



UC/EPCE—2018

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

O apoio social e a qualidade de vida: o efeito mediador da sintomatologia depressiva e o papel da doença crónica numa amostra de idosos portugueses

Sónia Isabel da Silva Oliveira (sisoliveira311@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Soares de Matos

Agradecimentos

À professora Doutora Ana Paula Matos, pela disponibilidade, partilha de conhecimento e troca de opiniões. Pela orientação e compreensão durante todo este ano que passou.

Ao professor Doutor José Joaquim, por toda a boa disposição e pela ajuda disponibilizada neste longo percurso. Pela empatia e pelas palavras de incentivo que nos deu.

À Patrícia, à Maria João, à Renata e à Jéssica. Obrigada por todo o apoio que me ajudou a ultrapassar situações mais frustrantes. Porque sem elas, o percurso tinha sido sem dúvida muito mais difícil. Obrigada por este ano, por todos os momentos que me ajudaram a crescer.

Aos meus amigos de Coimbra, em especial à Cátia, por aturarem os meus momentos menos bons, por festejarem todas as conquistas comigo e por todos os momentos que nunca vou esquecer

À Ana e à Rita, por tudo. Pela ajuda, pela partilha, pela ajuda constante, pelos “cafés rápidos” e por todos os momentos de “isto não é o fim do mundo”. Tinham razão e por isso, obrigada.

Ao Daniel, por estar sempre lá. Pela paciência e por ser o meu porto de abrigo. Pela tamanha compreensão que mostrou ao longo deste caminho tumultuoso e por me ter ajudado sempre. Por podermos partilhar as vitórias como nossas. Obrigada.

Aos meus pais e à minha irmã, por me permitirem a conquista deste sonho. Pela paciência e pela ajuda nos momentos mais complicados. Porque sem eles, nada disto seria possível. Por todo o incentivo e por todas as palavras de conforto.

A todos aqueles que se disponibilizaram para colaborar com esta investigação. A todos os idosos com quem tive a oportunidade de estar e pelas partilhas que fizeram comigo. É dos maiores ganhos que levo. Obrigada.

O apoio social e a qualidade de vida: o efeito mediador da sintomatologia depressiva e o papel da doença crónica numa amostra de idosos portugueses

Resumo

O apoio social é uma necessidade apresentada pelo idoso, nomeadamente da família, amigos e vizinhos, podendo este ser considerado um fator protetor em relação a eventos stressantes, tendo por isso um impacto significativo na qualidade de vida. De acordo com a literatura, níveis baixos de apoio social estão fortemente relacionados com depressão, sendo este um problema recorrente nos dias de hoje, não só em adolescentes e adultos, mas também na população sénior. Esta problemática tem um impacto negativo em várias áreas da sua vida, nomeadamente na qualidade de vida. Outro fator passível de influenciar o surgimento de sintomatologia depressiva e prejudicar a qualidade de vida é a doença crónica, uma vez que incapacita o idoso no seu dia-a-dia. Assim, esta investigação propõe-se a estudar a relação entre o apoio social e a qualidade de vida, analisando o efeito mediador da sintomatologia depressiva nesta relação, numa amostra de idosos portugueses com e sem doença física crónica.

Neste estudo participaram 719 idosos da população portuguesa, entre os 60 e os 94 anos, onde está incluída uma amostra clínica de 59 idosos com perturbações emocionais recolhida em contexto hospitalar. Esta amostra de 719 idosos contém quatro grupos, consoante a presença de doença física crónica e/ou de perturbações emocionais, nomeadamente 468 sujeitos da população geral, sem doença física crónica ou perturbações emocionais, 192 sujeitos com doença física crónica, 26 doentes com perturbações emocionais e 33 doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica. A recolha de informação foi realizada através de questionários de auto-resposta, na sua versão curta, que avaliam a sintomatologia depressiva, a qualidade de vida e o apoio social.

O apoio social apresentou correlações significativas, negativas, com a sintomatologia depressiva e positivas com a qualidade de vida nos quatro grupos. A sintomatologia depressiva revelou-se mediadora parcial da relação entre o apoio social e a qualidade de vida no grupo da população geral, explicando 20.6% da variância total da qualidade de vida. No grupo com doença física crónica, a sintomatologia depressiva exerceu um efeito mediador total na relação acima referida, com o modelo a explicar 21.4% da variância total da qualidade de vida.

O estudo contribui para a compreensão de fatores influentes na qualidade de vida da população idosa portuguesa, nomeadamente o apoio social percebido e a sintomatologia depressiva. É de salientar os papéis da doença crónica e da perturbação emocional e os seus efeitos nestas variáveis, estando estas condições presentes no quotidiano de muitos idosos portugueses. Estes resultados têm implicações clínicas importantes, na medida em que deve ser tido em conta o fortalecimento das relações sociais e o tratamento da depressão, no sentido de melhorar a qualidade de vida desta população.

Palavras chave: depressão; qualidade de vida; apoio social; doença crónica; população sénior

Social support and quality of life: the mediating effect of depressive symptomatology and the role of chronic disease in a sample of portuguese elderly

Abstract

Social support is a need presented by the elderly, namely from family, friends and neighbors, being able to be considered a protective factor regarding stressful events, having a significant impact in quality of life. According to the literature, low social support is highly related with depression, this being a recurrent problem in nowadays, not only on adolescents and adults, but also in the elderly. This problem has a negative impact in several areas of their lives, namely in quality of life. Another factor that can influence the emergence of depressive symptomatology and impair quality of life is chronic disease, once it incapacitates the elderly in their everyday. Therefore, this investigation is proposed to study the relation between social support and quality of life, analyzing the mediator effect of depressive symptomatology in this relation, in a sample of portuguese elderly with and without chronic disease.

In this study participated 719 elderly of the portuguese population, between the 60 and the 94 years old, where it is included a clinical sample of 59 elderly with emotional disturbances collected in hospital context. This 719 elderly sample contains four groups, according to the presence of physical chronic disease and/or emotional disturbances, namely 468 subjects of the general population, without chronic disease and emotional disturbances, 192 subjects with physical chronic disease, 26 patients with emotional disturbances and 33 patients with emotional disturbances in comorbidity with physical chronic disease. The collection of the sample was made through self-response questionnaires, in their short version, that evaluate the depressive symptomatology, quality of life and social support.

The social support presented negative significant correlations with the depressive symptomatology and positive with quality of life in the four groups. The depressive symptomatology was revealed a partial mediator in the relation between social support and quality of life in the general population group, explaining 20.6% of the total variance of quality of life. In the chronic disease group, the depressive symptomatology exercised a total mediator effect in the abovementioned relationship, with the model explaining 21.4% of the total variance of quality of life.

This study is a contribution to the comprehension of influent factors in quality of life of the portuguese elderly population, namely perceived social support and depressive symptomatology. It is noteworthy the roles of the chronic disease and emotional disturbance and their effects in these variables, this being present conditions in everyday life of many portuguese elderly. These results have important clinical implications, according as it should be taken in account the strengthening of the social relationships and the treatment of depression, in an effort to improve the quality of life of this population.

Key Words: depression; quality of life; social support; chronic disease; elderly population

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento conceptual.....	1
1. Envelhecimento	1
2. Depressão no idoso.....	2
3. Apoio social percebido pelo idoso.....	2
4. Qualidade de vida na população sénior	3
5. A doença física crónica e as suas implicações em idosos	4
6. Apoio social, depressão e qualidade de vida	6
II - Objetivos	7
III - Metodologia.....	8
1. Caracterização da amostra.....	8
2. Instrumentos	10
3. Procedimento.....	11
4. Estratégia Analítica	12
IV - Resultados.....	13
1. Análises Preliminares	13
2. Análises Descritivas	14
3. Estudo das associações entre sintomatologia depressiva, qualidade de vida e apoio social.....	17
4. Estudo do efeito mediador da Sintomatologia Depressiva na relação entre o Apoio Social e a Qualidade de Vida	18
V - Discussão	21
VI - Conclusões.....	26
Bibliografia	28

Introdução

De acordo com estudos realizados pelo Population Reference Bureau (2017), o número de idosos em Portugal ascendia aos 21%, sendo esta faixa etária marcada por várias adaptações e ameaças ao bem-estar, como a reforma, solidão, rejeição (Shahboulaghi, Moghaddam, Khoshnou, Karbalaee, & Mohammadi, 2017), que levam a que o idoso fique vulnerável a dificuldades emocionais.

O apoio social é um dos fatores relacionados com o bem-estar e a qualidade de vida no idoso, uma vez que pode reduzir o sentimento de solidão, que é comum nesta população e estimular as funções mentais e físicas, o que levará a um aumento na qualidade de vida (Park, Jang, Lee, Haley, & Chiriboga, 2013; Shaw, 2005). A depressão é uma das perturbações frequentes na população sénior (Barua & Kar, 2010; Kabátová, Urícková, & Botíková, 2014), afetando severamente o seu bem-estar, sono, apetite, qualidade de vida e autoestima (Carp citado por Runcan, Hategan, Barbat, & Alexiu, 2010).

De acordo com a literatura (Thoits, 2011), idosos com níveis mais elevados de apoio social percebido apresentam maior resistência psicológica a eventos stressantes, nomeadamente a doença crónica, presentes na vida dos idosos e que podem levar a um aumento da sintomatologia depressiva (Blazer, 2005). O apoio social é considerado um fator importante para prevenir o surgimento e a progressão de depressão na terceira idade (Blazer, 2005). É de salientar o efeito preditor da depressão na qualidade de vida no idoso (Sun et al., 2017), sendo a boa saúde mental um fator importante para melhor qualidade de vida (Lawton, Winter, Kleban, & Ruckdeschel, 1999).

No seguimento destes dados, esta investigação tem como objetivo estudar as relações entre a depressão, qualidade de vida e apoio social. Propõe-se, ainda, a estudar o efeito preditor do apoio social na qualidade de vida e de que forma a sintomatologia depressiva medeia a predição referida anteriormente, em idosos saudáveis, com perturbações emocionais, doença física crónica e com comorbilidade de perturbações emocionais e doença física crónica.

I – Enquadramento conceptual

1. Envelhecimento

O envelhecimento da população é um fenómeno presente nos dias de hoje, tanto nos países em desenvolvimento como nos países desenvolvidos (Kumar & Dixit, 2017; Shahboulaghi et al., 2017; Shylaja, 2017) e, segundo as Nações Unidas (2015), o número de pessoas com mais de 60 anos tende a aumentar. Portugal é o quarto país com maior percentagem de idosos do mundo, juntamente com a Finlândia, Alemanha, Bulgária e Grécia, sendo que no ano passado, a percentagem de idosos com mais de 65 anos era 21% (Population Reference Bureau, 2017).

A população idosa passa por diversas dificuldades, nomeadamente re-

forma, solidão, rejeição ou *stress* o que pode levar a que estes indivíduos tendam a isolar-se (Shahboulaghi et al., 2017). Esta faixa etária é marcada por problemas com várias origens, afetando diferentes áreas da vida do idoso (Shylaja, 2017). A forma como as pessoas são capazes de ultrapassar estas dificuldades depende dos recursos de que cada um dispõe e a falta destes dificulta a superação das mesmas (Heap & Fors, 2015).

A terceira idade é considerada um período durante o qual as pessoas passam pelo processo de avaliar a sua vida e os que conseguem concluir esta tarefa com satisfação e têm orgulho nas suas conquistas, mostram um sentimento de integridade (Kumar & Dixit, 2017).

2. Depressão no idoso

A depressão é a perturbação psiquiátrica mais frequente na população idosa (Barua & Kar, 2010; Kabátová et al., 2014), existindo maior percentagem de mulheres deprimidas comparativamente aos homens (Duarte & Rego, 2007; Shahboulaghi et al., 2017; Silva et al., 2017). No que diz respeito à faixa etária, Demura e Sato (2003) concluíram que idosos com mais de 75 anos têm maiores níveis de sintomatologia depressiva do que idosos com idades compreendidas entre os 60 e os 74.

A perturbação depressiva é uma perturbação do humor que pode afetar indivíduos de qualquer faixa etária (Silva et al., 2017) e é marcada pelo humor triste e falta de satisfação na realização das tarefas diárias (Kabátová et al., 2014), podendo afetar negativamente o sono, apetite, qualidade de vida e autoestima (Carp citado por Runcan et al., 2010). A etiologia da depressão está associada a vários fatores, como a ocorrência prévia de depressão, doença, dor, défice cognitivo, solidão ou baixo nível socioeconómico (Kabátová et al., 2014), podendo apresentar diversos sintomas, uma vez que envolve aspetos biológicos associados à doença e também aspetos psicológicos associados a viuvez ou mudanças na sociedade (Silva et al., 2017). Uma metanálise de Cole e Dendukuri (2003) identificou o luto, perturbações do sono, incapacidade, episódios anteriores de depressão e género feminino como fatores de risco para a depressão. É importante referir que o histórico de depressão e aumento do número de eventos negativos leva também ao aumento da gravidade dos sintomas depressivos nos idosos (Colman et al., 2011; Wang et al., 2017).

Segundo Kabátová et al. (2014), a depressão representa um problema grave de saúde uma vez que “não só diminui a qualidade de vida, mas também é uma ameaça à própria vida” (p. 108), constituindo assim, um problema para os idosos, que pode levar a dificuldades no funcionamento físico e cognitivo (Blazer, 2003).

