentou melhor qualidade de vida do que o Brasil, ao passo que para a maioria dos domínios os valores dos *percentis* foram maiores.

Quadro 1: Caracterização da Qualidade de Vida dos Idosos do Brasil e de Portugal, 2018.

SF-36	QUARTIS						p-valor*
	Brasil			Portugal			
	PERCENTIS			PERCENTIS			
	25	50	75	25	50	75	
SF Aspecto Funcional	35,0	65,0	90,0	50,0	75,0	90,0	0,165
SF Aspecto físico	0,0	50,0	100,0	75,0	100,0	100,0	<0,001
SF Dor no corpo	20,0	40,0	60,0	20,0	30,0	40,0	0,059
SF Estado Geral de Saúde	30,0	35,0	55,0	35,0	50,0	56,2	0,030
SF Vitalidade	45,0	50,0	60,0	43,7	50,0	56,2	0,421
SF Função Social	50,0	50,0	50,0	37,5	50,0	50,0	0,029
SF Aspectos Emocionais	24,7	100,0	100,0	66,6	100,0	100,0	0,111
SF Saúde Mental	52,0	56,0	60,0	48,0	56,0	64,0	0,263
SF Total	41,7	53,0	61,0	53,9	60,8	63,8	0,001
SF Dimensão Física	40,0	49,5	57,0	49,7	57,0	63,0	<0,001
SF Dimensão Saúde Mental	44,0	56,0	61,0	49,9	58,3	61,9	0,070

Nota: *Teste não paramétrico de Mann Whitney.

Pelo quadro 2, observa-se que, aqueles idosos que apresentavam as maiores medianas de qualidade de vida tinham ausência da depressão, em ambos os países, sendo uma diferença significativa somente para o SF Aspecto funcional ($p=0,001$), SF Aspecto físico ($p=0,017$), SF Total ($0,004$) e SF Dimensão Física ($p=0,006$), no Brasil. Já em Portugal, foram significantes os domínios SF Aspecto Funcional ($p<0,001$), SF Aspecto Físico ($p=0,009$), SF Dor no corpo ($p=0,002$), SF Vitalidade ($p=0,013$), SF Aspectos Emocionais ($p=0,007$), SF Saúde Mental ($p=0,005$), SF Total ($p=0,023$), SF Dimensão Física ($p=0,008$) e SF Dimensão Saúde Mental ($p=0,022$).

Assim, em comparação com o Brasil, Portugal obteve melhores resultados da qualidade de vida e com mais domínios apresentando significância estatística. Destaca-se SF Dor no corpo como o domínio com medianas abaixo de 50,0, tanto na ausência quanto na presença de depressão, para os dois países.

Segundo estudo transversal semelhante a este, realizado com idosos catarinenses, a depressão interfere na qualidade de vida, gerando maior busca pelos serviços de saúde, baixa adesão ao tratamento, descaso pelo autocuidado e maior propensão ao suicídio. Em Porto Alegre, estudo indicou prevalência de depressão em 30,6 %, com predomínio de mulheres (63,8 %). Já outra pesquisa em Portugal apontou sintomas leves a severos de depressão em 73,5 % dos idosos (GATO, 2018).

Em um estudo que analisou a associação entre multimorbidade e depressão e qualidade de vida em idosos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Senador Guiomard, Acre, usando a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e o Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref), os resultados apontam que a multimorbidade em idosos está associada à presença de depressão e pior qualidade de vida. Nesse sentido, destaca-se a importante associação da depressão e qualidade de vida para garantir a população idosa viver a senescência sem sofrimento e redução da qualidade de vida (AMARAL, et al., 2018).

Quadro 2. Associação entre os Aspectos e Domínios da qualidade de vida (SF-36) segundo presença de depressão medida pelo GDS-15 dos idosos pesquisados no Brasil e Portugal, 2018.

