

ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL, SINTOMAS DEPRESSIVOS E DOENÇAS AUTO-RELATADAS EM IDOSOS DA COMUNIDADE

Recebido: 21/07/2009
 Re-submissão: 19/09/2009
 Aceito: 01/10/2009

PAULA CASALINI DOMINGUES¹, ANITA LIBERALESSO NERI²

1. Fisioterapeuta, Mestre em Gerontologia – Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp; 2. Professora Titular. Docente do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

RESUMO

Objetivos. Analisar relações entre os tipos e o nível de atividade física nos últimos doze meses, doenças e sintomas somáticos auto-relatados e sintomas depressivos em idosos de diferentes faixas de idade e renda recrutados na comunidade. **Materiais e métodos.** Foram 144 idosos (M= 71,2 e DP= 6,65), 94,4% mulheres, frequentadores de um centro de convivência. Os dados foram coletados por meio de uma ficha de identificação sociodemográfica, de um questionário sobre doenças e sintomas auto-relatados, da *Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)* e do *Questionário de Baecke Modificado para Idosos (QBMI)*. **Resultados:** A prevalência de sintomas depressivos foi de 33,3%; 49,3% dos idosos relataram ter três ou mais doenças e 43,7% eram ativos, segundo os critérios da *American College of Sports Medicine (ACSM)*. O grupo de 60 a 69 anos apresentou maior frequência de ativos e escores totais e em atividades esportivas mais altos. Os idosos que pontuaram acima da nota de corte (> 11) para sintomas depressivos apresentaram maior número de doenças, maior frequência de depressão e maior número sintomas somáticos auto-relatados. Na análise multivariada, ter entre 60 e 69 anos, apresentar escore intermediário ou baixo em atividades esportivas e relatar três ou mais doenças revelaram-se preditivos de sintomas depressivos. **Conclusão:** As relações identificadas configuram-se como importantes subsídios para a prática no âmbito da promoção em saúde.

Palavras-Chave: Idosos, Atividade física, Depressão, Comorbidades, Capacidade funcional.

ABSTRACT

HABITUAL PHYSICAL ACTIVITY, DEPRESSED SYMPTOMS AND SELF-REPORTED ILLNESS IN ELDERLY FROM THE COMMUNITY

Objectives. This study was aimed at investigating relationships between types and levels of physical activities performed during the last 12 months, self-reported illnesses and somatic symptoms, and depressive symptoms among community dwelling elderly. **Methods.** 144 participants (M = 71,2; DP = 6,65) were recruited in a leisure and educational center attended by older people. Data were collected with aid of socio-demographic questionnaire, another asking about self-reported illnesses and symptoms, the Brazilian versions of the Center for Epidemiological Survey – Depression, and the Modified Baecke for Older Adults. **Results:** The prevalence of depressive symptoms was 33,3%; 49,3% of the participants reported three or more illnesses; 43,7% were physically active, according to criteria of the *American College of Sports Medicine*. Those aged 60 to 69 were more physically active and scored higher than the sedentary did in global habitual physical activities and sports. Those that scored above the cut-score to depressive symptoms (> 11) reported more illnesses, depression and somatic symptoms; those with higher co-morbidity showed the highest scores in the CES-D. Multivariate analysis of regression showed that the main predictors of depressive symptoms were: being aged 60 to 69, intermediate or low scores in sport activities and three or more self-reported illnesses. **Conclusion:** Data are suggestive of the important role played by physical activities in health promotion in old age.

Keywords: Aging, Physical activity, Depression, Comorbidity, Functional ability.

INTRODUÇÃO

A atividade física (AF) é um recurso essencial à manutenção da boa saúde e das capacidades funcionais, à prevenção de doenças crônicas e ao tratamento primário ou secundário de alguns distúrbios de saúde em idosos. Sozinha ou associada ao tratamento farmacológico e psicológico contribui para o aumento e a manutenção das relações, sociais, melhora o humor e a auto-estima, diminui o estresse e a ansiedade, e melhora a satisfação, as funções cognitivas e o senso de auto-eficácia^{1,2}. Por tais motivos, as atividades físicas e, entre elas especificamente os exercícios físicos, são apontados como excelentes estratégias de intervenção em saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS)³.

Atividade física e exercício físico são termos distintos. O primeiro é definido como todo movimento corporal produzido por um músculo resultando em gasto energético e o segundo é uma forma específica de AF, cujas características prendem-se ao fato de ser planejada, estruturada e repetitiva e de ter como objetivo manter ou desenvolver habilidades físicas e cognitivas^{4,5}.

