



EVA CRISTINA UCCELLA

**CONDIÇÕES DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES NA
COMUNIDADE E SUAS RELAÇÕES COM
DEPRESSÃO: DADOS DO FIBRA
(POLO UNICAMP).**

Campinas

2013



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

EVA CRISTINA UCCELLA

**CONDIÇÕES DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE E SUAS
RELAÇÕES COM DEPRESSÃO: DADOS DO FIBRA
(POLO UNICAMP).**

Orientadora: Profa. Dra. Samila Sathler Tavares Batistoni

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Mestra em Gerontologia.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA
DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA EVA CRISTINA
UCCELLA E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. SAMILA SATHLER
TAVARES BATISTONI.

Assinatura do(a) Orientador(a)

Campinas

2013

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Uc2c Uccella, Eva Cristina, 1987-
Condições de vida de idosos residentes na comunidade e suas relações com depressão : dados do FIBRA polo UNICAMP / Eva Cristina Uccella. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Samila Sathler Tavares Batistoni.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Condições de vida. 2. Depressão. 3. Idosos. 4. Fatores de risco. I. Batistoni, Samila Sathler Tavares. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Living conditions of elderly residents in the community and its relationship with depression : data FIBRA polo UNICAMP

Palavras-chave em inglês:

Quality of life, depression, elderly, risk factors

Depression

Elderly

Risk factors

Área de concentração: Gerontologia

Titulação: Mestra em Gerontologia

Banca examinadora:

Samila Sathler Tavares Batistoni [Orientador]

Samila Sathler Tavares Batistoni

Marisa Accioly Rodrigues Da Costa Domingues

Anita Liberalesso Neri

Data de defesa: 27-06-2013

Programa de Pós-Graduação: Gerontologia

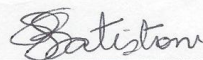
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

EVA CRISTINA UCCELLA

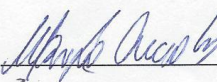
Orientador (a) PROF(A). DR(A). SAMILA SATHLER TAVARES BATISTONI

MEMBROS:

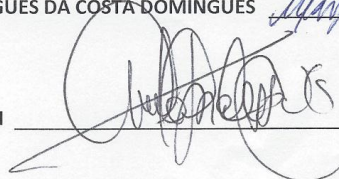
1. PROF(A). DR(A). SAMILA SATHLER TAVARES BATISTONI



2. PROF(A). DR(A). MARISA ACCIOLY RODRIGUES DA COSTA DOMINGUES



3. PROF(A). DR(A). ANITA LIBERALESSO NERI



Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 27 de junho de 2013

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Silvana M. M. Uccella e José Luiz Uccella.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Samila Sathler Tavares Batistoni, por compartilhar toda sua experiência e conhecimento, pela paciência, pela confiança e incentivo. Obrigada por ser uma pessoa humilde e acolhedora e por ter me apoiado no decorrer desta jornada.

À Profa. Dra. Maria Elena Guariento, pelas oportunidades oferecidas, pelo profissionalismo, pela sabedoria e conhecimentos compartilhados na construção do saber.

À Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri, exemplo de pesquisadora, pela disseminação de seus conhecimentos, pelas valiosas contribuições a este trabalho e à minha formação profissional na área da gerontologia.

Ao meu querido esposo, David Ferreira Rusca, eterno companheiro, amigo para todas as horas, muito obrigada por acreditar em mim, por me dar força e estar sempre ao meu lado. Sem você, a realização deste sonho não seria possível, pois como diz a música de Vanessa da Mata: “Ainda bem. Que você vive comigo. Porque senão. Como seria essa vida? Sei lá, sei lá”.

Aos meus pais, Silvana Maria Michetti Uccella e José Luiz Uccella, e à minha irmã, Vanessa Aparecida Uccella, pelo apoio, pela motivação e por serem exemplos de luta e persistência.

Aos meus avós maternos e paternos, Joana e Celso, Ana e João Antônio, por me instigarem a querer conhecer mais sobre o processo de envelhecimento.

À minha tia, Maria Aparecida, por me aconselhar e me incentivar a lutar pelos meus ideais.

A todos da família Zurk Ferreira e da família Rusca que sempre me apoiaram ao longo desta jornada, de modo especial a Vó Nely.

A todos os meus colegas da Pós Graduação e do Ambulatório de Geriatria do HC/UNICAMP. De modo especial agradeço à supervisora do Aprimoramento Profissional Ana Maria Arruda de Camargo e aos colegas Dra. Rosalia, Ana Beatriz, Ana Flávia, Juliana Martins, Laís, Luciana, Ligiane, Maria Clara e Veridiana, pelo companheirismo.

A Renata Machado, por todas as informações e pela paciência desde meu ingresso na Pós Graduação.

Ao pessoal de Araras, Luiz Antônio, Maria Elisa e Kiara, que por muitas vezes possibilitaram meu deslocamento de Araras-SP para Campinas-SP através das caronas.

A todos os idosos participantes do estudo FIBRA.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pelo apoio financeiro.

RESUMO	xvi
ABSTRACT	xviii
1-INTRODUÇÃO	20
1.1-Condições de vida: complementaridade dos indicadores objetivos e subjetivos	23
1.2-Suficiência de renda, expectativa de cuidado e satisfação ambiental: possíveis implicações para a presença de depressão na velhice	28
2-OBJETIVOS	35
3-MATERIAIS E MÉTODOS	37
3.1-Seleção dos sujeitos e coleta de dados	41
3.2-Amostra para o presente estudo	42
3.3-Variáveis e instrumentos	43
3.4-Análise dos dados	44
4-RESULTADOS	46
5-DISCUSSÃO	62
6-CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
8-ANEXOS	84

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVDs	Atividades de Vida Diária
BES	Bem-Estar Subjetivo
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
DP	Desvio Padrão
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ELSA	<i>English Longitudinal Study of Ageing</i>
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FIBRA	Fragilidade em Idosos Brasileiros
GDS-15	<i>Geriatric Depression Scale-15</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índices de Desenvolvimento Humano
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PA	Pará
PI	Piauí
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
RS	Rio Grande do Sul
SABE	Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SES	<i>Socioeconomic Status</i>
SLICA	<i>Survey of Living Conditions in the Artic</i>

SP	São Paulo
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USP-RP	Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto

Tabela 1. Distribuição percentual da amostra geral segundo cidade, gênero, idade, estado civil, arranjo domiciliar, escolaridade e renda pessoal (N=2546). Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.....	48
Tabela 2. Distribuição percentual de idosos conforme avaliação subjetiva de suficiência de renda, expectativa de cuidado, satisfação com os recursos do ambiente e sintomas depressivos (N=2546). Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.....	49
Tabela 3. Suficiência de renda e expectativa de cuidado conforme as variáveis sociodemográficas. Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.....	52
Tabela 4. Cruzamentos entre as variáveis sociodemográficas e de satisfação com o ambiente, com o acesso aos serviços de saúde e com os transportes. Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.....	53
Tabela 5. Sintomatologia depressiva segundo as variáveis sociodemográficas. Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.....	55
Tabela 6. Sintomatologia depressiva segundo as avaliações subjetivas de suficiência de renda, expectativa de cuidado, satisfação com o ambiente, com o acesso a serviços de saúde e com os transportes. Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.....	56
Tabela 7. Resultados da análise de regressão logística univariada para sintomas depressivos (n=2546). Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.....	57
Tabela 8. Resultados da análise de regressão logística multivariada para sintomas depressivos (n=2378). Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.....	58
Tabela 9. Cruzamentos entre os dados estimados pelo modelo da Regressão Logística Multivariada e os dados observados através da aplicação da GDS-15 na amostra. Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Dimensões descritivas e avaliativas do conceito de condições de vida.....	25
Quadro 2. Perfis de maior probabilidade de apresentação de sintomas depressivos para a amostra estudada.....	60
Quadro 3. Perfis de menor probabilidade de apresentação de sintomas depressivos para a amostra estudada.....	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Prevalência de depressão estimada pela GDS-15 nas cidades do FIBRA – Polo UNICAMP. Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009	50
--	----

Anexo 1. Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP para projeto do Estudo FIBRA - Pólo Unicamp. Idosos, 2008-2009.....	85
Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). FIBRA - Pólo Unicamp. Idosos, 2008-2009.....	86
Anexo 3. Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP para estudo: “Condições de vida econômica, social e ambiental e suas relações com depressão em idosos residentes na comunidade: Dados do FIBRA”, 2012-2013.....	87
Anexo 4. Autorização para utilização das variáveis de interesse da Rede FIBRA – Polo Unicamp.....	88
Anexo 5. Declaração de autorização para uso de arquivos, registros e similares. FIBRA Unicamp. Idosos, 2008-2009.....	90
Anexo 6. Variáveis Investigadas no Estudo FIBRA Unicamp. Idosos, 2008-2009.....	91
Anexo 7. Variáveis selecionadas para o presente estudo.....	93

RESUMO

O presente estudo buscou descrever as condições de vida objetivas e as avaliações subjetivas a respeito destas entre idosos residentes na comunidade e, complementarmente, identificar, entre essas variáveis, associações com presença de sintomas depressivos. Foram analisados dados de 2.546 idosos que compõem o banco eletrônico do Estudo Fibra (Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros) - Polo UNICAMP - coletados nas cidades de Campinas (SP), Belém (PA), Parnaíba (PI), Campina Grande (PB), Poços de Caldas (MG), Ermelino Matarazzo - Distrito de São Paulo (SP) e Ivotí (RS). Selecionaram-se do banco os dados relativos a variáveis de condições de vida objetiva (gênero, idade, escolaridade, renda, estado civil e arranjo domiciliar) e subjetivas (percepção de suficiência de renda, expectativa de cuidado, satisfação com o ambiente, com o acesso a serviços de saúde e com os transportes) e de depressão (GDS-15). A média de idade dos participantes foi de 72,3 anos (DP= 5,5) com 65,7% de mulheres, com renda média de 2,3 salários mínimos (DP= 3,1) e escolaridade de 4,4 anos de escolaridade (DP= 4). Metade da amostra considerou sua renda suficiente para suprir suas necessidades e 91,5% consideraram ter com quem contar caso venham a necessitar de ajuda. As porcentagens referentes a alta satisfação com o ambiente, com o acesso a serviços de saúde e com os transportes alcançaram respectivamente os valores de 51,5%, 52,4% e 55,4%. A prevalência de sintomas depressivos na população estudada (N= 2546) foi de 20,5%, com média de 3,5 pontos na escala GDS-15 (DP=2,7). Análises multivariadas, considerando condições de vida a partir de variáveis objetivas e subjetivas revelaram a atuação conjunta de baixa escolaridade, sexo feminino, idade de 75 a 79 anos, percepção de insuficiência de renda e pouca satisfação com o acesso a serviços de saúde e com o ambiente na predição de presença de depressão. Concluiu-se que aspectos objetivos e subjetivos de condições de vida específicos interagiram na predição de sintomas depressivos entre idosos brasileiros. Tais resultados ratificam as premissas gerontológicas de que condições de vida desvantajosas impedem a atuação dos recursos da cultura como fontes compensatórias e de ajustamento aos desafios da velhice trazendo impacto negativo sobre o bem-estar.

Palavras-chave: condições de vida; depressão; idosos; fatores de risco.

ABSTRACT

The study aims to describe the living conditions of objective and subjective evaluations regarding these among the elderly living in the community and, in addition, to identify among these variables, associations with depressive symptoms. We have analyzed data of 2546 elderly people who make up from electronic database of FIBRA Study (Frailty of Brazilian Elderly Study) - Polo UNICAMP - collected in Campinas (SP), Belém (PA), Parnaíba (PI), Campina Grande (PB), Poços de Caldas (MG), Ermelino Matarazzo - District of São Paulo (SP) and Ivoti (RS). It was selected database on variables of objective living conditions (gender, age, education, income, marital status and living arrangement) and subjective (perceived sufficiency of income, care expectation, satisfaction with the environment, with the access to health services and with transportation) and depression (GDS-15). The mean age of the participants was 72.3 years (SD = 5.5) with 65.7% of women, with an average income of 2.3 minimum wages (SD = 3.1) and 4.4 years of schooling (SD = 4). Half of the sample considered it income sufficient to meet their needs and 91.5% considered having anyone to support them in the case that they could need any help. The percentages related to high satisfaction with the environment, with access to health services and transportation reached respectively the values of 51.5%, 52.4% and 55.4%. The prevalence of depressive symptoms in the study population (N = 2546) was 20.5%, averaging 3.5 points on the scale GDS-15 (SD = 2.7). Multivariate analyzes considering the living conditions from objective and subjective variables showed the joint action of low education, female, aged from 75 to 79 years, perception of insufficient income and low satisfaction with access to health services and environment, the prediction of depression. We concluded that objective and subjective aspects of specific living conditions interacted in predicting depressive symptoms among elderly Brazilians. These results confirm the assumptions that gerontological disadvantageous living conditions prevent the performance of the sources of culture as compensatory resources and adjustment to the challenges of old age bringing negative impact on well-being.

Keywords: quality of life, depression, elderly; risk factors.

1-INTRODUÇÃO

Indicadores de bem-estar na velhice, tais como ausência de depressão, são considerados produtos da atuação de processos adaptativos bem-sucedidos frente aos desafios do envelhecimento. A literatura gerontológica tem demonstrado que envelhecimento não é sinônimo de depressão, uma vez que neste período da vida os indivíduos ainda mantêm resguardado o potencial de serem agentes de seu desenvolvimento, lançando mão de recursos compensatórios, selecionando metas e otimizando domínios de funcionamento¹.

Entretanto, é preciso compreender o potencial adaptativo na velhice enquanto um fenômeno que sofre a influência de variáveis contextuais. Conforme as teorias sócio-cognitivas em psicologia, a preservação do senso de agência humana relaciona-se com fatores e aspectos sociais, ambientais, pessoais e comportamentais². Assim, em face às perdas normativas e não-normativas advindas do avanço da idade, ganham relevância os recursos da cultura na compensação e no auxílio que oferecem aos indivíduos, no processo de otimização do funcionamento na velhice^{1,2}.

Uma das formas de contextualizar o envelhecimento humano e identificar recursos adaptativos se dá por meio da análise da disponibilidade, das expectativas e da satisfação com as condições de vida materiais e não materiais nas quais os indivíduos estão inseridos. Disponibilidade, expectativas e satisfação são indicadores de natureza subjetiva, uma vez que envolvem a percepção e a avaliação individual dos recursos. Contextos de envelhecimento no qual se identificam indicadores positivos de recursos financeiros, ambientais, sociais e de saúde relacionam-se com maior senso de autonomia e independência, potencializam a agência humana e o senso de controle, fornecem opções de estratégias de enfrentamento de eventos de vida estressantes e otimizam os ganhos em pragmática existencial, expressos em sabedoria^{3,4}.

A indisponibilidade de recursos, a insatisfação com os mesmos e condições de vida precárias relacionam-se com trajetórias de envelhecimento com maiores desafios adaptativos, que limitam a plasticidade comportamental frente às mudanças e repercutem negativamente sobre o senso de bem-estar na velhice.

Nesse contexto de indisponibilidade de recursos, autodescrições e autoavaliações do ajustamento à velhice podem envolver afastamento social, distanciamento afetivo, insatisfação generalizada, desinteresse pela vida, escassez de metas e de envolvimento com atividades, dores, cansaço e mal-estar generalizado que, em conjunto ou separadamente caracterizam a presença de sintomas depressivos⁵. A presença de sintomas depressivos na velhice associa-se com prejuízos ao processo de envelhecimento, uma vez que predispõe os indivíduos idosos a experiências negativas no âmbito emocional, social e físico. O aumento da vulnerabilidade à depressão e a diminuição da resiliência física na velhice guardam relação próxima com doenças, incapacidade física, isolamento social, eventos estressantes e diminuição no senso de bem-estar⁶.

Caracterizar as condições de vida para além dos critérios objetivos de natureza socioeconômica, incluindo a percepção dos idosos a respeito do seu contexto de envelhecimento, constitui-se em uma forma de identificar recursos adaptativos potenciais e suas implicações sobre o bem-estar. A literatura gerontológica internacional tem se utilizado dos indicadores de condições de vida percebida e apontado influências específicas sobre a saúde, e nível de independência, o risco de quedas, a satisfação com a vida e a presença de sintomas depressivos^{7,8,9,10}.