Variáveis	DEPRESSÃO GDS -15					
	Brasil			Portugal		
	Ausente	Presente	p-valor*	Ausente	Presente	p-valor*
	Mediana	Mediana		Mediana	Mediana	
SF Aspecto Funcional	77,5	52,5	0,001	85,0	50,0	<0,001
SF Aspecto físico	75,0	25,0	0,017	100,0	100,0	0,009
SF Dor no corpo	40,0	40,0	0,206	30,0	40,0	0,002
SF Estado Geral de Saúde	35,0	40,0	0,118	45,0	50,0	0,052
SF Vitalidade	50,0	50,0	0,693	55,0	45,0	0,013
SF Função Social	50,0	50,0	0,656	50,0	50,0	0,101
SF Aspectos Emocionais	100,0	100,0	0,112	100,0	100,0	0,007
SF Saúde Mental	60,0	56,0	0,098	60,0	48,0	0,005
SF Total	57,5	51,0	0,004	62,1	54,5	0,023
SF Dimensão Física	54,0	44,5	0,006	59,0	52,0	0,008
SF Dimensão Saúde Mental	57,0	54,0	0,283	59,9	50,2	0,022

Nota: *Teste não paramétrico de Mann Whitney.

Pela associação do SF-36 com o Inventário de Depressão de BECK, quadro 3, em ambos os países, as maiores medianas estão associadas com a ausência de depressão. Para o Brasil, dentre os aspectos de qualidade de vida foram significantes SF Aspecto Funcional, SF Dor no corpo, SF Estado Geral de Saúde e SF Saúde Mental ($p < 0,001$), SF Aspecto Físico ($p = 0,009$), SF Aspectos Emocionais ($p = 0,005$), SF Total ($p = 0,003$) e SF Dimensão Física ($p = 0,041$).

Enquanto quem Portugal, todos os domínios da qualidade de vida obtiveram significância estatística, exceto SF Estado Geral de Saúde.

Em estudo catarinense que também analisa a depressão e qualidade de vida de idosos, na correlação entre os instrumentos GDS (Escala de Depressão Geriátrica) e WHOQOL-BREF (avalia a qualidade de vida) houve forte associação inversa, pois quando aumentou a intensidade de sintomas depressivos, houve forte tendência à diminuição da QV em todos os domínios. Resultados semelhantes foram obtidos na presente pesquisa, porquanto foi demonstrada a mesma tendência de aumento dos sintomas depressivos associados a pior avaliação da QV (GATO, 2018).

Nessa perspectiva, no domínio psicológico é reforçada a associação entre QV na velhice e capacidade de transcender limitações e adversidades, estar bem consigo, adaptar-se às mudanças do envelhecimento e à capacidade de interação social. Dessa forma, tem melhor percepção de QV o idoso que percebe que as mudanças do envelhecimento podem ser vivenciadas/superadas de forma positiva (GATO, 2018).

Quadro 3. Associação entre os Aspectos e Domínios da qualidade de vida (SF-36) segundo presença de depressão medida pelo Inventário de Depressão de Beck dos idosos pesquisados no Brasil e Portugal, 2018.

Variáveis	DEPRESSÃO DE BECK					
	Brasil			Portugal		
	Ausente	Presente	p-valor*	Ausente	Presente	p-valor*
	Mediana	Mediana		Mediana	Mediana	
SF Aspecto Funcional	80,0	35,0	<0,001	85,0	47,5	<0,001
SF Aspecto físico	75,0	12,5	0,009	100,0	100,0	0,012
SF Dor no corpo	30,0	50,0	<0,001	20,0	45,0	<0,001
SF Estado Geral de Saúde	35,0	50,0	<0,001	47,5	52,5	0,068
SF Vitalidade	50,0	50,0	0,833	55,0	45,0	<0,001
SF Função Social	50,0	50,0	0,869	50,0	37,5	0,015
SF Aspectos	100,0	50,0	0,005	100,0	83,3	0,002

Emocionais						
SF Saúde Mental	60,0	54,0	<0,001	60,0	48,0	0,013
SF Total	57,0	49,0	0,003	62,2	52,7	0,009
SF Dimensão Física	51,5	42,0	0,041	59,0	51,0	0,007
SF Dimensão Saúde Mental	57,0	49,0	0,141	60,9	48,9	0,001

Nota: *Teste não paramétrico de Mann Whitney.