As AFs podem ser investigadas em diversos domínios como no trabalho, no deslocamento, nas tarefas domésticas e no lazer, dependendo do questionário utilizado. Além disso, seguindo os critérios da American College of Sports Medicine (ACSM) e do Center for Disease Control (CDC) para a classificação do nível de AF são consideradas a frequência, a intensidade e a duração da atividade⁶. Segundo esses critérios são considerados ativos os indivíduos que realizam pelo menos vinte minutos de AF vigorosa (ou seja, que precisa de um grande esforço físico e que faz respirar muito mais forte do que o normal) por três dias ou mais na semana, ou que realizam pelo menos trinta minutos de caminhada ou atividade moderada (que precisam de algum esforço e que fazem respirar um pouco mais forte que o normal) por cinco dias ou mais na semana, ou que desempenham quaisquer AF ao longo de pelo menos cinco dias, acumulando pelo menos cento e cinquenta minutos semanais.

A AF pode ser mensurada por meio de informação fornecida em situação de entrevista, ou por avaliação de indicadores fisiológicos. Os questionários são preferencialmente usados, devido à sua

aplicabilidade para grandes grupos e ao seu baixo custo, e também por permitirem coletar informações precisas sobre o tipo da atividade e o contexto em que acontecem^{7,8}.

É notável a dificuldade na escolha de um instrumento confiável e válido para mensurar AF, principalmente em idosos. Em um estudo de revisão⁸, foram encontrados seis instrumentos que avaliam a AF nesse segmento, dentre os quais somente o Questionário Internacional de Atividade Física (QIAF) Adaptado para Idosos^{9,10} e o Questionário de Baecke Modificado para Idosos (QBMI)^{11,12} foram validados no Brasil. O QIAF surgiu a partir de proposta da OMS de desenvolver um instrumento para uso internacional. É um questionário auto-administrado e aborda quatro domínios: trabalho, transporte, recreação e lazer, e atividades domésticas⁷. O instrumento apresenta desvantagens quanto à sua extensão e é de difícil aplicação, principalmente na população idosa⁸. Já o QBMI, eleito para este estudo, além de considerar outros níveis de atividade, solicita informações sobre os últimos 12 meses, é de fácil aplicação, apresenta perguntas claras e objetivas e tem custo baixo.

Segundo dados de estudo de levantamento⁶ feito no estado de São Paulo, com adultos, utilizando o QIAF^{9,10} 45,7% da população era ativa e 8,8% sedentária, sendo as mulheres mais ativas do que os homens. Em ambos os sexos o número dos muito ativos foi menor quanto maior era a idade dos grupos. Dados do SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento)¹³ indicam que no município de São Paulo 26,5% dos idosos realizavam AF com regularidade. Ela apareceu como mais freqüente entre os de 60 a 75 anos do que no grupo de 75 anos e mais. Em qualquer faixa etária, os homens eram fisicamente mais ativos do que as mulheres. Em ambos os estudos citados a AF foi investigada nos domínios: trabalho, atividades domésticas, deslocamento e exercício físico.

A redução da AF habitual na velhice é conhecida e apontada na literatura como aspecto contribuinte ou predisponente para a sintomatologia depressiva^{2,6,14,15,16}. Essa associação parece ser mediada pelo maior risco de incapacidade ao qual os idosos que diminuem suas atividades habituais estão sujeitos.

Os sintomas depressivos envolvem aspectos de natureza biológica, psicológica e social e ocasionam

nam forte impacto funcional na vida de indivíduos de todas as idades. Na velhice, eles podem estar associados a perdas físicas, psicológicas e sociais, à limitação do acesso a atividades que promovem satisfação e bem-estar e ao aumento do risco para o aparecimento e o agravamento de doenças crônicas. O sedentarismo e hábitos de vida prejudiciais à saúde contribuem para o surgimento de doenças, que interagem com a depressão^{15,17}.

Os sintomas depressivos apresentados por idosos são caracterizados por aspectos clínicos particulares em comparação com a depressão apresentada por indivíduos mais jovens. Em decorrência das comorbidades associadas ao envelhecimento, os idosos apresentam mais manifestações somáticas, comportamentais e motivacionais¹⁸. A presença de comorbidade é um aspecto relevante, quando se trata da depressão no idoso. Ela possibilita uma gama de interações entre diversas enfermidades e resulta em repercussões físicas e psicossociais, além de ser comumente associada à sintomatologia depressiva e à redução da AF, principalmente na velhice. A literatura demonstra associação entre os sintomas depressivos e maior número de doenças crônicas. Estudos^{15,17,19} apontam que idosos com maior número de condições crônicas apresentaram maior chance para desenvolver depressão.

Estudos transversais^{14,16,20,21} apontam maior prevalência de depressão entre sujeitos com níveis mais baixos de AF e menor frequência de sintomas depressivos entre os mais ativos. Estudos longitudinais^{2,15,16,17} apontam que reduzir o nível da AF contribui para depressão. Estudos de intervenção^{22,23,24} demonstram que ocorre redução dos sintomas depressivos após a realização de um programa supervisionado de exercícios.

Os programas de atenção à saúde de idosos beneficiam-se do conhecimento sobre a relação entre a prática de atividades físicas, a saúde física e o bem-estar subjetivo de idosos. Esse conhecimento contribui para adoção de medidas preventivas e de reabilitação e pode oferecer subsídios para políticas de saúde e de educação em saúde na velhice.