3. Apoio social percebido pelo idoso

O apoio social é caracterizado pelos recursos que o indivíduo percebe como disponíveis na sua rede social (Antonucci & Johnson; Bisconti & Bergeman citados por Lee, Kahana, & Kahana, 2016), sendo que o apoio social é uma das funções das redes sociais e resulta da troca de interações entre um indivíduo e o contexto em que está inserido, que pressupõe a existência de

recursos dos quais o indivíduo pode usufruir (Guadalupe, 2008). De acordo com Thoits (2011), o apoio social poderá ter várias funções, das quais o autor destaca a função emocional, que é caracterizada por demonstrações de preocupação, estima e simpatia, a função informacional, caracterizada pelo fornecimento de informação com o intuito de ajudar a resolver problemas e a função instrumental que consiste em fornecer assistência material para ajudar a resolver problemas.

No estudo transversal de Ardakani, Baneshi, Taravatmanesh, Taravatmanesh e Zolala (2017), com idosos em residências, não foram encontradas diferenças de género no que diz respeito ao apoio social. No entanto, o estudo transversal conduzido por Faramarzi et al. (2015) encontrou diferenças estatisticamente significativas, com os homens a reportar melhor apoio social. Relativamente à faixa etária, Ardakani et al. (2017) e Theeke, Goins, Moore e Campbell (2012) encontraram diferenças no apoio social, com idosos mais novos a reportar melhores níveis.

A rede social é constituída maioritariamente por família, vizinhança ou amigos (Luz & Miguel, 2015), sendo que uma das maiores necessidades dos idosos é o contacto com os outros (Ardakani et al., 2017). Assim sendo, uma das áreas que mais afeta a vida dos idosos é o apoio social que estes percebem como disponível (Ardakani et al., 2017).

De acordo com Esgalhado, Reis, Pereira e Afonso (2010), a capacidade dos idosos para estabelecer relações sociais tem um efeito protetor em relação a problemas comuns nesta faixa etária, como a viuvez ou problemas de saúde. Desta forma, segundo Ardakani et al. (2017), o apoio social e a comunicação com a família, amigos e com a comunidade em geral, promove a saúde mental nos mais velhos.

É necessária uma compreensão mais aprofundada dos processos através dos quais o apoio social afeta o bem-estar físico e psicológico para compreender os efeitos atenuantes do apoio social no *stress* (Thoits, 2011). O apoio social pode ser um fator que ajuda a reduzir ou até mesmo prevenir os efeitos negativos de níveis elevados de *stress* (Bastos, Scortegagna, Batista, & Cremasco, 2016), uma vez que o apoio, a preocupação e a simpatia de outros significativos reduzem o *stress* psicológico através de três processos: a pessoa tem a confirmação de que é importante para os outros, há a manutenção do sentido de *self-worth* do indivíduo e há um reforço da ideia de pertença e aceitação por parte de uma rede de outros significativos (Cobb & Sidney citados por Thoits, 2011).

4. Qualidade de vida na população sénior

Não há consenso acerca da definição de qualidade de vida, no entanto, esta é influenciada por fatores pessoais e sociais e também por fatores subjetivos e objetivos (Elousa, 2010). Segundo Fleck et al. (2000), o grupo da Qualidade de Vida pertencente à Organização Mundial de Saúde definiu este conceito como a perceção individual da sua posição na sociedade e na cultura, consoante os seus objetivos. Os fatores que afetam este construto mais frequentemente mencionados na literatura são a saúde, tanto física como psicológica, o estado emocional, a proteção da saúde física, a autonomia funcional,

O apoio social e a qualidade de vida: o efeito mediador da sintomatologia depressiva e o papel da doença crónica numa amostra de idosos portugueses
Sónia Isabel da Silva Oliveira (sisoliveira311@gmail.com) 2018

o apoio social e familiar e o ambiente (Bowling; Cardona et al.; Farquhar; Fernández-Ballesteros & Zamarrón; Gabriel & Bowling; Wiggings et al. citados por Elousa, 2010; Santos, Santos, Fernandes, & Henriques, 2002), sendo que Kwan, Ali e Deuri (2015) enfatizam ainda o local e com quem vivem os idosos, o nível de dependência de terceiros, a capacidade para trabalhar e o acesso à saúde.

Várias investigações estudam a qualidade de vida relacionada com a saúde. Esta é uma medida subjetiva que foca o bem-estar e os aspetos da qualidade de vida que são afetados pela saúde e têm impacto na vida de um indivíduo, não incluindo aspetos que não estejam relacionados com a saúde, como aspetos políticos e económicos (Karimi & Brazier, 2016).

A qualidade de vida está associada a um decréscimo com o aumento da idade, evidenciando, assim, uma diferenciação etária dentro da população idosa, no que diz respeito à qualidade de vida, que leva a que os idosos mais velhos tenham menores níveis de qualidade de vida (Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery, & Blane, 2006; Sun et al., 2017). Quanto ao género, Vilar (2015) encontrou diferenças nas facetas Funcionamento sensorial, Autonomia, Actividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e morrer e Intimidade do WHOQOL-OLD, com os homens a mostrar melhores níveis de qualidade de vida comparativamente às mulheres.

5. A doença física crónica e as suas implicações em idosos

Segundo Bernell e Howard (2016), não há consenso no que diz respeito à definição e características da doença crónica, no entanto, várias instituições e autores tentaram fazer uma caracterização deste tipo de doença. O Australian Institute of Health and Welfare (2016) define doença crónica como uma doença causada por múltiplos fatores caracterizada por um longo período de desenvolvimento durante o qual poderão não haver sintomas visíveis. O instituto realça, ainda, que estas doenças estão associadas a prejuízos nas capacidades funcionais e destacam a sua duração prolongada. É de notar que a Organização Mundial de Saúde (2016) caracteriza estas doenças como não transmissíveis e refere quatro tipos, sendo eles as doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias crónicas e diabetes.

A doença física crónica está fortemente associada a pobre saúde mental (Cole & Dendukuri, 2003; Wang et al., 2016), uma vez que perturbações mentais ocorrem frequentemente em idosos com diagnóstico de doença crónica, afetando diretamente a sua gravidade, o que torna a depressão um problema preocupante (Duarte & Rego, 2007; Wulsin, Vaillant, & Wells, 1999). Fatores que poderão contribuir para esta relação são a dor crónica, o desconforto, a redução da atividade física e funcionamento mental e possíveis restrições na vida social que este tipo de doença provoca, o que poderá diminuir a qualidade de vida e os níveis de saúde mental (Agborsangaya, Lau, Lahtinen, Cooke, & Johnson, 2013; Li, Wu, & Tsang, 2018).

O estudo longitudinal de Chen, Lee, Su, Mullan e Chiu (2016), que inclui idosos com doença crónica, conclui que a presença de doença crónica é um forte preditor do desenvolvimento de perturbações da saúde mental em

idosos, sendo que outros autores também encontraram esta relação, principalmente com sintomatologia depressiva (Duarte & Rego, 2007; Janevic, Rosland, Wiitala, Connell, & Piette, 2012), referindo, ainda, que a relação inversa também existe, no entanto, não é tão forte. Segundo Cohen e Rodriguez (1995), a ligação entre doença física crónica e depressão é bidirecional. No estudo realizado por Duarte e Rego (2007) com idosos com doença crónica, foi evidente a associação entre doença física crónica e sintomatologia depressiva em doenças como cancro, osteoartrite, Parkinson, obstipação intestinal e AVC. No entanto, neste estudo não foi encontrada relação entre a sintomatologia depressiva e a diabetes, contrariamente aos resultados obtidos numa meta-análise que revelam que a probabilidade de depressão duplica em doentes com esta patologia (Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001).

Nos casos de comorbilidade, o tratamento e melhoria de uma das condições de saúde, quer seja a física ou a mental, poderá levar a uma melhoria da outra condição (Chen et al., 2016). No entanto, a sintomatologia depressiva poderá ser um fator de risco para piores resultados no tratamento deste tipo de doenças (Knol, Twisk, Beekman, Heine, Snoek, & Pouwer, 2006; Xiang, 2016; Xiang & An, 2015). Comparando indivíduos com e sem doença física crónica, os primeiros apresentam maior risco de desenvolver depressão (Chang-Quan et al., 2009), sendo de notar que mulheres idosas são menos saudáveis fisicamente que homens idosos (Choi & Vasunilashorn, 2014).

As doenças físicas frequentemente levam a uma redução da atividade física e do funcionamento mental, o que leva a um prejuízo significativo na qualidade de vida dos indivíduos, podendo considerar-se o número de doenças fisiológicas como um preditor de doença mental e qualidade de vida nos idosos (Li et al., 2018). Ali et al. (2010), concluíram, numa revisão sistemática, que, numa amostra com idosos diabéticos, a depressão é um forte preditor de níveis baixos de qualidade de vida.

Apesar de a doença física crónica ser uma ameaça grave à qualidade de vida, o seu diagnóstico pode levar os pacientes a adotarem comportamentos saudáveis, sendo este fenómeno apelidado de “teachable moment”. Este “teachable moment” é um processo cognitivo em que a pessoa dá sentido a um fenómeno negativo, o que promove uma mudança positiva no comportamento (McBride et al., 2003).

Vários estudos demonstram a existência de mudanças de comportamento positivas após o diagnóstico de uma doença física crónica, no entanto há também estudos que concluem que, num número significativo de pessoas, não houve mudança de comportamentos após este tipo de diagnósticos. Um dos fatores que pode influenciar a mudança, ou não, de comportamentos após o diagnóstico é o estado emocional, sendo que a depressão é uma das perturbações que afeta a existência desta mudança (Xiang, 2016).

Segundo Janevic et al. (2012), a grande adaptação que os doentes com doença física crónica e depressão se veem obrigados a fazer, leva a que estes indivíduos necessitem de apoio social adicional, no sentido de otimizar a monitorização e controlo da doença e a prevenção de outras condições médicas. Num estudo transversal comparativo entre um grupo com doença crónica e

um grupo sem doença crónica, o primeiro grupo avaliou as suas relações sociais e apoio social com piores níveis (Huang et al., 2015). Os autores indicam como possível explicação, o facto de algumas relações sociais poderem ser fontes de *stress*, especialmente se forem relações exigentes. Segundo um estudo de Bastos et al. (2016) com doentes em hemodiálise, a sintomatologia depressiva está inversamente relacionada com a perceção de apoio social, concluindo que uma perceção adequada de apoio social auxilia no bem-estar dos doentes.

6. Apoio social, depressão e qualidade de vida

O apoio social está positivamente associado à qualidade de vida (Kwan et al., 2015; Sun et al., 2017), no entanto a literatura não apresenta consenso no que a esta relação diz respeito. Num estudo de Duarte, Joaquim e Nunes (2016) não foram encontradas relações significativas entre a satisfação com o apoio social e a qualidade de vida relacionada com a saúde. Também Correia (2009) não encontrou diferenças na qualidade de vida entre os que usufruíam de apoio social e os que não usufruíam, numa amostra que incluía idosos institucionalizados e não institucionalizados. Apesar dos resultados divergentes, Elousa et al. (2010) refere que estas diferenças se podem dever a fatores culturais que afetam a qualidade de vida, podendo, por isto, encontrar-se ordens diferentes da importância dos fatores em diferentes culturas.

Segundo Tahan e Carvalho (2010), os relacionamentos sociais são considerados essenciais para os idosos, no sentido de melhorarem a sua qualidade de vida. Vários estudos relacionam o apoio social e a qualidade de vida, explicando que o apoio social pode reduzir o sentimento de solidão, que é comum nesta população e estimular as funções mentais e físicas, o que levará a um aumento na qualidade de vida (Park et al., 2013; Shaw, 2005).

O apoio social é importante uma vez que o ser humano é um ser social e a comunicação é um fator de grande importância na qualidade de vida dos idosos (Niknam, Homayouni, & Mohammadi, 2016). Posto isto, o apoio social é um dos fatores associados diretamente ao bem-estar e à qualidade de vida (Adams et al., 2016). Segundo Thoits (2011), idosos com níveis mais elevados de apoio social percebido apresentam maior resistência psicológica a eventos stressantes. Lee et al., (2016) apontam como possível razão, o facto de idosos com maiores níveis de apoio social adotarem uma postura mais proactiva em relação às dificuldades, mantendo a independência, contribuindo assim para melhor qualidade de vida.

O apoio social pode ainda exercer um efeito atenuante na associação entre o *stress* e a sintomatologia depressiva (Takizawa et al., 2006), sendo que vários estudos concluem que a ausência ou baixos níveis de apoio social são fatores de risco para o aparecimento de sintomatologia depressiva (Sun et al., 2017; Theeke et al., 2012).

Em estudos do efeito moderador do apoio social na relação entre depressão e qualidade de vida, Adams et al. (2016) e Sun et al. (2017) encontraram que níveis mais baixos de depressão e mais elevados de apoio social estão correlacionados com a qualidade de vida na população idosa e que um aumento nos níveis do apoio social poderá levar a um aumento da qualidade de

vida, em idosos com sintomatologia depressiva.