Em uma população de idosos atendidos em um ambulatório de cardiologia de um hospital de referência, os determinantes clínicos mais relevantes de prejuízos para dependência e qualidade de vida são as comorbidades não cardiovasculares, particularmente a depressão. Desse modo, reforça ainda mais a interferência dos sintomas depressivos no bem-estar dos indivíduos, sendo um agravo psiquiátrico associado a suporte social negativo ou insuficiente (RODRIGUES, et al., 2015).

A enfermagem é uma profissão que presta o cuidado para as pessoas, ao longo de suas vidas, nas mais diversas áreas de atenção e tem no processo de envelhecimento populacional um amplo espaço de trabalho a ser conquistado e construído como campo de conhecimento. Muitos estudos têm sido realizados pela enfermagem gerontológica brasileira, no entanto, é urgente a síntese desse conhecimento, assim como das experiências bem-sucedidas. O conhecimento produzido deve se consolidar em boas práticas de forma a superar a lacuna entre a teoria e a prática e provocar mudanças no cuidado de enfermagem à pessoa idosa, contribuindo de forma preponderante para um envelhecimento saudável (ALVAREZ, SANDRI, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos brasileiros apresentaram mais sintomas depressivos, ao contrário da maioria dos de Portugal. No Brasil, houve predominância do sexo feminino, morando sozinho, com maior renda, e em Portugal com companheiros e menor renda. De modo geral, os idosos portugueses apresentaram melhor qualidade de vida do que os brasileiros.

Nesse sentido, a exemplo, destaca-se a associação do SF-36 com o Inventário de Depressão de BECK e a Escala de Depressão Geriátrica, os quais demonstraram, em ambos os países, que as maiores medianas estão associadas com a ausência de depressão e que com o aumento dos sintomas depressivos, diminui-se a QV. Porém, Portugal obteve melhores resultados da qualidade de vida e com mais domínios apresentando significância estatística.

O estudo é relevante ao passo que amplia o conhecimento sobre QV de idosos e seu funcionamento psicossocial, relacionando perdas cognitivas e afetivas, limitações biológicas e isolamento como fatores os quais maximizam a vulnerabilidade dos idosos para depressão e prejudicam seu bem-estar, comprometendo sua funcionalidade e gerando dependência social.

Os aspectos conclusivos da pesquisa remetem a necessidade de novas pesquisas entre os dois países quanto à qualidade de vida e os sintomas depressivos. Assim, como estratégia de apoio as políticas públicas para as pessoas idosas e o fortalecimento das ações de intervenções e promoção da saúde dos mesmos, com autonomia e independência, minimizando as complicações clínicas.

REFERÊNCIAS

AMARAL, T.L.M et al . Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 9, p. 3077-3084, 2018.

ALVAREZ; A.M; SANDRI, J.V.A. Population aging and the Nursing commitment. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.71, supl.2, p.722-723, 2018.

CARVALHO, M.I.L.B. Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social. **Rev. katálysis**, Florianópolis , v. 17, n. 2, p. 261-271, 2014.

FRADE, J. et al . Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. série IV, n. 4, p. 41-49, 2015.

GATO, J.M,et al . Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. **Av.enferm.**, Bogotá, v. 36, n. 3, p. 302-310, 2018.

LIMA, A.M.P et al. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**. Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, p. 96-103, 2016.

MAIA, A.Z. Avaliação da escala de depressão geriátrica e do Inventário de Depressão de Beck como instrumentos de caracterização da sintomatologia depressiva em longevos. **Dissertação (Mestrado)**. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Médica. PUCRS. Porto Alegre, 2017.

MATIAS, A.G.C et al . Indicators of depression in elderly and different screening methods. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 14, n. 1, p. 6-11, 2016.

PEREIRA, D.S; NOGUEIRA, J.A.D; SILVA, C.A.B. Quality of life and the health status of elderly persons: a population-based study in the central sertão of Ceará. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 893-908, 2015 .

RODRIGUES, G.H.D.P et al . Depressão como Determinante Clínico de Dependência e Baixa Qualidade de Vida em Idosos Cardiopatas. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 104, n. 6, p. 443-449, 2015.

SOARES, S.M. et al. Associação entre depressão e qualidade de vida em idosos: atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 25, p. e19987, 2017.