OBJETIVOS

Este estudo teve como escopo analisar as relações entre o nível de atividade física habitual (AFH) nos últimos doze meses, doenças somáticas, sinais e sintomas auto-relatados e sintomas de-

pressivos em mulheres e homens idosos (60 anos e mais) de diferentes faixas de idade e renda, residentes na comunidade, recrutados em um centro de convivência para idosos.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada em uma estância hidromineral localizada no interior do estado de São Paulo, a qual tem 62.552 habitantes, entre os quais 13,7% são idosos (IBGE, 2007)²⁵. Os participantes foram recrutados no único centro de convivência para idosos da cidade, um local onde praticavam atividades de lazer, dança, artesanato e turismo. Os convites para participação foram feitos nesse local depois de palestras de divulgação sobre saúde na velhice, quando também eram informados os objetivos, os procedimentos e os aspectos éticos do estudo. Todos os frequentadores (N = 158) foram convidados a participar. Cento e cinquenta e três aceitaram. Desses, nove foram excluídos, seis por não terem 60 anos e três por não estarem cognitivamente aptos, segundo o escore no Mini-Exame de Estado Mental.

Participantes

A amostra tinha 144 indivíduos com 60 anos ou mais, sendo 94,4% mulheres (n= 136). Quarenta e cinco por cento tinham entre 60 e 69 anos, 43% entre 70 e 79 anos e 12% com 80 anos ou mais (M= 71,2 DP= 6,65); 56,2% eram viúvos, 35,4% casados e o restante solteiros e divorciados; 71% eram aposentados e 57,6%, pensionistas; 77,8% tinham quatro anos ou menos de escolaridade, 6,9% de cinco a oito anos, 4,9% tinham ensino médio e 6,9% ensino superior; 52,8% possuíam renda de um a três salários mínimos, 21,5% recebiam menos de um salário mínimo, 16% de três a cinco salários e 9,7% recebiam cinco ou mais; 61,8% frequentavam o grupo há seis anos ou mais, 30,6% de um a seis anos e 7,6% há menos de um ano.

Instrumentos

Foram utilizados: questionário de identificação dos participantes quanto às variáveis idade, gênero, estado civil, escolaridade e renda individual; questionário sobre doenças diagnosticadas por médico nos últimos 12 meses, segundo auto-relato (pressão alta; diabetes; problema cardíaco; tumor

maligno; embolia, derrame; doença pulmonar crônica; artrite, artrose e osteoporose); questionário sobre sintomas e sinais conforme auto-relato (associados à hipertensão e ao diabetes, dor, quedas, problemas de memória e depressão); a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)^{18,26} e o Questionário de Baecke Modificado para Idosos (QBMI)^{11,12}.

Os questionários sobre doenças, sinais e sintomas foi baseado no instrumento utilizado pelo estudo SABE¹³. A CES-D investiga os sintomas depressivos vividos na semana anterior à entrevista. Contém vinte itens sobre humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor. As respostas são em escala de quatro pontos (nunca ou raramente = 0, poucas vezes = 1, na maioria das vezes = 2 e sempre = 3). O escore final varia de zero a sessenta pontos e o ponto de corte para identificar sintomas depressivos em idosos brasileiros é >11 ^{18,26}. O QBMI^{11,12} é administrado na forma de entrevista e solicita auto-relatos sobre as atividades realizadas nos últimos 12 meses. Engloba três domínios de atividades físicas: trabalhos domésticos, atividades esportivas e atividades em tempo de livre. O domínio trabalhos domésticos enfoca 10 questões, as respostas variam de muito ativo a inativo e o escore corresponde à média das respostas. Os domínios atividades esportivas e atividades em tempo de lazer abordam o tipo, a intensidade, as horas semanais e os meses do ano nos quais cada atividade foi realizada. Apesar de avaliar os sujeitos em três domínios de atividades, o QBMI não apresenta uma nota de corte.

Com o objetivo de mensurar o nível de AF, especialmente no domínio exercício físico, optou-se por utilizar critérios derivados das recomendações do ACSM e do CDC. Esta classificação foi elaborada com base em um estudo de levantamento do nível de atividade física da população do estado de São Paulo⁶ que classificou os sujeitos em cinco categorias, considerando os quatro domínios da AF, conforme já citado anteriormente. Entretanto, em decorrência das limitações do instrumento utilizado neste estudo, somente as informações do domínio atividades esportivas foram utilizadas para a classificação em três níveis. Os domínios trabalhos domésticos e atividades de lazer não foram considerados para classificação.

Com base nos dados, os idosos foram classifi-

cados em três níveis:

- Ativos: Realizavam atividade vigorosa por pelo menos vinte minutos em três ou mais dias na semana, ou realizavam atividade moderada ou caminhada por pelo menos trinta minutos em cinco dias ou mais na semana, ou qualquer atividade somada por cinco dias ou mais na semana, totalizando cento e cinquenta minutos semanais.