Segundo VanDerHorst e McLaren (2005), idosos com menos apoio social estão mais propensos a níveis mais elevados de depressão, sendo que adultos com depressão que obtêm apoio social adequado têm maior probabilidade de recuperar (Dai et al., 2016). O apoio social torna-se, assim, um fator de grande importância como forma de prevenir o surgimento e a progressão de depressão na terceira idade (Blazer, 2005).

Vários autores concluem que o apoio social está positivamente relacionado com saúde mental e realçam o efeito protetor que o apoio emocional e instrumental exercem na sintomatologia depressiva (Santini, Koyanagi, Tyrovolas, Mason, & Haro, 2015). Esta relação também foi realçada no estudo de Demura e Sato (2003), que concluíram que um aumento no número de amigos leva a uma diminuição nos sintomas graves de depressão. No entanto, VanDerHorst e McLaren (2005) enfatizam que não é tanto o sentimento de pertença à comunidade que é um bom preditor de saúde mental, mas sim a sua falta que se relaciona com a depressão.

Num estudo de Carneiro, Falcone, Clark, Prette e Prette (2007), idosos com menos capacidades sociais apresentam maior risco para sintomatologia depressiva, sendo a depressão e uma boa saúde física e mental preditores de um nível adequado de qualidade de vida (Carneiro et al., 2007; Lawton et al., 1999; Moss, Lawton, & Glicksman, 1991; Sun et al., 2017).

Wicke et al. (2014) conduziram um estudo transversal em que concluíram que a sintomatologia depressiva tem um efeito mediador total na associação entre o apoio social percebido e a qualidade de vida relacionada com a saúde, numa amostra de idosos com comorbilidade de doenças físicas crónicas. Segundo os autores é possível que a presença de doença crónica seja vista como uma ameaça, que, conjugada com a perceção de falta de apoio social, poderá levar ao surgimento da sintomatologia depressiva. Adicionalmente, a sintomatologia depressiva pode influenciar a qualidade de vida relacionada com a saúde, positivamente ou negativamente.

II - Objetivos

Tendo como base a revisão da literatura anteriormente apresentada, a presente investigação tem como objetivo estudar o efeito preditor do apoio social na qualidade de vida da população sénior. Adicionalmente, pretende-se analisar o efeito mediador que a sintomatologia depressiva tem na relação anteriormente referida. É pretendido, ainda, analisar as diferenças existentes nas variáveis em estudo entre quatro grupos distintos: grupo da população geral, grupo com doença física crónica, grupo de doentes com perturbações emocionais e grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica;

Para além dos objetivos acima referidos, foram propostas as seguintes hipóteses:

H1: o género masculino reporta menores níveis de sintomatologia depressiva, maiores níveis de qualidade de vida e de apoio social comparativamente ao género feminino;

O apoio social e a qualidade de vida: o efeito mediador da sintomatologia depressiva e o papel da doença crónica numa amostra de idosos portugueses
Sónia Isabel da Silva Oliveira (sisoliveira311@gmail.com) 2018

H2: idosos mais velhos apresentam maiores níveis de depressão, menores níveis de qualidade de vida e de apoio social comparativamente a idosos mais novos;

H3: participantes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica apresentam valores mais elevados de sintomatologia depressiva, e menores níveis de apoio social e de qualidade de vida comparativamente a participantes com doença física crónica;

H4: participantes da população geral apresentam níveis mais baixos de sintomatologia depressiva e maiores níveis de apoio social e qualidade de vida, em comparação ao grupo com doença física crónica;

H5: participantes com perturbações emocionais apresentam níveis mais baixos de sintomatologia depressiva e maiores níveis de apoio social e qualidade de vida, em comparação ao grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica;

H6: maiores níveis de sintomatologia depressiva estão associados a menores níveis de qualidade de vida;

H7: maiores níveis de apoio social estão associados a maiores níveis de qualidade de vida;

H8: maiores níveis de apoio social estão associados a menores níveis de sintomatologia depressiva;

H9: A relação entre o apoio social e a qualidade de vida é mediada pela sintomatologia depressiva;

III – Metodologia

1. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo é constituída por 719 sujeitos e quatro grupos, sendo eles um grupo com 26 (3.6% da amostra total) doentes com perturbações emocionais, um grupo constituído por 33 (4.6%) doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica, um grupo com 192 (26.7%) sujeitos com doença física crónica e, por ultimo, um grupo com 468 (65.1%) sujeitos da população geral, sem doença física crónica ou perturbações emocionais. A análise detalhada da caracterização da amostra encontra-se descrita na Tabela 1.

Os quatro grupos são constituídos maioritariamente por mulheres, com idades nas faixas etárias entre os 60 e 69 anos e os 70 e 79 anos. No que diz respeito ao nível socioeconómico, tendo em conta a classificação proposta por Simões (1995), os sujeitos dos quatro grupos reportaram, maioritariamente ter um nível socioeconómico baixo e, relativamente ao estado civil, os sujeitos reportam ser, em grande parte, casados ou em união de facto.

No que diz respeito à doença física crónica, tanto no grupo com doença física crónica como no grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica, a doença predominante foi a Diabetes. Tanto no grupo de doentes com perturbações emocionais como no grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com do-

ença crónica, a perturbação emocional prevalente foi a perturbação depressiva.

Tabela 1. Características gerais da amostra dividida em grupos

	Grupo da população geral (n=468)		Grupo com doença física crónica (n=192)		Grupo de doentes com perturbações emocionais (n=26)		Grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica (n=33)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Género								
Masculino	216	46.2	70	36.5	8	30.8	8	24.2
Feminino	252	53.8	122	63.5	18	69.2	25	75.8
Faixa etária								
60-69 anos	188	40.2	64	33.3	11	42.3	16	48.5
70-79 anos	194	41.5	76	39.6	7	26.9	12	36.4
80 ou + anos	86	18.4	52	27.1	8	30.8	5	15.2
Média idade	M=72.04; DP=7.57		M=73.58; DP=7.73		M=73.08; DP=7.93		M=70.67; DP=6.47	
Nível sócio-económico								
Baixo	282	60.3	133	69.3	17	65.4	24	72.7
Médio	132	28.2	50	26.0	7	26.9	7	21.2
Elevado	31	6.6	6	3.1	-	-	1	1.7
Dados omissos	23	4.9	3	1.6	2	7.7	1	3.0
Estado civil								
Solteiro	15	3.2	4	2.1	-	-	1	3.0
Casado/União de facto	314	67.1	120	62.5	21	80.8	23	69.7
Separado/ Divorciado	38	8.1	9	4.7	1	3.8	3	9.1
Viúvo	100	21.4	59	30.7	4	15.4	6	18.2
Perturbações emocionais								
Depressão	-	-	-	-	18	69.2	25	75.8
Ansiedade	-	-	-	-	2	7.7	2	6.1
Perturbação bipolar	-	-	-	-	2	7.7	-	-
Perturbação de Stress	-	-	-	-	2	7.7	-	-
Pós-Traumático	-	-	-	-	-	-	-	-
Comorbilidade de perturbações emocionais	-	-	-	-	2	7.7	6	18.1
Doença física crónica								
Diabetes	-	-	58	30.2	-	-	6	18.2
Problemas cardíacos	-	-	17	8.9	-	-	-	-
Osteoporose	-	-	7	3.6	-	-	4	12.1
Hipertensão	-	-	7	3.6	-	-	2	6.1
Bronquite	-	-	7	3.6	-	-	2	6.1
Asma	-	-	8	4.2	-	-	-	-
Cancro	-	-	14	7.3	-	-	-	-
Mais do que uma doença	-	-	22	11.5	-	-	5	15.2
Outras	-	-	52	27.1	-	-	14	42.3

Em relação aos quatro grupos da amostra (grupo da população geral, grupo com doença física crónica, grupo de doentes com perturbações emocionais, grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica) só existiram diferenças significativas em função do género no último grupo, com a percentagem de homens mais baixa que a de mulheres ($\chi^2(2) = 11.35, p < .05$). Importa referir que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito aos escalões etários entre os quatro grupos em estudo ($\chi^2(6) = 10.68, p = .099$).

2. Instrumentos

2.1 Questionário Sóciodemográfico

Foi elaborado um questionário sóciodemográfico, no sentido de caracterizar a amostra. Neste questionário foi inquirida a idade, género, estado civil, escolaridade, número de filhos e situação laboral. Os participantes foram também questionados acerca de com quem vivem. Este protocolo continha uma questão para avaliar a presença de doença física crónica (e, se sim, especificando qual), e de acompanhamento em consulta de psicologia ou psiquiatria, assim como de “medicação para os nervos”.

2.2 Apoio Social

No sentido de avaliar a satisfação percebida dos indivíduos relativamente ao apoio social, foram elaboradas 4 questões para avaliar o grau de satisfação em relação ao apoio social percebido, numa escala *Likert* de 0 a 5, em que 0 corresponde a “Nada satisfeito” e 5 a “Muito Satisfeito”. As questões foram feitas separadamente, no que diz respeito a familiares, amigos, vizinhos e técnicos de saúde (enfermeiros, médicos e psicólogos). Para este estudo, foi calculado o somatório destas questões, com a pontuação total podendo ter valores entre 0 e 20. A consistência interna da nota total de apoio social, nesta investigação, obteve um valor alfa de *Cronbach* $\alpha = .666$.

A Escala de Apoio Social foi desenvolvida por Matos e Ferreira (2000) e é constituída por 16 itens que avaliam o nível de apoio percebido numa escala de Likert com cinco níveis, em que 1 corresponde a “Não concordo” e o 5 corresponde a “Concordo MUITÍSSIMO”. Este instrumento permite analisar o grau em que um indivíduo avalia o apoio emocional e o apoio instrumental.

Para avaliar a validade de construto das quatro questões utilizadas neste estudo e analisar se estas questões medem apoio social foi realizada uma correlação de Pearson entre as quatro questões e a Escala de Apoio Social. De acordo com Streiner, Norman e Cairney (2015), correlações elevadas entre as duas escalas indicam que estamos na presença de validade convergente e a medir um construto semelhante. As correlações de Pearson obtidas ($r^2 = .478$, $p < .001$), sugerem que estamos a medir construtos semelhantes, uma vez que o valor consta dentro do intervalo entre 0.4 e 0.8 (Streiner et al., 2015).

2.3 Geriatric Depression Scale 15 (Yesavage & Sheikh, 1986; versão portuguesa: Apóstolo et al., 2014)

A Geriatric Depression Scale foi construída numa tentativa de ultrapassar alguns obstáculos na avaliação da sintomatologia depressiva em idosos e inclui 30 itens. A GDS - 15 é uma versão curta da Geriatric Depression Scale que avalia a sintomatologia depressiva através de 15 itens. Neste estudo usamos a versão de 15 itens dos autores originais, sendo a mais usada internacionalmente e foi usada a sua tradução mais recente de Apóstolo et al. (2014). Esta versão tem uma escala dicotómica de “Sim” e “Não”, sendo que nas questões 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 e 15 a resposta “Sim” é cotada com 1 ponto, nas restantes questões, a resposta “Não” é cotada com 1 ponto, podendo a pontuação obtida variar entre 0 e 15. É importante notar que valores mais elevados

O apoio social e a qualidade de vida: o efeito mediador da sintomatologia depressiva e o papel da doença crónica numa amostra de idosos portugueses
Sónia Isabel da Silva Oliveira (sisoliveira311@gmail.com) 2018

indicam maior nível de sintomatologia depressiva, podendo classificar as pontuações obtidas, sendo uma pontuação de 0 a 4 indicadora de sintomatologia depressiva normal, de 5 a 8 de sintomatologia depressiva ligeira, entre 9 e 11 de sintomatologia depressiva moderada e entre 12 e 15 a pontuação é classificada como sintomatologia depressiva grave. Se a pontuação total for superior a 5, é considerada a presença de depressão. Na versão original, num estudo com idosos, esta escala revelou boa consistência interna ($\alpha=.83$). No estudo de Apóstolo et al. (2014), realizado com 889 idosos com uma média de 78.02 anos, o alfa de Cronbach obtido foi 0.83. e nesta investigação, a escala obteve um valor alfa de *Cronbach* $\alpha =.83$, indicando boa consistência interna.

2.4 WHOQOL OLD (Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-OLD Group, 2005; versão portuguesa: Vilar, 2015)

O WHOQOL-OLD é um questionário desenvolvido numa tentativa de colmatar algumas falhas que o WHOQOL-100 apresenta na avaliação da qualidade de vida na população idosa (Power et al., 2005). Neste sentido, os autores desenvolveram esta escala, com 24 itens e 6 facetas (Funcionamento Sensorial, Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação Social, Morte e morrer e Intimidade). No estudo original de Power et al. (2005), os valores dos alfas nas diferentes facetas variam entre 0.72 e 0.88, sendo .89 o valor do alfa para a escala total.

Na validação do questionário para a população portuguesa realizada por Vilar (2015), os resultados apresentaram boa consistência interna, revelando um alfa de 0.87 para a escala total. A autora acrescentou, ainda, a faceta Família/Vida familiar, passando o questionário a ser composto por 28 questões com diferentes opções de resposta para cada questão.