No contexto brasileiro, os estudos disponíveis em bancos de dados de pesquisa nacional, em geral, utilizam-se apenas de indicadores objetivos tais como nível de renda, escolaridade, estado civil, arranjos domiciliares, saúde e moradia, para caracterizar as condições de vida de idosos^{11,12,13}. Pouco se investe em ampliar o conceito de condições de vida de forma a incluir percepções dos idosos e a interação dos critérios objetivos e subjetivos na predição de depressão na velhice. Ao identificar essa carência, o presente projeto inclui indicadores de natureza subjetiva, tais como de percepção de suficiência de recursos financeiros, expectativas em relação ao suporte social disponível e satisfação com o ambiente em que os idosos vivem, para assim, investigar as relações entre esses indicadores e a manifestação de sintomas depressivos em idosos comunitários.

1.1 Condições de vida: complementariedade dos indicadores objetivos e subjetivos.

O termo “condições de vida” tem sido classicamente utilizado na literatura sociológica e econômica para designar condições de bem-estar material de um indivíduo ou população ou mesmo como sinônimo dos termos “padrão de vida”, “nível de vida” ou “índice de riqueza”. Restrito a essa definição, o termo é baseado nas premissas de satisfação de necessidades e demandas básicas ou de posse e usufruto de recursos, bens e serviços. Grande parte da pesquisa utiliza o termo dentro da abordagem de indicadores sociais privilegiando critérios estruturais da sociedade tais como renda, nível de saneamento básico, número de bens duráveis e anos de escolaridade, entre outros^{14,15}.

Embora as condições de vida sejam primariamente determinadas por recursos econômicos objetivos, pesquisadores das áreas de ciências sociais, política social, economia e psicologia reconhecem que fatores culturais, regionais, eventos de vida, educação e fatores subjetivos individuais influenciam as concepções a respeito do que seja satisfação de necessidades ou posse de recursos para alcançar metas de vida. Há também maior compreensão de que necessidades e demandas mudam no curso do tempo, ou seja, que há grandes diferenças individuais e populacionais na avaliação subjetiva das condições objetivas de vida, revelando heterogeneidade no que venha a ser condições de vida satisfatórias¹⁶.

O reconhecimento das avaliações subjetivas das condições de vida suscita o clássico debate na pesquisa de indicadores sociais entre as abordagens objetivas *versus* subjetivas. A abordagem objetiva tem raízes na tradição das estatísticas sociais do final do século XIX. A abordagem subjetiva acompanhou o fluxo de questões psicológicas que começaram a fazer parte da pesquisa de indicadores econômicos na década de 1960, ao monitorar aspectos como “confiança do consumidor” e “pobreza subjetiva”¹⁶. A abordagem objetiva se restringe mais a dados materiais, concretos, não informando sobre preferências e

necessidades, enquanto que a abordagem subjetiva utiliza-se primariamente de questões mentais, ou seja, auto relato, satisfação e percepção^{16,17}.

Existem vantagens e desvantagens em se utilizar uma ou outra abordagem. Os defensores dos indicadores objetivos afirmam que estes denotam o estado real dos problemas de natureza socioeconômica, facilitando as tentativas para sua resolução, ao passo que os fenômenos comportamentais característicos das avaliações subjetivas são instáveis ao longo do tempo. Por outro lado, há os que afirmam que embora sejam úteis para avaliar situações-problema, eles são insuficientes para analisar aspectos da vida como um todo, gerando validade e confiabilidade limitadas, homogeneizando as informações e não fazendo distinção no âmbito das necessidades^{16,17}.

As medidas subjetivas têm se mostrado relevantes dentro das pesquisas por não se limitarem a uma avaliação restrita dos dados coletados e por abrangerem o âmbito das percepções, aspirações, avaliações e satisfação dos indivíduos. Vão além do aparente e desmistificam conceitos cristalizados ao atribuir valores aos itens objetivos e revelar prioridades. As críticas mais comuns à utilização dos indicadores subjetivos são: podem ser facilmente distorcidos, e são instáveis e incomparáveis entre as pessoas^{16,17}.

Diante dos pontos fortes e dos pontos fracos de cada abordagem, Veenhoven¹⁶, considera necessário utilizar de maneira complementar, os dois indicadores (objetivos e subjetivos) na caracterização de condições de vida, o que possibilita atingir uma visão ampliada e completa do todo.

Baseando-se nessa perspectiva de complementaridade, Andersen e Poppel¹⁸ propõem um modelo para pesquisas sobre condições de vida que não se limita à identificação de índices objetivos, mas que, unido a aspectos descritivos materiais e não-materiais, inclui a avaliação subjetiva dessas condições. O modelo critica as pesquisas que assumem erroneamente a existência de homogeneidade e de consenso sobre as condições sociais e econômicas, desconsiderando a influência da avaliação subjetiva dos indivíduos sobre suas formas de vida, que são prioridades sobre o impacto das condições estruturais sobre o bem-estar

individual. Nesse modelo, as prioridades são definidas como: “*posse individual de recursos sob a forma de dinheiro, bens, serviços, energia física e mental, relações sociais, segurança física, por meio dos quais as pessoas possam controlar e conscientemente dirigir suas condições de vida, na medida em que cenários apropriados estiverem disponíveis*”¹⁸.

Esquemáticamente, Andersen e Poppel¹⁸ propõem que as medidas de condições de vida devem ser tomadas seguindo uma configuração que envolva bem-estar material e não-material por meio de indicadores descritivos e avaliativos, como proposto no Quadro 1. Em suma, condições de vida referem-se a recursos individuais e ao acesso que esses recursos dão a áreas e domínios relevantes da sua vida.

Quadro 1. Dimensões descritivas e avaliativas do conceito de condições de vida.

	<i>Bem-estar: dimensão descritiva</i>	<i>Bem-estar: dimensão avaliativa</i>
<i>Bem-estar material</i>	Medidas descritivas de recursos materiais	Medidas avaliativas de recursos materiais
<i>Bem-estar não-material</i>	Medidas descritivas de recursos não-materiais	Medidas avaliativas de recursos não-materiais

Fonte: (The Concepts of Living Conditions and Well-being (SLICA) Andersen, 2001, pp. 202).

Em seus trabalhos datados desde o início da década 1980, Powell Lawton¹⁹, destacado pesquisador em Gerontologia, já enfatizava a necessidade da consideração conjunta dos indicadores objetivos e subjetivos das condições de vida no seu conceito de qualidade de vida na velhice. Este conceito foi definido como a avaliação multidimensional feita pelo indivíduo idoso, vinculada a critérios socionormativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre ele e o seu ambiente. Quatro dimensões foram destacadas por Lawton¹⁹: a competência comportamental, que representa a avaliação da sua saúde e capacidade funcional; as condições ambientais, referindo antes ao

contexto ecológico e ao construído pelo homem; qualidade de vida percebida, relativa à avaliação que cada pessoa faz sobre seu funcionamento no âmbito das competências comportamentais; e bem-estar subjetivo, que reflete a avaliação pessoal e privada sobre o conjunto e a dinâmica entre os três domínios precedentes. Lawton^{20,21} considerava relevante a influência das questões sociais, ambientais, econômicas e culturais na vida dos indivíduos, uma vez que estas interferem positivamente ou negativamente no modo de enfrentar os desafios advindos do processo de envelhecimento.

Em revisão da literatura gerontológica, Neri²² apontou o grande poder preditivo das variáveis subjetivas/avaliativas das condições de vida para explicar o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida na velhice. A autora argumentou que as variáveis subjetivas podem explicar o bom funcionamento dos idosos mesmo em contextos difíceis, envolvidos pela pobreza, presença de doenças e eventos estressantes. As condições subjetivas podem responder pela manutenção da resiliência psicológica dos idosos, mesmo quando a resiliência biológica está comprometida, de modo que a subjetividade é a chave da explicação do paradoxo de sentir-se e dizer-se bem na velhice, mesmo na presença de perdas e riscos inerentes ao envelhecimento.

No Brasil, as pesquisas no campo da Gerontologia têm mais frequentemente se utilizado de indicadores objetivos de condições de vida para compreender as relações destas com medidas de bem-estar e qualidade de vida na velhice. Estudos populacionais, tais como o Estudo “Saúde e Envelhecimento” realizado em Bambuí (MG); o projeto “Saúde, Bem-estar e Envelhecimento” (SABE) no município de São Paulo e o estudo “Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade”, descrevem relações interessantes entre condições socioeconômicas e depressão¹³, diferenças de coorte, gênero, condições socioeconômicas e estado de saúde¹¹, dados sociodemográficos sobre saúde e inserção social, qualidade de vida percebida, atitudes em relação à velhice e à juventude²³.

Entretanto, pouco se discute ou se tem compreensão da influência do nível avaliativo/subjetivo das condições de vida sobre o bem-estar, especialmente sobre a presença de sintomas depressivos entre idosos, necessitando de uma investigação mais aprofundada sobre o impacto ou poder preditivo dessas variáveis. A Gerontologia e o campo das políticas públicas poderiam beneficiar-se desse conhecimento.

Operacionalmente, condições de vida podem ser identificadas por meio de múltiplos domínios e indicadores. Domínios relativos às condições econômicas, sociais e ambientais estão presentes na pesquisa gerontológica, uma vez que designam meios ou recursos importantes na compensação de déficits ou declínios do envelhecimento e otimização do potencial adaptativo e das capacidades de reserva individual²⁴. Contudo, conforme destacado anteriormente, os indicadores utilizados para investigar essas dimensões têm sido de natureza mais descritiva que objetiva^{14,15}.

Nesse sentido, a presente pesquisa destaca alguns indicadores avaliativos de condições econômicas, sociais e ambientais de vida que na literatura internacional têm revelado relações com bem-estar subjetivo de idosos, especialmente com presença de depressão. Retomando as considerações de Veenhoven¹⁶ e de Andersen e Poppel¹⁸ sobre a complementaridade dos indicadores objetivos e subjetivos das condições de vida, este projeto assume uma perspectiva ampliada do conceito de condições de vida e busca verificar como estas se relacionam e predizem a presença de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade.

1.2 Suficiência de renda, expectativa de cuidado e satisfação ambiental: possíveis implicações para a presença de depressão na velhice.

A presença de sintomas depressivos é tomada no contexto dessa pesquisa como uma vivência afetiva negativa indicadora de alterações no bem-estar. Embora ainda não completamente compreendida, as hipóteses sobre a etiologia da depressão que acomete indivíduos idosos inclui entre fatores precipitantes, indicadores negativos de condições de vida^{25, 26, 27}.

Meta-análises sobre determinantes sociais da saúde mental apontam que os fatores externos relacionados ao ambiente no qual se vive e as variáveis sócio-estruturais, como gênero feminino, baixos índices de renda e de escolaridade, são fortes preditores de sintomas depressivos em idosos²⁷. No Brasil, em consonância com estudos internacionais, os resultados de pesquisas mostram que os fatores associados aos transtornos depressivos encontrados com maior frequência são: sexo feminino, baixas renda e baixa escolaridade, idade de início da depressão entre 20 e 40 anos, pessoas divorciadas/separadas, viúvas ou que moram sozinhas, falta de suporte social, residentes em zona urbana e estresse crônico²⁸.

O estudo “Saúde e Envelhecimento”, realizado em Bambuí (MG), apontou relações com variáveis objetivas, mostrando que a prevalência de sintomas depressivos foi maior nos indivíduos de menor renda quando comparados com os de melhor renda. Deste modo, o referido estudo fornece evidências de que a prevalência de sintomas depressivos está associada a condições socioeconômicas, mesmo em uma população com pequenas diferenças de renda¹³.

Segundo Lorant et al.²⁷, depressão é o transtorno psiquiátrico que apresenta as relações mais controversas com variáveis socioeconômicas. Grande parte das evidências tendem a mostrar que os indivíduos de maior status socioeconômico possuem menores índices de depressão. As hipóteses explicativas para essa relação advém do paradigma do estresse (“*stress*”), ao

defender que indivíduos de maior status socioeconômico possuem mais recursos pessoais que podem ser acionados frente a situações estressantes de vida que poderiam precipitar depressão, tais como: estilos de enfrentamento mais adaptativos, autoestima, senso de controle que amortecem o impacto de situações estressantes sobre a depressão²⁹.

Contudo, é possível que, especialmente na velhice, os controversos achados dos estudos na área possam ser explicados pelo paradigma de tensões sociais (“*strain*”) que defende haver uma interação dos recursos pessoais com características comunitárias ou contextuais, como: valores, bem estar social, coesão social, infraestrutura e políticas de saúde pública, ressaltando, então, a atuação conjunta de variáveis objetivas e subjetivas³⁰.

Em âmbito internacional, os gerontologistas avançam na consideração ampliada de condições de vida ao revelar relações entre a percepção subjetiva destas e alterações no bem-estar. Blazer et al.^{24,31} evidenciaram que as necessidades básicas não atendidas, como não ter recursos econômicos suficientes para emergências, condições habitacionais precárias, alto grau de periculosidade no local onde se vive, assim como a raça, renda e educação, são fortes preditores de mortalidade, declínio funcional e presença de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade.

Em estudo realizado em 2008 por Deforge et al.³² buscou-se analisar a relação entre recursos pessoais, eventos de vida adversos, como falta de moradia e depressão em pessoas com idade entre 18 (dezoito) e 80 (oitenta) anos. A análise de regressão múltipla hierárquica revelou que os participantes com níveis mais elevados de sintomas depressivos eram as pessoas mais velhas, que tiveram um histórico de falta de moradia antes dos 21 anos de idade, que apresentavam mais problemas de saúde, com histórico de doença mental e baixa autoestima.

Lai e Tong³³ encontraram, entre 891 idosos chineses, que ter pior estado de saúde física, apoio financeiro inadequado, não ter confidente, e não ter

alguém para prestar cuidados em casos de necessidades, predizem mais sintomas depressivos.

Nesse sentido, destacam-se, para investigação, as possíveis influências de alguns indicadores avaliativos de condições de vida econômica, social e ambiental, sobre a presença de depressão em idosos brasileiros.

Inicialmente destaca-se, do domínio econômico, o indicador avaliativo “suficiência de renda”. Na literatura, esse indicador é similar ao contido em outros termos, tais como: adequação econômica, satisfação econômica, adequação de renda percebida, que, em resumo, dizem respeito à avaliação que os indivíduos fazem sobre a capacidade de seus recursos financeiros suprirem as próprias necessidades^{34,35,36}.

Conforme Howard e Eliyahu³⁵, suficiência de renda é um indicador do bem-estar econômico em qualquer idade. Entretanto, na velhice, a avaliação da suficiência de renda pode ganhar uma aparência paradoxal, na medida em que os idosos tendem a afirmar que seus rendimentos estão de acordo com suas necessidades. Tal avaliação parece superestimar sua capacidade financeira, pois este é um período da vida em que os rendimentos econômicos tendem a diminuir devido ao aumento nas despesas com saúde e a redução nos ganhos mensais com o advento da aposentadoria.

A literatura internacional é consistente com a consideração de satisfação com a renda feita pelos idosos. Evidências do estudo de Howard e Eliyahu³⁵, por exemplo, demonstraram que as pessoas mais idosas, (acima de 80 anos), relataram menor dificuldade financeira quando comparados com adultos de 50 anos de idade.

No Brasil, o estudo de Bento³⁶ demonstrou que independente da renda, existem fatores sociais que estão associados para uma melhor percepção de suficiência de renda, como: ter trabalhado predominantemente em atividades não físicas, ter iniciado atividade laboral com 14 anos ou mais, possuir seguro/plano de saúde privado, ter duas ou mais fontes de renda, não ter passado por privação alimentar em seus primeiros 15 anos de vida, ter 70 anos ou mais, ter boa saúde e

ser independente quanto à realização de atividades da vida diária. Segundo o autor, três hipóteses explicariam esse aparente paradoxo relacionado ao aumento da percepção de renda com o aumento da idade: primeiro, as despesas dos idosos seriam menores em relação às despesas das pessoas mais jovens, por isso seriam satisfeitas com menores recursos financeiros; segundo, as despesas dos idosos são reduzidas pela isenção em determinados impostos e, em alguns casos, pela conquista da casa própria; terceiro, os idosos compensariam a diminuição de sua renda na velhice ao acumularem riquezas durante sua trajetória de vida.

Outra possível explicação é de natureza psicológica, dada pelo ajustamento do padrão de vida para baixo, ou seja, na reavaliação das necessidades, expectativas e metas na velhice. Na medida em que este ajustamento ocorre de forma bem sucedida, os idosos tendem a avaliar de maneira positiva a adequação da renda para os novos padrões³⁴. Entretanto, as condições de saúde percebida podem interferir na associação entre suficiência de renda e aumento da idade. No estudo realizado por Stoller e Stoller³⁴ encontrou-se que os idosos com melhor saúde avaliaram seus rendimentos de maneira adequada quando comparados com os idosos que possuíam o mesmo nível de renda, porém apresentavam um pior estado de saúde.