- Irregularmente ativos: Realizavam AF, porém insuficiente para serem classificados como ativos. Podiam enquadrar-se em um dos critérios de frequência ou de duração do exercício, porém não atingiam as exigências de ambos.

- Sedentários: Não realizavam AF por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

Procedimento

A coleta de dados foi realizada por meio de sessões individuais, que foram agendadas para todas as terças e sextas feiras, no centro de convivência, em datas imediatamente posteriores ao recrutamento, de dezembro de 2007 a abril de 2008. No início da sessão, cada idoso foi convidado a conhecer e a assinar um termo de consentimento livre e esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), processo Nº 3523.0.000.146-07.

RESULTADOS

Com base nos critérios do ACSM, 43,7% da amostra foi considerada ativa, 25% irregularmente ativa e 31,3% sedentária. O grupo com menos de 70 anos apresentou maior frequência de ativos ($p=0,01$), sendo que entre os ativos, 50,8% tinham entre 60 e 69 anos; 43,6% entre 70 e 79 e 17,6% 80 anos ou mais. Nesse mesmo grupo (60-69 anos) foram encontrados maiores escores no domínio atividades esportivas ($p=0,008$) e também os escores totais mais altos no QBMI ($p=0,013$). Entre os idosos mais velhos foram encontrados os menores escores totais no questionário de AFH.

O exercício físico mais frequentemente citado foi caminhada (36,8%), seguido por condicionamento físico (29,2%). A Figura 1 apresenta os esportes praticados e o número de idosos em cada modalidade.

Entre os entrevistados, 79,2% realizavam trabalhos domésticos leves como lavar a louça e tirar

o pó, sempre, sozinhos ou com ajuda e 54,2% realizavam trabalhos domésticos pesados, como lavar janelas e pisos, freqüentemente ou sempre; 78,5% cozinhavam ou ajudavam no preparo pelo menos três vezes semanais. Sessenta e nove por cento saíam para fazer compras pelo menos uma vez por semana, e entre esses, 41% faziam compras de carro, 9,7% de ônibus e 36,8% a pé. Para se deslocar dentro da cidade 37,5% utilizavam o carro, 31,9% o faziam a pé e 30,6% utilizavam transporte público. As mulheres apresentaram escores significativamente mais altos nesse domínio do que os homens ($p= 0,025$).

As atividades de lazer, artesanato, pintura, bordado, crochê e tricô foram reunidas em um único grupo chamado de atividades manuais. Essas atividades foram as de maior freqüência neste domínio, sendo praticadas por 45,1% dos sujeitos

Quarenta e nove por cento dos idosos relataram ter três doenças ou mais. As mais comumente citadas foram: hipertensão (65,3%), artrite ou artrose (47,2%), osteoporose (42,4%), depressão (34%) e diabetes (24,3%). Os sintomas auto-relatados mais freqüentes foram: inchaço nos pés e tornozelos (43,7%), dificuldade de memória (41,7%) e dor em alguma parte do corpo (36,1%). As mulheres apresentaram freqüência significativamente mais alta de doenças auto-relatadas ($M=2,65$) do que os homens ($M=1,5$) ($p= 0,029$).

A prevalência de sintomas depressivos foi 33,3%. A faixa etária com maior percentual foi a de 60 a 69 anos (40%), seguida pela de 70 a 79

anos (30,6%) e pela de 80 anos ou mais (17,6%). Porém, não houve diferença significativa entre os gêneros e entre as idades. Os testes Qui quadrado, Exato de Fischer e Mann-Whitney revelaram que os idosos que pontuaram acima da nota de corte na CES-D apresentaram maior número de doenças (62,5% dos idosos que pontuaram acima da nota de corte para sintomas depressivos relataram três ou mais doenças, para um $p= 0,025$). A metade dos idosos com pontuação acima da nota de corte em sintomas depressivos relatou ter experiência de depressão diagnosticada por médico ($p= 0,004$). Nesse grupo também houve mais idosos com dor no peito ($p= 0,009$), falta de ar ($p< 0,001$), vertigem ($p= 0,003$), fadiga ($p< 0,001$), tosse ($p= 0,006$) e dificuldade de memória ($p< 0,001$); mais idosos que relataram dedicar-se mais a atividades manuais do que a outros tipos de atividades física habituais ($p= 0,014$); e menor número de idosos que realizavam atividades voluntárias ($p= 0,024$). Na Figura 2 pode-se observar o número de doenças entre os sujeitos com e sem sintomas depressivos.