Para esta investigação, foram selecionados os itens 2, 10, 11, 15, 16, 23 e 28 uma vez que são estes os itens com maior saturação de cada uma das facetas da versão de Vilar (2015). Estes itens são pontuados de 1 a 5, podendo as pontuações variar entre 7 e 35. No presente estudo, obteve-se um alfa de *Cronbach* de .308 para a escala total com os 7 itens.

3. Procedimento

Este estudo foi autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Para a amostra recolhida em contexto hospitalar foi solicitado o diagnóstico de perturbação mental, junto do médico psiquiatra que acompanha os indivíduos. Importa referir que foram excluídos idosos com sinais de demência. Na amostra clínica, esta exclusão foi assegurada pelo psiquiatra responsável pela consulta de gerontopsiquiatria.

A amostra de idosos foi recolhida através de entrevista presencial pelas investigadoras depois de assinado o consentimento informado, tendo sido a sua participação voluntária. A todos os participantes foi garantida a confidencialidade dos dados por eles fornecidos ao longo do protocolo.

Uma parte da amostra de idosos presente neste estudo foi recolhida pelos alunos de licenciatura do Mestrado integrado em Psicologia, como tarefa opcional de uma unidade curricular.

4. Estratégia Analítica

Para os procedimentos estatísticos foi utilizado o software IBM SPSS Statistics, na versão v.22.0 para o Windows.

Numa primeira fase, analisou-se a presença de dados omissos. Procedeu-se, então, à eliminação de todos os sujeitos que tinham dados omissos em mais de 10% de itens de cada uma das variáveis (Allison, 2002). Depois deste processo, nas variáveis que continuavam a ter dados omissos, procedeu-se à análise da aleatoriedade dos dados omissos com recurso ao Little MCAR (missing completely at random) test (Little, 1988). Caso esta análise não se mostre significativa utiliza-se o procedimento de regressão para a substituição de dados omissos (Rubin, 1987). No caso de a análise se mostrar significativa, recorre-se ao procedimento de Expectation Maximization (Dempster, Laird, & Rubin, 1977).

Procedeu-se à realização de estatísticas descritivas, com o objetivo de obter as medidas de tendência central (e.g. média) e de dispersão (e.g. desvio-padrão). Posteriormente, a normalidade dos resultados obtidos foi avaliada pelos testes de Kolmogorov-Smirnov (K-S) e Shapiro-Wilk (S-W), sendo ainda analisados os desvios com os valores de assimetria (skewness) e de achatamento (kurtosis). Recorreu-se ao teste de Levene para avaliar a homocedasticidade dos resultados, segundo o qual valores de $p \geq .05$ indicam a homogeneidade das variâncias (Marôco, 2011).

Com o propósito de averiguar a existência de diferenças, nas variáveis em estudo, entre grupos e entre género, foram realizados testes t-Student. Recorreu-se, ainda, a análises univariadas da variância (ANOVA) para avaliar as diferenças das variáveis entre escalão etário, complementando com os testes Post Hoc de Bonferroni (Pereira & Patrício, 2013), para avaliar diferenças entre pares de grupos. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p \leq .05$ (Marôco, 2011). Recorreu-se ao teste do Eta Quadrado (η^2) para verificar os tamanhos de efeito das diferenças encontradas, considerando os seguintes valores: entre .01 e .06 = tamanho pequeno; entre .06 e .14 = tamanho moderado; $\geq .14$ = tamanho elevado (Pallant, 2011).

Com o intuito de observar a matriz de correlações entre as variáveis, foi utilizado o teste paramétrico de Pearson e o teste não paramétrico de Spearman. Como referência para avaliação das magnitudes das correlações foram tidos em conta os valores propostos por Pestana e Gageiro (2008) que referem que um quociente de correlação inferior a .20 remete para uma associação muito baixa; entre .21 e .39 uma associação baixa; entre .40 e .69 uma associação moderada; entre .70 e .89 uma associação elevada; e um quociente de correlação superior a .90 evidencia uma associação muito elevada.

A respeito das regressões foram tidos em consideração os pressupostos postulados por Pallant (2011): tamanho da amostra, ausência de multicolinearidade e singularidade, outliers, normalidade, linearidade, homocedastici-

dade e independência dos resíduos, estes quatro últimos com recurso a gráficos da dispersão dos resíduos. No sentido de avaliar a multicolinearidade e singularidade, são verificados os valores de Tolerance e VIF, sendo que valores de Tolerance menores que 0.10 ou valores de VIF superiores a 10 indicam multicolinearidade. A análise de outliers foi realizada através dos valores de Cook's Distance, devendo estes serem inferiores a 1 (Pallant, 2011). Segundo Stevens (1996), para investigação nas ciências sociais, é indicado 15 participantes por preditor. Posto isto, uma vez que a dimensão do grupo de doentes com perturbações emocionais é reduzida (N=26), optou-se por não se realizar a análise acima referida neste grupo.

Foi realizada a análise da mediação, com o objetivo de analisar o efeito mediador de uma variável (Sintomatologia Depressiva) na relação entre uma variável independente (VI), neste estudo, o Apoio Social e uma dependente (VD), a Qualidade de Vida. Para existir efeito mediador, a presença de uma variável (VM) exerce uma diminuição na magnitude da relação entre a VI e a VD (Jose, 2013). Para este procedimento estatístico, a análise foi conduzida com de acordo com o modelo de Kenny dos quatro passos (Jose, 2013). Neste sentido, foram realizadas quatro regressões hierárquicas, controlando os possíveis efeitos da variável escalão etário: (i) regressão entre VI (Apoio Social) e VD (Qualidade de Vida) por forma a estabelecer a existência de um efeito a mediar (trajetória c); (ii) regressão entre VI (Apoio Social) e variável mediadora (Sintomatologia Depressiva), de forma a calcular o poder preditivo da variável independente na variável mediadora (trajetória a); (iii) regressão entre variável mediadora (Sintomatologia Depressiva) e VD (Qualidade de Vida), de forma a calcular o poder preditivo da primeira na segunda (trajetória b); e por último, (iv) regressão múltipla hierárquica, de forma a calcular o poder preditivo da VI (Apoio Social) e da variável mediadora (Sintomatologia Depressiva) na VD (Qualidade de vida) (trajetória c').

IV - Resultados

1. Análises Preliminares

É de salientar que nas três variáveis em estudo existiam dados omissos. Numa primeira fase, procedeu-se à eliminação de todos os sujeitos que tinham dados omissos em mais de 10% de uma das variáveis. Depois deste processo, e uma vez que continuavam a existir dados omissos na Geriatric Depression Scale, procedeu-se à análise da aleatoriedade dos dados omissos com recurso ao Little MCAR test. Uma vez que esta análise não se mostrou significativa ($\chi^2 = 118,52$, $p = .32$), utilizou-se o procedimento de regressão para a substituição de dados omissos.

Na análise da normalidade, nos grupos da população geral e com doença física crónica, as variáveis não seguem uma distribuição normal (K-S, $p < .05$). Apesar disso, os valores da assimetria e do achatamento não mostraram violações graves da normalidade em todas as variáveis ($-3 < |sk| < 3$ e $-10 < |ku| < 10$). No grupo de idosos com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica, todas as variáveis seguem uma distribuição

normal. Por estas razões, optou-se por utilizar testes paramétricos nas análises posteriores. No grupo de idosos com perturbações emocionais, as variáveis Qualidade de Vida e Apoio Social seguem uma distribuição normal, no entanto o mesmo não acontece com a variável Sintomatologia Depressiva. Neste grupo, uma vez que $N < 30$, optou-se por se realizar as estatísticas não paramétricas.

Foram também examinados os pressupostos para analisar a adequação dos dados para realizar as regressões, nomeadamente a multicolinearidade e singularidade. Tendo em conta que os valores de Tolerance e VIF obtidos nas regressões lineares simples e múltiplas se encontram dentro dos valores esperados, pode-se concluir que o pressuposto da multicolinearidade e singularidade é cumprido, o que é indicador da ausência de problemas de estimação dos β (Pallant, 2011). Os pressupostos da linearidade e da homocedasticidade foram também verificados, analisando os gráficos de dispersão dos resíduos, sendo que os resultados se distribuem normalmente. Foi analisado o pressuposto dos outliers e, apesar da sua existência, os valores de Cook's Distance são inferiores a 1.

2. Análises Descritivas

2.1 Estudo das variáveis sociodemográficas género e idade

No que diz respeito ao grupo da população geral, o género apenas mostrou diferenças estatisticamente significativas na Sintomatologia Depressiva, em que mulheres apresentam níveis superiores de Sintomatologia Depressiva ($N = 252$, $M = 3.44$, $DP = 3.08$), comparativamente aos homens ($N = 216$, $M = 2.44$, $DP = 2.78$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t_{(466)} = 3.652$, $p < .001$). A magnitude desta diferença foi pequena ($\eta^2 = .028$). Neste grupo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre géneros, no que diz respeito à Qualidade de Vida ($t_{(466)} = -.198$, $p = .843$). O mesmo aconteceu relativamente ao Apoio Social ($t_{(466)} = -.784$, $p = .433$).

No grupo com doença física crónica, houve somente diferenças de género na Sintomatologia Depressiva, sendo que as mulheres ($N = 122$, $M = 4.37$, $DP = 3.38$) pontuaram mais que os homens ($N = 70$, $M = 3.33$, $DP = 2.72$). Esta diferença mostrou-se estatisticamente significativa ($t_{(169.282)} = 2.330$, $p < .05$), sendo o tamanho do efeito pequeno ($\eta^2 = .025$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à Qualidade de Vida ($t_{(190)} = .051$, $p = .960$) e ao Apoio Social ($t_{(190)} = 1.004$, $p = .317$).

Optou-se por não serem analisadas as diferenças de género nos grupos de doentes com perturbações emocionais e de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica, uma vez que o número de sujeitos do género masculino nesses grupos era reduzido ($n = 8$ em ambos os grupos).

A sintomatologia depressiva apresentou diferenças no género nos dois grupos analisados, com as mulheres a reportar mais sintomatologia depressiva. No que diz respeito à qualidade de vida e apoio social, não foram encontradas diferenças. Uma vez que o género apenas mostrou diferenças numa das variáveis e, sendo a magnitude destas diferenças pequena, optou-se por não se controlar o género.

Foi realizada uma ANOVA com o objetivo de analisar possíveis diferenças no escalão etário, nos grupos da população geral e com doença física crónica, sendo os resultados reportados nas tabelas 2 e 3.

Tabela 2. Diferenças consoante o escalão etário, no grupo da população geral

Grupo da população geral	60-69 anos (N=188)		70-79 anos (N=194)		80 ou mais anos (N=86)		F	p	η^2
	M	DP	M	DP	M	DP			
Sintomatologia Depressiva	2.36	2.70	3.00	2.87	4.27	3.41	12.663	.000	.052
Qualidade de Vida	26.05	2.67	25.67	3.29	24.67	3.11	6.156	.002	.026
Apoio Social	14.93	4.13	15.14	3.67	14.51	3.84	.776	.461	.003

Tabela 3. Diferenças consoante o escalão etário, no grupo com doença crónica

Grupo da população geral	60-69 anos (N=188)		70-79 anos (N=194)		80 ou mais anos (N=86)		F	p	η^2
	M	DP	M	DP	M	DP			
Sintomatologia Depressiva	3.28	3.01	3.95	3.01	4.29	3.46	3.940	.021	.040
Qualidade de Vida	25.13	2.95	24.97	2.71	24.88	3.32	.099	.906	.001
Apoio Social	13.84	4.24	14.03	3.99	14.13	4.78	.069	.933	.001

Com os testes Post Hoc de Bonferroni, no grupo da população geral, é possível notar que na variável Qualidade de Vida, o grupo de 80 ou mais anos se distinguiu significativamente do grupo entre os 60 e 69 anos (post hoc: $p < .05$) e do grupo entre os 70 e 79 anos de idade (post hoc: $p < .05$). Na variável Sintomatologia Depressiva, o grupo de 80 ou mais anos distinguiu-se do grupo entre os 60 e 69 anos (post hoc: $p < .001$) e do grupo entre os 70 e 79 anos (post hoc: $p < .05$), indicando que, quanto maior o escalão etário maior o nível de sintomatologia depressiva e menor a qualidade de vida reportada.

No grupo com doença física crónica, é de notar que, na variável Sintomatologia Depressiva, o grupo entre os 60 e 69 anos se distingue significativamente do grupo com mais de 80 anos de idade (post hoc: $p < .05$).

Optou-se por não serem analisadas as diferenças de escalão etário nos grupos de doentes com perturbações emocionais e de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica, uma vez que o número de sujeitos com 80 ou mais anos nesses grupos era reduzido ($n=8$ e $n=5$, respetivamente).

Foram encontradas diferenças no que diz respeito ao escalão etário na sintomatologia depressiva, nos dois grupos analisados, e na qualidade de vida do grupo com doença física crónica, com os valores da magnitude do efeito a ser considerada pequena. É importante notar que, quando são assinaladas diferenças, o grupo etário que se distingue e que tende a reportar mais sintomatologia depressiva e menos qualidade de vida é o grupo com mais de 80 anos de idade. Uma vez que foram encontradas diferenças em duas das variáveis analisadas, optou-se por se controlar o escalão etário nas análises da mediação.