Deste modo, percebe-se a importância de uma concepção multidimensional do domínio econômico tal como representado por “suficiência de renda percebida” podendo ser utilizado no âmbito das práticas e pesquisas gerontológicas para obter informações significativas. Uma vez que percepção de suficiência de renda relaciona-se com processos adaptativos na velhice, é possível que este indicador seja preditor de presença de depressão. Bento³⁶, por exemplo, encontrou em idosos brasileiros, uma tendência estatística significativa de que os que avaliavam sua renda como insuficiente apresentavam maior depressão.

No domínio social, a presente pesquisa destaca para investigação uma variável que remete ao âmbito do suporte social percebido pelos indivíduos

idosos, especificamente, do domínio instrumental desse suporte. Trata-se das expectativas de cuidado que idosos possuem, ou seja, o suporte disponível caso necessitem de auxílio em suas atividades de vida diária.

Entre os idosos, o suporte social se torna um instrumento relevante no enfrentamento das múltiplas transformações advindas com o processo de envelhecimento, uma vez que neste período da vida os indivíduos vivenciam mudanças nos papéis sociais com ganhos e perdas e constatações mudanças nas características biológicas e psicológicas, entre outras. Sendo assim, o suporte social é considerado um dos fatores responsáveis pela proteção e promoção da saúde, bem como pelo bem-estar físico e psicológico dos idosos³⁷. A literatura aponta a estreita relação entre suporte social e saúde mostrando o aumento na incidência de doenças como hipertensão arterial e depressão associado ao rompimento dos vínculos sociais³⁸. Portanto, a percepção de suporte social instrumental, ou seja, o sentimento e a segurança em ter com quem contar caso venha a adoecer ou necessitar de auxílio para a realização de atividades de vida diária relaciona-se com o bem-estar dos idosos, cabendo investigar o quanto prediz a presença de sintomas depressivos.

No estudo realizado por Sicotte et al.³⁹ observou-se que homens e mulheres com laços sociais preservados foram associadas a uma menor prevalência de sintomas depressivos, independentemente da presença de fatores de estresse. As mulheres que eram ou tinham sido casadas, que viviam com a família extensa e gostavam da presença de parentes e de crianças relataram baixa prevalência de sintomas depressivos. Os homens tinham menos probabilidade de relatar sintomas depressivos se estivessem casados, e não vivendo sozinhos.

Em geral, a função de cuidar tem como atores sociais principais os familiares, centrando-se de maneira mais específica na figura da mulher, esposa ou filha. Contudo, o senso de apoio, cuidado e suporte podem e devem advir de indivíduos como vizinhos, agentes de saúde ou pela proximidade do idoso a serviços e equipamentos comunitários como unidades de saúde, igrejas ou

centros de convivência, uma vez que a responsabilidade de cuidar dos idosos não deve ficar apenas no âmbito familiar, mas deve abranger toda a sociedade, em especial a esfera governamental. Tal premissa já foi defendida por Lawton¹⁹, a qual também tem sido endossada por pesquisadores do campo da Gerontologia ambiental⁴⁰. Tais estudiosos defendem a construção de ambientes amigáveis para os idosos com a oferta de recursos físicos e psicossociais de natureza compensatória a fim de favorecer a saúde física, a funcionalidade e o bem-estar psicológico de idosos fragilizados, incapacitados e dependentes, remetendo à necessidade de avaliar o domínio ambiental das condições de vida dos idosos^{19,20,21}.

Assim, a presente pesquisa destaca, no domínio ambiental, a satisfação relatada com o contexto no qual se vive, e que se constitui em um indicador da qualidade das trocas entre o indivíduo e o meio, especificamente, o nível de satisfação com o ambiente em que reside, com os meios de transporte de que dispõe, com a segurança e com o acesso a serviços de saúde.

A investigação a respeito da avaliação da disponibilidade de infraestrutura comunitária básica e serviços públicos são citados como relevantes para se conhecer as condições de vida dos idosos, uma vez que o conceito de condições de vida envolve os recursos materiais e não-materiais disponíveis, ou seja, considera não apenas a satisfação das necessidades básicas, mas também a identidade psicológica estabelecida com o local onde se vive^{10,31}. Além disso, a disponibilidade de recursos comunitários e a interação destes com a demais políticas sociais públicas são indispensáveis para a garantia de direitos sociais da pessoa idosa, mantendo-a no seu local de moradia e na comunidade à qual pertence, sendo considerados também fatores fundamentais para a não institucionalização dos idosos, como refletido no conceito gerontológico “*Aging in Place*”⁴¹. O referido conceito reafirma os benefícios de envelhecer no mesmo local onde sempre se esteve durante a vida, perto de amigos, familiares e vizinhos, lugar no qual o indivíduo receberá todos os cuidados de que necessita; assim, as

peças não terão que se deslocar em busca de cuidados, mas, ao contrário, os serviços dos quais necessitam estarão disponíveis próximos à residência.

Envelhecer em ambiente próprio e adequado às necessidades contribui para prevenir eventos de vida negativos, estimulando a autoestima, a autonomia e a independência. É o que mostra o estudo realizado por Stafford et al.⁴², no qual analisaram a relação entre aspectos do ambiente social onde se vive e a qualidade das relações sociais para prever sintomas depressivos, em 7.500 pessoas com idade de 50 anos ou mais, participantes do estudo “English Longitudinal Study of Ageing” (ELSA). Foi constatado que os indivíduos que apresentavam menor número de aspectos negativos nas amizades, maior sentimento de controle pessoal e relatavam maior coesão social no bairro onde residiam, apresentaram menor presença de sintomas depressivos.

Contudo, o cuidado comunitário ainda é um desafio a ser enfrentado no Brasil, uma vez que a construção de ambientes comunitários para os idosos já está prevista nas legislações, como a Política Nacional do Idoso⁴³ e o Estatuto do Idoso⁴⁴, mas na prática ainda não foram efetivados. Considera-se, ainda, a importância do acesso aos serviços de saúde, uma vez que estes possuem a capacidade de diminuir vulnerabilidades, exposição aos fatores de risco à saúde de indivíduos e grupos, bem como as consequências da exposição a esses fatores de risco. O acesso equitativo aos serviços de saúde é responsável por diminuir as desigualdades em saúde⁴⁵.

Face ao exposto, faz-se necessário entender a relevância das condições de vida econômica, social e ambiental na velhice, uma vez que estas são fatores fundamentais para o bem-estar físico e psicológico dos idosos, assim como para garantir um envelhecimento bem-sucedido, livre de doenças e de incapacidades.

2-OBJETIVOS

Descrever as condições de vida objetivas segundo critérios de gênero, idade, escolaridade, renda, estado civil e arranjo domiciliar e as avaliações subjetivas a respeito destas manifestas por percepções acerca de seus recursos financeiros, de expectativa de cuidado, satisfação com o ambiente, transportes e acesso a serviços de saúde de idosos residentes na comunidade. Buscou também identificar a prevalência de sintomatologia depressiva significativa em idosos comunitários e especificar, entre as variáveis indicativas de condições de vida, possíveis preditores de depressão.

3- MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa se caracterizou por ser um estudo observacional, analítico, de corte transversal, que buscou descrever a percepção dos idosos residentes na comunidade acerca da suficiência de seus recursos financeiros, de expectativa de cuidado, de satisfação com seus recursos ambientais, transportes e acesso a serviços de saúde e por identificar relações com presença ou ausência de sintomas depressivos.

O estudo foi realizado a partir de dados obtidos do banco eletrônico da rede FIBRA⁴⁶ (Rede de Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros), que é uma rede integrada por pesquisadores de universidades brasileiras que se uniram para estudar o fenômeno da fragilidade em idosos.

A rede FIBRA teve o apoio do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e compreende quatro polos: Universidade Estadual de Campinas – Unicamp; Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto – USP-RP; Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, e Universidade Estadual do Rio de Janeiro- UERJ. Cada polo congrega pesquisadores afiliados a várias universidades que se fizeram parceiras na condução do projeto. A rede FIBRA compartilhou objetivos, justificativas, definição de fragilidade e definição de um conjunto de variáveis a serem investigadas. Além disso, cada polo teve liberdade de planejar estudos adicionais com objetivos, definições, justificativas e delineamentos específicos.

A rede FIBRA adotou a definição de fragilidade que Linda P. Fried et al.⁴⁷ operacionalizaram a partir de dois estudos populacionais prospectivos, o *Cardiovascular Health Study* e o *Women's Health and Aging Studies*.

No delineamento do estudo da rede FIBRA foi estabelecido que um conjunto de variáveis fosse investigado em todas as localidades dos quatro polos, para que se cumprissem os objetivos principais da rede. As variáveis estudadas nos quatro polos foram as seguintes: sociodemográficas; status cognitivo; pressão arterial aferida; medidas antropométricas; medidas de fragilidade; doenças crônicas, problemas de saúde e hábitos de vida autorrelatados; auto-avaliação de saúde; acesso a serviços médicos e odontológicos; condições funcionais da alimentação; capacidade funcional; expectativa de cuidado; sintomas depressivos; satisfação global com a vida e referenciada a domínios.

De um modo geral, os propósitos da Rede FIBRA foram: estabelecer a prevalência, identificar fatores de risco e derivar perfis de fragilidade, considerando-se as variáveis sociodemográficas de saúde, cognição, capacidade funcional e psicológica, em idosos residentes em cidades e regiões brasileiras caracterizadas por diferentes Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), bem como derivar indicadores de validade de medidas diagnósticas de fragilidade para uso na atenção primária em saúde na velhice.

O presente trabalho utilizou os dados referentes ao polo UNICAMP, que compreende sete localidades: Campinas (SP); Belém (PA); Parnaíba (PI); Campina Grande (PB); Poços de Caldas (MG); Ermelino Matarazzo, Distrito de São Paulo (SP), e Ivotí (RS). Por isso, após uma breve explanação sobre a rede FIBRA, enquanto estudo de caráter multicêntrico, multidisciplinar e populacional sobre prevalência de fragilidade e variáveis associadas, em idosos brasileiros de 65 anos ou mais. Nesse momento, será descrito a metodologia desse estudo da forma como foi desenvolvido pelo polo Unicamp.

Os projetos específicos do FIBRA – polo Unicamp, partem dos seguintes pressupostos apoiados na perspectiva *life-span* em Psicologia^{48,49}:

1) O caráter multifatorial da fragilidade inclui manifestações e outros determinantes, além dos de natureza biológica. Ou seja, na velhice, a diminuição da resiliência biológica e a redução da plasticidade comportamental compatíveis com fragilidade acarretam aumento dos riscos de perdas em saúde e em funcionalidade física, mas também em funcionamento intelectual, atividade, motivação, exercício de papéis, relações sociais e bem-estar subjetivo.

2) Essas perdas podem ser agravadas por vulnerabilidade social, pela ocorrência de eventos estressantes e por demandas intrapsíquicas típicas da velhice e são afetadas de forma acumulativa pelas oportunidades sociais que os idosos tiveram ao longo da vida, as quais beneficiaram ou restringiram o seu desenvolvimento.

3) Homens e mulheres idosos pertencentes a várias coortes etárias, com diferentes histórias pessoais, características de saúde, personalidade,

inteligência, atitudes, valores e informações, chegam à velhice com diferentes potenciais de adaptação; existem numerosas possibilidades de combinações entre essas condições.

4) Embora a vulnerabilidade biológica tenda a aumentar com o envelhecimento, a velhice resguarda o potencial dos indivíduos para enfrentar, interpretar e assimilar as experiências negativas. Como consequência, mesmo na presença de perdas biológicas e de vulnerabilidade social, é possível aos idosos manter a funcionalidade e o bem-estar psicológico, desde que haja compatibilidade entre os recursos físicos, psicológicos, sociais e comportamentais e entre as exigências que lhes são feitas.

Nos estudos do FIBRA, polo Unicamp, os recursos sociais são representados pelos arranjos domiciliares, pelo suporte social informal percebido e pelos serviços de saúde disponíveis. Os recursos psicológicos serão representados por estratégias de enfrentamento, por autocrenças (sobre memória, sobre a própria saúde e sobre a capacidade física para não cair e para enfrentar eventos estressantes); por níveis de satisfação e de ajustamento pessoal; por afetos positivos e negativos; por atitudes em relação à velhice, e pelos conceitos dos idosos sobre velhice saudável e feliz.

Deste modo, o polo Unicamp elegeu variáveis específicas que foram investigadas por seus parceiros: medidas cognitivas: nomeação, memória incidental, memória imediata e aprendizado; fluência verbal (categoria animais); desenho do relógio e auto-avaliação de memória (Ermelino Matarazzo); autorrelato sobre diabetes e hipertensão e sobre medicamentos consumidos para tratamento dessas moléstias (Campinas); saúde bucal percebida e exame clínico bucal (Campinas); atividades de lazer passivo e de trabalho (todas as cidades do polo Unicamp); tempo diário e semanal dedicado a cochilos e sono diurnos (todas as cidades do polo Unicamp); insônia (todas as cidades do polo Unicamp); medo de quedas (todas as cidades do polo Unicamp); autoeficácia para quedas (Belém e Poços de Caldas); afetos positivos e negativos (Campina Grande); senso de ajustamento psicológico (Campina Grande); suporte social percebido (todas as cidades do polo Unicamp); experiência de eventos estressantes (Campinas,

Parnaíba e Ivoti); estratégias de enfrentamento (Parnaíba e Ivoti); percepção de eficácia do enfrentamento (Parnaíba e Ivoti); significados atribuídos à velhice bem-sucedida e a termos correlatos (todas as cidades do polo Unicamp, com exceção de Campina Grande); percepção de velhice e auto-imagem (Ermelino Matarazzo).

3.1 Seleção dos Sujeitos e Coleta de Dados

O recrutamento dos participantes idosos (de ambos os sexos) do estudo FIBRA – polo Unicamp, foi realizado por uma equipe treinada, em domicílios de cada localidade.

Para participar da pesquisa os idosos precisavam preencher os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções, ser residente permanente no domicílio de setor censitário e concordar com a participação na pesquisa.

Os fatores de exclusão eram: problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal e comunicação, sugestivos de demências; idosos acamados; idosos com seqüelas graves de acidente vascular encefálico, com perda localizada de força e/ou afasia; idosos com doença de Parkinson em estágio grave ou instável, com comprometimentos graves da motricidade, da fala ou da afetividade; graves déficits de audição ou de visão, dificultando a comunicação; e idosos em estágio terminal.

Após o recrutamento dos idosos participantes do estudo FIBRA – polo Unicamp, os indivíduos participaram de uma sessão de coleta de dados de 40 a 120 minutos de duração, realizada por 5 ou 6 pessoas treinadas, a qual teve início com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Logo, aplicou-se aos participantes, a primeira parte do protocolo de pesquisa, composto por questionários de identificação de dados sócio-demográficos, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)^{50,51}, medidas antropométricas e de pressão arterial, coleta de sangue, exame de saúde bucal e medidas do fenótipo de fragilidade, de acordo com Fried et al⁴⁷.

Os participantes que obtiveram uma nota inferior à nota de corte no MEEM, para seu nível de escolaridade, foram excluídos da pesquisa, enquanto que aqueles com uma nota superior ao valor de corte deram seguimento à coleta de dados. As notas de corte para o MEEM foram as estabelecidas por Brucki et al.⁵¹, menos um desvio-padrão. Nesta segunda parte do protocolo foram coletados dados referentes à saúde física, ao acesso a serviços médicos e odontológicos, à capacidade funcional, à expectativa de cuidado, ao suporte social percebido, à satisfação com a vida, a sintomas depressivos, à experiência de eventos estressantes e ao conceito de felicidade.

Todas as variáveis coletadas e selecionadas para o presente estudo, correspondentes a ambas as partes do protocolo de coleta de dados do estudo FIBRA apresentam-se nos anexos 6 e 7.

Ao final da entrevista, cada idoso foi informado, de maneira breve, sobre seus resultados, além disso, cada idoso recebeu orientações gerais sobre cuidados com a saúde, e um manual sobre a saúde do idoso.

Os dados coletados foram inseridos em bancos de dados eletrônicos, sendo que cada polo da Rede FIBRA gerenciou a construção de bancos de seus estudos específicos. As informações do polo Unicamp foram digitadas no SPSS versão 13.1, por bolsistas treinados.