Na amostra total observou-se que os mais velhos apresentaram escores mais baixos no domínio atividades esportivas ($p= 0,0001$) e, igualmente, escores totais mais baixos no QBMI ($p= 0,0002$); o número de doenças foi mais alto entre os mais deprimidos ($p= 0,0002$) e entre os que tiveram menores escores em atividades esportivas (0,0258) e em AFH total ($p= 0,0189$). Os idosos com alta pontuação em atividades esportivas apresentaram o mesmo rendimento em trabalhos domésticos ($p=$

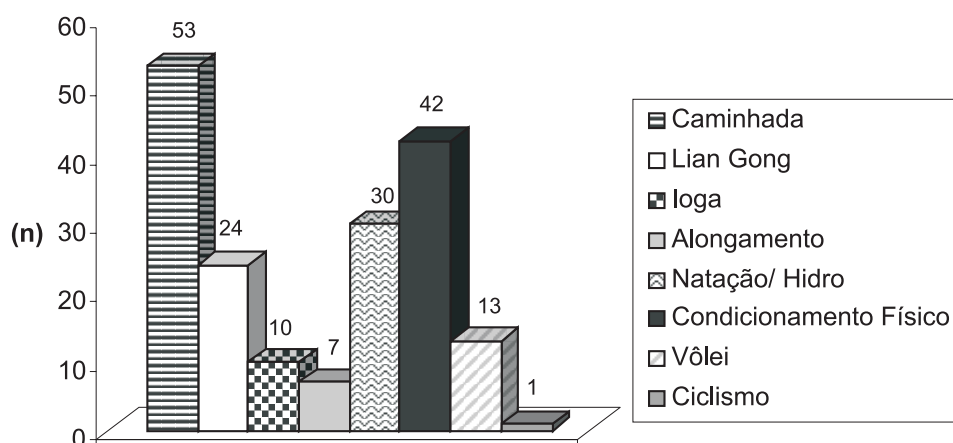


Figura 1

Número de praticantes de cada modalidade esportiva. Idosos, Campinas, 2008.

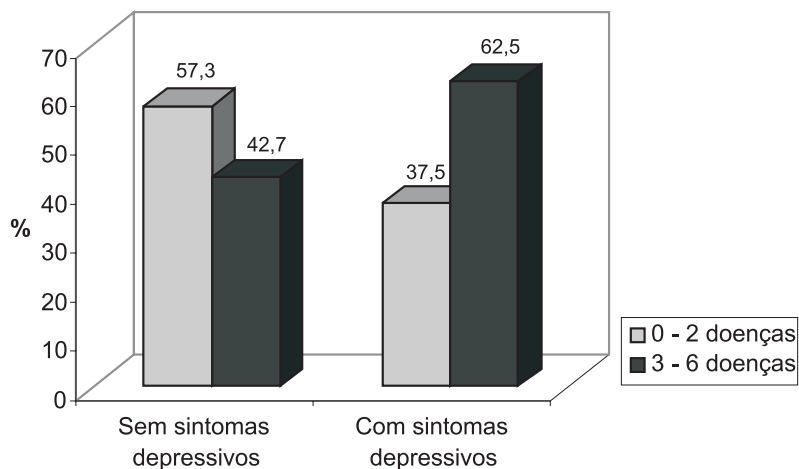


Figura 2

Freqüência de doenças entre os participantes sem e com sintomas depressivos. Idosos, Campinas, 2008.

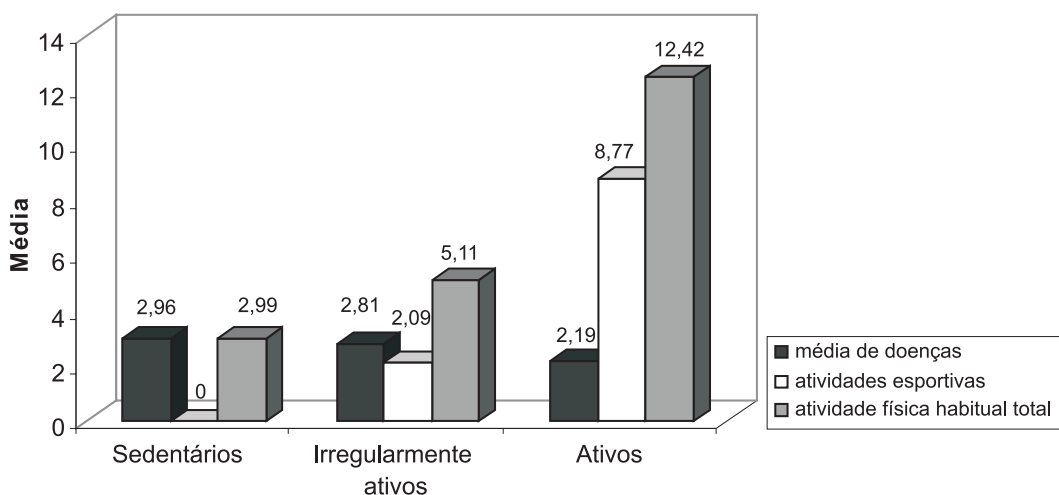


Figura 3

Distribuição das médias relativas ao número de doenças, aos escores em atividades esportivas e aos escores em atividades físicas habituais conforme o nível de atividade física. Idosos, Campinas, 2008.