2.2 Estudo das variáveis nos quatro grupos

Foram analisadas as diferenças no que diz respeito às três variáveis em estudo (Apoio Social, Sintomatologia Depressiva e Qualidade de Vida) entre os quatro grupos, apresentando as médias e desvios-padrão na tabela 4. Para este efeito, foram realizadas análises univariadas da variância (ANOVA) e calculado o Eta Quadrado (η^2) para calcular o tamanho do efeito das diferenças encontradas.

Tabela 4. Médias e Desvios-padrão das variáveis em estudo consoante os grupos

	Grupo da população geral (n=468)		Grupo com doença física crónica (n=192)		Grupo de doentes com perturbações emocionais (n=26)		Grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica (n=33)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
	Qualidade de Vida	25.64	3.06	25.00	2.95	25.23	3.81	22.64
Sintomatologia Depressiva	2.98	2.98	3.99	3.19	7.04	4.99	7.52	3.76
Apoio Social	14.94	3.89	13.99	4.28	12.96	4.76	13.82	3.93

Relativamente à Sintomatologia Depressiva, o grupo da população geral foi o que mostrou resultados mais baixos, seguido do grupo com doença física crónica, do grupo de doentes com perturbações emocionais e do grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica. Esta diferença entre grupos é estatisticamente significativa ($F_{(3,718)}=34.07$, $p<.001$) e a magnitude desta diferença é considerada moderada ($\eta^2 = .125$). Com a realização do teste post hoc de Bonferroni, para observar as diferenças entre pares de grupos, é possível verificar que o grupo da população geral obteve resultados mais baixos relativamente ao grupo com doença física crónica (post hoc: $p<.05$), com perturbações emocionais (post hoc: $p<.001$) e com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica (post hoc: $p<.001$). Importa ainda referir que o grupo com doença física crónica se distinguiu significativamente do grupo de doentes com perturbações emocionais (post hoc: $p<.001$) e do grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica (post hoc: $p<.001$). Concluindo, apenas não foram reportadas diferenças entre os grupos clínicos com perturbações emocionais e com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica.

No que diz respeito à Qualidade de Vida, o grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica revelou os resultados mais baixos, seguido do grupo com doença física crónica, do grupo com perturbações emocionais, e do grupo da população geral. Esta diferença mostrou-se estatisticamente significativa ($F_{(3,718)}=10.82$, $p<.001$), sendo a magnitude da diferença pequena ($\eta^2 = .043$). Analisando os resultados dos testes post hoc de Bonferroni, observa-se que as diferenças foram observadas entre o grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com

doença física crónica, que obteve resultados mais baixos que o grupo da população geral (post hoc: $p < .001$), o grupo com doença física crónica (post hoc: $p < .001$) e o grupo de doentes com perturbações emocionais (post hoc: $p < .05$)

Relativamente ao Apoio Social, o grupo de doentes com perturbações emocionais obteve os resultados mais baixos, seguido do grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica, do grupo com doença física crónica e do grupo da população geral. Esta diferença mostrou-se estatisticamente significativa ($F_{(3,718)} = 4.380$, $p < .05$), sendo a magnitude da diferença pequena ($\eta^2 = .018$). Com a análise dos testes Post Hoc de Bonferroni, é de notar que apenas se distinguiram os grupos da população geral e doença física crónica (post hoc: $p < .05$), tendo o grupo da população geral reportado maiores níveis de apoio social.

3. Estudo das associações entre sintomatologia depressiva, qualidade de vida e apoio social

As correlações obtidas entre as variáveis em estudo são apresentadas nas tabelas 5, 6, 7 e 8.

Tabela 5. Correlações de Pearson entre as variáveis em estudo no grupo da população geral (N=468)

	Sintomatologia Depressiva	Qualidade de Vida
Sintomatologia Depressiva	1	-
Qualidade de Vida	-.429**	1
Apoio Social	-.260**	.241**

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$.

Tabela 6. Correlações de Pearson entre as variáveis em estudo no grupo com doença física crónica (N=192)

	Sintomatologia Depressiva	Qualidade de Vida
Sintomatologia Depressiva	1	-
Qualidade de Vida	-.441**	1
Apoio Social	-.323**	.266**

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$.

Tabela 7. Correlações de Spearman entre as três variáveis em estudo no grupo de doentes com perturbações emocionais (N=26)

	Sintomatologia Depressiva	Qualidade de Vida
Sintomatologia Depressiva	1	-
Qualidade de Vida	-.666**	1
Apoio Social	-.466*	.675**

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$.

Tabela 8. Correlações de Pearson entre as três variáveis em estudo no grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica (N=33)

	Sintomatologia Depressiva	Qualidade de Vida
Sintomatologia Depressiva	1	-
Qualidade de Vida	-.500*	1
Apoio Social	-.404*	.491*

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$.

O Apoio Social está positivamente correlacionado com a Qualidade de vida, ou seja, valores mais elevados de qualidade de vida estão associados a maiores níveis de apoio social. No grupo da população geral e no grupo com

O apoio social e a qualidade de vida: o efeito mediador da sintomatologia depressiva e o papel da doença crónica numa amostra de idosos portugueses
Sónia Isabel da Silva Oliveira (sisoliveira311@gmail.com) 2018

doença física crónica, estas correlações são baixas e nos grupos de doentes com perturbações emocionais e de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica são moderadas.

As correlações entre o Apoio Social e a Sintomatologia Depressiva revelaram-se negativas, indicando que maiores níveis de apoio social estão relacionados com menores níveis de sintomatologia depressiva. Nos grupos de doentes com perturbações emocionais e de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica, as correlações são moderadas e nos grupos da população geral e com doença física crónica são baixas.

É possível observar que a Sintomatologia Depressiva apresenta correlações negativas moderadas com a Qualidade de Vida em todos os grupos, revelando que valores mais elevados de sintomatologia depressiva estão associados a menor qualidade de vida reportada pela população idosa.

4. Estudo do efeito mediador da Sintomatologia Depressiva na relação entre o Apoio Social e a Qualidade de Vida

O presente estudo vai focar-se no papel mediador que a Sintomatologia Depressiva pode exercer na relação entre a satisfação com o Apoio Social e a Qualidade de Vida, no grupo da população geral e no grupo com doença física crónica.

Com o intuito de analisar o efeito mediador da Sintomatologia Depressiva na relação entre o Apoio Social e a Qualidade de Vida, foi seguido o procedimento de quatro passos, descrito anteriormente na estratégia analítica.

4.1 Estudo do efeito mediador da Sintomatologia Depressiva na relação entre o Apoio Social e a Qualidade de Vida, no grupo de idosos da população geral

Começou por se realizar a análise na amostra da população geral. Com este objetivo, foi realizada uma regressão hierárquica, para avaliar o efeito preditor do Apoio Social, VI, na Qualidade de Vida, VD, (*trajetória c*). Primeiramente, começou por se controlar os efeitos do escalão etário (Modelo 1: $R^2=.024$, $F_{(1,466)}=11.216$, $p<.05$; $\beta=-.153$, $p<.05$), explicando 2.4% da variância. Posteriormente, foi inserido o Apoio Social num segundo modelo, sendo que os resultados encontrados foram significativos (Modelo 2: $R^2=.080$, $F_{(2,465)}=20.094$, $p<.001$; $\beta=.237$, $p<.001$), com o Apoio Social a explicar 8.0% da variância da Qualidade de Vida.

Numa segunda análise, foi estudado o efeito preditor do Apoio Social, VI, na Sintomatologia Depressiva, VD (*trajetória a*), com recurso a uma regressão hierárquica. Num primeiro momento foram analisados os efeitos da variável escalão etário (Modelo 1: $R^2=.049$, $F_{(1,466)}=24.068$, $p<.001$; $\beta=.222$, $p<.001$), sendo que o escalão etário explica 4.9% da variância. Seguidamente, foi introduzida a variável Apoio Social, sendo os resultados estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2=.114$, $F_{(2,465)}=29.794$, $p<.001$; $\beta=-.254$, $p<.001$), com o Apoio Social a explicar 11.4% da variância da Sintomatologia Depressiva.

De seguida, através de uma regressão hierárquica, analisou-se o efeito

O apoio social e a qualidade de vida: o efeito mediador da sintomatologia depressiva e o papel da doença crónica numa amostra de idosos portugueses
Sónia Isabel da Silva Oliveira (sisoliveira311@gmail.com) 2018

preditor da Sintomatologia Depressiva, VI, na Qualidade de Vida, VD (*trajetória b*). Num primeiro momento, foi analisado o efeito da variável escalão etário (Modelo 1: $R^2=.024$, $F_{(1,466)}=11.216$, $p<.05$; $\beta= -.153$, $p<.05$), com o escalão etário a explicar 2.4% da variância da Qualidade de Vida. Seguidamente foi introduzida a variável Sintomatologia Depressiva, sendo os resultados encontrados significativos (Modelo 2: $R^2=.188$, $F_{(2,465)}=53.800$, $p<.001$; $\beta= -.416$, $p<.001$), com a Sintomatologia Depressiva a explicar 18.8% da variância da Qualidade de Vida.

Foi ainda realizada a análise da mediação (*trajetória c'*), com recurso a regressão hierárquica múltipla, tendo o Apoio Social e a Sintomatologia Depressiva como variáveis independentes e a Qualidade de Vida como variável dependente. No entanto, numa primeira fase, foi analisado o efeito da variável escalão etário (Modelo 1: $R^2=.024$, $F_{(1,466)}=11.216$, $p<.05$; $\beta=-.153$, $p<.05$), com o escalão etário a explicar 2.4% da variância. Posteriormente, foi introduzido o Apoio Social e a Sintomatologia Depressiva, sendo que os resultados encontrados foram considerados significativos (Modelo 2: $R^2=.206$, $F_{(3,464)}=40.218$, $p<.001$; $\Delta R^2=.183$; $\Delta F_{(2,464)}=53.456$, $\Delta p<.001$; $\beta_{\text{ApoioSocial}}=.141$ $p<.05$; $\beta_{\text{GDS}}=-.378$ $p<.001$), explicando 20.6% da variância total da Qualidade de Vida, o que aponta no sentido de uma mediação parcial, pois apesar de diminuir o efeito da trajetória c, não o elimina. Por último, foi calculado o teste de *Sobel*, tendo-se revelado significativo ($z = 5.044$; $p < .001$), sugerindo desta forma que a mediação é significativa.

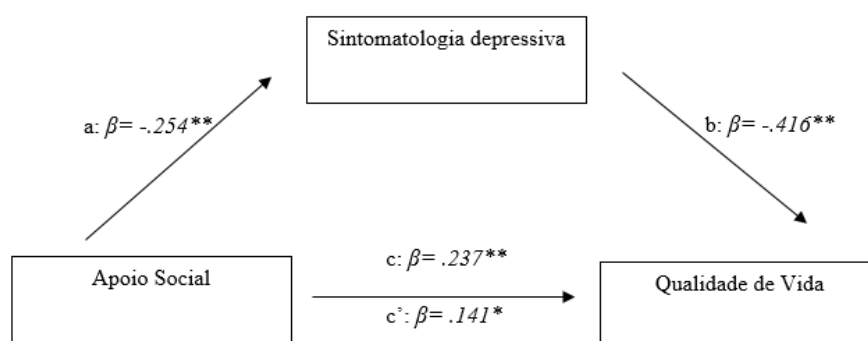


Figura 1. Coeficientes de regressão para a relação entre o Apoio Social e a Qualidade de Vida. a = Efeito da variável independente na variável mediadora. b = Efeito da variável mediadora na variável dependente. c = Efeito da variável independente na variável dependente. c' = Efeito da variável independente na variável dependente, controlado pelo mediador.

4.2 Estudo do efeito mediador da Sintomatologia Depressiva na relação entre o Apoio Social e a Qualidade de Vida, num grupo de idosos com doença física crónica

Analisou-se, igualmente, o efeito mediador da Sintomatologia Depressiva na relação entre o Apoio Social e a Qualidade de Vida no grupo de idosos com doença física crónica. Com este objetivo, foi realizada uma regressão hierárquica (*trajetória c*). Foram controlados os efeitos do escalão etário (Modelo 1: $R^2=.001$, $F_{(1,190)}=.195$, $p=.660$; $\beta= -.032$, $p=.660$). Posteriormente, foi

O apoio social e a qualidade de vida: o efeito mediador da sintomatologia depressiva e o papel da doença crónica numa amostra de idosos portugueses
Sónia Isabel da Silva Oliveira (sisoliveira311@gmail.com) 2018

inserido o Apoio Social num segundo modelo, sendo que os resultados encontrados foram dados como significativos (Modelo 2: $R^2=.072$, $F_{(2,189)}=7.385$, $p<.05$; $\beta=.267$, $p<.001$), com o Apoio Social a explicar 7.2% da variância da Qualidade de Vida.

Numa segunda regressão hierárquica (*trajetória a*), controlaram-se os efeitos do escalão etário (Modelo 1: $R^2=.039$, $F_{(1,190)}=7.805$, $p<.05$; $\beta= -.199$, $p<.05$), explicando 3.9% da variância. Posteriormente, foi inserido o Apoio Social num segundo modelo, sendo que esta análise se mostrou estatisticamente significativa (Modelo 2: $R^2=.147$, $F_{(2,189)}=16.339$, $p<.001$; $\beta= -.329$, $p<.001$), como Apoio Social a explicar 14.7% da variância da Sintomatologia Depressiva.