3.2 Amostra para o presente estudo

A amostra, obtida por seleção aleatória simples de setores censitários urbanos das sete localidades do polo Unicamp, totalizaram 3.465 idosos, sendo 900 em Campinas (SP), 721 em Belém (PA), 484 em Parnaíba (PI), 389 em Campina Grande (PB), 390 em Poços de Caldas (MG), 384 em Ermelino Matarazzo (SP) e 197 em Ivoti (RS).

Após a aplicação dos critérios de exclusão descritos abaixo e a eliminação dos idosos que pontuaram abaixo da nota de corte no Mini-Exame do Estado Mental, obteve-se a amostra final, a qual foi utilizada no presente estudo. Essa amostra foi composta por 2.546 idosos, sendo 869 homens e 1.677

mulheres, distribuídos da seguinte forma: 673 em Campinas, 570 em Belém, 293 em Parnaíba, 238 em Campina Grande, 316 em Poços de Caldas, 298 em Ermelino Matarazzo e 158 em Ivoti.

3.3 Variáveis e Instrumentos

Para o presente projeto, selecionaram-se do protocolo FIBRA as seguintes variáveis e os seguintes instrumentos:

a) **Variáveis sociodemográficas:** Foram selecionadas do Bloco B do protocolo FIBRA seis questões fechadas referentes à idade dos entrevistados, ao gênero, ao estado civil, aos anos de escolaridade e à renda mensal dos entrevistados;

b) **Variáveis sobre arranjos domiciliares:** Obtidas a partir da resposta à pergunta “Com quem o/a senhor(a) mora?”, cujas opções de respostas eram sozinho; marido/mulher, companheiro(a); filho(s), enteado(s); neto(s); bisneto(s); outro(s) parente(s); pessoa(s) fora da família. Para o presente estudo as respostas foram categorizadas em cinco grupos: (1) sozinho; (2) só com o cônjuge; (3) familiares e filhos; (4) cônjuge e filhos; (5) outros.

c) **Suficiência de renda:** Esta variável (retirada do Bloco B) foi expressa pelo item “Considera que o/a senhor/a (e seu/sua companheiro/a) têm dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?” Opções de resposta: sim ou não.

d) **Expectativa de cuidado:** Retirada do Bloco J e respondida pelo entrevistado após avaliação de suas condições funcionais (AAVDs; AIVDs; ABVDs) por meio da seguinte pergunta: “Caso precise ou venha a precisar de ajuda para realizar qualquer uma dessas atividades citadas anteriormente, o/a senhor/a tem com quem contar?” O item tem como opções de resposta: sim ou não, mas para aqueles que responderam sim há indicação para perguntar quem são essas pessoas: cônjuge ou companheiro/a; filha ou nora; filho ou genro; outro parente; um/a vizinho/a ou amigo/a e um profissional pago.

e) **Satisfação com as condições ambientais:** Retiradas do Bloco N, no contexto de avaliação de satisfação com a vida e satisfação referenciada a domínios foram selecionadas três questões: O/a senhor/a está satisfeito/a com o ambiente (clima, barulho, poluição, atrativos e segurança) em que vive? O/a senhor/a está satisfeito/a com seu acesso aos serviços de saúde? O/a senhor/a está satisfeito/a com os meios de transporte de que dispõe? Opções de resposta: pouco, mais ou menos e muito.

f) **Presença de sintomas depressivos:** Retirado do Bloco M; utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica GDS-15 (*Geriatric Depression Scale-15*), que foi desenvolvida especificamente para idosos, não incluindo itens que dificultariam sua aplicação entre idosos hospitalizados ou institucionalizados. A escala Shiekh e Yasavage⁵² foi derivada da forma original de 30 itens. Consiste num questionário de indicação de presença ou ausência (sim x não) de sintomas referentes a mudanças no humor e a sentimentos específicos como: desamparo, inutilidade, desinteresse, aborrecimento e felicidade. Estudos em que foram utilizadas versões brasileiras da GDS-15 mostraram que essa escala oferece medidas válidas para o diagnóstico de episódio depressivo maior, de acordo com os critérios do DSM-IV e do CID-10⁵³. O escore para rastreio de sintomatologia depressiva adotado é o de maior ou igual a seis pontos.

3.4 Análise dos Dados

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas (gênero, faixa etária, estado civil, anos de escolaridade, renda pessoal, arranjos de moradia, suficiência de renda, expectativa de cuidado, satisfação com o ambiente, satisfação com serviços de saúde, satisfação com transportes e depressão), com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis numéricas (idade, anos de escolaridade, renda pessoal), com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis.

Para comparação das variáveis categóricas, utilizou-se o teste qui-quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados menores que 5), o teste de Mann-Whitney para comparação de variáveis numéricas entre dois grupos, e o teste de Kruskal-Wallis para comparação de variáveis numéricas entre 3 ou mais grupos.

Para estudar os fatores associados à presença de sintomas depressivos foi utilizada a análise de regressão logística univariada e multivariada, com critério *Stepwise* de seleção de variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

4- RESULTADOS

Amostra do estudo constituiu-se de 2546 idosos provenientes das sete cidades brasileiras envolvidas na pesquisa da rede FIBRA. A maior porcentagem de idosos envolvidos no estudo foi a de Campinas (SP) representando 26,4% da amostra total, seguida de Belém (PA) com 22,4%. A menor porcentagem foi proveniente de Ivoti (RS) com 6,2%. As características sociodemográficas da amostra estudada estão descritas na Tabela 1. A maior parte dos entrevistados é do gênero feminino 65,7% e pertencente à faixa etária dos 65 a 69 anos (37,9%). Quanto ao estado civil, metade da amostra constitui-se de casados, seguido de 33,9% de viúvos. A maior parte dos entrevistados reside com o cônjuge e filhos, destacando-se 13,5% que residem sozinhos. Predominou a escolaridade de zero a quatro anos de estudos (68,9%) e a renda mensal pessoal de zero a três salários mínimos (cerca de 80%).

Tabela 1. Distribuição percentual da amostra geral segundo cidade, gênero, idade, estado civil, arranjo domiciliar, escolaridade e renda pessoal (N=2546). Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Cidade</i>	Ermelino Matarazzo	298	11,7
	Campinas	673	26,4
	Poços de Caldas	316	12,4
	Ivoti	158	6,2
	Campina Grande	238	9,4
	Parnaíba	293	11,5
	Belém	570	22,4
<i>Gênero</i>	Masculino	869	34,1
	Feminino	1677	65,9
<i>Idade</i>	65-69	964	37,9
	70-74	797	31,3
	75-79	483	19,0
	80 e +	302	11,9
<i>Estado Civil</i>	Casado ou vive com companheiro	1283	50,5
	Solteiro	211	8,3
	Divorciado, separado, desquitado	186	7,3
<i>Arranjo Domiciliar</i>	Viúvo	862	33,9
	Mora sozinho	343	13,5
	Com o cônjuge	528	20,7
	Com a família de um filho/a	654	25,7
	Com o cônjuge, filhos e netos	661	26,0
	Outros	359	14,1
<i>Escolaridade</i>	Analfabetos	500	19,6
	1- 4 anos	1253	49,2
	5 - 8 anos	459	18,0
	≥ 9 anos	332	13,0
<i>Renda Pessoal em salários mínimos</i>	0 a 1 SM*	1054	42,6
	1,1 - 3 SM*	927	37,5
	3,1 - 5 SM*	296	12,0
	5,1 - 10 SM*	131	5,3
	> 10 SM*	66	2,7

No que se refere às condições de vida de natureza avaliativa/subjetiva, a Tabela 2 apresenta a distribuição da amostra segundo suficiência de renda, expectativa de cuidado, satisfação com o ambiente, serviços de saúde e transportes. A Tabela 2 apresenta também a prevalência de sintomatologia depressiva na amostra total. Observou-se semelhança entre o percentual de idosos que consideram e que não consideram a renda suficiente para suprir suas necessidades. Quanto à expectativa de cuidado, 91,5% dos idosos consideraram ter com quem contar caso venham a necessitar de ajuda. As avaliações referentes à alta satisfação com o ambiente, com o acesso a serviços de saúde e com os transportes alcançaram respectivamente as porcentagens de 51,5%, 52,4% e 55,4%. A prevalência de sintomas depressivos na população estudada (N= 2546) foi de 20,46%, com média de 3,5 pontos na escala GDS-15 (DP=2,7).

Tabela 2. Distribuição percentual de idosos conforme avaliação subjetiva de suficiência de renda, expectativa de cuidado, satisfação com os recursos do ambiente e sintomas depressivos (N=2546). Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Suficiência de renda</i>	Sim	1224	48,5
	Não	1297	51,5
<i>Expectativa de Cuidado</i>	Sim	2310	91,5
	Não	214	8,5
	Pouco	549	21,7
<i>Satisfação com o ambiente</i>	Mais ou menos	677	26,8
	Muito	1301	51,5
	Pouco	459	18,1
<i>Satisfação com os serviços de saúde</i>	Mais ou menos	744	29,4
	Muito	1327	52,5
	Pouco	378	15,0
<i>Satisfação com os transportes</i>	Mais ou menos	748	29,6
	Muito	1397	55,4
<i>Sintomas depressivos</i>	Sim	521	20,5
	Não	2025	79,5

A Figura 1 ilustra a distribuição da prevalência de sintomatologia depressiva nas sete cidades brasileiras envolvidas no estudo FIBRA – Polo Unicamp. Observou-se entre as cidades das regiões norte e nordeste as maiores prevalências, seguidas das cidades da região sudeste. Ivoti (RS), representante da região sul, alcançou a menor prevalência de depressão.

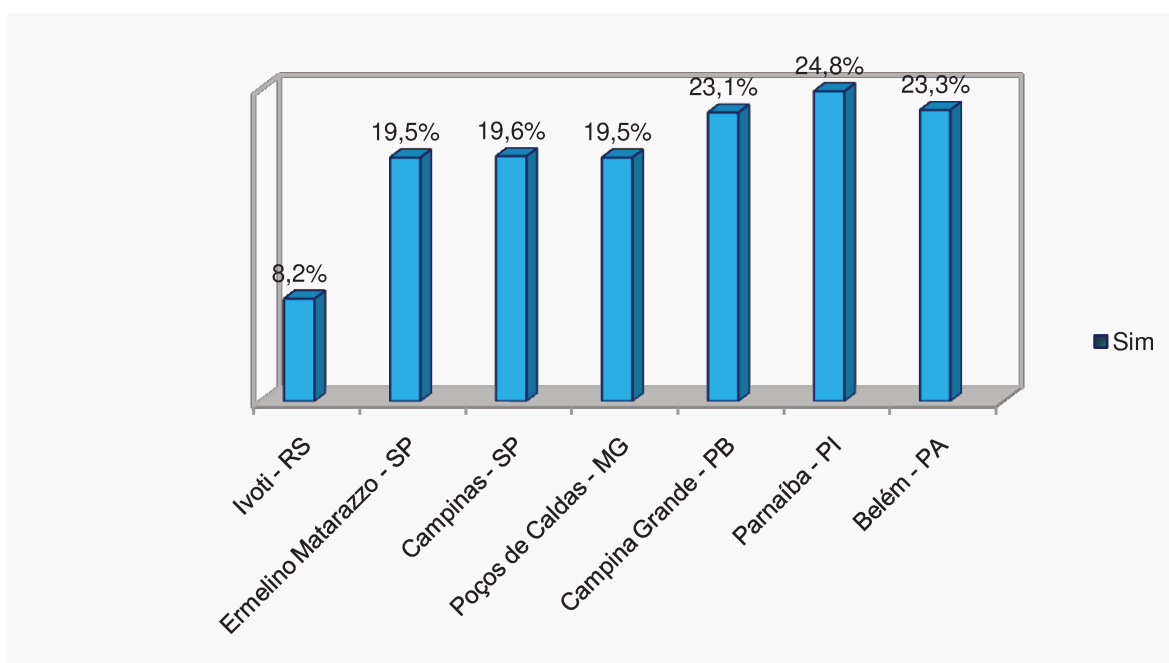


Figura 1. Prevalência de depressão estimada pela GDS-15 nas cidades do FIBRA - Polo UNICAMP. Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.

As Tabelas 3 e 4 apresentam os cruzamentos entre as variáveis de condições de vida objetivas (representadas pelas variáveis sociodemográficas) e subjetivas (representadas por suficiência de renda, expectativa de cuidado e de satisfação com indicadores ambientais). A variável gênero apresentou associação significativa com expectativa de cuidado, mostrando-se maior para os homens (94,4%) do que para as mulheres. O cruzamento entre idade e suficiência de renda foi significativo, mostrando que os idosos mais velhos, com idade acima dos setenta anos, estão mais satisfeitos com a renda quando comparados com os idosos mais jovens, na faixa etária dos 65 a 69 anos. Quanto à satisfação com o

ambiente e com o acesso aos serviços de saúde, os idosos com 75 anos ou mais mostraram-se muito satisfeitos, já os idosos na faixa etária dos 65 aos 74 anos mostraram-se pouco satisfeitos.

Comparando-se os cruzamentos entre estado civil e expectativa de cuidado, os idosos casados e viúvos apresentaram uma expectativa mais positiva de cuidado, enquanto que os solteiros e divorciados apresentaram maior presença entre os que relataram não ter com quem contar.

Houve diferença significativa de satisfação com os transportes entre os grupos por estado civil, sendo que os solteiros apresentaram menor satisfação com os transportes.

Os cruzamentos entre escolaridade e suficiência de renda, assim como de renda pessoal com suficiência de renda mostraram semelhante tendência: os idosos de menor escolaridade e menor renda representaram maior porcentagem entre os que consideram a renda insuficiente para suprir suas necessidades. Quanto ao cruzamento entre escolaridade e expectativa de cuidado, o grupo com cinco a oito anos de estudo mostrou presença significativa entre os que relataram não ter com quem contar. Houve presença significativa dos idosos de maior escolaridade entre os menos satisfeitos com o ambiente. Em relação aos cruzamentos entre as variáveis de satisfação e os grupos de renda pessoal houve diferença significativa entre os grupos de menor renda pessoal, que se mostraram menos satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde e com os transportes.

Por sua vez, associações significativas foram observadas entre os arranjos domiciliares e suficiência de renda, demonstrando melhor percepção de suficiência de renda entre os idosos que moram sozinhos, os que moram apenas com o cônjuge e os que moram com outros parentes ou não familiares.

Tabela 3. Suficiência de renda e expectativa de cuidado conforme as variáveis sociodemográficas. Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.

		<i>Suficiência de renda</i>			<i>Expectativa de Cuidado</i>		
		Sim N(%)	Não N (%)	Valor de p	Sim N(%)	Não N(%)	Valor de p
<i>Gênero</i>	Masculino	441(51,0)	424(49,0)	=0,078	812(94,4)	48 (5,6)	<0,001
	Feminino	783(47,3)	873(52,7)		1498(90)	166 (10)	
<i>Idade</i>	65-69	421(44,2)	532(55,8)	=0,007	874(91,2)	84(8,8)	=0,085
	70-74	398(50,4)	392(49,6)		715(90,6)	74(9,4)	
	75-79	247(51,7)	231(48,3)		435(91,2)	42(8,8)	
	≥ 80	158(52,7)	142(47,3)		286(95,3)	14(4,7)	
<i>Estado Civil</i>	Casado	609(47,8)	665(52,2)	=0,262	1187(93,3)	85(6,7)	= 0,003
	Solteiro	93(44,7)	115(55,3)		180(87,4)	26(12,6)	
	Divorciado	86(46,7)	98(53,3)		163(88,1)	22(11,9)	
	Viúvo	435(51,1)	416(48,9)		776(90,5)	81(9,4)	
<i>Escolaridade</i>	0 anos	173(34,9)	323(65,1)	<0,001	461(92,6)	37(7,4)	=0,021
	1-4 anos	609(49,2)	628(50,8)		1145 (92,0)	100(8,0)	
	5-8 anos	221(48,5)	235(51,5)		401(87,9)	55(12,1)	
	≥9 anos	219(66,4)	111(33,6)		302(93,2)	22(6,8)	
<i>Renda Pessoal</i>	≤1.0	360(34,5)	682(65,4)	<0,001	960(91,9)	84(8,0)	=0,080
	1.1 – 3.0	464(50,6)	453(49,4)		833(90,5)	87(9,5)	
	3.1 – 5.0	203(68,8)	92(31,2)		268(91,5)	25(8,5)	
	5.1 – 10.0	106(81,5)	24(18,5)		123(93,9)	08(6,1)	
	>10.0	57(86,4)	9(13,6)		64(100)	00(0,0)	
<i>Arranjo domiciliar</i>	Mora sozinho	199(59,0)	138(40,9)	<0,001	287(84,9)	51(15,1)	<0,001
	Com o cônjuge	278(52,8)	248(47,1)		485(92)	42(8,0)	
	Com a família de filho/a	280(43,4)	365(56,6)		598(92,1)	51(7,9)	
	Com o cônjuge, filhos e netos	288(43,8)	369(56,2)		617(94,2)	38(5,8)	
	Outros	178(50,1)	177(49,9)		322(91,0)	32(9,0)	

Tabela 4. Cruzamentos entre as variáveis sociodemográficas e de satisfação com o ambiente, com o acesso aos serviços de saúde e com os transportes. Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.