0,0133).

Foi realizada análise comparativa dos escores do QBMI e da CES-D entre os idosos agrupados segundo a classificação do ACSM e segundo o número de doença. Observou-se que os sedentários, que apresentaram menor pontuação em esportes ($p, 0,001$) e menor pontuação em AFH total ($p < 0,001$), apresentaram maior número de doenças ($p = 0,025$). A Figura 3 apresenta dados dessas variáveis entre os sedentários, irregularmente ativos e ativos. Os sujeitos com maior número de doenças (3-6) apresentaram escores mais altos na CES-D ($p = 0,005$).

Para estudar a relação das variáveis de inte-

resse com a presença de sintomas depressivos, foi realizada análise de regressão multivariada, que revelou que os idosos com 3 a 6 doenças tinham 2,2 vezes mais chance de apresentar sintomas depressivos do que os com 0 a 2 doenças ($p = 0,046$); que os idosos com escores intermediários e baixos em atividades esportivas tinham, respectivamente, 3,4 e 3,8 vezes mais chance para apresentar sintomas depressivos que os com escores altos ($p = 0,022$ e $p = 0,021$), e os que tinham idade entre 60 e 69 anos apresentavam 4,3 vezes mais chance de ter sintomas depressivos do que os com idade entre 70 e 79 anos e com 80 ou mais ($p = 0,043$). A Tabela 1 apresenta os resultados dessa análise.

Tabela 1

Resultados da análise de regressão logística multivariada sobre os efeitos do numero de doenças, do escore em atividades esportivas e da idade sobre sintomas depressivos. Idosos, Campinas, 2008.

Variáveis Seleccionadas*	Categorias	Valor -P	OR**	IC 95% OR
Número de Doenças	0-2	0.046	1.00	---
	3-6		2.15	1.02 – 4.55
Escore de Atividades Esportivas (QBMI)	>Q3 (Alto)	0.022	1.00	---
	Q1-Q3 (Médio)	0.021	3.41	1.20 – 9.71
	<Q1 (Baixo)		3.84	1.23 – 12.00
Idade	≥80 anos	0.294	1.00	---
	70-79 anos	0.043	2.11	0.52 – 8.51
	60-69 anos		4.28	1.05 – 17.53

DISCUSSÃO

O número dos fisicamente ativos, conforme os critérios do ACSM foi superior ao encontrado por outros estudos como o VIGITEL²⁷ que, de forma semelhante, investigou somente os exercícios físicos e esportes, e como o SABE¹³, que considerou quatro domínios de AFH para classificar os idosos. Nestes estudos, as porcentagens foram de 10,5% e 26,5%.

O fato de a maioria dos idosos ter entre 60 e 79 anos e de quase a metade ter entre 60 e 69 anos pode ter contribuído para os elevados índices de atividade física habitual encontrados, já que a prática de exercício regular é mais comum entre idosos mais jovens do que entre idosos mais velhos^{2,6,13,14}. As condições de segurança, a facilidade de acesso, as opções de atividades e a divulgação de informação que valoriza e incentiva a prática regular de exercícios realizada por programas governamentais, pelos meios de comunicação de massa e pelos centros de saúde da cidade podem ter interferido de maneira positiva na disposição para procurar atividades físicas programadas. As mulheres, predominantes na amostra, costumam aderir mais a tratamentos de saúde e a programas de educação em saúde, qualquer que seja sua idade, talvez porque ao longo da vida tenham mais oportunidades de se aproximarem de situações de

cuidado. Por razões culturais que refletem especificidade biológicas, são elas que conduzem os filhos e acompanham doentes de todas as idades a serviços médicos. As mulheres são igualmente as que mais respondem a atividades que incrementam as relações sociais, possivelmente porque, por razões culturais associadas a gênero, elas são mais conectadas socialmente. Os idosos da pesquisa eram frequentadores de um centro de convivência, o que exige capacidade funcional preservada que, por sua vez, favorece a atividade, a participação social e o deslocamento.

Foi observada alta independência na realização de trabalhos domésticos e preparo da comida, provavelmente, também, em virtude do fato de a grande maioria serem mulheres. Além disso, mais da metade da amostra apresentava nível de renda de um a três salários mínimos, o que dificultaria a possibilidade de contratar uma terceira pessoa para realizar essas atividades.

A prevalência de sintomas depressivos foi semelhante à encontrada em estudo transversal em cinco grupos de convivência²⁸, e no estudo PENSA¹⁸. Entretanto, outros estudos encontraram prevalências inferiores^{13,19}. Essa variação pode ser atribuída aos diferentes instrumentos utilizados e ao contexto em que as pesquisas foram conduzidas.