De seguida, realizou-se uma regressão hierárquica (*trajetória b*). Controlando os possíveis efeitos do escalão etário, os resultados obtidos não foram significativos (Modelo 1: $R^2=.001$, $F_{(1,190)}=.195$, $p=.660$; $\beta= -.032$, $p=.660$). Posteriormente foi inserida a Sintomatologia Depressiva no modelo, sendo os resultados encontrados considerados estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2=.198$, $F_{(2,189)}=23.326$, $p<.001$; $\beta= -.453$, $p<.001$), com a Sintomatologia Depressiva a explicar 19.8% da variância da Qualidade de Vida.

Por último, recorreu-se a uma regressão hierárquica múltipla (*trajetória c'*). Foi analisado o efeito da variável escalão etário (Modelo 1: $R^2=.001$, $F_{(1,190)}=0.195$, $p=.660$; $\beta= -.032$, $p=.660$). Depois desta análise, foi introduzido o Apoio Social e a Sintomatologia Depressiva num novo modelo, sendo que os resultados encontrados foram considerados significativos (Modelo 2: $R^2=.214$, $F_{(3,188)}=17.042$, $p<.001$; $\Delta R^2=.213$; $\Delta F_{(2,188)}=25.441$, $\Delta p<.001$; $\beta_{\text{Apoio Social}}=.134$, $p=.053$; $\beta_{\text{GDS}}= -.407$, $p<.001$), explicando 21.4% da variância total da Qualidade de Vida, o que aponta no sentido de uma mediação total, uma vez que o efeito preditor do Apoio Social na Qualidade de Vida deixa de ser significativo quando é introduzida a variável moderadora Sintomatologia Depressiva, eliminando, assim, o efeito da trajetória c. Por último, foi calculado o teste de *Sobel*, tendo-se este revelado significativo ($z = 2.776$; $p < .001$), sugerindo desta forma que a mediação é significativa.

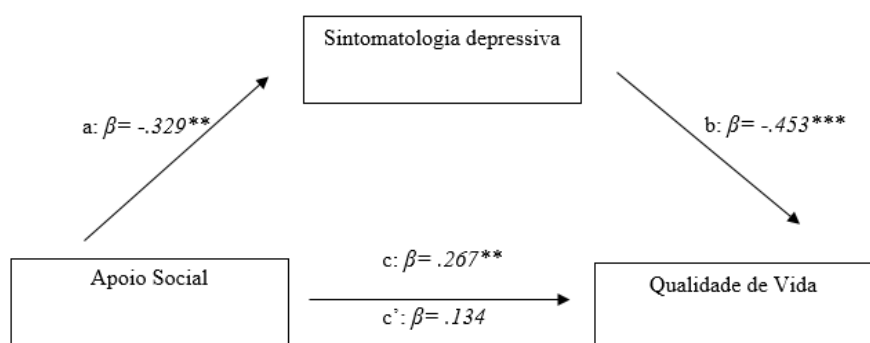


Figura 2. Coeficientes de regressão para a relação entre o Apoio Social e a Qualidade de Vida. a = Efeito da variável independente na variável mediadora. b = Efeito da variável mediadora na variável dependente. c = Efeito da variável independente na variável dependente. c' = Efeito da variável independente na variável dependente, controlado pelo mediador.

De acordo com as análises acima descritas, a sintomatologia depressiva

revelou-se mediadora parcial da relação entre o apoio social e a qualidade de vida no grupo da população geral. Relativamente ao grupo com doença física crónica, a sintomatologia depressiva mostrou-se mediadora total na mesma relação. No que diz respeito ao grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica, foram realizadas as análises da mediação, mas estas não se mostraram significativas.

V - Discussão

A presente investigação teve como principal objetivo estudar as relações entre o apoio social, a qualidade de vida e a sintomatologia depressiva, em quatro grupos: grupo da população geral, grupo com doença física crónica, grupo de doentes com perturbações emocionais e grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica. Foi ainda analisado o efeito mediador da sintomatologia depressiva na relação entre o apoio social e a qualidade de vida, nos grupos da população geral e com doença física crónica.

As análises preliminares revelaram diferenças entre géneros relativamente à sintomatologia depressiva nos grupos da população geral e com doença física crónica, com o género feminino a reportar mais sintomatologia depressiva, estando de acordo com a literatura (Duarte & Rego, 2007; Shahboulaghi et al., 2017; Silva et al., 2017) que aponta no sentido de as mulheres reportarem maiores níveis de sintomatologia depressiva. Relativamente à qualidade de vida não foram encontradas diferenças significativas, apesar de a literatura indicar diferenças (Vilar, 2015). Por esta razão, torna-se importante, em estudos futuros, analisar o impacto de outras variáveis que podem afetar a qualidade de vida - a saúde, o estado emocional, a autonomia, o local e com quem vive e o nível de dependência (Bowling; Cardona et al.; Farquhar; Fernández-Ballesteros & Zamarrón; Gabriel & Bowling; Wiggings et al. citados por Elousa, 2010; Kwan et al., 2015; Santos et al., 2002) - de maneira a compreender se estas variáveis, estando presentes, poderão diluir o efeito do género na qualidade de vida. Posto isto, pode concluir-se que as mulheres apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva relativamente ao género masculino, confirmando parcialmente a H1.

No que diz respeito à faixa etária, o grupo da população geral apresentou diferenças na sintomatologia depressiva e na qualidade de vida e o grupo com doença física crónica apresentou diferenças no que diz respeito à sintomatologia depressiva, confirmando assim, parcialmente a H2. A faixa etária que apresentou níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e menor qualidade de vida foi a faixa etária a partir dos 80 anos de idade. Os resultados na variável sintomatologia depressiva vão ao encontro do estudo de Demura e Sato (2003) que conclui que idosos mais velhos tendem a reportar maiores níveis de sintomatologia depressiva, podendo esta associação ser devido a vários fatores, como a viuvez, o isolamento e a diminuição de atividades físicas. Quanto à qualidade de vida, o resultado encontrado está em concordância com outros estudos (Netuveli et al., 2006; Vilar et al., 2015), que referem um decréscimo da qualidade de vida com o aumento da idade. O facto de o grupo

com doença física crónica não mostrar diferenças na qualidade de vida no que diz respeito ao escalão etário pode dever-se ao facto de a doença física crónica afetar de forma marcada a qualidade de vida dos idosos (Li et al., 2018), podendo, assim, diluir a influência do efeito da idade.

Os níveis de apoio social não mostraram diferenças no que diz respeito às faixas etárias nem ao género. Estes resultados não estão em concordância com a literatura revista (Ardakani et al., 2017; Faramarzi et al., 2015; Theeke et al., 2012), que conclui que idosos do género masculino e mais novos reportam melhores níveis de apoio social. No entanto, importa referir que, no presente estudo, foi utilizado um método de avaliação do apoio social diferente de outros estudos, visto que foi medido com o somatório da pontuação obtida num conjunto de quatro questões acerca da satisfação do apoio social com a família, amigos, vizinhos e técnicos de saúde. Este método de avaliação tem a vantagem de ser curto e de fácil aplicação, no entanto deverá ser investigado relativamente à sua fiabilidade e validade, podendo não ser adequado para analisar diferenças etárias e de género nesta população. É preciso também notar que apenas se avaliou o grau de satisfação e não as várias dimensões do apoio social, como o apoio emocional, instrumental e informacional (Thoits, 2011), podendo as dimensões variar consoante a faixa etária ou o género. Posto isto, será importante, em estudos futuros avaliar as diferentes dimensões do apoio social e analisar separadamente as quatro questões utilizadas neste estudo para avaliar este apoio. É necessário, em futuras investigações, estudar as propriedades psicométricas da versão reduzida do WHOQOL-OLD utilizada para avaliar a qualidade de vida neste estudo, uma vez que na presente investigação, o valor de consistência interna é considerado inaceitável.

Quando se comparou os grupos de participantes com perturbações emocionais em comorbidade com doença física crónica com o grupo de participantes com doença física crónica foram encontradas diferenças no que diz respeito à sintomatologia depressiva, sendo que os participantes com comorbidade apresentaram níveis mais elevados. Este resultado vai ao encontro do que era esperado, uma vez que estes doentes com perturbações emocionais têm, maioritariamente, diagnósticos de perturbações depressivas. No que diz respeito à qualidade de vida, a comparação entre estes dois grupos revelou diferenças, com o grupo com doença física crónica a mostrar melhores níveis de qualidade de vida. Este resultado era esperado, uma vez que o grupo com comorbidade, além da patologia física, apresenta ainda uma perturbação emocional que se associa negativamente com a qualidade de vida dos idosos, sendo esta relação amplamente estudada e demonstrada na literatura (Carneiro et al., 2007; Moss et al., 1991; Sun et al., 2017). Relativamente ao apoio social, os resultados não foram de encontro ao esperado, uma vez que não foram encontradas diferenças entre o grupo com doença física crónica e o grupo com comorbidade, não indo, assim, de encontro à literatura (Ardakani et al., 2017; Theeke et al., 2012). Desta forma, uma vez que foram encontradas diferenças nestes dois grupos no que diz respeito à sintomatologia depressiva e à qualidade de vida, mas não em relação ao apoio social, a H3 é parcialmente confirmada. Apesar destes resultados, é necessário atender às diferenças dos tamanhos destes dois grupos, visto que um é composto por 192 sujeitos e outro por

apenas 33. Posto isto, e tendo em conta que quando o tamanho das diferenças é tão discrepante, isto poderá influenciar as diferenças estatísticas encontradas, será necessário ponderar estudos futuros com amostras mais equiparadas.

Seria de esperar que o grupo com doença física crónica mostrasse diferenças significativas na qualidade de vida quando comparado com o grupo da população geral, no entanto os resultados não revelaram diferenças. Vários estudos enfatizam o impacto que a doença crónica tem na qualidade de vida, nomeadamente o estudo de Li et al. (2018), que refere a redução de atividade física, devido à doença crónica, como um preditor de baixos níveis de qualidade de vida. Apesar de a literatura enfatizar esta ligação, McBride et al. (2003) referem a existência de “teachable moments”, algo que poderá explicar a razão pela qual os indivíduos com doença física crónica não apresentam níveis mais baixos de qualidade de vida: a presença de doença crónica pode fazer com que haja um ganho a nível de comportamentos positivos relacionados com a saúde, que poderá levar a melhorias na qualidade de vida. Posto isto, seria interessante, em investigações futuras, comparar os níveis de qualidade de vida antes e depois do diagnóstico de doença crónica, ou questionar acerca de há quanto tempo aconteceu o diagnóstico, com o objetivo de investigar as variáveis que poderão influenciar a existência de “teachable moments”, sendo que Xiang (2016) refere que a sintomatologia depressiva influencia a ocorrência deste fenómeno. As diferenças encontradas entre os dois grupos no que diz respeito à sintomatologia depressiva eram expectáveis uma vez que a literatura indica que a doença crónica contribui para o desenvolvimento de perturbações mentais, principalmente de perturbações depressivas (Chen et al., 2016; Duarte & Rego, 2007; Janevic et al., 2012). Apesar desta diferença, a média nos dois grupos situa-se no patamar “normal” da Geriatric Depression Scale. Relativamente ao apoio social, foram encontradas diferenças, tendo o grupo com doença física crónica reportado valores mais baixos, apesar do tamanho da diferença ser pequeno. A diferença apresentada vai no sentido da literatura, que refere que o apoio social reportado poderá ser menor em idosos que apresentem doença crónica (Huang et al., 2015). É possível que idosos saudáveis tenham mais facilidade em relacionar-se com os outros e a reportar melhor apoio social, uma vez que, quando existe uma doença crónica, que muitas vezes incapacita o idoso no seu dia-a-dia e leva à perda de autonomia, este pode interpretar que está a sobrecarregar quem lhe é mais próximo, levando a que não lhe seja tão fácil relacionar-se com os outros, no entanto esta hipótese deverá ser estudada em investigações futuras. O grupo com doença física crónica apresentou níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e menores níveis de apoio social, no entanto, não foram reportadas diferenças na qualidade de vida, confirmando, parcialmente a H4.

A amostra clínica recolhida em consulta de gerontopsiquiatria, constituída pelo grupo de doentes com perturbações emocionais e pelo grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica foi analisada em termos de diferenças nas variáveis em estudo. Os dois grupos distinguiram-se relativamente à qualidade de vida, tendo o grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica apresentado valores mais baixos. Este resultado vai de encontro ao

estudo de Ali et al. (2010) que concluíram que a presença em simultâneo de doença crónica e elevados níveis de sintomatologia depressiva poderão conduzir a baixos níveis de qualidade de vida. Importa ainda referir que na variável qualidade de vida, apenas o grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica mostrou diferenças quando comparado com os outros três grupos (grupo da população geral, grupo com doença física crónica e grupo de doentes com perturbações emocionais). Isto indica que o aparecimento de comorbilidade num idoso que já tenha patologia física ou emocional poderá ter maior impacto na sua qualidade de vida do que o aparecimento de patologia física ou emocional num indivíduo saudável. No que respeita à sintomatologia depressiva, os dois grupos da amostra clínica não se distinguiram, o que pode ser devido ao facto de serem ambos parte de uma amostra de doentes psiquiátricos com perturbações emocionais. Também o apoio social não mostrou diferenças entre os dois grupos, que poderá ser explicado pelo facto de o apoio social pobre se relacionar com a presença de diagnóstico de depressão (Sun et al., 2017; Theeke et al., 2012), sendo que estes dois grupos sofrem desta perturbação, podendo o efeito da doença crónica no apoio social não ter um impacto tão notório. A H5 foi parcialmente confirmada uma vez que o grupo de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença crónica e o grupo de doentes com perturbações emocionais apenas se distinguiram nos níveis de qualidade de vida.