	<i>Satisfação com o Ambiente</i>				<i>Satisfação com o acesso aos Serviços de Saúde</i>				<i>Satisfação com os Transportes</i>			
	Pouco n (%)	Mais ou menos n (%)	Muito	Valor de p	Pouco n (%)	Mais ou menos n (%)	Muito n (%)	Valor de p	Pouco n(%)	Mais ou menos	Muito	Valor de p
<i>Gênero</i>												
Masculino	179 (20,8)	223 (25,9)	460 (53,4)	=0,393	157 (18,1)	271 (31,3)	438 (50,6)	=0,290	117 (13,5)	246 (28,4)	502 (58,03)	=0,123
Feminino	370 (22,2)	454 (27,3)	841 (50,5)		302 (18,1)	473 (28,4)	889 (53,4)		261(15,7)	502 (30,3)	895 (54)	
<i>Idade</i>												
65-69	218 (22,8)	267 (27,9)	473 (49,4)	=0,014	184 (19,2)	291 (30,4)	483 (50,4)	=0,033	159 (16,6)	284 (29,6)	517 (53,8)	=0,201
70-74	193 (24,5)	202 (25,6)	394 (49,9)		159 (20,1)	234 (29,5)	399 (50,4)		116 (14,7)	233 (29,5)	441 (55,8)	
75-79	91 (19)	132 (27,5)	257 (53,5)		65 (13,5)	138 (28,7)	278 (57,8)		56 (11,8)	154 (32,3)	266 (55,9)	
≥ 80	47 (15,7)	76 (25,3)	177 (59,0)		51 (17,1)	81 (27,1)	167 (55,8)		47 (15,8)	77 (25,9)	173 (58,2)	
<i>Estado Civil</i>												
Casado	276 (21,7)	337 (26,5)	659 (51,8)	=0,723	236 (18,5)	395 (30,9)	646 (50,6)	=0,150	177 (13,9)	360 (28,3)	736 (57,8)	= 0,019
Solteiro	55 (26,4)	56 (26,9)	97 (46,6)		38 (18,4)	65 (31,4)	104 (50,2)		45 (21,6)	70 (33,6)	93 (44,7)	
Divorciado	39 (21)	52 (28)	95 (51,1)		41 (22)	53 (28,50)	92 (49,5)		27 (14,6)	58 (31,3)	100 (54)	
Viúvo	179 (20,9)	231 (26,9)	447 (52,2)		143 (16,7)	231 (27)	482 (56,3)		129 (15,1)	259 (30,4)	465(54,5)	
<i>Escolaridade</i>												
0 anos	104 (20,9)	123 (24,7)	270 (54,3)	=0,043	82 (16,5)	153 (30,8)	261 (52,6)	=0,149	74 (15)	155 (31,5)	263 (53,5)	=0,222
1-4 anos	270 (21,7)	312 (25,1)	661 (53,2)		238 (19,1)	371 (29,7)	638 (51,2)		188 (15,1)	366 (29,5)	687 (55,4)	
5-8 anos	107 (23,6)	136 (30)	211 (46,5)		84 (18,5)	140 (30,8)	231 (50,8)		68 (14,8)	147 (32,1)	243 (53,1)	
≥9 anos	68 (20,4)	106 (32)	157 (47,4)		55 (16,7)	79 (23,9)	196 (59,4)		48 (14,5)	79 (23,9)	203 (61,5)	
<i>Renda Pessoal</i>												
≤1.0	243 (23,2)	296 (28,3)	507 (48,5)	=0,186	195 (18,6)	355 (33,8)	500 (47,6)	=0,002	174 (16,7)	350 (33,6)	519 (49,8)	<0,001
1.1-3.0	190 (20,7)	227 (24,7)	502 (54,6)		158 (17,2)	258 (28,1)	501 (54,6)		133 (14,5)	262 (28,5)	523 (57)	
3.1-5.0	57 (19,3)	77 (26,1)	151 (54,6)		51 (17,3)	74 (25,1)	170 (57,6)		38 (12,9)	72 (24,4)	185 (62,7)	
5.1-10.0	23 (17,7)	38 (29,2)	69 (53)		23 (17,7)	26 (20)	81 (62,3)		11 (8,5)	28 (21,5)	91 (70)	
>10.0	17 (25,8)	19 (28,8)	30 (45,4)		13 (19,7)	16 (24,2)	37 (56,1)		8 (12,1)	13 (19,7)	45 (68,2)	
<i>Arranjo Domiciliar</i>												
Mora sozinho	65 (19)	95 (27,8)	182 (53,2)	=0,047	64 (18,9)	79 (23,2)	197 (57,9)	=0,019	42 (12,4)	85 (25,1)	212 (62,5)	= 0,003
Com o cônjuge	106 (19,2)	148 (28,2)	271 (51,6)		88 (16,7)	150 (28,5)	288 (54,7)		65 (12,4)	127 (24,3)	331 (63,3)	
Com a família de filho/a	155 (23,9)	146 (22,5)	348 (53,6)		105 (16,1)	193 (29,6)	353 (54,2)		101 (15,6)	214 (33)	333 (51,4)	
Com o cônjuge, filhos e netos	144 (22,1)	171 (26,2)	337 (51,7)		130 (19,8)	217 (33,1)	309 (47,1)		96 (14,5)	204 (31)	358 (54,4)	
Outros	79 (22,1)	116 (32,4)	163 (45,5)		72(20,2)	105(29,5)	179(50,3)		73(20,6)	118(33,3)	163(46)	

As Tabelas 5 e 6 apresentam os cruzamentos entre as variáveis de condições de vida objetivas e subjetivas e depressão. Dentre as variáveis objetivas de condições de vida, gênero feminino, idade entre 75 e 79 anos, viúvos, analfabetos e idosos com renda pessoal menor ou igual a um salário mínimo e os que residem sozinhos, com a família de um filho ou filha ou que vivem com outras pessoas da família ou de fora da família, associaram-se significativamente com sintomas depressivos. Por sua vez, a Tabela 6 apresenta associação estatisticamente significativa entre presença de depressão e as seguintes condições subjetivas: insuficiência de renda, expectativa negativa de cuidado, baixa satisfação com o ambiente, baixa ou moderada satisfação com o acesso aos serviços de saúde e com os transportes.

Tabela 5. Sintomatologia depressiva segundo variáveis sociodemográficas. Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.

		<i>Sintomatologia Depressiva</i>		
		Sim n (%)	Não n (%)	Valor de p
<i>Gênero</i>	Masculino	137(15,8)	732(84,2)	<0,001
	Feminino	384(22,9)	1293(77,1)	
<i>Idade</i>	65-69	196(20,3)	768(79,7)	=0,019
	70-74	143(17,9)	654(82,1)	
	75-79	122(25,3)	361(74,7)	
	≥80	60(19,9)	242(80,1)	
<i>Estado Civil</i>	Casado	230(44,3)	1053(52)	=0,005
	Solteiro	45(8,7)	166(8,2)	
	Divorciado	35(6,7)	151(7,5)	
	Viúvo	209(40,3)	653(32,3)	
<i>Escolaridade</i>	0 anos	157(30,2)	343(16,9)	<0,001
	1-4 anos	243(46,7)	1010(49,9)	
	5-8 anos	368(18,2)	91(17,5)	
	≥9 anos	29(5,6)	303(15)	
	>10.0 SM	4(0,8)	62 (3,1)	
<i>Renda Pessoal</i>	≤1.0 SM	260 (51,2)	794 (40,4)	<0,001
	1.1-3.0	183 (36)	744 (37,8)	
	3.1-5.0	46 (9,1)	250 (12,7)	
	5.1-10.0	15 (2,9)	116 (5,9)	
	>10.0 SM	4(0,8)	62 (3,1)	
	>10.0 SM	4(0,8)	62 (3,1)	
<i>Arranjo Domiciliar</i>	Mora sozinho	74 (21,6)	269 (78,4)	=0,003
	Com o cônjuge	80 (15,1)	448 (84,8)	
	Com a família de filho/a	159 (24,3)	495 (75,7)	
	Com o cônjuge, filhos e netos	130 (19,7)	531 (80,3)	
	Outros	78 (21,7)	281 (78,3)	
	Outros	78 (21,7)	281 (78,3)	

Tabela 6. Sintomatologia depressiva segundo as avaliações subjetivas de suficiência de renda, expectativa de cuidado, satisfação com o ambiente, com o acesso a serviços de saúde e com os transportes. Fibrá Unicamp, Idosos, 2008-2009.

		<i>Sintomatologia depressiva</i>		
		Sim n (%)	Não n (%)	Valor de p
<i>Suficiência de Renda</i>	Sim	181 (35,1)	1043 (52)	<0,001
	Não	335 (64,9)	962 (48)	
<i>Expectativa de Cuidado</i>	Sim	457 (89,1)	1853 (92,1)	=0,026
	Não	56 (10,9)	158 (7,9)	
<i>Satisfação com o Ambiente</i>	Pouco	167 (32,5)	382 (18,9)	<0,001
	Mais ou Menos	137 (26,6)	540 (26,8)	
	Muito	210 (40,9)	1091 (54,2)	
<i>Satisfação com o acesso a Serviços de Saúde</i>	Pouco	131 (25,4)	328 (26,3)	<0,001
	Mais ou Menos	194 (37,7)	550 (27,3)	
	Muito	190 (36,9)	1137 (56,4)	
<i>Satisfação com os Transportes</i>	Pouco	98 (19,1)	280 (13,9)	<0,001
	Mais ou Menos	189 (36,9)	559 (27,8)	
	Muito	225 (43,9)	1172(58,3)	

Para identificar as probabilidades ou razões de risco para depressão representadas individualmente por cada variável de condições de vida do estudo, procedeu-se à análise de regressão logística univariada. A Tabela 7 revela que as maiores razões de risco foram demonstradas por baixa ou nenhuma escolaridade (O.R = 4,78), menor renda mensal pessoal com (O.R.=3,07), menor satisfação com o acesso aos serviços de saúde (O.R.= 2,39), menor satisfação com o ambiente (O.R.= 2,27). Também representaram riscos as variáveis renda insuficiente para suprir as necessidades (O.R.=2,01), baixa satisfação com os transportes (O.R.= 1,82), gênero feminino (O.R.=1,59), ser viúvo (O.R.=1,47), expectativa negativa de cuidado (O.R.=1,44) e faixa etária de 75-79 anos (O.R.= 1,32).

Tabela 7. Resultados da análise de regressão logística univariada para sintomas depressivos (n=2546). Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.

<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>	<i>Valor-P</i>	<i>O.R.*</i>	<i>IC 95% O.R.*</i>
<i>Idade</i>	65-69 anos (ref.)	---	1.00	---
	70-74 anos	0.206	0.86	0.67 – 1.09
	75-79 anos	0.033	1.32	1.02 – 1.72
	≥80 anos	0.861	0.97	0.70 – 1.34
<i>Sexo</i>	Masculino (ref.)	---	1.00	---
	Feminino	<0.001	1.59	1.28 – 1.97
<i>Estado civil</i>	Casado (ref.)	---	1.00	---
	Solteiro	0.238	1.24	0.87 – 1.78
	Divorciado	0.768	1.06	0.72 – 1.57
	Viúvo	<0.001	1.47	1.19 – 1.81
<i>Escolaridade</i>	≥9 anos (ref.)	---	1.00	---
	5-8 anos	<0.001	2.58	1.66 – 4.03
	1-4 anos	<0.001	2.51	1.68 – 3.77
	0 ano	<0.001	4.78	3.13 – 7.31
<i>Renda mensal pessoal</i>	>5.0 SM (ref.)	---	1.00	---
	3.1 – 5.0 SM	0.060	1.72	0.98 – 3.04
	1.1 – 3.0 SM	0.001	2.30	1.40 – 3.80
	≤1.0 SM	<0.001	3.07	1.87 – 5.02
<i>Renda suficiente</i>	Sim (ref.)	---	1.00	---
	Não	<0.001	2.01	1.64 – 2.45
<i>Expectativa de cuidado</i>	Sim (ref.)	---	1.00	---
	Não	0.027	1.44	1.04 – 1.98
<i>Satisfação com ambiente</i>	Muito (ref.)	---	1.00	---
	Mais ou menos	0.023	1.32	1.04 – 1.67
	Pouco	<0.001	2.27	1.80 – 2.87
<i>Satisfação com acesso a serviço de saúde</i>	Muito (ref.)	---	1.00	---
	Mais ou menos	<0.001	2.11	1.69 – 2.64
	Pouco	<0.001	2.39	1.85 – 3.08
<i>Satisfação com meios de transporte</i>	Muito (ref.)	---	1.00	---
	Mais ou menos	<0.001	1.76	1.42 – 2.19
	Pouco	<0.001	1.82	1.39 – 2.39
<i>Arranjo domiciliar</i>	Só com cônjuge (ref.)	---	1.00	---
	Sozinho	0.016	1.54	1.09 – 2.19
	Família de filhos	<0.001	1.80	1.34 – 2.42
	Cônjuge e família filhos	0.043	1.37	1.01 – 1.86
	Outros/Mistos	0.012	1.55	1.10 – 2.20

* OR (*OddsRatio*) = Razão de risco para sintomas depressivos; (n=2025 sem sintomas e n=521 com sintomas).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência.

Para verificar a relação conjunta entre as variáveis do estudo na predição de presença de depressão, foi realizada uma análise de regressão logística multivariada com critério *stepwise* de seleção de variáveis. A Tabela 8 revela que as variáveis escolaridade, satisfação com acesso a serviços de saúde, satisfação com o ambiente, sexo, suficiência de renda e idade foram conjuntamente associadas a maior presença de sintomas depressivos em idosos

da comunidade. Os idosos com maior risco de sintomas depressivos foram: os com menor escolaridade (analfabetos, seguidos de escolaridade de 1 a 4 anos e de 5 a 8 anos, comparados aos de escolaridade maior que 9 anos), os com menor satisfação com acesso a serviço de saúde, os com pouca satisfação com ambiente, os do sexo feminino, os com percepção de insuficiência de renda e os com idade 75-79 anos.

Tabela 8. Resultados da análise de regressão logística multivariada para sintomas depressivos (n=2378). Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.

Variáveis Seleccionadas	Categorias	Valor-P	O.R.*	IC 95% O.R.*	β (intercepto = -3.5340)
<i>Escolaridade</i>	≥9 anos (ref.)	---	1.00	---	---
	5-8 anos	<0.001	2.53	1.56 – 4.11	0.9294
	1-4 anos	<0.001	2.35	1.51 – 3.67	0.8551
	0 ano	<0.001	4.33	2.71 – 6.91	1.4659
<i>Satisfação com acesso a serviço de saúde</i>	Muito (ref.)	---	1.00	---	---
	Mais ou menos	<0.001	1.97	1.54 – 2.52	0.6780
	Pouco	<0.001	2.00	1.50 – 2.66	0.6927
<i>Satisfação com ambiente</i>	Muito (ref.)	---	1.00	---	---
	Mais ou menos	0.300	1.15	0.88 – 1.50	0.1392
	Pouco	<0.001	1.94	1.49 – 2.52	0.6612
<i>Sexo</i>	Masculino (ref.)	---	1.00	---	---
	Feminino	<0.001	1.67	1.32 – 2.10	0.5098
<i>Renda suficiente</i>	Sim (ref.)	---	1.00	---	---
	Não	<0.001	1.58	1.27 – 1.97	0.4586
<i>Idade</i>	65-69 anos (ref.)	---	1.00	---	---
	70-74 anos	0.220	0.85	0.65 – 1.10	- 0.1648
	75-79 anos	0.008	1.47	1.11 – 1.96	0.3853
	≥80 anos	0.670	1.08	0.76 – 1.54	0.0768

* OR (*OddsRatio*) = Razão de risco para sintomas depressivos; (n=1902 sem sintomas e n=476 com sintomas).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. Ref.: nível de referência.