Foi observado maior número de doenças entre

os mais deprimidos, assim como menores escores no domínio de atividades esportivas e no questionário de atividades físicas habituais. Outros estudos transversais^{14,16,20,21}, longitudinais^{2,15,17} e de intervenção^{22,23,24} observaram resultados semelhantes, possivelmente devido ao fato de as queixas somáticas serem uma das características da depressão. O uso da CES-D para avaliar sintomas depressivos pode ter contribuído para inflar os dados de prevalência, uma vez que, diferentemente de outras escalas, ela inclui itens sobre sintomas somáticos, além dos habituais, relativos a humores disfóricos e à diminuição nas taxas de atividade¹⁸. Idosos com três ou mais condições crônicas têm maior risco para depressão^{15,19}. Pode ser que a adoção de um estilo de vida sedentário e de hábitos prejudiciais à saúde contribua para o surgimento de doenças e de incapacidade, que interagem com a depressão^{2,6,14,15,16}, ou pode ocorrer o inverso.

Os efeitos do convívio social sobre o exercício físico e as relações entre mais convívio social e níveis mais baixos de sintomas depressivos são objeto de frequentes discussões. Entretanto, estudos de intervenção^{22,23} apontam que programas de exercício físico são mais eficazes na redução dos sintomas depressivos do que grupos de convívio social. Ou seja, a interação social promove benefícios psicológicos, mas somente o exercício físico parece ser capaz de promover modificações fisiológicas e metabólicas no praticantes.

Os idosos que praticavam mais atividades esportivas e atividades físicas de maior intensidade apresentaram menos sintomas depressivos, dado compatível com os de pesquisas que revelaram que pessoas com baixo e com médio nível de atividade física apresentaram maior predisposição para depressão do que indivíduos com alto nível^{16,17}. Indivíduos que realizavam exercício de duas a três vezes por semana apresentaram escores mais baixos de depressão do que os que praticavam exercício com menor frequência ou que não praticavam, sugerindo que a frequência e a intensidade da atividade é importante na redução dos sintomas depressivos²⁰.

Na análise de regressão multivariada a variável que se associou mais fortemente com sintomas depressivos foi a idade, dado coerente com os de estudos similares^{28,29,30}. Porém, não há relação linear entre idade e depressão. Neste e em outros

estudos foram encontradas taxas mais altas de sintomas depressivos entre idosos mais jovens e mais velhos do que entre os de idade intermediária. Embora mais saudáveis, os idosos mais jovens (60 a 69 anos) talvez estejam mais expostos a estressores intrapsíquicos, aos de origem familiar e aos relacionados a perda de papéis sociais, eventos que ocorrem normalmente no início da velhice. Nessa época, eles ainda não teriam desenvolvido totalmente estratégias de enfrentamento eficazes para lidar com esses eventos. A discriminação que muitos sofrem no trabalho e os problemas de identidade advindos da aposentadoria podem agravar a situação. Em contrapartida, os idosos de 70 a 79 anos teriam maior experiência de enfrentamento, mais aceitação da condição de idosos e um nível de aspiração mais compatível com a realidade, o que permitiria melhor convivência com a velhice e diminuição da probabilidade de sintomas depressivos^{29,30}.

CONCLUSÕES

Este estudo revelou dados importantes relativos à existência de associações múltiplas entre sintomatologia depressiva, doenças auto-relatadas e AFH entre idosos da comunidade, reforçando a noção de que idosos ativos fisicamente apresentam menor chance de vivenciar sintomas depressivos e outras queixas e condições somáticas do que idosos sedentários.

Apesar de os resultados apontarem associação entre presença de sintomas depressivos e níveis mais baixos de AFH, o delineamento não permitiu estabelecer a direção de causalidade entre esses dois fenômenos. Outros estudos poderão tomar medidas concorrentes de suporte social percebido e medidas objetivas de AFH, que poderão contribuir para o esclarecimento da direção das relações observadas. Mesmo conhecendo que a participação de mulheres é maior em grupos naturais ou de conveniência, em futuros estudos será importante compor amostras probabilísticas e com maior equilíbrio na representação por gênero. Seria interessante adicionar aos domínios do QBMI, a questão: porque o (a) senhor (a) não realiza atividade esportiva ou de lazer ou, porque parou de realizar? Essa questão possibilitaria melhor entendimento sobre prática de AF entre idosos e contribui para a

escolha de políticas de incentivo para os idosos. Apesar dessas e outras limitações, esta pesquisa representa contribuição para o conhecimento gerontológico no Brasil. Sabendo-se que a depressão é uma doença incapacitante e que expõe o sujeito a riscos de aumento da morbidade e da cronicidade, é importante conhecer condições que possam preveni-la ou minimizá-la.

Segundo dados da OMS³, a participação em atividades físicas leves e moderadas pode retardar o declínio funcional e uma vida ativa proporciona melhora na saúde mental e contribui para a prevenção de distúrbios como a depressão. Grande parte

da população mantém um estilo de vida sedentário e não adere a programas de exercícios, ignorando as possibilidades de comprometimento da saúde e da qualidade de vida. A elevação do nível de atividade da população pode contribuir indiretamente para ganhos em setores vitais para o desenvolvimento humano e o progresso econômico. 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.