No que diz respeito às correlações entre as variáveis, foram confirmadas as hipóteses H6, H7 e H8.

O apoio social correlacionou-se positivamente com os níveis de qualidade de vida nos grupos estudados. A presença desta relação nos grupos de idosos com doença física crónica pode ser devido ao facto de idosos com doenças crónicas passarem por uma série de restrições sociais que têm um impacto significativo na qualidade de vida (Agborsangaya et al., 2013). No entanto, a correlação mostrou-se significativa também no grupo de idosos da população geral, o que vai de encontro aos estudos de Kwan et al. (2015) e Sun et al. (2017) que encontraram esta correlação em idosos saudáveis; e no grupo de idosos com perturbações emocionais indo também de encontro ao estudo de Sun et al. (2017) que concluiu que níveis mais elevados de apoio social estão relacionados com melhor qualidade de vida, em idosos com sintomatologia depressiva. É de salientar que esta correlação mostrou maior magnitude no grupo de doentes com perturbações emocionais e de doentes com perturbações emocionais em comorbilidade com doença física crónica.

Nas análises foi possível perceber que maiores níveis de sintomatologia depressiva estão fortemente associados a menores níveis de qualidade de vida. Esta associação foi encontrada nos quatro grupos analisados, o que vai de encontro aos estudos de Moss et al. (1991) e Carneiro et al. (2007) que encontraram esta relação em amostras de idosos da população geral e de encontro ao estudo transversal de Li et al. (2018) e à metanálise Ali et al. (2010) que estudaram os níveis de sintomatologia depressiva e a qualidade de vida em idosos com doença crónica.

No presente estudo, os níveis de sintomatologia depressiva correlacionaram-se negativamente com o apoio social, nos quatro grupos estudados. A

relação entre estes dois constructos tem sido estudada em idosos por diversos investigadores, nomeadamente Adams et al. (2016), Sun et al. (2017) e Takizawa et al. (2006), que concluem que níveis mais baixos de apoio social estão relacionados com maiores níveis de sintomatologia depressiva.

O apoio social foi estudado como preditor da qualidade de vida, com o intuito de, posteriormente, analisar o poder mediador da sintomatologia depressiva nesta relação, numa amostra de idosos da população geral e idosos com doença física crónica. Foi seguido modelo do estudo de Wicke et al. (2014), que analisaram o efeito mediador da sintomatologia depressiva na relação entre o apoio social e a qualidade de vida, numa amostra de idosos com doença crónica. Através das regressões, pode concluir-se que o apoio social foi considerado um preditor positivo significativo da qualidade de vida, o que é concordante com os resultados encontrados por Wicke et al. (2014). Também outros estudos encontraram o efeito positivo que o apoio social exerce na qualidade de vida, nomeadamente Agborsangaya et al. (2013), em estudos com idosos com doença crónica e Adams et al. (2016) e Tahan e Carvalho (2010), com idosos saudáveis, que apontam o apoio social como preditor da qualidade de vida, na população idosa.

No grupo de idosos com doença física crónica, a relação entre o apoio social e a qualidade de vida foi totalmente mediada pela sintomatologia depressiva. Este resultado significa que a sintomatologia depressiva transporta o efeito que o pobre apoio social exerce na qualidade de vida, ou seja, a relação entre a insatisfação com o apoio social e a menor qualidade de vida é explicada pela presença de sintomatologia depressiva. Estes resultados são semelhantes aos obtidos por Wicke et al. (2014), no seu estudo com idosos com doença crónica, em que o efeito mediador da sintomatologia depressiva foi total. É possível que esta mediação seja, tal como na investigação de Wicke et al. (2014), explicada pelo facto de, na presença de doença crónica, o idoso tender a interpretar a doença como uma ameaça a si e procure o apoio social de familiares, amigos, vizinhos e técnicos de saúde, sendo que, caso não esteja satisfeito com o apoio social, isto conduza ao aparecimento de sintomatologia depressiva, que, de acordo com a literatura está fortemente relacionada e é um preditor significativo da qualidade de vida. O oposto também parece ser válido, ou seja, quando a doença crónica é percebida como ameaça, no entanto, o idoso se mostra satisfeito com o apoio social que lhe é prestado, este apoio equilibra a perceção de ameaça, diminuindo, assim a sintomatologia depressiva, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Apesar de os resultados se assemelharem aos obtidos por Wicke et al. (2014), é de salientar que no presente estudo foi avaliado o somatório de várias dimensões da qualidade de vida, sendo que nenhuma destas é relacionada apenas com a saúde, enquanto no estudo de Wicke et al. (2014) apenas foi avaliada a qualidade de vida relacionada com a saúde. Seria pertinente, em estudos futuros, avaliar o poder preditivo do apoio social nas várias facetas da qualidade de vida, nomeadamente as facetas do WHOQOL-OLD, analisando o efeito mediador da sintomatologia depressiva nestas relações, com o intuito de avaliar se haverá diferenças nas dimensões da qualidade de vida.

A análise no grupo de idosos da população geral mostrou que a relação

entre o apoio social e a qualidade de vida é parcialmente mediada pela sintomatologia depressiva. Os resultados do estudo estão em concordância com o estudo de Wicke et al. (2014), no entanto, na amostra de idosos da população geral, e por isso saudável, o efeito mediador é parcial, enquanto no estudo de Wicke et al. (2014), com idosos com doença crónica, a mediação foi total. Isto significa que apenas uma parte do efeito que o apoio social exerce na qualidade de vida é explicado pela sintomatologia depressiva, havendo outros fatores e mecanismos que explicam o efeito preditor do apoio social na qualidade de vida, como é o caso da solidão (Park et al., 2013). No caso deste grupo, não existe a perceção de ameaça que existe no grupo da doença crónica, podendo então, a falta de apoio social levar a solidão, depressão ou outros fatores, que, conjugados poderão diminuir a qualidade de vida.

É importante em estudos futuros alargar a amostra clínica, uma vez que o número reduzido de sujeitos poderá ter levado a que a análise da mediação não tenha sido significativa.

A comparação entre os resultados das duas análises de mediação parecem apontar no sentido de menores níveis de apoio social conjugados com doença física crónica levam a maiores níveis de sintomatologia depressiva, o que, por sua vez, diminui a qualidade de vida da população idosa, confirmando a H9.

VI - Conclusões

Muitos são os desafios que a população sénior enfrenta e a forma como são capazes de ultrapassar estas dificuldades está dependente dos recursos de que dispõe (Heap & Fors, 2015), entre os quais está o apoio social. A ausência deste tem um impacto negativo na qualidade de vida desta população. De nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que analisa o efeito mediador da sintomatologia depressiva na relação entre o apoio social e a qualidade de vida na população idosa portuguesa, incluindo uma amostra clínica e analisando o contributo da presença/ausência de doença física crónica e de perturbações emocionais e da comorbilidade entre ambas.

Menores níveis de apoio social revelaram-se prejudiciais e promotores do desenvolvimento de sintomatologia depressiva, tanto em idosos saudáveis, como naqueles que apresentam perturbações emocionais e/ou doença crónica, levando a que idosos com menores níveis de apoio social tenham reportado menores níveis de qualidade de vida.

Este estudo tem como ponto forte a inclusão de uma amostra recolhida em contexto clínico, podendo assim contribuir para uma melhor compreensão das diferenças entre amostra comunitária e amostra clínica de doentes com perturbações emocionais e doentes com comorbilidade entre perturbação emocional e doença física crónica. É ainda de salientar as análises comparativas realizadas entre idosos com e sem doença física crónica e as conclusões daí obtidas, contribuindo assim para uma melhor compreensão das implicações psicológicas da doença física crónica. Além disso, é importante notar o elevado número de sujeitos da população geral, que se descreveram como saudáveis, ou seja, sem doença emocional ou doença física crónica.

Apesar dos pontos fortes, este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o pequeno número de sujeitos que compõem a amostra clínica e os dois grupos que a integram (idosos com perturbações emocionais e idosos com perturbações emocionais em comorbilidade com doença crónica) e o facto de a amostra ser maioritariamente feminina, impossibilitando a generalização dos dados. Importa, ainda, referir que a maioria dos sujeitos desta amostra apresentavam sintomatologia depressiva em detrimento da sintomatologia ansiosa, impossibilitando a compreensão das diferenças entre estas duas problemáticas. Posto isto, é importante que se considerem estudos futuros que englobem uma amostra clínica ampla, com maior percentagem de indivíduos com ansiedade, no sentido de poder generalizar os resultados e de se poder efetuar uma comparação entre doentes com depressão e ansiedade. É importante que, em futuras investigações, haja também maior equilíbrio entre géneros na amostra, no sentido de se poder generalizar os dados.

As versões reduzidas utilizadas para avaliar o apoio social e a qualidade de vida são um aspeto positivo a salientar pela sua curta e fácil aplicação, no entanto, é pertinente em investigações futuras estudar as propriedades psicométricas para avaliar a sua fiabilidade e validade nesta população. No que diz respeito à Geriatric Depression Scale, seria interessante, em investigações futuras, analisar a capacidade de esta escala distinguir entre uma amostra clínica e uma amostra comunitária, com base no seu ponto de corte.

Seria interessante investigar o efeito mediador da sintomatologia depressiva na relação entre o apoio social e a qualidade de vida, tendo em conta doenças crónicas específicas, uma vez que as diferentes doenças têm diferentes implicações e limitações. É de salientar que estudos longitudinais podem ser pertinentes, no sentido de avaliar causalidades entre as variáveis, tanto em amostras de doentes com doença crónica, como em amostras de doentes com perturbações emocionais.

Este estudo pode ser visto como um contributo importante para a compreensão de alguns dos fatores relevantes na qualidade de vida em idosos, nomeadamente o papel do apoio social percebido pelo idoso, visto que este é um preditor da sintomatologia depressiva, sendo esta a perturbação psiquiátrica mais frequente na população idosa (Barua & Kar, 2010; Kabátová et al., 2014). A nível clínico, o estudo sugere uma intervenção de forma a facilitar e promover as relações sociais, tanto em doentes com perturbações emocionais como em pacientes com doença física crónica de modo a diminuir a sintomatologia depressiva e melhorar a qualidade de vida dos idosos. Uma vez que a relação entre apoio social e qualidade de vida se mostrou importante, também na amostra da população geral, será importante apostar nos cuidados de saúde mental primários de forma a promover apoio social e prevenir a depressão na população comunitária sénior, no intuito de melhorar a sua qualidade de vida.

Bibliografia

- Adams, T. R., Rabin, L. A., Da Silva, V. G., Katz, M. J., Fogel, J., & Lipton, R. B. (2016). Social support buffers the impact of depressive symptoms on life satisfaction in old age. *Clinical Gerontologist, 39*(2), 139-157. doi:10.1080/07317115.2015.1073823
- Agborsangaya, C. B., Lau, D., Lahtinen, M., Cooke, T., & Johnson, J. A. (2013). Health-related quality of life and healthcare utilization in multimorbidity: results of a cross-sectional survey. *Quality of Life Research, 22*(4), 791-799. doi:10.1007/s11136-012-0214-7
- Ali, S., Stone, M., Skinner, T. C., Robertson, N., Davies, M., & Khunti, K. (2010). The association between depression and health-related quality of life in people with type 2 diabetes: a systematic literature review. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 26*(2), 75-89. doi:10.1002/dmrr.1065
- Allison, P. D. (2002). *Missing data. Sage University Papers Series on Quantitative Applications in Social Sciences*, 07-136. Thousand Oaks, CA:Sage.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care, 24*(6), 1069-1078. doi:10.2337/diabetes.24.6.1069
- Apóstolo, J., Loureiro, L., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., & Sfetcu, R. (2014). Contribution to the adaptation of the Geriatric Depression Scale -15 into portuguese. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(3), 65-73. doi:10.12707/riv14033
- Ardakani, A., Baneshi, M. R., Taravatmanesh, S., Taravatmanesh, L., & Zolala, F. (2017). Social support among the elderly in Iran. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 19*(3), 52-57. doi:10.12740/app/76062
- Australian Institute of Health and Welfare. (2016). Chronic Disease. Retrieved from www.aihw.gov.au/chronic-diseases/
- Barua, A., & Kar, N. (2010). Screening for depression in elderly Indian population. *Indian Journal of Psychiatry, 52*(2), 150-153. doi:10.4103/0019-5545.64595