β = estimativado coeficiente da regressão logística.

A Tabela 8 apresenta o cálculo da acurácia, sensibilidade e especificidade do modelo gerado pelas seis variáveis selecionadas pela Análise de Regressão Logística multivariada. Observou-se uma acurácia de 80,87% entre os valores estimados pelo modelo e observados pela utilização da GDS-15. A especificidade do modelo foi de 99,05% e a sensibilidade de 8,19%.

Tabela 9. Cruzamentos entre os dados estimados pelo modelo da Regressão Logística Multivariada e os dados observados através da aplicação da GDS-15 na amostra. Fibra Unicamp, Idosos, 2008-2009.

		Presença de depressão (GDS-15)	Ausência de depressão (GDS-15)	Total	
Presença de depressão (estimada)	n	39	18	57	Acurácia= 80,87%
	% sobre o total	1,64	0,76		
	% na linha	68,42	31,58	2,40	
	% na coluna	8,19	0,95		
Ausência de depressão (estimada)	n	437	1884	2321	Sensibilidade= 8,19%
	% sobre o total	18,38	79,23		
	% na linha	18,83	81,17	97,60	
	% na coluna	91,81	99,05		Especificidade = 99,05%
Total		476	1902	2378	
		20,02	9,98	100	

A análise de regressão permitiu também a composição dos perfis de maior e menor probabilidade para depressão na amostra estudada. Para tal, utilizou-se os valores de β apresentados na Tabela 8 e a Equação de Cálculo: Probabilidade= $\text{Exp}(Y) / [1 + \text{Exp}(Y)]$, onde $Y = \beta_0 + \beta_1 \cdot X_1 + \beta_2 \cdot X_2 + \beta_3 \cdot X_3 + \beta_4 \cdot X_4 + \beta_5 \cdot X_5 + \dots + \beta_{12} \cdot X_{12}$. A , onde X_1 e X_{12} são referentes as categorias de respostas das 6 variáveis selecionadas na regressão logística multivariada. A partir do cálculo de probabilidades, descreveu-se os cinco perfis de maior e menor probabilidade de apresentar sintomas depressivos, conforme Quadro 2.

Quadro 2. Perfis de maior probabilidade de apresentação de sintomas depressivos para a amostra estudada.

Os cinco perfis de maior probabilidade
<p>1º Mulher, com idade entre 75-79 anos, sem escolaridade (0 anos de estudo) que considera que a renda não é suficiente, pouco satisfeita com o acesso a serviços de saúde, pouco satisfeita com o ambiente. Com probabilidade de 65.5% de chance de apresentar sintomas depressivos;</p> <p>2º Mulher, com idade entre 75-79 anos, sem escolaridade (0 anos de estudo) que considera que a renda não é suficiente, mais ou menos satisfeita com o acesso a serviços de saúde, pouco satisfeita com o ambiente. Com probabilidade de 65.1% de chance de apresentar sintomas depressivos;</p> <p>3º Mulher, com idade maior ou igual a 80 anos, sem escolaridade (0 anos de estudo) que considera que a renda não é suficiente, mais ou menos satisfeita com o acesso a serviços de saúde, pouco satisfeita com o ambiente. Com probabilidade de 57.8% de chance de apresentar sintomas depressivos;</p> <p>4º Mulher, com idade entre 65-69 anos, sem escolaridade (0 anos de estudo) que considera que a renda não é suficiente, pouco satisfeita com o acesso a serviços de saúde, pouco satisfeita com o ambiente. Com probabilidade de 56.3% de chance de apresentar sintomas depressivos;</p> <p>5º Mulher, com idade entre 65-69 anos, sem escolaridade (0 anos de estudo) que considera que a renda não é suficiente, mais ou menos satisfeita com o acesso a serviços de saúde, pouco satisfeita com o ambiente. Com probabilidade de 55.9% de chance de apresentar sintomas depressivos;</p>

Quadro 3. Perfis de menor probabilidade de apresentação de sintomas depressivos para a amostra estudada.

Os cinco perfis de menor probabilidade
1º Homem, com idade entre 70-74 anos, com alta escolaridade (≥ 9 anos), que considera a renda suficiente, muito satisfeito com o acesso a serviços de saúde, muito satisfeito com o ambiente. Com probabilidade de 2.4% de chance de apresentar sintomas.
2º Homem, com idade entre 70-74 anos, com alta escolaridade (≥ 9 anos), que considera a renda suficiente, muito satisfeito com o acesso a serviços de saúde, mais ou menos satisfeito com o ambiente. Com probabilidade de 2.8% de chance de apresentar sintomas.
3º Homem, com idade entre 65-69 anos, com alta escolaridade (≥ 9 anos), que considera a renda suficiente, muito satisfeito com o acesso a serviços de saúde, muito satisfeito com o ambiente. Com probabilidade de 2.8% de chance de apresentar sintomas.
4º Homem, com idade maior ou igual a oitenta anos, com alta escolaridade (≥ 9 anos), que considera a renda suficiente, muito satisfeito com o acesso a serviços de saúde, muito satisfeito com o ambiente. Com probabilidade de 3.0% de chance de apresentar sintomas.
5º Homem, com idade entre 65-69 anos, alta escolaridade (≥ 9 anos), que considera a renda suficiente, muito satisfeito com o acesso a serviços de saúde, mais ou menos satisfeito com o ambiente. Com probabilidade de 3.0% de chance de apresentar sintomas.

5- DISCUSSÃO

Como defendido ao longo do presente estudo, condições de vida devem ser entendidas e caracterizadas pela inter-relação entre aspectos objetivos/materiais e subjetivos/não-materiais das populações. No intuito de retratar as condições de vida de idosos brasileiros a partir da análise concomitante desses dois aspectos e suas relações com indicadores de depressão, o presente estudo selecionou, de um banco de dados de base populacional, variáveis consideradas pela literatura como relevantes para compor essa contextualização.

Do ponto de vista objetivo, observou-se que as características sociodemográficas da amostra apresentaram similaridades com a realidade dos idosos brasileiros, conforme já demonstradas em levantamentos censitários^{54,55,56} e gerontológicos^{11,12,13}.

A maior parte dos entrevistados foi do gênero feminino, representando o processo de feminização da velhice. As mulheres chegam a idades mais avançadas, porém são mais doentes e incapacitadas em relação aos homens. Isso se deve aos fatores de risco a que foram expostas durante a vida como pobreza, baixa escolaridade, baixo status social, entre outros⁵⁷. Dados do IBGE⁵⁶ demonstram que, em 2011, como consequência do aumento do número de mulheres, as razões de sexo¹ no grupo etário de pessoas de 60 anos ou mais, atingiu 79,5 homens para cada 100 mulheres na mesma faixa etária, demarcando as diferenças de gênero na velhice.

A composição etária da amostra seguiu a tendência de distribuição etária da população idosa brasileira, sendo, a maior parte, pertencente à faixa dos 65 a 69 anos e diminuindo nas demais faixas. A expectativa de vida para as mulheres era de 77 anos e de 69,4 anos para os homens⁵⁶.

Predominou o estado civil de casados e viúvos e o arranjo domiciliar de coresidência com cônjuge e filhos, sendo relevante a porcentagem de idosos que residem sozinhos (13,5%). De acordo com o IBGE⁵⁶ cerca de 3,4 milhões de idosos de 60 anos ou mais de idade (14,4%) viviam em domicílios unipessoais, ou seja, sem cônjuge, filhos, outros parentes ou agregados. O arranjo formado por

¹ De acordo com o IBGE Razão de Sexo é a razão entre o número de homens e o número de mulheres em uma população.

um casal, com presença de ao menos um idoso, correspondia a 24,5%. Outro arranjo comum (30,7%) refere-se àquele em que o idoso vivia com os filhos, sendo todos eles com 25 anos ou mais de idade, com ou sem presença de outro parente ou agregado. Sendo assim, 85,6% dos idosos viviam em arranjos em que havia presença de outra pessoa com quem estabelecessem alguma relação de parentesco, fosse cônjuge, filho, outro parente ou agregado.

A escolaridade da amostra segue a tendência da coorte idosa brasileira, a qual apresenta baixa escolaridade entre os mais velhos, diminuindo levemente entre os idosos mais jovens.

A renda mensal pessoal da amostra também reflete a realidade de muitos idosos que dispõem de pouca renda, alcançando, em média, cerca de dois e meio salários mínimos. Os recursos financeiros dos idosos podem advir de benefícios previdenciários, aposentadorias e pensões; benefícios assistenciais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC)², ou até mesmo, da reinserção no mercado de trabalho formal ou informal. Dados do IBGE⁵⁶ revelaram que entre os idosos na faixa etária dos 60 anos ou mais, 23,2% não recebiam aposentadorias ou pensões, entre os de 65 anos ou mais esta porcentagem diminuiu para 14,6%. É preciso se preocupar com este contingente de idosos que não estão inseridos na política de proteção social brasileira, uma vez que este grupo necessita de maiores cuidados e de apoio para recuperar ou desenvolver suas capacidades, para ter melhor qualidade de vida^{58,59}.

Para compor um quadro mais completo das condições de vida dos idosos, o presente estudo buscou a complementaridade de dados subjetivos manifestos por percepções de suficiência de recursos (materiais e sociais) e pelo grau de satisfação com aspectos de natureza ambiental. Para a amostra total, houve uma divisão quase equânime entre o percentual de idosos que consideram e que não consideram a renda suficiente para suprir suas necessidades. Por outro lado, a maior parte da amostra avaliou positivamente suas expectativas de cuidado e de satisfação com indicadores ambientais.

² O BPC é um benefício de 01 (um) salário mínimo mensal destinado ao idoso com 65 anos ou mais, e às pessoas com deficiência incapacitadas para a vida independente e para o trabalho cuja renda familiar *per capita* seja inferior a ¼ do salário mínimo vigente.

A literatura gerontológica tem consistentemente apontado para essa tendência geral de satisfação ou de avaliações positivas no envelhecimento⁶⁰. Algumas hipóteses auxiliam na compreensão desse fenômeno. Quanto à percepção de suficiência de renda, explicações de natureza psicológica apontam para uma influência desenvolvimental representada por diminuição em níveis de aspiração, alteração em critérios de comparação e grupos de referência^{34,35}. Salientam-se, ainda, as influências sociohistóricas sobre as coortes, gerando diferentes valores e avaliações entre os grupos etários, refletindo em diferentes níveis de aspiração. Por outro lado, Bento³⁶ ressaltou a possibilidade de que os compromissos financeiros dos idosos possam diminuir (com as isenções de impostos e aquisição da casa própria) e interferir nessas avaliações. No presente estudo, as análises dos cruzamentos dessas variáveis por faixas etárias revelaram essa tendência, pois os idosos mais velhos foram os que apresentaram maior percepção de suficiência de renda.

A prevalência de sintomas depressivos na população estudada foi de 20,5%, dado semelhante ao já encontrado na literatura de pesquisas que se utilizaram da escala GDS-15 como instrumento de rastreio^{11,12}. Considera-se relevante a porcentagem de idosos com sintomas depressivos, podendo significar um eminente problema de saúde pública devido a sua elevada prevalência e devido aos efeitos adversos que causam à saúde dos indivíduos^{12,28}.

Além disso, os sintomas depressivos em idosos podem estar associados a outras vulnerabilidades e condições clínicas de saúde, à eventual presença de déficits cognitivos e de incapacidade funcional, à ênfase dada aos sintomas somáticos e cognitivos e aos múltiplos eventos adversos de curso de vida a que os idosos estão expostos podem levar ao subdiagnóstico e causarem sérias implicações para o indivíduo, podendo causar sobrecarga emocional, física e financeira para a família, bem como para os serviços públicos de saúde que, por sua vez, não contam com estrutura de serviços adequada e estratégias de prevenção e promoção de saúde psicológica na velhice⁶¹.

De acordo com a conclusão do estudo realizado por Peytremann-Bridevaux et al.⁶² observou-se uma maior utilização dos serviços de saúde por

indivíduos que sofrem de sintomas depressivos, porém o maior uso dos serviços de saúde não ocorreu no âmbito da prevenção.

Interessante observar que, analisando-se as diferenças entre as prevalências de depressão encontradas nas subamostras pertencentes às cidades de diferentes regiões brasileiras, pode-se levantar a hipótese de que essas diferenças reflitam a influência das diferentes condições de vida do contexto ao qual pertencem os idosos pesquisados. Sendo assim, buscou-se identificar quais condições de natureza objetiva e subjetiva representam risco individual e em conjunto para depressão. Análises bivariadas e de regressão apontaram para quais seriam as condições de vida desvantajosas.

As variáveis objetivas de condições de vida, como gênero feminino, idade entre 75 e 79 anos, viúvos, analfabetos, idosos com renda pessoal menor ou igual a um salário mínimo, que residem sozinhos, com a família de um filho ou filha ou que vivem com outras pessoas da família ou de fora da família, associaram-se significativamente com sintomas depressivos. Estudos de meta análise com diversos grupos etários e de diversas nacionalidades consistentemente tem apontado para o impacto de piores condições socioeconômicas na prevalência, incidência e persistência da depressão, mostrando que, em geral, as mulheres mais velhas, solteiras ou viúvas, que vivem sozinhas e que têm pouca escolaridade e renda são mais propensas a apresentarem sintomas depressivos^{27,63}. Shin et AL.⁶¹ também confirmaram, entre idosos coreanos, a forte associação entre sintomas depressivos com gênero feminino, estado civil solteiro, baixa escolaridade e menor renda.

Quanto às variáveis de condições de vida subjetivas, tem-se a percepção de suficiência de renda, expectativa de cuidado, satisfação com o ambiente, com o acesso aos serviços de saúde e com os transportes. Dentre estas variáveis, apresentou associação estatisticamente significativa para presença de depressão à percepção de que a renda é insuficiente para suprir suas necessidades, expectativa negativa de cuidado, baixa satisfação com o ambiente, baixa ou moderada satisfação com o acesso aos serviços de saúde e com os transportes.

Na predição das condições de vida que oferecem risco para depressão, a análise de regressão multivariada corroborou a defesa da perspectiva gerontológica de que variáveis objetivas e subjetivas atuam conjuntamente sobre o bem-estar dos idosos. Semelhantemente aos estudos de Blazer et al.³¹, Lai e Tong³³, contextos de envelhecimento em condições de vida desvantajosas interferem no bem-estar dos idosos e conseqüentemente nos processos adaptativos requeridos com o avanço da idade.

Blazer et al.³¹ apontou que não somente os clássicos índices subjetivos de saúde física, tais como “saúde percebida” são preditivos de respostas adaptativas em longo prazo, mas também experiências subjetivas de privação de recursos (financeiros, sociais e ambientais). Seus dados revelaram que entre os idosos residentes na comunidade, a percepção de necessidades básicas não atendidas, como insegurança econômica, moradia inadequada e ambiente inseguro, indicaram maior mortalidade, maior declínio funcional e foram importantes preditores para a presença de sintomas depressivos.

Lai e Tong³³ constataram que, entre os idosos chineses residentes na comunidade, aqueles que contavam com apoio financeiro insuficiente, que não tinham um confidente e não tinham alguém para prestar cuidados quando doentes e deficientes eram mais propensos a apresentar sintomas depressivos. No presente estudo, essas variáveis de insuficiência de renda e expectativa de cuidado também associaram-se com depressão, ratificando a idéia já defendida em outros estudos gerontológicos de que ter renda suficiente para suprir as necessidades e ter apoio social são fatores importantes para prevenir e impedir a progressão de sintomas depressivos na velhice^{64,65}.

Observou-se, entretanto, que o modelo para identificação de depressão composto pelas variáveis de condições de vida objetivas e subjetivas, embora tenha apresentado bons indicadores de acurácia e especificidade, apresentou baixa sensibilidade. Ou seja, o modelo pode ser considerado útil para excluir casos de não-depressão, mas com baixo poder preditivo de estimar depressão entre os possíveis casos rastreados pela GDS-15. Hipóteses explicativas para tais achados talvez reflitam o fato de que condições de vida satisfatórias,

contrárias às indicadas pelos fatores de risco, possam ter maior poder preditivo de identificar os idosos com menor vulnerabilidade à depressão. No entanto, condições de vida desvantajosas não predizem suficientemente depressão, sendo importante, na construção posterior de um modelo, incluir outras fontes de influência tais como as de natureza biológica.