REFERÊNCIAS

1. Gobbi S. Atividade física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* 1997;2(2):41-9.
2. Fukukawa Y, Nakashima C, Tsuboi S, et al. Age differences in the effect of physical activity on depressive symptoms. *Psychology and Aging* 2004;19(2):346-51.
3. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/. Acessado em 10 de junho de 2008.
4. Caspersen CJ, Powel, KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Republic* 1985;100(2):126-31.
5. Leão Júnior R. Atividade física. In: Neri AL. *Palavras-Chave em Gerontologia*. Campinas: Editora Alínea, 2005:16-19.
6. Matsudo SM, Matsudo VR, Araújo T, et al. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento* 2002;10(4):41-50.
7. Barros MVG, Nahas MV. Reprodutibilidade (teste-reteste) do questionário internacional de atividade física (QIAF- Versão 6): um estudo piloto com adultos no Brasil. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento* 2000;8(1):23-6.
8. Rabacow FM, Gomes MA, Marques P, Benedetti TRB. Questionários de medidas de atividade física em idosos. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano* 2006;8(4):99-106.
9. Benedetti TRB, Petroski EL, Antunes PC, Rodrigues-Anez CR. Questionário Internacional de Atividades Físicas: validade concorrente e reprodutibilidade para homens idosos. In: XXV Simpósio Internacional de Ciências do Esporte. *Novas Fronteiras para o Movimento*. São Paulo: Sitta Gráfica, 2002;(25):103-103.
10. Benedetti TRB, Mazo, GZ, Barros, MVG. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento* 2004;12(1):25-34.
11. Voorrips LE, Ravelli ACJ, Dongelmans PCA, Deurenberg P, Staveren WAV. A physical activity questionnaire for the elderly. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1991;23(8):974-9.
12. Mazo GZ, Benedetti TB, Mota J, Barros MVG. Validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste do Questionário de Baecke Modificado para Idosos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* 2001;6(1):5-11.
13. Lebrão ML, Duarte YAO, org. *SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no Município de São Paulo: Uma Abordagem Inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
14. Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública* 2004;38(3):365-71.
15. Lampinen P, Heikkinen RL, Ruoppila I. Chang-

- es in intensity of physical exercise as predictors of depressive symptoms among older adults: an eight-year follow-up. *Preventive Medicine* 2000;30(5):371-80.
16. Van Gool CH, Kempen GIJM, Pennix BWJH, et al. Relationship between changes in depressive symptoms and unhealthy lifestyles in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Age Ageing* 2003;32(1):81-7.
 17. Strawbridge WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American Journal of Epidemiology* 2002;156(4):328-34.
 18. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública* 2007;41(4):598-605.
 19. Duarte MB; Rego MAV Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cadernos de Saúde Pública* 2007;23(3):691-700.
 20. Hassmén P, Koivula N, Uutela A. Physical exercise and psychological well-being: a population study in Finland. *Preventive Medicine* 2002;30(1):17-25.
 21. De Moor MH, Beem AL, Stubbe JH, Boomsma DI, De Geus EJ. Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. *Preventive Medicine* 2006;42(4):273-9.
 22. Cheik NC, Reis IT, Heredia RAG, et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento* 2003;11(3):45-52.
 23. Corazza DI. Influência da Prática Regular de Atividade Física sobre Sintomas Depressivos em Idosos Institucionalizados [Tese - Mestrado] Rio Claro (SP): Universidade Estadual Paulista; 2005.
 24. Oliveira ACB. Estudo Comparativo dos Efeitos da Atividade Física com os da Terapêutica Medicamentosa em Idosos com Depressão Maior [Tese - Doutorado] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
 25. <http://www.ibge.gov.br>. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contagem da população 2007. Acesso em 10 de junho de 2008.
 26. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977;1:385-401.
 27. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_vigitel_2006_marco_2007. Acessado em 02 de maio de 2008.
 28. Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. *Revista de Saúde Pública* 2006;40(4):734-6.
 29. Tavares SS. Sintomas depressivos entre idosos: Relações com classe, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes [Tese – Mestrado] Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.
 30. Fortes-Burgos ACG, Neri AL, Cupertino APFB. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2008;2(1):74-82.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Paula Casalini Domingues conduziu o levantamento e a análise de dados da pesquisa que Anita Liberalesso Neri ajudou a planejar e orientou nos aspectos teóricos e metodológicos. O presente texto foi produzido por ambas em colaboração.

Apoio: CAPES.

CORRESPONDÊNCIA

Paula Casalini Domingues

e-mail: paulinha_domingues@yahoo.com.br

Rua Pedro Marigliani, 93 - Jd São Lourenço - Cep: 13904-160 - Amparo/SP