- Bastos, D., Scortegagna, S., Baptista, M., & Cremasco, G. (2016). Sintomas depressivos e suporte familiar em idosos e adultos em hemodiálise. *Psicologia - Teoria e Prática*, 18(2), 103-116. doi:10.15348/1980-6906/psicologia.v18n2p103-116
- Bernell, S., & Howard, S. W. (2016). Use your words carefully: what is a chronic disease? *Frontiers in Public Health*, 4(159). doi:10.3389/fpubh.2016.00159
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 58(3), 249–265.
- Blazer, D. G. (2005). Depression and social support in late life: A clear but not obvious relationship. *Aging & Mental Health*, 9(6), 497-499. doi:10.1080/13607860500294266
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237. doi:10.1590/s0102-79722007000200008
- Chang-Quan, H., Xue-Mei, Z., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y., & Qing-Xiu, L. (2009). Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age and Ageing*, 39(1), 23-30. doi:10.1093/ageing/afp187
- Chen, C., Lee, I., Su, Y., Mullan, J., & Chiu, H. (2016). The longitudinal relationship between mental health disorders and chronic disease for older adults: a population-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(9), 1017-1026. doi:10.1002/gps.4561
- Choi, K. H., & Vasunilashorn, S. (2014). Widowhood, Age Heterogamy, and Health: The Role of Selection, Marital Quality, and Health Behaviors. *The Journals of Gerontology: Series B*, 69B(1), 123-134. doi:10.1093/geronb/gbt104
- Cohen, S., & Rodriguez, M. S. (1995). Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychology*, 14(5), 374-380. doi:10.1037//0278-6133.14.5.374
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147-1156. doi:10.1176/appi.ajp.160.6.1147

- Colman, I., Naicker, K., Zeng, Y., Atallahjan, A., Senthilselvan, A., & Patten, S. B. (2011). Predictors of long-term prognosis of depression. *Canadian Medical Association Journal*, *183*(17), 1969-1976. doi:10.1503/cmaj.110676
- Correia, C. S. (2009). *O apoio social e a qualidade de vida dos idosos do concelho de Faro* (Unpublished master's thesis). Universidade de Algarve, Faro, Portugal.
- Dai, W., Chen, L., Tan, H., Wang, J., Lai, Z., Kaminga, A. C., Liu, A. (2016). Association between social support and recovery from post-traumatic stress disorder after flood: a 13–14 year follow-up study in Hunan, China. *BMC Public Health*, *16*(194). doi:10.1186/s12889-016-2871-x
- Dempster, A. P., Laird, N. M., and Rubin, D. B. (1977), “Maximum Likelihood From Incomplete Data Via the EM Algorithm”. *Journal of the Royal Statistical Society, Series B*, *39*, 1–38.
- Demura, S., & Sato, S. (2003). Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: A comparison between gender and age groups. *Journal of PHYSIOLOGICAL ANTHROPOLOGY and Applied Human Science*, *22*(3), 159-166. doi:10.2114/jpa.22.159
- Duarte, A., Joaquim, N., & Nunes, C. (2016). Dimensões da qualidade de vida e apoio social dos pacientes hospitalizados nas unidades de assistência à saúde do Algarve. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *32*(2), 1-10. doi:10.1590/0102-3772e322219
- Duarte, M. B., & Rego, M. A. (2007). Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cadernos de Saúde Pública*, *23*(3), 691-700. doi:10.1590/s0102-311x2007000300027
- Elousa, P. (2010). Subjective values of quality of life dimensions in elderly people. A SEM preference model approach. *Social Indicators Research*, *104*(3), 427-437. doi:10.1007/s11205-010-9752-y
- Esgalhado, M. G., Reis, M., Pereira, H., & Afonso, R. M. (2010). Influence of social support on the psychological well-being and mental health of older adults living in assisted-living residences. *International Journal of developmental and educational psychology*, *1*(1), 267-278.

- Faramarzi, M., Hosseini, S., Cumming, R., Kheirkhah, F., Parsaei, F., Ghasemi, N., & Bijani, A. (2015). A negative association between social support and depression in the elderly population of Amirkola City. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 8(8), 707-716. doi:10.9734/bjmmr/2015/15111
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHO-QOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183. doi:10.1590/s0034-89102000000200012
- Guadalupe, S. (2008). *A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico*(Unpublished doctoral dissertation). Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Heap, J., & Fors, S. (2015). Duration and accumulation of disadvantages in old age. *Social Indicators Research*, 123(2), 411-429. doi:10.1007/s11205-014-0744-1
- Huang, X., Yang, H., Wang, H., Qiu, Y., Lai, X., Zhou, Z., ... Lei, J. (2015). The association between physical activity, mental status, and social and family support with five major non-communicable chronic diseases among elderly people: A cross-sectional study of a rural population in southern China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(10), 13209-13223. doi:10.3390/ijerph121013209
- Janevic, M. R., Rosland, A., Wiitala, W., Connell, C. M., & Piette, J. D. (2012). Providing support to relatives and friends managing both chronic physical illness and depression: The views of a national sample of U.S. adults. *Patient Education and Counseling*, 89(1), 191-198. doi:10.1016/j.pec.2012.05.009
- Jose, P. E. (2013). *Doing statistical mediation and moderation*. New York: Guilford Publications, Inc.
- Kabátová, O., Uričková, A., & Botíková, A. (2014). Factors affecting the incidence of depression in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 5(3), 105-111. doi:10.15452/cejnm.2014.05.0004

- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *PharmacoEconomics*, *34*(7), 645-649. doi:10.1007/s40273-016-0389-9
- Knol, M. J., Twisk, J. W., Beekman, A. T., Heine, R. J., Snoek, F. J., & Pouwer, F. (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*, *49*(5), 837-845. doi:10.1007/s00125-006-0159-x
- Kumar, A., & Dixit, V. (2017). Altruism, happiness and health among elderly people. *Indian Journal of Gerontology*, *30*(4), 480-496.
- Kwan, P., Ali, A., & Deuri, S. P. (2015). Psychiatric morbidity, quality of life, and perceived social support among elderly population: a community-based study. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*, *7*(1), 31-35. doi:10.5958/2394-2061.2016.00007.0
- Lawton, M. P., Winter, L., Kleban, M. H., & Ruckdeschel, K. (1999). Affect and quality of life: objective and subjective. *Journal of Aging and Health*, *11*(2), 169-198.
- Lee, J. E., Kahana, B., & Kahana, E. (2016). Social support and cognitive functioning as resources for elderly persons with chronic arthritis pain. *Aging & Mental Health*, *20*(4), 370-379. doi:10.1080/13607863.2015.1013920
- Li, R., Wu, Y., & Tsang, H. (2018). Besides depression, number of physiological diseases is more important than physical function on mental health of elderly adults in Taiwan. *Community Mental Health Journal*, *54*(2), 204-210. doi:10.1007/s10597-017-0090-2
- Little R J A (1988) *Missing data in large surveys*. Journal of business and Economic Statistics *6*, 287-301.
- Luz, M., & Miguel, I. (2015). Apoio social e solidão: Reflexos na população idosa em contexto institucional e comunitário. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, *1*(2), 3-14.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5th ed.). Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Matos, A. P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento duma Escala de Apoio Social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, *21*(3), 243-253.

- McBride, C. M., Emmons, K. M., & Lipkus, I. M. (2003). Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Education Research, 18*(2), 156-170. doi:10.1093/her/18.2.156
- Moss, M. S., Lawton, M. P., & Glicksman, A. (1991). The role of pain in the last year of life of older persons. *Journal of Gerontology, 46*(2), 51-57. doi:10.1093/geronj/46.2.p51
- Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology & Community Health, 60*(4), 357-363. doi:10.1136/jech.2005.040071
- Niknam, F., Homayouni, A., & Mohammadi, A. K. (2016). Relationship among social support, quality of life and loneliness of the elderly. *International Journal of Advanced Biotechnology and Research, 7*, 1365-1373.
- Pallant, J. (2011). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using the SPSS program, 4th edition*. Crows Nest, N.S.W.: Allen & Unwin.
- Park, N. S., Jang, Y., Lee, B. S., Haley, W. E., & Chiriboga, D. A. (2013). The mediating role of loneliness in the relation between social engagement and depressive symptoms among older Korean Americans: Do men and women differ? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 68*(2), 193-201. doi:10.1093/geronb/gbs062
- Pereira, A., & Patrício, T. (2013). *SPSS - Guia prático de utilização: Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (8th ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais: A Complementariedade do SPSS* (5th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Population Reference Bureau. (2017). 2017 World population data sheet. Retrieved June 2017, from <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2017/08/WPDS-2017.pdf>

- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & WHOQOL-OLD Group. (2005). Development of the WHOQOL-Old Module. *Quality of Life Research*, 14(10), 2197-2214. doi:10.1007/s11136-005-7380-9
- Rubin, D. B. (1987). *Multiple imputation for nonresponse data in surveys*. New York: John Wiley & Sons, Inc
- Runcan, P. L., Hațegan, M., Bărbat, C., & Alexiu, M. T. (2010). The emergence of depression in the elderly. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 4966-4971. doi:10.1016/j.sbspro.2010.03.804
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 53-65. doi:10.1016/j.jad.2014.12.049
- Santos, S. R., Santos, I. B., Fernandes, M. D., & Henriques, M. E. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(6), 757-764. doi:10.1590/s0104-11692002000600002
- Shahboulaghi, M. F., Moghaddam, A. G., Khoshnou, H., Karbalae, Z., & Mohammadi, M. (2017). Mental health in the elderly and its predictive factors. *World Family Medicine Journal/Middle East Journal of Family Medicine*, 15(10), 313-320. doi:10.5742/mewfm.2017.93181
- Shaw, B. A. (2005). Anticipated support from neighbors and physical functioning during later life. *Research on Aging*, 27(5), 503-525. doi:10.1177/0164027505277884
- Shylaja, L. (2017). Morbidity prevalence and functional health limitations among elderly in Kerala. *Indian Journal of Gerontology*, 31(4), 456-479.
- Silva, A. R., Sgnaolin, V., Nogueira, E. L., Loureiro, F., Engroff, P., & Gomes, I. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e fatores socio-demográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66(1), 45-51. doi:10.1590/0047-2085000000149
- Simões, M. R. (1995). *Investigações no âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R)* [Investigations in the context of the national standardization of the Ra-

- ven Coloured Progressive Matrices test (RCPM)]. Tese de doutoramento em Psicologia (Avaliação Psicológica)/PhD thesis, Psychology/Psychological Assessment. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press.
- Sun, Y., Zhang, D., Yang, Y., Wu, M., Xie, H., Zhang, J., ... Su, Y. (2017). Social support moderates the effects of self-esteem and depression on quality of life among chinese rural elderly in nursing homes. *Archives of Psychiatric Nursing*, *31*(2), 197-204. doi:10.1016/j.apnu.2016.09.015
- Tahan, J., & Carvalho, A. C. (2010). Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde e Sociedade*, *19*(4), 878-888. doi:10.1590/s0104-12902010000400014
- Takizawa, T., Kondo, T., Sakihara, S., Ariizumi, M., Watanabe, N., & Oyama, H. (2006). Stress buffering effects of social support on depressive symptoms in middle age: Reciprocity and community mental health. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *60*(6), 652-661. doi:10.1111/j.1440-1819.2006.01579.x
- Theeke, L. A., Goins, R. T., Moore, J., & Campbell, H. (2012). Loneliness, depression, social support, and quality of life in older chronically ill appalachians. *The Journal of Psychology*, *146*(1-2), 155-171. doi:10.1080/00223980.2011.609571
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, *52*(2), 145-161. doi:10.1177/0022146510395592
- United Nations/UN. (2015). World population ageing. New York: Department of Economics and Social Affairs
- Vanderhorst, R. K., & McLaren, S. (2005). Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging & Mental Health*, *9*(6), 517-525. doi:10.1080/13607860500193062

- Vilar, M. P. (2015). *Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa* (Unpublished doctoral dissertation). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., Li, W., ... Lin, H. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7(8), e017173. doi:10.1136/bmjopen-2017-017173
- Wang, S., Li, B., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Chiu, H. F., Kou, C., ... Xiang, Y. (2016). Poor mental health status and its associations with demographic characteristics and chronic diseases in Chinese elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(10), 1449-1455. doi:10.1007/s00127-016-1271-y
- WHO. (2016). Noncommunicable diseases and their risk factors. Retrieved from <http://www.who.int/ncds/en/>
- Wicke, F. S., Güthlin, C., Mergenthal, K., Gensichen, J., Löffler, C., Bickel, H., ... Dahlhaus, A. (2014). Depressive mood mediates the influence of social support on health-related quality of life in elderly, multimorbid patients. *BMC Family Practice*, 15(1). doi:10.1186/1471-2296-15-62
- Wulsin, L. R., Vaillant, G. E., & Wells, V. E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine*, 61(1), 6-17. doi:10.1097/00006842-199901000-00003
- Xiang, X. (2016). History of major depression as a barrier to health behavior changes after a chronic disease diagnosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 85, 12-18. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.04.001
- Xiang, X., & An, R. (2015). Depression and onset of cardiovascular disease in the US middle-aged and older adults. *Aging & Mental Health*, 19(12), 1084-1092. doi:10.1080/13607863.2014.1003281
- Yesavage, J. A. & Sheikh, J. I. (1986). 9/Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173. doi:10.1300/j018v05n01_09