O presente estudo, contudo, investiga na amostra o conjunto de variáveis de condições de vida específicas que apontam para a possibilidade da construção de modelos psicossociais de risco para depressão em idosos, embora não desconsidere a influência das variáveis biológicas relacionadas ao envelhecimento e o a influência de alterações na saúde física e funcional.

Pode-se observar que os perfis de risco para presença de sintomas depressivos em idosos encontrados em estudos internacionais assemelham-se, relacionando-se consistentemente com fatores sociais, ambientais, econômicos e culturais, especialmente, quando estes se constituem em recursos compensatórios para suprir as perdas inerentes ao envelhecimento, fato que confirma as hipóteses do presente estudo.

A análise interpretativa dos perfis de maior e menor risco para depressão, gerados pelas análises multivariadas, apontam importantes contribuições à compreensão gerontológica das relações entre condições de vida e depressão na velhice. Observou-se que condições extremas de disponibilidade, expectativas e satisfação geraram os maiores e menores riscos. Chamou atenção, entretanto, que a faixa etária dos 70 aos 79 anos é comum aos dois extremos, representando o maior e menor risco, quando em conjunto com as condições de vida objetivas e subjetivas. Em geral, idade e depressão na velhice correlacionam-se de forma curvilínea positiva (em “U”), descrevendo maiores índices de depressão entre os idosos mais jovens e os mais velhos⁶⁶. Estudos internacionais apontam que as idades intermediárias (por volta dos 70 a 80 anos) tendem a apresentar menores índices de depressão^{66,67,68}. Algumas explicações apontam para o fato de que essa “velhice intermediária” representa um período de maior adaptação às alterações e mudanças do envelhecimento. Contudo, o presente

estudo constatou que os indivíduos com idade entre 70 a 79 anos foram tanto os mais preservados como os mais afetados pela depressão.

Analisando tal resultado à luz da perspectiva gerontológica, pode-se considerar que, para a presente amostra, essa faixa etária talvez signifique um período crítico de atuação dos recursos compensatórios representados pelas condições de vida, principalmente após os 75 anos.

Do ponto de vista das explicações psicopatológicas dos perfis de risco gerados pelas análises multivariadas, as relações entre piores condições de vida e depressão apresentam duas interpretações sobre a influência conjunta de fatores objetivos e subjetivos. Sob a ótica do paradigma do estresse (*stress*), o qual enfatiza a relevância dos recursos psicológicos individuais no enfrentamento de situações estressantes de vida, pode-se interpretar o perfil de maior risco como a ineficiência ou ausência percebida de recursos individuais levando a predisposição à depressão²⁹.

Outra interpretação possível advém do paradigma “*strain*” o qual salienta que, no enfrentamento de situações estressantes, os recursos internos (individuais) e externos (comunitários/contextuais) fornecem conjuntamente possibilidades adaptativas aos indivíduos³⁰. Pensando-se no grupo de 75 a 79 anos, é possível que o paradigma “*strain*” seja mais explicativo uma vez que, que esse grupo associou-se mais a ausência ou ineficiência tanto de recursos internos quanto externos. Como referiu Baltes e Baltes¹, os “Recursos da cultura” tornam-se cada vez mais necessários a adaptação com o avançar do processo de envelhecimento. Portanto, uma maior disponibilidade de recursos adaptativos externos fazem-se necessários nas comunidades para que os idosos possam se utilizar destes e reduzir a exposição a experiências negativas, como expressa pela presença de sintomas depressivos.

6- CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Três conjuntos de contribuições puderam ser obtidos a partir do presente estudo. Primeiro, foram geradas evidências de que aspectos objetivos e subjetivos de condições de vida interagem na predição de sintomas depressivos entre idosos. Segundo, especificamente demonstrou-se que indicadores objetivos clássicos como gênero, idade e escolaridade associaram-se com insuficiência de renda e insatisfação com o ambiente e com o acesso a serviços de saúde na composição dos perfis de risco para a depressão entre idosos comunitários. Por fim, a possibilidade de que a faixa etária de 75 a 79 anos constitua-se no período crítico para a atuação desse conjunto de condições de vida desvantajosas sobre a depressão entre idosos brasileiros, ou também, período crítico para a atuação dos recursos da cultura como fontes compensatórias e de ajustamento aos desafios da velhice.

A partir da reflexão sobre as evidências do presente estudo, tecem-se algumas considerações especiais para a pesquisa, para as teorias e os estudos em gerontologia e para as práticas com idosos.

No que se refere à metodologia de pesquisa, embora tenham sido utilizados dados de uma amostra representativa de idosos comunitários, o presente estudo é de delineamento transversal, o que talvez reflita a realidade dessa coorte de idosos estudada. Estudos prospectivos e longitudinais poderão trazer evidências mais consistentes sobre os resultados encontrados. Também pode-se pensar que, embora as características sociodemográficas da amostra guardem relações com os levantamentos sobre os idosos brasileiros, tal amostra é derivada de cidades específicas de quatro regiões brasileiras.

Salienta-se também, que, embora a GDS-15 seja amplamente utilizada em estudos clínicos e epidemiológicos, esta avalia somente humores disfóricos e foi o único instrumento de rastreio utilizado para análise da prevalência de depressão. Seria interessante utilizar-se de outros instrumento de rastreio como por exemplo a *Center for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D), que inclui também sintomas somáticos^{69,70}. Também não foram feitas análises regionais mais específicas sobre as variáveis de condições de vida e depressão.

Para as teorias e estudos gerontológicos, aponta-se a importância da utilização de uma concepção mais ampla do conceito de condições de vida e suas implicações específicas para o bem-estar dos idosos. Tal concepção tem sido pouco utilizada, principalmente entre estudos nacionais, visto certa escassez em encontrar na literatura gerontológica, estudos que se utilizaram de maneira conjunta essas variáveis.

Refletindo sobre as possíveis implicações da presente pesquisa para as práticas e políticas de atenção aos idosos e ao envelhecimento, chama à atenção a importância da articulação dos saberes, das políticas e dos serviços na promoção do bem-estar e na prevenção de depressão em idosos.

Também se faz necessário que as políticas públicas direcionadas à população idosa se expandam por todos os estados e municípios brasileiros a fim de atingir todos os idosos, em especial, aqueles que estão em condições de vida desvantajosas, pois o que se percebe é que estas políticas muitas vezes não se efetivam na prática com os idosos, ou muitas vezes, seguem na contramão do que seria o ideal para oferecer atendimento integral e de qualidade a esta população.

Uma das características marcantes das políticas públicas vigentes é a fragmentação das ações, a pouca interação e articulação entre as iniciativas sociais e de saúde, as quais seriam de fundamental contribuição no oferecimento de recursos compensatórios à velhice e no desenvolvimento de reservas de capacidade ao longo da vida, para um processo de envelhecimento populacional saudável.

Os entraves para a proteção social aos idosos perpassam pelas políticas que compõem o tripé da seguridade social: saúde, previdência social e assistência social.

No que se refere à saúde, Silva⁷¹ mostra que estes entraves se estendem desde o baixo financiamento público nos processos de formação e de educação, perpassando pela pouca disposição de profissionais para o sistema público de saúde, pelas dificuldades frente à descentralização das ações e serviços, sendo de primária importância maior aperfeiçoamento da gestão intergovernamental para responsabilizar as esferas de governo e qualificar a

atenção primária como forma de garantir continuidades nos demais níveis de atenção à saúde. Também pode-se observar dentro da própria política de saúde mental certa segmentação e fragmentação nas ações, em especial, no atendimento aos idosos, fato que acarreta uma lacuna na garantia do cuidado. Considera-se também que não são todos os idosos que têm acesso aos benefícios previdenciários, uma vez que durante a vida produtiva estiveram empregados na informalidade, ou seja, não contribuíram com o sistema previdenciário, ficando à mercê da política de assistência social, que por sua vez é seletiva e não atende a “todos os que dela necessitam”, como previsto no art. 204 da Constituição Federal de 1988⁷².

Desse modo, a pessoa idosa que apresenta sintomas depressivos, além de estar inserida em contextos sociais desvantajosos, muitas vezes é alvo de uma somatória de situações que podem contribuir para o desenvolvimento de outras limitações e incapacidades, além das já existentes.

Como sugerem Shin et al.⁶² a depressão pode atuar como uma barreira na identificação de outras doenças podendo atrasar o diagnóstico médico, por isso devem ser oferecidos tratamentos de saúde eficazes para os idosos, em específico àqueles com sintomas depressivos. Além disso, os sintomas depressivos em idosos podem ser incapacitantes e de alto valor social e econômico podendo constituir-se em aumento da demanda para os serviços de saúde.

Por fim, ratifica-se o discurso gerontológico de que envelhecer bem não é um produto individual ou uma responsabilidade do indivíduo, sendo relevante o compromisso social em garantir condições de vida dignas, estimulantes, compensatórias e promotoras de saúde e bem-estar geral.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM. Successful aging: Perspectives from the Behavioral Sciences. 1990; 1-34.
2. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman. 1997.
3. Heckhausen J, Schulz R. A life-span theory of control. Psychol Rev. 1995; 102(2): 284-304.
4. Heckhausen J, Wrosch C, Schulz R. A motivational theory of lifespan development. Psychol Rev. 2010; 117: 32-60.
5. Batistoni ST, Neri AL. Percepção de classe social entre idosos e suas relações com aspectos emocionais do envelhecimento. Psicologia em Pesquisa UFJF. 2007; 1 (2): 03 – 10.
6. Batistoni ST, Neri AL. Fatores psicossociais e depressão na velhice. Atheneu. No prelo 2010.
7. Ballesteros RF. Environmental conditions, health and satisfaction among the elderly: Some empirical results. Psichotema. 2001; 13 (1):40-9.
8. Matarrita - Cascante D. Changing communities, community satisfaction, and quality of life: a view of multiple perceived indicators. Soc Indic Res. 2010; 98:105–127.
9. Oswald F, Wahl HW, Mollenkopf H, Schilling O. Housing and Life Satisfaction of Older Adults in Two Rural Regions in Germany. Res Aging. 2003; 25: 122-129.
10. Coenders G, Casas F, Batista-Foguet JM, González M. Living Conditions, Interviewer Effects and Perceived Well-Being of the Elderly. A Multiple

Correspondence Analysis Approach. *Developments in Social Science Methodology*. 2002; 125 – 146.

11. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2):127-41.

12. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2006; 55(1): 26-33.

13. Carvalhais SMM. et al. The Influence of Socio-economic Conditions on the prevalence of depressive symptoms and its covariates in an elderly population with slight income differences: the bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Int J Soc Psychiatry*. 2008; 54(5): 447-456.

14. Atkinson AB, Marlier E. (eds.). *Income and living conditions in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010; 22 - 424

15. Ludermir AB, Melo Filho D. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(2): 213 – 221.

16. Veenhoven R. Why social policy needs subjective indicators. *Indic Res Soc*. 2002; 58:33-45.

17. Rammstedt B. Subjective Indicators. German Council for Social and Economic Data – RatSWD. 2009; 1-10.

18. Andersen T, Poppel B. Living Conditions in the Arctic. *Indic Res Soc*. 2002; 58: 191-216.

19. Lawton MP. Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*.1983; 23 (4): 349-357.
20. Lawton MP. A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In: Birren JE, Lubben JE, Rowe JC, Deutchmann DE (eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. Academic Press: San Diego; 1991; 3-27.
21. Lawton MP, Brody P. Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*.1969; 9: 179-186.
22. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL. (Org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Alínea: Campinas, SP; 2007; 13-59.
23. Neri AL (org.). Introdução. In: *Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. Fundação Perseu Abramo: São Paulo, SP; 2007; 15-20.
24. Blazer D, Sachs-Ericsson N, Hybels C. Perceived inadequate basic needs predicts mortality in a biracial elderly community sample. *Am J Public Health*. 2005; 95: 299–304.
25. Maj M, Sartorius N. *Transtornos depressivos*. 1^o ed. Artmed: Porto Alegre; 2005.
26. Bottino CMC, Blay SL, Laks J. *Diagnóstico e tratamento dos transtornos do humor em idosos*. 1^a ed. Atheneu: Rio de Janeiro; 2012.
27. Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2003; 157: 98-112.

28. Rombaldi AJ. et al. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Epidemiol.*2010; 13(4): 620-9.
29. Wheaton B. The sociogenesis of psychological disorder: an attributional theory. *J Health Soc Behav.* 1980; 21:100–24.
30. Thoits P. Sociological approaches of mental illness. In: Horwitz AV, Scheid TL, (eds.). *A handbook for the study of mental health: social contexts, theories, and systems.* Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 1999.
31. Blazer D, Sachs-Ericsson N, Hybels C. Perception of unmet basic needs as a predictor of depressive symptoms among community-dwelling older adults. *J Gerontol Med Sci.* 2007; 62A (2): 191–5.
32. Deforge BR, Belcher JR, Rourke M, Lindsey MA. Personal resources and homelessness in early life: predictors of depression in consumers of homeless multiservice centers. *J Loss Trauma [on line]* 2008 [Acesso em 20 de dez de 2012]; 13. Disponível em: URL: http://www.nwbeginnings.org/files/Homelessness_in_Early_Life.pdf
33. Lai DWL, Tong HM. Comparison of social determinants of depressive symptoms among elderly Chinese in Guangzhou, Hong Kong, and Taipei. *Asian J Gerontol Geriatr [on line]* 2009 [Acesso em 05 set. de 2012]; 4: 58–65. Disponível em: URL: <http://www.ajgg.org/AJGG/V4N2/OA2009-56.pdf>
34. Stoller MA, Stoller, PE. Perceived Income Adequacy Among Elderly Retirees. *J Appl Gerontol.* 2003; 22: 230-251.

35. Howard DSW, Eliyahu MA. Perceived income adequacy among older adults in 12 countries: findings from the survey of health, ageing, and retirement in Europe. *Gerontologist*. 2009; 49(3):397- 406.
36. Bento JA. Fatores associados à percepção de suficiência de renda entre a população idosa no município de São Paulo – Estudo SABE [dissertação]. Campinas (SP): Universidade de São Paulo; 2011.
37. Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. 2002; 7: 156-175.
38. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. (2001). Social network and social support measures from the pró-saúde study: Pre-tests and pilot study. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(4):887-896.
39. Sicotte M, Alvarado BE, León EM, Zunzunegui MV. Social networks and depressive symptoms among elderly women and men in Havana, Cuba. *Aging m.health*. 2008; 12(2):193-201.
40. Wahl HW, Iwarsson S, Oswald F. Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. *Gerontologist*. 2012. [Acesso em 8 jan de 2011]. Disponível em: URL:<http://www.doi:10.1093/geront/gnr154>.
41. Vasunilashorn S, Crimmins E. Aging Place. *Encyclopedia of the life course and human development*. 2008;3: 32-35.
42. Stafford M, McMunn A, De Vogli R. Neighbourhood social environment and depressive symptoms in midlife and beyond. *Ageing Soc*. 2011 Aug; 31(6):893-910.
43. Brasil. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Legislação*

Brasileira para o Serviço Social. Coletânea de Leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) Assistente Social, São Paulo; 2008.

44. Brasil. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Legislação Brasileira para o Serviço Social. Coletânea de Leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) Assistente Social, São Paulo; 2008.

45. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS). A causas sociais da iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. [Acesso em 8 jan de 2012]. Disponível em: URL: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>

46. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC et AL. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. Cad Saúde Pública. 2013; 29(4):778-792.

47. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56:M146-56.

48. Baltes PB. On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. Am Psychol. 1997; 52: 366-380.

49. Berg AC, Smith T W, Henry NJM, Pearce GE. A developmental approach to psychosocial risk factors and successful aging. In: Aldwin CM, Park CL, Spiro III A, Handbook of Health Psychology and Aging. New York: Guilford; 2007.

50. Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *Int J Soc Psychiatry*.1975;12: 189-198.
51. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P. et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003; 61(3-B): 777-781.
52. Sheikh LI, Yasavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986; 5:165–173.
53. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999; 14(10):858 – 865.
54. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociais Municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, número 28. IBGE; 2011. [Acesso em 22 abr de 2012]. Disponível em: URL: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf
55. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Redução da pobreza e redistribuição da renda. Secretaria de Política Econômica. Ministério da Fazenda. PNAD; 2011. [Acesso em 22 de abr de 2012]. Disponível em: URL: http://www.fazenda.gov.br/spe/publicacoes/conjuntura/informativo_economico/2012/2012_09/emprego_renda/IE%202012%2009%2027%20-%20PNAD%202011.pdf
56. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, número 23. IBGE; 2012. [Acesso em

22 abr de 2012]. Disponível em: URL:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_mimos/sintese_indic_sociais2012/SIS_2012.pdf

57. Neri AL. Feminização da velhice. In: Neri AL. (Org.). Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Alínea: Campinas, SP; 2007.

58. Ramos M. Impact of socioeconomic status on Brazilian elderly health. Rev Saúde Pública. 2007 Aug;41(4):616-24.

59. Engler T. Como a economia pode favorecer a construção de uma velhice bem sucedida. In: Neri AL. Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea; 2007.

60. Cheng S. Age and subjective well-being revisited: a discrepancy perspective. Psychol Aging. 2004;19: 409–415.

61. Shin JH, Do YK, Maselko J, Brouwer JN, Song SW, Ostbye T. Predictors of and health services utilization related to depressive symptoms among elderly Koreans. Soc Sci Med. xxx. 2012; 1-7.

62. Peytremann-Bridevaux I, Voellinger R, Santos-Eggimann B. Healthcare and preventive services utilization of elderly Europeans with depressive symptoms. J Affect Disord. 2008; 247–252

63. Cole MG, Dendukuri N. Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Psychiatry. 2003; 160:1147–1156.

64. Costa-Font J, Gil J. Would Socio-Economic Inequalities in Depression Fade Away with Income Transfers? J Happiness Stud. 2008; 9: 539–558.

65. Blazer DG. Depression and social support in late life: A clear but not obvious relationship. *Aging Ment Health*. 2005; 9(6): 497-9.
66. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Fischer SA. Age and depression: unique and shared effects. *Psychol Aging*. 1991;6(2):247-260.
67. Gatz M, Hurwicz ML. Are old people more depressed? Cross-sectional data on Center for Epidemiological Studies Depression Scale factors. *Psychol Aging*. 1990 Jun;5(2):284–290.
68. Gatz M, Johansson B, Pedersen N, Berg S, Reynolds C: A cross-national self-report measure of depressive symptomatology. *Int Psychogeriatr* 1993; 5:147-156.
79. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983;17(1):37-49.
70. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*. 1977; 1:385-40.
71. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 [Acesso em 15 de jan de 2013]; 16(6). Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000600014&script=sci_abstract&tlng=pt
72. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

8- ANEXOS

ANEXO 1

Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP para projeto do Estudo FIBRA - Polo Unicamp. Idosos, 2008-2009

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
© www.fcm.unicamp.br/pesquisa/eticaindex.html

CEP, 10/07/07.
(Grupo III)

PARECER CEP: 1º 208/2007 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
C.A.A.E: 0 151.1.146.000 -07

IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: ESTUDO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS BRASILEIROS - REDE
FIBRA"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Anita Liberalesso Neri

INSTITUIÇÃO: UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/04/2007 -

APRESENTAR RELATORIO EM: 22/05/08 (O formulário encontra-se no anexo acima)

II - OBJETIVOS

Estudar a síndrome biológica de fragilidade entre idosos brasileiros a partir dos 65 anos que residam em zonas urbanas de regiões geográficas diferentes, levando em conta variáveis sócio-demográficas, antropométricas, de saúde e funcionalidade física, mentais e psicológicas.

III - SUMÁRIO

Estudo populacional multicêntrico de idosos, com amostra bem definida e identificação de diferentes regiões urbanas categorizadas pelo IDH.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O estudo está estruturado e justificado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado, após resposta do parecer.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP----

Comitê de Ética em Pesquisa - CEM/UNICAMP
Rua Teófilo Vargas de Camargo, 176
Cidade Universitária
13104-713 Campinas - SP

FOFNE: 019 3525-096
19-15 0840327-718
cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). FIBRA - Polo Unicamp. Idosos, 2008-2009.



Pesquisa: Perfis de fragilidade em idosos brasileiros

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(Conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,, RG no, concordo em participar da pesquisa intitulada Perfis de fragilidade em idosos brasileiros – Rede FIBRA, de responsabilidade da Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri, psicóloga, CRP 70408/06, pesquisadora da Universidade Estadual de Campinas, Estado de São Paulo. A pesquisa tem por objetivo descrever a prevalência, as características e os principais fatores associados à fragilidade biológica em homens e mulheres com 65 anos e mais, residentes em diferentes cidades e regiões geográficas brasileiras. Serão investigados aspectos sociais, da saúde, da capacidade funcional e do bem-estar psicológico dos idosos numa sessão de coleta de dados com 30 a 90 minutos de duração. Essa sessão constará de entrevista, medidas de peso, altura, cintura, quadril e abdômen, medida de pressão arterial, coleta de sangue, exame rápido dos dentes, uma prova de força do aperto de mão e uma prova de velocidade e do caminhar. Este trabalho trará importantes contribuições para o conhecimento da saúde e do estilo de vida e ajudará a aperfeiçoar os procedimentos de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças dos idosos. Depois de terminada a participação de cada idoso na coleta de dados, cada um receberá orientações sobre saúde, baseadas em seus resultados de pressão arterial, peso, altura e circunferências de cintura, abdômen e quadril. O objetivo dessas orientações é ajudá-los a se cuidarem bem. Tenho ciência que a minha participação neste estudo não trará qualquer risco ou transtorno para a minha saúde e que minha participação não implicará em nenhum tipo de gasto. Sei que os resultados da pesquisa serão divulgados em reuniões científicas e em publicações especializadas, sem que os nomes dos participantes sejam revelados. Ou seja, estou ciente de que meus dados estão protegidos por sigilo e anonimato. Tenho conhecimento de que minha participação na pesquisa é voluntária e que a qualquer momento eu poderei decidir deixar de participar. Sei também que em caso de dúvida, poderei entrar em contato com a coordenadora da pesquisa ou com o comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, cujos endereços estão informados neste documento.

Eu,, declaro que fui adequadamente esclarecido(a) sobre a natureza desta pesquisa e da minha participação, nos termos deste documento. Declaro que concordo em participar por livre e espontânea vontade e que não sofri nenhum tipo de pressão para tomar essa decisão.

..... de de 200 ..
(cidade) (data)

..... (Assinatura)

Nome do participante:

Endereço:

Responsável pela pesquisa: Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

(Assinatura)

Telefone: 19-3521 5555 e 3521 5670
e-mail: anitalbn@fcm.unicamp.br

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UNICAMP : 19 - 3521 8936
e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Nota: Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias. Depois de assinadas, uma ficará com o participante e a outra com a pesquisadora.

ANEXO 3

Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP para o estudo “Condições de vida econômica, social e ambiental e suas relações com depressão em idosos residentes na comunidade: Dados do FIBRA- Polo Unicamp”. Idoso, 2012-2013.



CEP, 23/04/13.
(PARECER CEP: N° 208/2007)

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa/comite-de-etica-em-pesquisa>

PARECER

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “ESTUDO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS BRASILEIROS-REDE FIBRA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Anita Liberalesso Neri

II – PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprova o adendo que inclui o projeto “CONDIÇÕES DE VIDA ECONÔMICA, SOCIAL E AMBIENTAL E SUAS RELAÇÕES COM DEPRESSÃO EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE: DADOS DO FIBRA”, com a finalidade de mestrado da aluna Eva Cristina Uccella, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de abril de 2013.


Prof. Dra. Fátima Aparecida Böttcher Luiz
COORDENADORA do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

Página 1 de 1

ANEXO 4

Autorização para utilização das variáveis de interesse da Rede FIBRA – Polo Unicamp.

Campinas, 28 de maio de 2012.

Prezada Prof^a. Anita Liberalesso Neri,
Coordenadora da Pesquisa da Rede Fibra – pólo Unicamp,

Solicito a cessão de informações de natureza metodológica e dos seguintes dados constantes do banco de dados do Projeto Fibra referentes às cidades do Pólo Unicamp (Campinas, Belém, Parnaíba, Campina Grande, Ermelino Matarazzo e Ivoti), informações e dados esses relativos ao projeto aprovado pela CEP / FCM Unicamp mediante o parecer número 208/2007:

Variáveis sociodemográficas: idade, gênero, estado civil, escolaridade, renda mensal e suficiência de renda, expectativa de cuidado, depressão e satisfação global com a vida e referenciada a domínios.

Minha pesquisa é intitulada “Condições de vida econômica, social e ambiental e suas relações com depressão em idosos residentes na comunidade: dados do FIBRA (Pólo UNICAMP)” e tem como objetivos Descrever a percepção de idosos residentes na comunidade acerca de seus recursos financeiros, de expectativa de suporte social instrumental, de satisfação com a segurança, mobilidade e acesso a serviços de saúde e identificar relações com presença ou ausência de sintomas depressivos.

Objetivos específicos:

- Descrever o perfil sociodemográfico da amostra e no que tange às variáveis percepção de suficiência dos recursos financeiros, de expectativa de suporte social instrumental, satisfação com seus recursos ambientais de segurança, transportes e acesso a serviços de saúde e prevalência de sintomatologia depressiva;

- Examinar as relações entre as características sociodemográficas e a percepção de suficiência dos recursos financeiros, de expectativa de suporte social instrumental, e de satisfação com seus recursos ambientais de segurança, transportes e acesso a serviços de saúde;
- Examinar as relações entre as características sociodemográficas e sintomatologia depressiva;
- Examinar as relações entre a percepção de suficiência dos recursos financeiros, de expectativa de suporte social instrumental, e de satisfação com seus recursos ambientais de segurança, transportes, acesso a serviços de saúde e sintomatologia depressiva;
- Identificar perfis de risco para sintomatologia depressiva considerando a influência conjunta das variáveis sociodemográficas e da percepção de suficiência dos recursos financeiros, de expectativa de suporte social instrumental e de satisfação com seus recursos ambientais de segurança, transportes e acesso a serviços de saúde.

Comprometo-me a creditar autoria à Dra. Anita Liberalesso Neri, como coordenadora da pesquisa no pólo Unicamp, por ocasião da publicação de um ou mais estudos envolvendo os dados solicitados. Comprometo-me, também, a apresentar ao CEP um projeto relativo a esses dados, caracterizando-o como estudo suplementar à investigação principal.

Atenciosamente,

Nome: EVA CRISTINA UCCELLA

Nome: SAMILA SATHLER TAVARES BATISTONI

ANEXO 5

Declaração de autorização para uso de arquivos, registros e similares. FIBRA Unicamp. Idosos, 2008-2009.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP

Declaro que o acesso e o uso do arquivo e/ou registro dos dados coletados pelo Projeto “Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros – Rede FIBRA”, relativos às cidades do Pólo Unicamp (Campinas, Belém, Parnaíba, Campina Grande, Ermelino Matarazzo e Ivoti), está autorizado à pesquisadora EVA CRISTINA UCCELLA, com a finalidade de realização da pesquisa intitulada “**Condições de vida econômica, social e ambiental e suas relações com depressão em idosos residentes na comunidade: dados do FIBRA (Pólo UNICAMP)**”, ficando a referida pesquisadora obrigada a respeitar o sigilo sobre os dados individuais dos participantes, conforme estabelece o TCLE utilizado no estudo e aprovado pelo CEP sob o número 208/2007.

Campinas, 18 de maio de 2012.

Anita Liberalesso Neri

ANEXO 6

Variáveis Investigadas no Estudo FIBRA Unicamp. Idosos, 2008-2009.

Blocos	Variáveis de interesse
	Primeira parte: variáveis avaliadas em todos os idosos
A	Nome, endereço, setor censitário, tipo de domicílio (auto-relato).
B	Idade / data de nascimento, gênero, estado civil, raça, ocupação anterior e atual, trabalho, ocupação (atual e anterior), aposentadoria/ pensão, alfabetização, escolaridade, número de filho, arranjo de moradia, posse de residência, chefia familiar, renda mensal individual familiar, avaliação da suficiência da renda mensal (auto-relato).
C	Mini-Exame do Estado Mental (teste de rastreamento cognitivo com itens verbais e de execução).
D	Medidas de pressão arterial (3 em posição sentada e 3 em posição ortostática); hipertensão – presença/ausência, tratamento e medicação autorrelatados; diabetes mellitus – presença/ausência, e tratamento autorrelatados.
E	Medidas antropométricas: peso e altura; circunferência de cintura, abdômen e quadril.
F	Medidas de fragilidade 1. Perda de peso não intencional no último ano (auto-relato) 2. Atividade física/dispêndio de energia indicado em kcal em caminhadas leves, exercícios físicos e esportes; trabalhos domésticos; lazer passivo; cochilo ou sono durante o dia; caminhada para o trabalho (auto-relato). 3. Fadiga na última semana (auto-relato). 4. Força de preensão manual (execução). 5. Medida de velocidade de marcha (execução).
	Segunda parte: variáveis de auto-relato avaliadas nos idosos incluídos pelo critério de status cognitivo indicado pelo MEEM

G	<p>1. Doenças auto-relatadas diagnosticadas por médico no último ano</p> <p>2. Problemas de saúde no último ano</p> <p>3. Problemas de sono</p> <p>4. Uso de medicamentos nos últimos 3 meses.</p> <p>5. Hábitos de vida: tabagismo e alcoolismo.</p> <p>6. Déficits visual e auditivo e uso de óculos, lentes de contato e aparelhos auditivos.</p> <p>7. Auto-cuidado em saúde.</p> <p>8. Avaliação subjetiva de saúde global pessoal e comparada com outros da mesma idade; de atividade hoje e em comparação com um ano atrás.</p>
H	Acesso a serviços médicos e odontológicos: consultas, medicamentos, vacinação, hospitalização, visitas domiciliares, convênios x serviços públicos x serviços privados.
I	Saúde bucal e condições funcionais de alimentação mediante auto-relato e mediante exame clínico; auto avaliação da saúde bucal.
J	Capacidade funcional para AAVDs, AIVDs e ABVDs e expectativa de cuidado
L	Suporte social percebido.
M	Sintomas depressivos.
N	Satisfação global com a vida e satisfação referenciada a domínios.
O	Experiência de eventos estressantes.
P	Conceito de felicidade.

ANEXO 7

Variáveis selecionadas para o presente estudo.

BLOCOS	VARIÁVEIS DE INTERESSE
B	Variáveis Sociodemográficas
B1	Qual é sua idade? _____ anos 999. NR
B3	Gênero 1. Masculino 2. Feminino
B4	Qual é o seu estado civil? 1. Casado/a ou vive com companheiro/a 2. Solteiro/a 3. Divorciado/a, separado/a ou desquitado/a 4. Viúvo/a 99. NR
B13	Número de anos de escolaridade (calcular sem perguntar) _____ anos
B	Arranjos de Moradia
B15	Sozinho
B16	Marido, Mulher, Companheiro/a
B17	Filho/s ou enteado/s
B18	Neto/s
B19	Bisneto/s
B20	Outro/s parente/s
B21	Pessoa/s de fora da família
B24	Qual a sua renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão? R\$ _____ (em valor bruto) 99. NR
B26	Considera que o/a senhor/a (e seu/sua companheiro/a) têm dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária? 1. Sim 2. Não 99. NR
J	Expectativa de cuidado
J31	Caso precise ou venha a precisar de ajuda para realizar qualquer uma dessas

	atividades citadas anteriormente, o/a senhor/a tem com quem contar?
M	Sintomas Depressivos
M1	O/a senhor/a está basicamente satisfeito com sua vida?
M2	O/a senhor/a deixou muitos de seus interesses e atividades?
M3	O/a senhor/a sente que sua vida está vazia?
M4	O/a senhor/a se aborrece com freqüência?
M5	O/a senhor/a se sente de bom humor a maior parte do tempo?
M6	O/a senhor/a tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?
M7	O/a senhor/a se sente feliz a maior parte do tempo?
M8	O/a senhor/a sente que sua situação não tem saída?
M9	O/a senhor/a prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?
M10	O/a senhor/a se sente com mais problemas de memória do que a maioria?
M11	O/a senhor/a acha maravilhoso estar vivo?
M12	O/a senhor/a se sente um/a inútil nas atuais circunstâncias?
M13	O/a senhor/a se sente cheio/a de energia?
M14	O/a senhor/a acha que sua situação é sem esperança?
M15	O/a senhor/a sente que a maioria das pessoas está melhor que o/a senhor/a?
N	Satisfação Global com a Vida e Referenciada a Domínios
N6	O/a senhor/a está satisfeito/a com o ambiente (clima, barulho, poluição, atrativos e segurança) em que vive?
N7	O/a senhor/a está satisfeito/a com seu acesso aos serviços de saúde?
N8	O/a senhor/a está satisfeito/a com os meios de transporte de que dispõe?